

**DESIGUALDAD SOCIAL
Y EQUIDAD EN
SALUD:**
PERSPECTIVAS INTERNACIONALES

GUILTERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ
CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL
(COORDINADORES)

**DESIGUALDAD SOCIAL
Y EQUIDAD EN SALUD:
PERSPECTIVAS INTERNACIONALES**



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DESIGUALDAD SOCIAL Y EQUIDAD EN SALUD: PERSPECTIVAS INTERNACIONALES

GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ
CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL
(coordinadores)

Esta obra ha sido realizada por los integrantes del cuerpo académico UDG-CA-68 SALUD, POBLACIÓN Y DESARROLLO HUMANO del Centro Universitario de Ciencias de la Salud y ha sido impresa con apoyo del Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI) de la Secretaría de Educación Pública.



Título original

Desigualdad Social y Equidad en Salud:
Perspectivas Internacionales

Coordinación

Guillermo Julián González Pérez
María Guadalupe Vega López
Carlos Enrique Cabrera Pivaral

Diagramación

Púrpura Ediciones

Diseño original de portada e interiores

púrpura
EDICIONES

Primera Edición, 2010

D.R. © 2010 Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Sierra Mojada 950, Col. Independencia,
Guadalajara, Jalisco, México.

ISBN 978-607-450-295-4

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, existente o por existir, sin el permiso por escrito del titular de los derechos correspondientes.

ÍNDICE

PARTE I. ASPECTOS METODOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA EQUIDAD

Decentralization and Equity: 9
A Review of the Latin America Literature
Mónica Riutort, Fabio Cabarcas

Medición de las Inequidades en Salud 25
Javier H. Eslava-Schmalbach,
Carol C. Guarnizo-Herreño

PARTE II. GÉNERO, DISCAPACIDAD Y DESIGUALDADES EN SALUD

Desigualdades Sociais nas Taxas de Cesariana no Brasil 49
Paulo Fontoura Freitas, Maria de Lourdes Drachler

**Equidad de Género en la Calidad de Atención de
Pacientes Cardiovasculares** 73
Débora Tajer, Josefa Cernadas, María Isabel Barrera,
Graciela Reid, Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba,
Clara Attardo

5. Inequidad Social y Discapacidad 103
Félix León Martínez

PARTE III
DESIGUALDAD E INEQUIDAD EN SALUD.
REALIDADES NACIONALES

Las Desigualdades en Salud en Argentina: 127
una Memoria de Investigaciones
Hugo Spinelli, Guillermo Macías y Marcio Alazraqui

Cobertura, Riesgo y Prevención 149
Rol del Estado en Salud: Argentina 2003
Daniel Maceira

Equidade em Saúde no Brasil 167
Telma Maria Gonçalves Menicucci

Marginación Social y Mortalidad Evitable en México 197
Guillermo Julián González Pérez, María G. Vega López,
Carlos Cabrera Pivaral, Agustín Vega López,
Armando Muñoz de la Torre

América Latina: 215
Disparidad Social, Cambios Poblacionales
y Salud Infantil
María G. Vega López, Guillermo Julián González Pérez,
Carlos Cabrera Pivaral

PARTE IV
EDUCACIÓN, POLÍTICAS SANITARIAS
Y EQUIDAD EN SALUD

Equidad, Educación en Salud y Salud Pública 237
Carlos E. Cabrera Pivaral, Guillermo Julián González Pérez,
María G. Vega López

A Necessidade de uma Educação Política Para um Novo 257
Olhar - Como Ler as Desigualdades Enxergando as
Iniquidades e Definindo uma Nova Direcionalidade Para a
Ação Política – Construir Políticas Públicas
Orientadas Pela Equidade. Uma Exploração Conceitual
Armando De Negri Filho

■ PARTE I

aspectos metodológicos
en el estudio de la equidad

Decentralization And Equity:

A Review of the Latin America Literature

Mónica Riutort, Fabio Cabarcas.

Universidad de Toronto, Canada

Introduction

The document presented here is a part of a larger paper we are working on that examines equity and the reform of the health sector in Latin American and the Caribbean (LAC), focussing on the experiences gained, the lessons learned, and the strategic opportunities resulting from the reform of the health care sector.

This document is elaborated as a preliminary contribution to the discussion of the effects on equity as a result of the decentralization of the health system in LAC. Decentralization has been one of the key aspects of the health reform.

This document, which is a literature review of published articles starts with a description of the historical background of health reforms in LAC. Secondly, it provides a brief description of the process of decentralization in countries such as Colombia, Brazil, Chile, Mexico and Costa Rica in order to illustrate different tendencies in the transformations of the health systems in the region. Then, it discusses the impact of decentralization on equity and finally it draws some preliminary conclusions based on the revision of the literature.

Methodology

A review of academic literature on this topic was done. The selection of articles for this literature review aimed to include studies that evaluate specific results; changes in health equity, reduction or increase in inequities related to the policies of health reform; studies that evaluate policies of the reform of the health system which have

a direct or indirect impact on health equity; and some studies that reported pilot or demonstration projects.

The databases included PUBMED, Scielops and journal Health policy, including articles from 1995 to April of 2005. The keywords included were: Delivery of Health Care, Health Care Reform, Health Services Accessibility, Latin America, Caribbean Region, Health Care Sector and National Health Programs. Some other documents considered relevant to understand the background of the process of reforms are also referenced. Only the most relevant documents are referenced.

Background of the Process of Decentralization

Health Sector reform has been a, if not the key policy in Latin America and the Caribbean region (LAC) for the past two decades with a number of common ingredients (World Bank 1993). These include increased limitations on the role of the public sector coupled with new incentives for the private sector and new forms of public-private relations, decentralization, integration of vertical programmes into mainstream delivery, hospital semi-autonomy, greater diversity in the financing of health care, new processes of priority setting and resources allocation, new incentives for health workers, and consumer orientation to service provision and community participation. (Green and Collins 2003)

During the 1970's and 1980's, political leaders, users, providers, and researchers were all aware that the health care systems in Latin America had accumulated such a large number of inefficiencies and inequities that something needed to be done to reverse and revert the increasing users' dissatisfaction, decreasing quality of care, and the need to improve equity and efficiency to the systems. (Homedes and Ugalde 2005)

The International Monetary Fund (IMF) and the World Bank took advantage of the crisis of the 1980's to press Latin American governments to introduce health reform as a condition for borrowing (CEPAL 1994). This introduction could have responded more to ideological concerns and the interest on international granting agencies and did not include the epidemiological profile, the current health system or the resources and socio-political reality of the country. The World Bank Report of 1993, which was used by many countries as the main document for reform reflected an international ideological shift to neo-liberal or new right tendency. It is widely accepted that the reforms were rarely based on evidence, were top-down and were often externally imposed. (Green and Collins 2003)

Aiming to achieve equity in health through decentralization has been one of the main drivers of the health reform in Latin America. The reforms on the health care system in Latin America have promoted decentralization as a means of achieving

multiple objectives, such as improved efficiency, better responsiveness of local conditions and local accountability to community priorities. (Mills, Vaughan et al. 1990; Livak, Ahmad *et al.* 1998)

Often, however, even advocates of decentralization do not claim that these policies are likely to improve the equity of a health system. It is commonly argued that the decentralization of systems are more likely to redistribute resources in favour of the poorest areas and that local control and local financing will disadvantage poor communities by allowing rich communities to fund more and better health care services.

Another objective of the reforms was to free central government funds to pay the huge public debts; shifting the financial burden of public services from the central government to provinces was an expedite way of accomplishing this. The policy of decentralization was introduced as a measure of democratization where the decision-making power would be shifted from an indifferent and incompetent central bureaucracy to the people, even in countries under dictatorial and authoritarian regimes.

The rationalization for decentralization of health services in Latin America can be summarized in the following points (Arredondo, Parada *et al.* 2004):

- a. Local decision-makers know and respond better to community needs, and avoid costly errors made by distant bureaucrats who tend to be ignorant of local health conditions.
- b. Community involvement in planning and supervision of local services increases participation and supervision of local communities, which in turn promotes democracy.
- c. Local controls and adjustment services closer to local needs contribute to a more efficient use of resources and produce greater user satisfaction.

Equity in Health

The International Society for Equity in Health developed definitions of equity and inequity in health care which are now globally accepted:

Equity in Health has been defined as the absence of systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across populations or population groups defined socially, economically, demographically, or geographically. On the other hand, inequity in health is defined as the systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across populations or population groups defined socially, economically, demographically, or geographically.

Using the above definitions as a starting point, it is key to point out that inequalities are not always inequities. It has been suggested by Whitehead and others that the term inequity must be reserved for those differences that are unnecessary and avoid-

able, and also unjust (Whitehead 1992). Whitehead prompts a number of questions regarding equity. For example, what are the differences that are unnecessary and avoidable? The studies done by Whitehead identify four categories in which the differences in health are unnecessary, avoidable and unjust:

- Differences due to life styles that harm the health of an individual or a social group, where the choices of the individual or the group are restricted.
- Exposure to work environment that are unhealthy and stressful.
- Inadequate access to services, which are essential to health, including other public services.
- The tendency that people who live in the poorest social strata suffer more illness.

There is also a difference that must be made between a population's equity to health and equity in the delivery of health services. The World Health Organization defines equity in health as the notion by which each individual and group must enjoy the highest level of physical, psychological and social well being that is permitted by biological limitations. On the other hand, equity in the delivery of services means that resources and services of the health sector are distributed and provided according to the needs of the population, and the services are financed according to the capacity of the population to pay.

In a more operational manner, it can be said that when we talk about equity in relation to health status of a population we are talking about levels of mortality and morbidity experienced by the social groups of said population. Equity on health services delivery refers to levels of access, utilization and financing of health services that are experienced by the different social groups.

The differentiation of equity in health and equity of delivery of services is significant for the definition of health policies and programs that promote health. Due to analytical purposes, the results from the theoretical revision have been organized according to equity of resource allocation and equity of access to health services.

Process of Decentralization and its Impact on Some of the Countries in the Region

Although decentralization can be defined as the transference of power and competences from the central government to peripheral levels of government, this means, changing the place where the decisions are taken and putting them under the control of the community (Guimarães 2001); this implies a great variety of processes in the different countries of the region. First, different geographic levels can be involved. This includes not only provincial or municipal authorities, but also, on occasion, decentralized institutions or areas as well. In addition, the transfer can imply diverse

functions that may include autonomy of decisions and planning, autonomy of design or execution of resources or possibility of financial fundraising at the local level. Furthermore, the term decentralization can be used to describe autonomy provided to a service provision unity (Homedes and Ugalde 2002). Generally, the decentralization process can be characterized by grouping countries into several categories according to the grade of transference of power to the local level.

Initially, some countries completed a process of devolution, which can be defined as the complete transference of responsibilities to peripheral administrative units including transfer of financial resources (Kalk and Fleischer 2004). For example, this has occurred in Chile and Colombia, which were the countries that followed more closely the guidelines provided by the World Bank and other international institutions. In both countries, decentralization has been accompanied by a great transformation of the health sector with increased participation of the private sector and a regulatory role by the state. The functions transferred to the municipal level, which have more decision-making autonomy and resource allocation, are primary health care services (Guimarães 2001). Additionally, other specific functions were transferred. For instance, administration of primary level hospital care was transferred to health areas that cover several municipalities in Chile. In Colombia, the administration of the subsidized sector was also transferred to the municipal level. These transferred functions can be contracted by the municipalities with other public or private entities within the country. Furthermore, the allocation of resources is decided by the central level in both countries although, in Colombia the municipalities have the possibility of raising financial resources from fees for services. In this latter country, when the municipalities can not provide, enough administrative capacity, the functions are assumed by the departmental level. (Bossert, Larranaga et al. 2003).

In contrast to Colombia and Chile, other countries have achieved a process that can be more clearly defined as de-concentration, which is the transference of the execution of actions from one level of the government to another, without transference of autonomy of decisions. This category includes countries like Costa Rica, which made only few modifications to the previous system. Here, the main form of decentralization was the transference of functions to autonomous entities with decentralized levels. The reform put all provision of health care in the hands of the Costa Rican Social Security Fund (CCSS), leaving the Ministry of Health with supervising and stewardship functions. Health care provided by the CCSS is essentially free of charge for the great majority of the population (Rosero-Bixby 2004). The CCSS was put in charge of financing and providing services to the population (Bertodano Id 2003). In this country, there has been transference of responsibilities in hospital care and primary health care from the Ministry of Health to the CCSS, but without autonomy of decisions (Guimarães 2001). The privatization has a limited role although some changes in the essence of the reform have been proposed.

Decentralization in Mexico can also be described as de-concentration, but with a different system from that of Costa Rica. Mexico's system is composed of three principal subsystems: (1) a number of Bismark-type social security institutes that provide health insurance for the formally employed and their families; (2) Ministry of Health's services and limited services from nongovernmental organizations for the uninsured population; and (3) a large private sector that is almost entirely financed out of pocket (Barraza-Llorens, Bertozzi et al. 2002). In Mexico, the public sector and social security (including the military services) are responsible for more than 85% of the hospital beds. (FLEURY 2000). There is a mixed autonomy of resources in decentralized institutions with some central resources and some local ones (Arredondo and Parada 2000). There, the dominant element of the reform was the creation of a single state system of health for the uninsured, which entailed transfer of responsibility for uninsured populations from the Mexican institute for social security (IMSS) and the State Coordinated Health Services of the Ministry to new entities under state authority. The case of Mexico has been qualified as an incomplete or non-existing decentralization in which the states did not gain a significant level of control over even a single aspect of the system, and most of the few new powers they gained have slowly been taken away from them (Gershberg and Jacobs 1998). Privatization has also been limited. In 1996, Mexico implemented a package of reforms that encouraged decentralization, increasing competency of private institution to the IMSS by establishing a market-driven system for those who are covered by health insurance through mandatory social security or payment and a decentralized system of public minimum services for the poor (Laurell 2001). These changes point are similar to the type of reform done by Chile and Colombia.

The differences between Mexico and Costa Rica reflect just part of the variety categorized as de-concentration, which adopts other forms in other countries. Brazil, for example, is a special case of the decentralization process in the region. There, the formulation of the reform process was tied to the democratic transition and is an attempt to consolidate a unique, public, universal and decentralized system of health, based on the idea of health as a citizen's right guaranteed by the state, apparently in an opposite route to world-wide dynamics (Almeida 2002). The system is organized at the federal, state/provincial/regional, and municipal levels. The federal level is legally responsible for formulating and implementing national health policy. It is also in charge of system planning, assessment, and control, as well as resource allocation. Functions at the state level involve service coordination, distribution of financial resources, and decisions related to complex specialized technological interventions. The municipalities are responsible for handling the delivery of goods and services involved in health promotion, preventative care, health care, and rehabilitation. Funds are allocated to each state according to AIH (authorization for hospital admission) billing, always respecting the corresponding quantitative and financial ceilings. (Almeida, Travassos et al. 2000). The system is composed of three main sub-sectors:

1. The public sector, which comprises publicly financed and provided health services, including services from the federal, state, and municipal levels and the armed forces, which have their own separate health care services. 2. The private sector (profit and non-profit) contracted by the public sector and paid through reimbursement systems, comprised of publicly financed and privately provided services. 3. The free-choice private sector, financed out-of-pocket or by corporate health insurance, comprised of privately financed and privately provided services with different levels of insurance premiums and tax subsidies. (Almeida, Travassos et al. 2000)

To summarize, the decentralization processes in LAC during the last decades has been characterized by a great variety of reforms that imply transference of functions, resources or responsibilities from the central to the local level. There is a great diversity of characteristics along with simultaneity of other phenomena like privatization. However, there is also a pressing need to document these changes and measure the impact that they have had on the health sector due to the reform.

Effects of Decentralization on Equity in Health

Access to services

The available evidence in the revised articles suggests that health reforms have had mainly an adverse impact on the equity of access to health between different income groups. There is a gap in the services provided to poor inhabitants in comparison to the rich population, which is described in a great number of countries in the region. Studies on countries like Brazil, Mexico, Guatemala, Jamaica, and Peru coincide with the existence of inequalities in the services offered to rich and poor population. (Almeida 2002)

This tendency seems to have increased mainly in those countries that had a stronger privatization process such as Chile, where different packages of services are offered by private institutions in comparison to the public sector. This induces a segmentation observed in the market both between high- and low-risk individuals and those with higher and lower incomes. Those with relatively lower incomes and relatively higher risk choose the public-sector insurance system, and thus opt for lower-quality care, because it is much more inexpensive. In fact, there are considerable disparities in the extent and quality of health coverage. In 2002, 3.2% of the patients covered by the private sector were 60 years of age or older, as compared with 12% of the patients seen at public facilities (Manuel 2002). These differences seem to be more in terms of the quality than the access of services. Rich people are enrolled in private institutions and receive better health benefits. The poor can only afford the public sector with its lower benefits. Use of services (i.e., standardized unconditional expenditure)

was very similar across income groups, differing significantly only for the wealthiest quintile (Sapelli 2004). The government of Chile is in the process of reforming the health system again, giving priority to primary health care and providing an extended package of health services to the most vulnerable sectors of the population.

Health service in Colombia, with similar characteristics to the Chilean system, seems to have a better effect in the access to services of the population although the balance is not entirely satisfactory. Some authors have described a positive tendency that looks as if it were more related with an increment of the coverage of assurances than a real increment of the access to services. In a study held between 1993 and 1997, the coefficient of inequity (CI) for access to insurance decreased from 0.34 to 0.17; simultaneously, coverage increased from 23% to 57%, especially among the poorest segments of the population, where it increased from 3.7% to 43.7% as a result of subsidies provided by local governments. However, the CI for utilization of health care services did not vary significantly (Cespedes-Londono, Jaramillo-Perez et al. 2002). Increased disease prevalence and utilization of services among the insured, due to biased selection of risks and moral hazards, were also documented.

Although these descriptions of some possible positive effects in equity of access between different income groups exist (Jaramillo 2002), several barriers in access have also been described. In fact, a cross-sectional study of access to health services in Bogotá, where one fifth to fourth part of the population, identified four principal barriers to access: the lack of universal coverage, the existence of two regimes of affiliation, the limitations of the packages of health services and adopted mechanism of co-payments (Martínez, Rodríguez et al. 2001). The coverage reached in Colombia is far from the expected according to the cost of the system. It has been reported that almost 40% of the population is in a situation of vulnerability (Hernandez 2002). Moreover, this lack of coverage entails serious equity problems. In 1999, 6 out of the 9 departments with less than 37.5% of dissatisfaction of basic needs had more coverage from subsidy than the national average, while 20 out of 24 departments with more than 37.5% of dissatisfaction had a lower average of coverage of subsidy than the national mean (Málaga, Latorre et al. 2000). In addition, the existence of two regimens of affiliation serves to segment the access to health services as a result of criteria that do not depend on the population's needs but rather they are based on the income and labour status of people. Although in Colombia there is a universal basic package for those affiliated to the system, the offer of additional private packages implies a difference in the services. Even the basic package of services of the subsidised regimen includes fewer services than the package offered to those directly affiliated (Vargas, Vazquez et al. 2002). These differences may increase even more the inequity as they allow the acquisition of private additional packages by the rich population. Moreover, barriers of access to the poor population due to high co-payments of those services included in their package have also been described. (Homedes and Ugalde 2005)

Moreover, Costa Rica, where the emphasis on privatization has been less, shows better tendencies in equity of access to services than Chile or Colombia (Guimarães 2001). Its CCSS has the same package of services available to people with different capacity of payment (Vargas, Vazquez et al. 2002). There, practically the entire population has access to the health services of the CCSS. For example, 96% of all births in 1999 took place in CCSS hospitals (plus 2% in private clinics and 2% home deliveries) (Rosero-Bixby 2004). In addition, the data show substantial improvements in access (and equity) to outpatient care between 1994 and 2000, when the reforms were adopted. The share of the population whose access to outpatient health care was inequitable declined from 30% to 22% in pioneering areas where reform began in 1995-96. By contrast, in areas where reform had not occurred by 2001, the proportion underserved has slightly increased from 7% to 9%. Similar results come from a simpler index based on the distance to the nearest facility (Rosero-Bixby 2004). Furthermore, the percentage of people without equitable access to primary health services dropped by 15% between 1994 and 2000 in areas where health sector reform was implemented in 1995-1996, whereas areas that had not yet initiated health sector reform in 2000 experienced only a 3% reduction (Rosero-Bixby 2004). Thus, Equity in access to primary care has also improved considerably, perhaps because the first reforms were implemented in less developed areas of the country.

Contrary to Costa Rica, the health reform of 1996 in Mexico could imply the increment of a previous tendency of deterioration of equity in access to services. In fact, the creation of different service packages for the basic mandatory health insurance, a variety of additional health plans with different premiums and co-payments, and direct fee for service will lead to a vast stratification in access and quality of services. There, the negative tendency in equity is a continuation of past practices. For instance, the richest 10 percent of households spent 8.5 times more than the poorest 10 percent in 1984, 16.4 times more in 1992, 18.3 times more in 1994, and 16.5 times more in 1996. Data also indicates that many low-income families cannot afford to pay for medical care: 46 percent of the poorest 10 percent of households were found to have medical care expenditures, in comparison with 76 percent of high-income families. There is also a differences in the kind of services purchased (Laurell 2001). These tendencies even before the reform of 1996, can be explained by a reduction of the general budget of the IMSS and the failure of payments of funds for decentralized programs by the federal government.

Similar to Mexico, the experience of Brazil also shows that people in lower income groups experience more difficulties in getting access to health services. These differences are not only in the number of services but also in the types of services. Health care in Brazil still encompasses dual subsystems, which present distinct forms of institutionalization: the private service provides coverage to Brazilians who are younger, present lower risks, and who have higher purchasing power; the unified system of health provides direct services to those who have a lower or no purchasing

power at all, and to those with a higher purchasing power but whose health care needs require a more complex mix of services (Elias and Cohn 2003). In fact, the utilization rates by type of service varied, highlighting the large inequalities in quality of care delivered across income groups. The highest income group used about 500 percent more private services and about 100 percent more outpatient services than the lowest income group. On the other hand, people in the lowest income group used 67 percent more Health Center Services and 43 percent more emergency services than the highest income group. There were no social inequalities in the use of inpatient services. (Almeida, Travassos et al. 2000)

Studies that are referenced from other countries like Guatemala, Jamaica, and Peru coincide with the existence of inequalities in the services offered to rich and poor population. (Almeida 2002)

In addition to the inequality between different income groups, the decentralization process shows contradictory effects in the equity of utilization of services between geographical areas. Some countries seem to have a positive effect on equity. For example, in Colombia, a more equitable utilization of services between rural and urban areas and between municipalities with different income level is noted (Bossert, Larranaga et al. 2003), although there is a higher density of health resources in the biggest urban centres (Málaga, Latorre et al. 2000). In addition, although geographical inequalities are described in Costa Rica, (Vargas, Vazquez et al. 2002), there is evidence suggesting a positive effect of the reform in reducing the gap between rich and poor regions (Rosero-Bixby 2004). Since the differences of the processes between these two countries are great, the reasons for these findings require further discussion. For instance, a more equitable distribution of allocation of resources between municipalities in Colombia as is showed below could play a role in these findings. In Costa Rica, the decentralization process focused initially in those areas with less access, which seemed to be an adequate policy due to the results in reducing geographical inequity.

A positive tendency can also be noted in Brazil, where the local government became a stronger service provider and interregional differences in services supply diminished. The intensity of these changes, however, differed greatly from one region to another. Despite regulatory measures to increase efficiency and reduce inequalities within the health system, inpatient care delivery in 1996 remained highly unequal across the geographical regions, with inhabitants of the less developed areas less likely to have access to appropriate care. In addition, hinterland cities in the Southeast have a much better supply of physicians than do the less developed regions. This distribution of physicians, nurses and dentists results in a deficit in the poorer regions and cities and a surplus in the richer ones. (Almeida, Travassos et al. 2000). Reform seems to improve geographic equity although there is still a big difference between regions. (Viana, Heimann et al. 2002)

Unlike Colombia, Costa Rica and Brazil, the effects on geographical equity of access to services in other countries is less promissory. For example, in Chile, the

results of the decentralization in terms of geographical equity are less clear. Although different policies to control the problem in equity exist, various studies show no changes or negative results from the reforms in relation to the previous tendencies in utilization of services between small and big municipalities and between rural and urban areas (Bossert, Larranaga et al. 2003; Homedes and Ugalde 2005). Health insurance coverage displayed major geographic variations. Outpatient and in-patient medical care in the public sector showed substantial geographic variations. According to patient discharge records from national referral hospitals, only some 20% of total health care capability is used to treat 60% of the Chilean population living in regions outside the Greater Metropolitan area. In addition, the rural and poorest areas are covered preferably by the public sector, while the private is concentrated in the urban and wealthiest regions. (Arteaga, Astorga et al. 2002)

The evidence from Mexico suggests that there are more differences between geographical areas due to the reform. There, decentralization was originally initiated in 13 states in 1985 and was put on hold in 1987 owing to its negative effects on service delivery and acute conflicts between local health authorities and the population caused by the virtual closure of rural hospitals. (Laurell 2001)

Allocation of resources

The relation between decentralization and improvement of geographical equity in resources' allocation is inconsistent. For instance, it promoted a more equitable allocation of health resources among rich and poor municipalities of different incomes in Colombia (Bossert, Larranaga et al. 2003; Homedes and Ugalde 2005) although a bigger capacity of negotiation of new resources in rich municipalities as well as in the private sector has been mentioned (Guimarães 2001). In Costa Rica, where there is a centralized fund for resources' allocation, it has been reported that there is a better redistributive capacity. (Guimarães 2001)

A less clear relation has been shown in Chile and Brazil, where it seems to be a tendency to maintain inequities in allocation of resources. Although, a probable positive role of a fund for a more equitable reallocation of resources has been described in Chile, where, the tendency has been shown as steady (Bossert, Larranaga et al. 2003) or contrary (Guimarães 2001; Homedes and Ugalde 2005). There, analysis of primary care funding, however, suggests that municipalities allocating the highest per capita funds are not the ones with the greatest health care needs (Arteaga, Astorga et al. 2002). In addition, in Brazil, a look at the estimated distribution of resources by region according to population demonstrates that the poorer areas have the biggest differential rates. (Almeida, Travassos et al. 2000)

In Mexico, a clearer negative trend in geographical equity of allocation of resources has been found (Ugalde and Homedes 2002). There, the inequity between regions is also likely to increase despite the previous unfair geographic distribution

of public resources—for both the social security system and the decentralized state systems. In addition, the reforms of 1996, due to the logic of competence, could affect poor areas and the more financial capacity of rich states will allow them to introduce more services. (Laurell 2001)

In general, in only a minority of the countries in LAC where the reforms have been implemented, is there evidence of a decrease of inequities in resources allocation between geographical areas (Infante, de la Mata *et al.* 2000).

In addition to this inconsistency in geographical equity of allocation, equity of resource allocation between different levels of attention has been more consistently reported. In Colombia, for example, there was a redistribution of financial resources with an increased participation of first level services (Jaramillo 2002). In Chile, the funding for primary attention is also guaranteed, even though other types of services have more inequity. (Guimarães 2001)

Discussion and Conclusion

The decentralization defined as the transference of power and competences from the central government to peripheral levels of government has implied a great variety of processes in the different countries of the region. The process of decentralization in countries such as Colombia, Brazil, Chile, Mexico and Costa Rica illustrated different tendencies in the transformations of the health systems in the region. Although these tendencies are contradictory, this seems to indicate that decentralization is not the magic solution to the problems in equity of health systems as is promoted by some international institutions.

In Colombia, there are some positive effects in equity that have been described, however, they are not clear and must be placed into perspective. Initially, although a positive effect is described by some authors in terms of equity of access between different income groups and geographical areas, others agree in the fact that several barriers are maintained and even created within the system. Some of the mentioned barriers are the lack of universal coverage, the existence of two regimes of affiliation, the limitations of the packages of health services and adopted mechanism as co-payments.

In addition, as the possible increment described is closely related with the increased coverage of affiliation and the creation of the subsidized sector there are some aspects that must be taken into consideration. Importantly, the old system differed in terms of the role of the insurance, as the most of the population did not need to be assured to have access to the services provided by the Ministry of Health. This means that real equity should be based on the comparison of access to services, which is not clear to have increased in Colombia.

The clearer effect in allocation of resources and geographical equity in Colombia

has to be discussed by taking into account the costs of the services. Even though, there has been an increment of 2 to 4 times the amount of financial resources of the system, the results are not proportional to these costs. The role of the intermediation of the private sector in Colombia has to be discussed in order to explain the inefficacy of the system.

The role of the partnership between decentralization and privatization should be discussed in the case of Chile, where negative effects in equity of access and permanence of inequities of allocation of resources are found. Chile has a fragmentation of the population in terms of the public and private sectors of health that the process of decentralization has not been able to correct.

With a lower process of privatization, Costa Rica is the country that shows the clearest benefit effect of decentralization in terms of access to services and allocation of resources. However, the rationality of the intention of some stakeholders in that country to introduce changes toward the suggestions of the World Bank must be discussed.

Decentralization has also been accompanied by negative effects in Mexico, where an increment of inequity of access and allocation of resources has been described, and contradictory effects in Brazil, where although some advances have been made the inequities are still marked. Contrary to the Colombian case, in these countries, there has been a reduction of financial resources for health, which is specially described in the IMSS. This is accompanied with economical crisis in both countries with adjust measures under the guidelines of the neo-liberal ideology of the international organizations.

To summarize, although decentralization in theory may be a powerful mechanism to promote equity in health, it may be insufficient or prejudicial in the context of unclear policy intended to promote equity by the state. Moreover, the role of other concomitant phenomena like privatization and shortage of state funding of health must also be discussed. However, the evidence regarding the results of decentralization in LAC is still contradictory and ambiguous. It is not clear that its achievements could reach its intentions of improved equity in health in the region. This literature review demonstrated the increasing need of more systematic studies in this area.

References

- ALMEIDA, C. (2002). "[Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s]." *Cad Saude Publica* 18(4): 905-25.
- ALMEIDA, C., C. TRAVASSOS, ET AL. (2000). "Health sector reform in Brazil: a case study of inequity." *Int J Health Serv* 30(1): 129-62.

- ARREDONDO, A. AND I. PARADA (2000). "Health financing changes in the context of health care decentralization: the case of three Latin American countries." *Rev Saude Publica* 34(5): 449-60.
- ARREDONDO, A., I. PARADA, ET AL. (2004). "[Impact of decentralization on health financing in Mexico]." *Rev Saude Publica* 38(1): 121-9.
- ARTEAGA, O., I. ASTORGA, ET AL. (2002). "[Inequalities in public health care provision in Chile]." *Cad Saude Publica* 18(4): 1053-66.
- BARRAZA-LLORENS, M., S. BERTOZZI, ET AL. (2002). "Addressing inequity in health and health care in Mexico." *Health Aff (Millwood)* 21(3): 47-56.
- BERTODANO ID, I. (2003). "The Costa Rican health system: low cost, high value." *Bull World Health Organ* 81(8): 626-7.
- BOSSERT, T. J., O. LARRANAGA, ET AL. (2003). "Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile." *Bull World Health Organ* 81(2): 95-100.
- CEPAL (1994). *Salud, equidad y transformacion productiva en America Latina y el caribe*. Washington, DC, Pan-American Health Organization.
- CESPEDES-LONDONO, J., I. JARAMILLO-PEREZ, ET AL. (2002). "[The impact of social security system reform on health services equity in Colombia]." *Cad Saude Publica* 18(4): 1003-24.
- ELIAS, P. E. AND A. COHN (2003). "Health reform in Brazil: lessons to consider." *Am J Public Health* 93(1): 44-8.
- FLEURY, S. (2000). *Reshaping health care systems in Latin America: Toward fairness? Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and México*. S. Fleury, S. Belmartino and E. Baris. Ottawa, International Development Research Centre.
- GERSHBERG, A. I. AND M. JACOBS (1998). *Decentralization and Recentralization: Lessons from the Social Sectors in Mexico and Nicaragua*. Washington, D.C., Inter-American Development Bank.
- GREEN, A. AND C. COLLINS (2003). "Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change." *Int J Health Plann Manage* 18 Suppl 1: S67-78.
- GUIMARÃES, L. (2001). [Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo]. Washington, DC, Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud.
- HERNANDEZ, M. (2002). "[Health reform, equity and the right to health in Colombia]." *Cad Saude Publica* 18(4): 991-1001.
- HOMEDES, N. and A. UGALDE (2002). "[Health services privatization: the experiences of Chile and Costa Rica]." *Gac Sanit* 16(1): 54-62.
- HOMEDES, N. and A. UGALDE (2005). "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America." *Health Policy* 71(1): 83-96.

- INFANTE, A., I. de la Mata, et al. (2000). "[Reform of health systems in Latin America and the Caribbean: situation and trends]." *Rev Panam Salud Pública* 8(1-2): 13-20.
- JARAMILLO, I. (2002). "[Evaluation of health system decentralization and reform of the Social Security system in Colombia]." *Gac Sanit* 16(1): 48-53.
- KALK, A. and K. Fleischer (2004). "The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control." *Lepr Rev* 75(1): 67-78.
- LAURELL, A. C. (2001). "Health reform in Mexico: the promotion of inequality." *Int J Health Serv* 31(2): 291-321.
- LIVAK, J., j. Ahmad, et al. (1998). *Rethinking decentralization in developing countries*. Washington (DC), World Bank.
- MÁLAGA, H., M. Latorre, et al. (2000). "Equidad y Reforma en Salud en Colombia." *Revista de Salud Pública* 2(3).
- MANUEL, A. (2002). "The Chilean health system: 20 years of reforms." *Salud Publica Mex* 44(1): 60-8.
- MARTÍNEZ, P., L. RODRÍGUEZ, et al. (2001). "Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud." *Revista de Salud Pública* 3(1).
- MILLS, A., J. VAUGHAN, et al. (1990). *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Geneva, World Health Organization.
- ROSETO-BIXBY, L. (2004). "[Assessing the impact of health sector reform in Costa Rica through a quasi-experimental study]." *Rev Panam Salud Publica* 15(2): 94-103.
- ROSETO-BIXBY, L. (2004). "Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study." *Soc Sci Med* 58(7): 1271-84.
- SAPPELLI, C. (2004). "Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system." *Soc Sci Med* 58(2): 259-65.
- UGALDE, A. and N. HOMEDES (2002). "[Decentralization of the health sector in Latin America]." *Gac Sanit* 16(1): 18-29.
- VARGAS, I., M. L. VAZQUEZ, et al. (2002). "[Equity and health systems reform in Latin America]." *Cad Saude Publica* 18(4): 927-37.
- VIANA, A. L., L. S. HEIMANN, et al. (2002). "[Significant changes in the health system decentralization process in Brazil]." *Cad Saude Publica* 18 Suppl: 139-51.
- WHITEHEAD, M. (1992). "The concepts and principles of equity and health." *Int J Health Serv* 22(3): 429-45.
- WORLD BANK, W. (1993). *World Development Report; Investing in Health*. Oxford, Oxford University Press.

Medición de las Inequidades en Salud

Javier H. Eslava-Schmalbach¹

Carol C. Guarnizo-Herreño²

*¹Instituto de Investigaciones Clínicas.
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*

*²Departamento de Salud Colectiva.
Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia*

La medición de las inequidades en salud depende de la postura conceptual que se asuma y por ello se elegirán como pertinentes ciertas mediciones y no otras, y la interpretación que se dé a las mismas será un reflejo de la postura ética en la cual se sitúe el investigador de inequidades en salud. Según Norberto Dachs (Dachs, 2001), la intención de identificar y conocer la magnitud de estas inequidades, es poder caracterizar la dirección de las mismas de acuerdo con los criterios que sean útiles para intervenir, así, el objetivo de las evaluaciones de inequidades en salud es la localización de las mismas y sus determinantes. Por esta razón se defiende la idea de medir siempre las inequidades en salud relacionándolas con variables socioeconómicas. Un grupo de reconocidos autores (Anand *et al.*, 2002) describe cinco consideraciones básicas de las medidas de las desigualdades en salud, éstas son: la medida del estado de salud o consecuencia para la salud que se utilice, los grupos de población en los que se describen las desigualdades en salud, el grupo de referencia o norma con la que se comparan las diferencias, los intercambios entre las mediciones absolutas y relativas, y la magnitud atribuida a la (mala) salud de los individuos/grupos en los distintos puntos de la distribución de la (mala) salud.

Existen diversos indicadores o estimadores usados para medir inequidades en salud, algunos textos han hecho una buena descripción de los mismos en diferentes idiomas (Anand *et al.*, 2002, Borrell C, 2000). En general, la medición del estado de salud descansa en la determinación de tasas, porcentajes, proporciones, promedios y otros indicadores como la expectativa de vida (Gakidou *et al.*, 2000) o la calidad de

vida (Keppel et al., 2005). Existen más de 70 indicadores de inequidades que reflejan morbilidad, mortalidad, resultados del estilo y hábitos de vida y de características socioeconómicas (London Health Observatory (LHO, 2007). Sin embargo, solo algunos de estos han demostrado una sensibilidad aceptable para medir diferencias entre estratos con diferentes condiciones socioeconómicas, cada uno dependiendo de la situación bajo medición. Algunas medidas usadas como la curva de Lorenz fallan en reflejar el estado socioeconómico (Low, 2004), siendo esta una dimensión esencial en la medición de inequidades en la salud, es por esto que solo el índice de pendiente de inequidad y el índice de concentración han sido propuestos como herramientas para cuantificar la variación a lo largo de estratos (Wagstaff et al., 1991) o descomponerlo para analizar los resultados (Clarke M and Oxman, Actualización enero de 2003). Ejemplo de esto se ha hecho utilizando la escala corta SF-36 (Butterworth and Crosier, 2004, Clarke et al., 2002). El índice de concentración ha sido usado para realizar comparaciones entre países (van Doorslaer and Koolman, 2004) y puede servir de partida para el cálculo de un índice agregado de éxito en la intervención de las inequidades (Wagstaff, 2002).

En general los indicadores utilizados dan cuenta tanto de estimaciones puntuales como de la variabilidad alrededor de éstas. En lo referente a las medidas de dispersión, éstas se discriminan en univariadas como la desviación estándar, los coeficientes de variación, el coeficiente de GINI, las curvas de Lorenz y aquellas que se podrían denominar medidas de bienestar (bivariadas) como el índice de Atkinson (Williams and Doessel, 2006). La aplicación de una medida única puede llevar a interpretaciones erróneas, por lo que se deben evaluar con detenimiento los resultados producto de un análisis único.

De otro lado, los resultados de una evaluación dependen de manera especial de la escogencia de las variables para el cálculo de los indicadores. Un claro ejemplo de esto lo muestra un estudio de análisis *post hoc* realizado con datos de Mozambique, en el cual se calculó el índice de concentración de la utilización de servicios médicos con cinco indicadores diferentes de bienestar. El estudio mostró resultados diferentes dependiendo de la definición de estado socioeconómico usada (Magnus, 2006) Existe una amplia variedad de medidas del estado socioeconómico que han sido utilizadas. Estas incluyen, la clase social u ocupacional, el nivel educativo logrado, el ingreso, el tamaño de la vivienda, el consumo o la posesión de ciertos recursos en casa que hacen parte del índice de bienestar. El enfoque de exclusión social ayuda en este tópico al permitir el análisis de los cruces y relaciones de las distintas formas de carencia. Distintos aspectos de la privación se acumulan, por ejemplo, la falta de ingreso está relacionada con desempleo o formas precarias del empleo, pero también con mala salud física o mental, falta de vivienda adecuada, falta de educación o mala calidad en la educación recibida, mala alimentación y exclusiones relacionadas con condiciones género. De lo anterior se deduce que los grupos que sufren privaciones generalmente soportan desventajas múltiples y acumulativas (De_Haan, 1999).

Las medidas relacionadas con el estado socioeconómico presentan una especial sensibilidad a los cambios de indicador escogido y se asocian en ocasiones a cambios en los resultados (Houweling et al., 2003, Krieger et al., 2003, Manor et al., 1997). La escogencia de los indicadores depende del adecuado conocimiento de sus características (Borrell C, 2000). Cuando las medidas se usan de manera consistente y comparando entre los mismos estratos se tienen conclusiones más consistentes. Existen algunas herramientas que permiten la validación de la medida usada para medir el nivel socioeconómico (Wagstaff and Watanabe, 2003). En muchos estudios el nivel socioeconómico medido como estrato social guarda relación casi lineal con el nivel de salud (Manor et al., 1997). Cabe resaltar que en resultados de varios estudios se demuestra que las inequidades en salud relacionadas con el estado socioeconómico son solo una parte de las inequidades globales en salud (Wagstaff and van Doorslaer, 2004), razón por la cual estas no constituyen la única dimensión para medir el comportamiento del fenómeno.

El uso de los índices de concentración para la medición de inequidades ha suscitado desarrollos metodológicos importantes, entre ellos el desarrollo de metodologías para volver una variable categórica como el estado de salud en una variable continua que permita un mejor manejo de la misma (Wagstaff and Van Doorslaer, 1994). Dos de las metodologías más usadas son la transformación logística y la reciente regresión de intervalo, la cual tiene especial funcionamiento cuando existen características de la variable socioeconómica y del estado de salud (Lecluyse and Cleemput, 2006).

Otras herramientas como el “Balanced scorecard” (algunos la traducen al español como cuadro de mando) provienen más del campo administrativo y han despertado especial interés en la planeación y seguimiento de los programas orientados a disminuir las inequidades (Auger and Raynault, 2006).

Principales Medidas de Orden Cuantitativo Utilizadas en la Evaluación de Inequidades en Salud

Medidas de cociente y diferencia

Comparan indicadores de salud de dos grupos extremos de mejor y peor salud o grupos que correspondan a los niveles socioeconómicos inferior y superior; para su utilización se recomienda no elegir dos grupos tan extremos que las medidas resuman oculten la información de los grupos intermedios y que no sean tan amplios que se diluyan las diferencias existentes. Estas medidas no son sensibles a los cambios de tamaño de los grupos y por definición no toman en cuenta los valores de los grupos intermedios. En este grupo de medidas se encuentran:

El rango

Es una medida que puede ser aplicada para mediciones de disparidad en la que se mide la distancia entre el valor más alto y el más bajo de una distribución (Wagstaff et al., 1991). Se puede decir por ejemplo, que la diferencia en la prevalencia de enfermedades crónicas entre los que mas ganan con respecto a los más bajos ingresos es de 30%. Se estima mediante la ecuación 1.

$$(1) \quad \text{Rango} = \text{Máximo} - \text{Mínimo}$$

Razón de tasas o diferencia relativa

Es un indicador relativo de disparidad (Gordis, 2004: 179). Sirve para comparar dos grupos. Se expresa mediante la ecuación 2.

$$(2) \quad RT = \frac{\text{TasaA}}{\text{TasaB}}$$

En donde RT es la razón de tasas.

Amplitud o Diferencia absoluta de tasas

Es un indicador absoluto de disparidad. Mide la diferencia absoluta entre una tasa y otra. Se expresa mediante la ecuación 3. En epidemiología se le llama exceso de riesgo (Gordis, 2004: 179).

$$(3) \quad DT = \text{TasaA} - \text{TasaB}$$

Riesgo atribuible poblacional

Es un indicador relativo de disparidad entre dos grupos, que se utiliza para medir el impacto en la salud pública de un evento o una intervención. Se expresa mediante la ecuación 4.

$$(4) \quad FAp = \frac{(p[RT-1])}{(p[RT-1])} + 1$$

En donde p es la proporción entre los casos de mala salud que pertenecen al grupo expuesto. A menudo se requiere estandarizar las tasas para controlar el efecto de algunas variables de confusión, antes de hacer la comparación entre los grupos (Anand et al., 2002). También es posible hacer la estimación de la fracción atribuible poblacional en casos en que se afecte más de un grupo, en la que la medida absoluta de reducción de la tasa global de enfermedad se obtiene multiplicando la reducción proporcional de la tasa global de la enfermedad por la tasa global de la enfermedad (Anand et al., 2002:65).

La fracción atribuible

Es un indicador relativo de disparidad en el que dicha disparidad se expresa en términos de proporción contra un patrón mejor o peor de comparación. Se utiliza para comparar dos grupos y se expresa mediante la ecuación 5 (Gordis, 2004: 191) (Rothman, 2002: 47). La fracción atribuible ha mostrado ser una buena forma de medir disparidades en salud cuando se ha comparado con otros indicadores relativos y absolutos de disparidad (Eslava-Schmalbach et al., 2008a).

$$(5) \quad FA = \frac{TasaA - TasaB}{TasaA}$$

Medidas de dispersión

Entre estas medidas, la varianza y el coeficiente de variación han sido empleadas especialmente en aquellos casos en que se define la utilización de individuo como unidad de análisis. Sin embargo estas medidas tienen una importante limitación pues no son sensibles a la dirección de la asociación entre el nivel socioeconómico y la salud, pues el mismo valor se obtiene si las asociaciones son positivas o negativas, además son dependientes de las unidades de medida.

La varianza entre grupos

Es una medida absoluta de la disparidad entre grupos. Mide la desviación (ponderada por el tamaño de la población), para cada grupo del valor de la tasa promedio poblacional (Lynch and Harper, 2005). Se estima mediante la ecuación 6.

$$(6) \quad BGV = \sum_{j=1}^J P_j (y_j - u)^2$$

En donde Y_j es la tasa del grupo, u es la tasa promedio de la población y P_j es la proporción de población con respecto a la población total, que tiene cada grupo. De tal manera que las diferencias absolutas con respecto al promedio se ponderan y se suman, con la intención de obtener la varianza global entre los grupos.

El coeficiente de variación

Es un estimador de dispersión de los datos. Se estima mediante la ecuación 7 (Anand et al., 2002:71).

$$(7) \quad C = \sigma / x_e(0)$$

En donde σ es la desviación típica y X_e el promedio.

Desviación media relativa

Es un estadístico de dispersión en el que se estima la dispersión de los valores con respecto a un valor central y como proporción del mismo. Se estima mediante la ecuación 8 (Anand et al., 2002:71).

$$(8) \quad M = \sum_i f_i |x_i - x_e(0)| / x_e(0)$$

Índice de Theil

Es una medida de desproporcionalidad. Junto con la Desviación logarítmica media, se les llama índices de Entropía. Su función de desproporcionalidad se estima mediante la ecuación 9 (Lynch and Harper, 2005).

$$(9) \quad f(r_j) = r_j \ln(r_j)$$

De tal manera que el índice (T) se puede re-escribir con la ecuación 10 (Lynch and Harper, 2005)

$$(10) \quad T = \sum_j p_j r_j \ln(r_j)$$

La Desviación logarítmica media

Es otra medida de desproporcionalidad y entropía. Su función de desproporcionalidad se estima mediante la ecuación 11.

$$(11) \quad f(r_j) = -\ln(r_j)$$

Al igual que el Índice de Theil, la Desviación logarítmica media (MLD) se puede re-escribir según la ecuación 12:

$$(12) \quad MLD = \sum_j P_j [-\ln(r_j)]$$

Medidas de correlación y regresión

Coefficiente de correlación

Mide la existencia de una relación lineal entre la variable socioeconómica y el indicador de salud. Usualmente se utiliza el coeficiente de correlación entre tasa de morbilidad y status socio-económico (Winkleby et al., 1992).

Regresión estándar (Índice de efecto)

Relaciona gracias a un modelo de regresión una variable dependiente -generalmente el indicador de salud-, con una variable independiente -condición socioeconómica-. Tiene la ventaja de describir las diferencias entre todos los grupos de la población. Si se obtiene una relación lineal entre las variables la pendiente de la recta es el índice de efecto absoluto, interpretado como el cambio que se produce en el indicador de salud por modificar en una unidad la condición socioeconómica (Borrell C, 2000, Lynch and Harper, 2005). El índice relativo se obtiene dividiendo el valor absoluto entre el indicador de salud en el grupo de referencia.

Regresión en percentiles

En este caso se ordenan los grupos según nivel socioeconómico y a cada uno se asigna una valor entre 0 y 1, indicando la posición relativa acumulada de cada grupo; se toma en cuenta además, el tamaño de la población. Por el método de los mínimos cuadrados ponderados se estima la pendiente de la recta de regresión. El Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) equivale al valor de esta pendiente y se interpreta como la diferencia absoluta en el indicador de salud entre el grupo más favorecido y el más desfavorecido según nivel socioeconómico. Las diferencias relativas se logran dividiendo el IDP en el valor estimado como media del nivel de salud global de la población obteniendo de esta manera el Índice relativo de desigualdad (IRD), otra versión del cálculo de este último sugiere dividir el IDP entre el valor estimado de la variable de salud para la situación socioeconómica más alta y a este resultado adicionarle uno. El IRD se interpreta como la razón en el indicador de salud entre los grupos más y menos favorecidos según nivel socioeconómico (Kunst et al., 1998, Pamuk, 1985). La más importante ventaja del IDP y el IRD es que consideran la posición socioeconómica de los grupos y sus tamaños relativos.

Regresión sobre valores-z

Diferencia de tasas de morbilidad entre grupos con las tasas más bajas y más altas que la tasa de morbilidad promedio (veces 0,5) (Lynch and Harper, 2005).

Riesgo Atribuible Poblacional basado en la regresión

Se obtiene también a partir de un modelo de regresión estándar, a partir de la morbilidad estimada según la regresión para un determinado grupo socioeconómico. A partir de esta morbilidad estimada se calcula el riesgo atribuible poblacional (Borrell C, 2000).

Odds ratio (OR)

El OR o razón de oportunidades es a menudo usada en lugar de las razones de frecuencia. Todas las razones de frecuencia tienen una forma de correlacionarse con el OR. El OR de un acontecimiento de salud representa la frecuencia de este acontecimiento en un grupo de referencia.

tecimiento dividido por su complemento. Cuando la frecuencia del acontecimiento es muy baja, el OR es una aproximación excelente de la razón de frecuencias. Este se calcula usando tablas de contingencia o modelos de regresión logísticos después de la transformación logit de la variable dependiente. Tiene las mismas ventajas y desventajas que la razón de tasas. Tiene una limitación adicional: el OR sobrestima el tamaño de la relación entre dos variables cuando la frecuencia de la variable dependiente - el acontecimiento de salud en este caso - es más alta que el 1% (Regidor, 2004).

Indicadores de desigualdad tipo coeficiente Gini

Coficiente de Gini

El coeficiente de Gini es la medida más común utilizada para evaluar desigualdades del ingreso. Mide el área entre la curva de Lorenz y la diagonal expresada como proporción del área total. Los valores cerca de 0 indican menos desigualdades en el ingreso y valores cerca de 1 indican altas desigualdades en el ingreso (Keppel et al., 2005:141). Le Grand propuso su uso de manera individual para evaluar la distribución del estado de salud entre la población, graficándolos desde los más insanos hasta los más sanos (Ilsley et al., 1987, Le Grand, 1985, Wagstaff et al., 1991). Un ejemplo de dicha medición se presenta en la figura 1. El coeficiente de Gini, junto con el índice de concentración, el índice de Theil y la Desviación logarítmica media, son estimadores de las desproporcionalidad. Se construyen con la ecuación 13.

$$(13) \quad I = \sum_{j=1}^J P_j f(r_j)$$

En donde I es el coeficiente o índice que se estima, P_j es la población del grupo j, r_j es la razón de salud enfermedad en el grupo j con respecto a la población total y $f(r_j)$ es la función de desproporcionalidad.

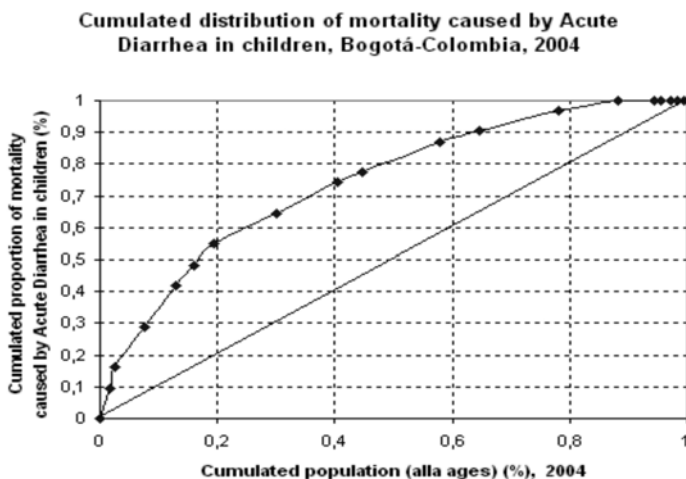
Dependiendo de cual de los estimadores se va a utilizar, la función de desproporcionalidad cambia, de tal manera que para el coeficiente de Gini, la función de desproporcionalidad se estima, cuando se trata de datos de nivel individual con la ecuación 14 y cuando se trata de datos agrupados con la ecuación 15:

$$(14) \quad f(r_j) = |r_i - r_j| / 2$$

$$(15) \quad f(r_j) = r_j (q_j - Q_j)$$

Las ventajas de la curva de Lorenz son: refleja las experiencias de todas las personas y no sólo las de los extremos de la distribución, por ejemplo lo de las clases I y V; apenas de esas en, por ejemplo, clases sociales I y V; porque no requiere estratificar la población. Sin embargo, adolece del problema que no permite conocer como se distribuye ese estado de salud por algún tipo de ordenamiento socioeconómico. Para ello se utilizan las curvas de Pseudo-Lorenz y su correspondiente Pseudo Gini.

Figura 1. Distribución acumulada de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, Bogotá, 2004



Fuente de datos: Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. Figura: Autores *Gini: 0,486

Coefficiente de pseudo Gini

Está basado en la curva Pseudo-Lorenz, semejante a la curva Lorenz pero utiliza datos agrupados en lugar de datos individuales, los grupos se ordenan según la variable de salud de peor a mejor valor y se representan tantos puntos como clases sociales existan. El coeficiente pseudo-Gini corresponde a dos veces el área entre la curva y la diagonal y va de 0= no hay diferencias en el indicador de salud entre los grupos, hasta 1= toda la mala situación de salud ocurre en una persona. La diferencia con el índice de concentración se da en que el índice de concentración tampoco utiliza grupos sino que ordena la población que originalmente se utilizó para construir la curva de Lorenz y estimar el coeficiente de Gini, y la ordena según alguna variable socioeconómica, para estimar el índice (Wagstaff et al., 1991). En el caso del pseudo-Gini, parte de las agrupaciones de población que se han ordenado según su estado de salud.

Índice de concentración

En este índice al igual que el índice pendiente de la desigualdad y el índice de desigualdad relativa, permite estimar el efecto de la desigualdad por la población ordenada según alguna variable socioeconómica, empezando por los más pobres (Wagstaff et al., 1991). Si la salud está igualmente distribuida a través de los grupos socioeconómicos, la curva de la concentración coincidirá con la diagonal. Si la salud pobre se concentra en los grupos socioeconómicos más bajos, la curva de la concentración la salud se ubicará debajo de la diagonal. El índice de concentración de la salud se define como dos veces el área entre la curva de la concentración y la diagonal. Este índice proporciona una medida del grado de las desigualdades en salud que se asocian sistemáticamente a la variable del estado socioeconómico que se usó para ordenar la población. El índice de concentración se define como positivo cuando la curva de la concentración cae debajo de la diagonal y como negativo cuando cae sobre la diagonal. Así el valor más bajo que el índice puede tomar es - 1: esto ocurre cuando la salud de toda la población se concentra en las personas más perjudicadas. El valor máximo que el índice puede tomar es + 1: esto ocurre cuando la salud de toda la población se concentra en las personas menos perjudicadas (Wagstaff et al., 1991).

Índice de concentración generalizado

Se utilizan los resultados del índice de concentración y se multiplican por la proporción de personas afectadas por la condición bajo estudio (Borrell 2000).

Índice de Atkinson: Es un índice que incorpora un elemento subjetivo, el de aversión a la desigualdad (Le Grand, 1987). El índice entonces es un cociente entre el ingreso que debería estar igualmente distribuido en la población (para generar el mismo estado bienestar al actual) y el ingreso promedio de la economía. Se estima mediante la ecuación 8 (Anand et al., 2002:71). El índice de desigualdad de Atkinson es el complemento de este cociente. Si el valor disminuye luego de alguna acción pública significa que el gasto público social ha ayudado a disminuir la desigualdad (Shkolnikov et al., 2003). Se representa mediante la ecuación 16.

$$(16) I(\varepsilon) = 1 - \left[X_e(\varepsilon) / X_e(0) \right]$$

Índice de Kakwani

Un índice similar al de concentración es el índice de Kakwani que permite identificar la inequidad existente en la utilización de los servicios de salud (por ejemplo) a partir de la identificación de una necesidad; el índice corresponde a dos veces el área entre las curvas de necesidad y utilización construidas a partir de una estratificación por un característica como ingreso, así, el índice tendrá un valor cercano a cero (0) si la inequidad de la utilización con respecto a la necesidad es mínima y se acercará a uno

(1) si la utilización se encuentra lejos de la necesidad, beneficiando a los grupos de mayores ingresos. El índice se ha definido también como la diferencia entre el coeficiente Gini de los ingresos permanentes del hogar y el índice de concentración de los pagos al sistema de salud por fuente de financiación y es empleado de esta manera para evaluar la progresividad en el financiamiento de los sistemas de salud.

Este índice se representa con la ecuación 17.

$$(17) K_r = \frac{1}{\mu \theta_n(r)} \sum_{i=1}^n (\mu - y_i)(n+1-i)^r$$

Donde r es mayor o igual a 1, y $\theta_n(r) = \sum_{i=1}^n i^r$. K_1 aproxima el índice de Gini para n grandes. Este índice introduce el papel de las transferencias en la disminución o aumento de la pobreza, dándole de esta forma una mayor complejidad a los clásicos axiomas de Sen¹, en el sentido que las transferencias desde los pobres a los ricos tienen un comportamiento diferente en el modelo general de pobreza, dependiendo de la posición del pobre desde donde se hace la transferencia. Adicionalmente, si la transferencia se hace entre los pobres, que tienen un diferente ordenamiento entre ellos, según la magnitud de su pobreza, el comportamiento general de las medidas de pobreza también será diferente (Kakwani, 1980).

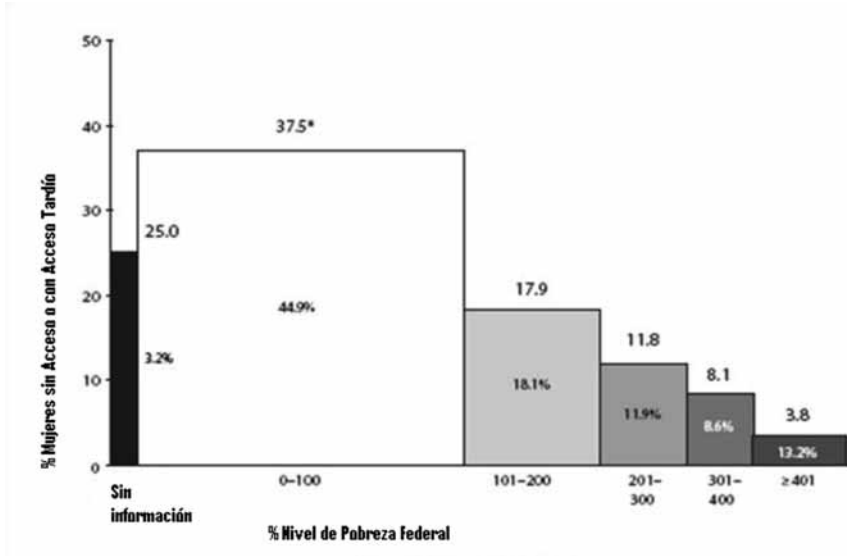
*Índice de desigualdad de la pendiente,
coeficiente angular de la desigualdad o "slope index of inequality"*

Al contrario que la curva de Lorenz, la pseudo-curva de Lorenz curva y el índice de semejanza, el índice pendiente de la desigualdad y su contraparte la diferencia relativa de desigualdad, si reflejan la dimensión socioeconómica en las desigualdades en salud. Se obtiene de calcular del estado de salud malo de cada grupo socioeconómico y se organizan las categorías por su estado socioeconómico (no por su salud). La altura de cada barra representa el estado de salud malo de cada categoría y la anchura representa la fracción de la población en la categoría El índice pendiente de la desigualdad (SII) entonces se define por la pendiente de la línea de regresión que demuestra la relación entre el estado de salud de una clase y su posición relativa (R) en la distribución socioeconómica. Puede ser interpretado como el efecto absoluto sobre la salud de pasar de un grupo socioeconómico más bajo a uno más alto (Wagstaff et al., 1991). Dado que este índice trabaja con datos agrupados, los mismos son

1 Los axiomas de Sen son el de la Monotonicidad (Dadas otras cosas, una reducción del ingreso de una persona por debajo de la línea de pobreza incrementa la medida de la pobreza); y el de la Transferencia (Dadas otras cosas, una transferencia pura del ingreso desde una persona por debajo de la línea de pobreza a cualquiera que sea más rico, debe incrementar la medida de la pobreza) CHAKRAVARTY, S. R. (1988) Extended Gini Indices of Inequality. International Economic Review, 29, 147-156.

heterocedásticos, por lo que un modelo de regresión basado mínimos cuadrados ordinarios no puede ser utilizado y se requiere de un modelo de mínimos cuadrados ponderados (Wagstaff et al., 1991, Carr-Hill and Chalmers-Dixon, 2005 :164, Keppel et al., 2005:10). La representación gráfica de este índice es como se muestra en la figura 2, tomada del uso del índice pendiente de desigualdad en una población de mujeres embarazadas con acceso tardío o no acceso, según nivel de pobreza (Braveman et al., 2004).

Figura 2. Mujeres con acceso tardío o sin acceso según nivel de pobreza



Adaptado de Braveman, et al (2004) (Braveman et al., 2004).

Índice relativo de desigualdad

Es la versión relativa del índice de desigualdad de la pendiente, se sugiere que primero se obtenga el cociente entre b y el valor estimado de la variable de salud (tasa de mortalidad) para la situación socioeconómica más alta ($x = 1$; el punto más alto en la escala ridit). El valor así obtenido representa las veces que la tasa del grupo socioeconómico más bajo es mayor que la del grupo socioeconómico más alto. Para expresar este resultado como una razón de tasas se adiciona uno a este valor y se obtiene el IRD modificado. Cuanto mayor es este valor, mayor es la diferencia entre los grupos (Sergeant and Firth, 2006). Este índice debe utilizarse preferentemente cuando el criterio de agrupación conserva un ordenamiento total, de modo que cualquier individuo de un grupo i tiene una situación socioeconómica mejor que cualquiera de un grupo j (si $j < i$). Cuando los datos se agregan por unidades geopolíticas y estas se ordenan en función de un indicador socioeconómico, no todos los sujetos de un

grupo socioeconómico superior se hallan en mejor condición que todos los de un grupo socioeconómico inferior.

Índices de disparidad, desemejanza o disimilitud

Este índice permite conocer la distancia que existen entre diferentes grupos poblacionales con respecto a la población global, y la sumatoria de los valores absolutos de esas diferencias las divide por dos (Carr-Hill and Chalmers-Dixon, 2005 , Keppel et al., 2005, Wagstaff et al., 1991). En el contexto de los ingresos aparentemente funciona bien, aunque no parece funcionar igual para la relación salud y grupos socioeconómicos. Se representa según la ecuación 18.

$$(18) \quad ID = \frac{1}{2} \sum_j |S_{jh} - S_{jp}|$$

En donde S_{jh} es el valor de la salud para cada grupo y S_{jp} el valor para la población.

Otros indicadores

Curvas de sobrevivida

Consiste en la representación del comportamiento de la sobrevivida de un grupo observado, sobre estas se pueden calcular brechas entre el comportamiento esperado o predicho y el real observado determinando un coeficiente de brecha (Murray et al., 2000).

Índice de inequidades en salud (INIQUIS)

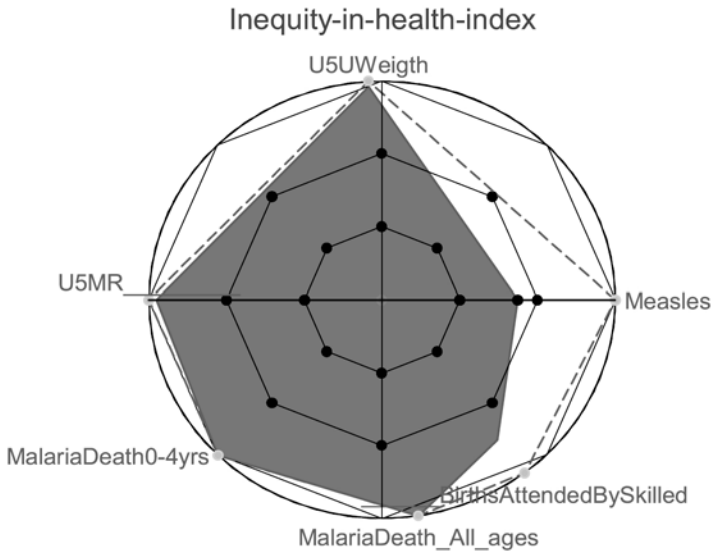
Este índice se construye a partir de un conjunto de indicadores de inequidad en salud, medidos en diferentes unidades geográficas. En primer lugar se precisa un indicador, representativo, que siempre hará parte del índice y posteriormente se agregan paso a paso otros indicadores mediante una regla de decisión. El índice mide la distancia -en términos de los indicadores que integran el índice- entre las unidades geográficas con respecto a aquellas con mejor situación. Los valores de INIQUIS oscilan entre 0 y 1, valores próximos a 1 indican una peor situación -en este caso una mayor inequidad-, valores próximos a 0 corresponden a la mejor situación en términos de salud (Gonzalez-Perez et al., 2008).

Índice de Inequidad en Salud (IHI)

Este indicador fue desarrollado con una metodología novedosa que permite calcular y ver gráficamente el nivel de disparidad entre diferentes variables. Dado que fue construido con variables de resultados en salud, incluidas en las Metas de Desarrollo del Milenio, puede decirse que tiene implícito los juicios de valor necesarios para calificar las disparidades como inequidades, y que adicionalmente, representa las

variables en salud que los signatarios de la Naciones Unidas en la Asamblea del año 2000, consideran que deben mejorarse en los siguientes 15 años (Eslava-Schmalbach et al., 2008b). Un ejemplo de la representación gráfica y numérica de este indicador, se presenta la figura 3, que muestra el comportamiento de las variables que lo componen en un gráfico bidimensional que permite entender de manera separada y compuesta el papel en la inequidad de las variables incluidas.

Figura 3. Índice de Inequidad en salud (IHI) Laos Democratic Republic (Asia del Este & Pacífico), 2003 (área=0.598π)



Note: IHI se representa dentro del área sombreada. El área dentro de la línea punteada representa el área máxima esperada del indicador. El vector de cada una de las variables graficadas representa el tamaño de la inequidad encontrada para este país (Laos Democratic Republic) comparado contra el mejor del mundo, y el ángulo de cada variable es la varianza proporcional de la variable respectiva dentro del modelo (definido por análisis factorial). (Adaptado de Eslava-Schmalbach, et al, 2008)

Adicionalmente se han desarrollado otras estrategias de medición de desigualdades como la propuesta por Sudhir Anand y Amartya Sen, quienes comparan los valores obtenidos de algún indicador de salud con unos valores máximos o normas obteniendo unos déficit sobre los cuales se basa la evaluación de las desigualdades, por ejemplo, para evaluar los resultados de esperanza de vida por género comparan los déficit de longevidad de hombres y mujeres en relación con los máximos biológicos respectivos. (Anand et al., 2002)

Discusión

La medición de las inequidades en salud es un tema altamente relevante en el contexto internacional, debido al impacto que han tenido las tendencias globalizadoras en los últimos años. El aumento de los niveles de desigualdad en el mundo y en América Latina ha hecho que el debate político y académico sobre los determinantes sociales y la equidad en salud haya aumentado de manera importante, las reflexiones incluyen discusiones sobre lo que se considera inequidad en salud desde las distintas posiciones políticas y filosóficas, así como ejercicios de evaluación de las políticas implementadas en términos de superación de las inequidades existentes. Algunas de las razones que han colocado en un lugar muy importante a la discusión sobre equidad en salud son: la persistencia de enfermedades infecciosas inmuno-prevenibles entre los sectores sociales y económicos más desfavorecidos acompañada de un aumento en la carga de la enfermedad debido a entidades no infecciosas y el reconocimiento de las crecientes inequidades que han acompañado los procesos de expansión mundial de sistemas de libre intercambio, economías de mercado y el establecimiento de democracias con un claro enfoque liberal. Lo anterior ha hecho inaplazable el estudio de los determinantes de la salud y su relación con las diferencias injustas y evitables en salud, lo cual se ha convertido en objeto prioritario de discusión teórica y análisis crítico (Marmot, 2004, Marmot et al., 1984, Marmot and Wilkinson, 2006). Muchos autores cuestionan el impacto en el aumento de la inequidad, y por ello se ha hecho relevante poner en el orden del día de los científicos, el uso de metodologías que permitan medir el comportamiento de la inequidad en salud.

La revisión aquí presentada pretende documentar el uso de indicadores y metodologías para estimar la inequidad en los resultados en salud. La forma como se realizó y evaluó la calidad de los artículos revisados para este caso, se acoge a propuestas de autores reconocidos para revisiones sistemáticas. Los artículos que presentan desarrollo de metodologías o uso de indicadores para medir inequidades, pertenecen a distintas categoría de tipo de diseño, desde estudios de corte transversal y ecológicos, hasta experimentos clínicos y revisiones narrativas y sistemáticas de la literatura. La mayoría de artículos incluidos, que se centraron en la medición de inequidades en variables de resultado (estado de salud). La mayor cantidad de estudios incluidos correspondieron a estudios ecológicos seguidos por los de corte transversal, lo que sugiere la necesidad o facilidad para los investigadores de valorar los resultados de inequidad en salud trabajando con datos ya existentes de diferentes grupos poblacionales.

Adicionalmente fue evidente un mayor énfasis de este tipo de publicaciones en los países desarrollados con respecto a los países en desarrollo, aunque las metodologías utilizadas entre ellos son, en general, similares.

Ha sido claro, con los resultados de esta revisión y el detalle de cada uno de los indicadores encontrados, que muchos de ellos han sido utilizados para medir des-

igualdad de las distribuciones, asumiendo la dispersión de los valores a partir de un punto de referencia central, bien sea mediante diferencias absolutas o relativas de ese valor central. Esto supone, a priori, que entre más distancia haya de ese valor central mayor será la inequidad y que a menor distancia, la inequidad será menor. Si se estuviera evaluando la distribución de variables con significación positiva (como los ingresos, su acepción original; salud, bienestar, calidad de vida, expectativa de vida sana), los resultados de estas dispersiones o desigualdades entre diferentes grupos de comparación, estarían midiendo objetivamente las desigualdades.

Sin embargo, en el contexto real del proceso salud enfermedad y cuando se bajan resultados en salud, muchos de los desenlaces se manejan dentro de una connotación negativa (mortalidad materna, en menores de cinco años, en menores de 1 año). En estos casos el estar más o menos lejos de un valor central no necesariamente refleja una mejor salud para la población, especialmente cuando ese valor central es alto por que las condiciones globales de salud de la población son malas. Una menor dispersión a partir de ese valor central querría decir que todos tienen igual “mala salud”, lo que no necesariamente es bueno en términos de inequidad en salud (Mooney, 1986). La mayoría de los indicadores tienen esta limitación, incluidos el coeficiente de Gini y el índice de Concentración tan comúnmente utilizados (Le Grand, 1982).

El índice de disparidad compara contra el mejor referente existente y en ese sentido se aleja de comparar contra un valor central de la distribución (Lynch and Harper, 2005). Sin embargo, al utilizar la razón para hacer la comparación, hace que en el caso de escenarios negativos completamente evitables (v.g. bajo peso en menores de cinco años), se deba dividir por cero, en cuyo caso el índice de disparidad no sería estimable.

Las categorías más frecuentemente utilizadas para hacer evidente la inequidad en salud fueron aquellas referidas a la situación socioeconómica, seguidas lejanamente por el género y la edad. Algunos de los trabajos propusieron el uso de métodos multivariados como la regresión logística para estimar la inequidad entre las diferentes categorías de comparación, dichas metodologías permiten conocer el estado de inequidad por diferentes características, por ejemplo, nivel de aseguramiento, posición social o género en la población de estudio.

Es posible que las estrategias usadas para la búsqueda no hayan dado con toda la información importante en literatura gris. Esto se evidencia en la amplia concentración en el análisis geográfico de publicaciones en los sistemas de salud más desarrollados. Este fenómeno puede no ser la evidencia de ausencia de publicación en países menos desarrollados sino de un sesgo de publicación que puede ser frecuente en el tema.

El sesgo de medición entre las poblaciones debe ser identificado y controlado mediante la aplicación secuencial de estudios cualitativos, psicométricos clásicos (validación habitual de escalas) y psicométricos modernos más orientados a la teoría de

respuesta al ítem que permite incorporar los elementos derivados de la interacción entre el fenómeno y el instrumento que pretende medirlo, que permitan identificar la universalidad e imparcialidad cultural de las mediciones, así como su equivalencia métrica entre las poblaciones (Pine et al., 2004, Ramirez et al., 2005).

Conclusiones

- En general las fuentes de información de los estudios proviene de censos poblacionales, sistemas de registro de estadísticas vitales, encuestas de datos, bases de datos de poblaciones pertenecientes a áreas restringidas y datos administrativos.
- La mayoría de los estudios corresponden a estudios de datos agregados (ecológicos), con información proveniente de encuestas de corte transversal. A pesar de la medición en distintos momentos del tiempo, es poca la proporción real de estudios longitudinales dentro de los que se autodenominan en esta categoría. Solo se encontró un estudio de diseño experimental.
- El desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de estas fuentes de información garantiza la disponibilidad de información de calidad aplicada en la toma de decisiones sanitarias y en especial en el registro y solución de las inequidades existentes.
- Se ha venido desarrollando y sosteniendo como objetivo entre las autoridades sanitarias a nivel internacional, el propósito de reducir las inequidades entre grupos con diferentes niveles de ventajas.
- Existe la necesidad latente de desarrollar y mejorar los métodos de medición existentes, haciendo un énfasis especial en la reproducibilidad y validez de los mismos, así como en sus capacidades de discriminación y el buen manejo de los potenciales confusores a la hora de su aplicación.
- Es esencial trabajar en la definición adecuada de una clasificación de bienestar social o económico, si esta categorización va a ser usada para comparar poblaciones al interior de un estudio, dada la demostrada influencia de la definición escogida en los resultados de varios reportes de la literatura.

Referencias bibliográficas

- ANAND, S., DIDERICHSEN, F., EVANS, T., SHKOLNIKOV, V. & WIRTH, M. (2002) Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. IN EVANS, T., WHITEHEAD, M., DIDERICHSEN, F., BHUIYA, A. & WIRTH, M., ED. (Eds.) Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Washington, Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud, . (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- AUGER, N. & RAYNAULT, M. F. (2006) Summarizing health inequalities in a Balanced Scorecard. Methodological considerations. *Can J Public Health*, 97, 350-2.
- BORRELL C, R. M., PASAR M, BENACH J, KUNST E. (2000) La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit*, 14, 20-33.
- BRAVEMAN, P. A., EGERTER, S. A., CUBBIN, C. & MARCHI, K. S. (2004) An Approach to Studying Social Disparities in Health and Health Care. *Am J Public Health*, 94, 2139-2148.
- BUTTERWORTH, P. & CROSIER, T. (2004) The validity of the SF-36 in an Australian National Household Survey: demonstrating the applicability of the Household Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey to examination of health inequalities. *BMC Public Health*, 4, 44.
- CARR-HILL, R. & CHALMERS-DIXON, P. (2005) *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*, Oxford UK, South East Public Health Observatory (SEPHO), Centre for Health Economics, University of York.
- CLARKE M & OXMAN, A. (Actualización enero de 2003) Manual de Revisores Cochrane 4.1.6. IN CLARKE, M. & OXMAN, A. (Eds.). *Cochrane Collaboration*. Disponible en: <http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/handbook.htm> [acceso 26 de junio de 2007]
- CLARKE, P., SMITH, L. & JENKINSON, C. (2002) Comparing health inequalities among men aged 18-65 years in Australia and England using the SF-36. *Aust N Z J Public Health*, 26, 136-43.
- CHAKRAVARTY, S. R. (1988) Extended Gini Indices of Inequality. *International Economic Review*, 29, 147-156.
- DACHS, N. (2001) Inequidades en salud: cómo estudiarlas / Health inequalities: how to study them. IN RESTREPO, H. E. M., HERNAN (Ed.) *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, D.C, Editorial Medica Panamericana.
- DE_HAAN, A. (1999) Exclusión social en la política e investigación: operacionalización del concepto. IN EDITORA, C. C. (Ed.) *Pobreza y Desigualdad: reflexiones conceptuales y de medición*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, CINEP, Colciencias, GTZ.
- ESLAVA-SCHMALBACH, J., ALFONSO, H., GAITAN, H. & AGUDELO, C. (2008a) Epidemiological estimators' power of rating inequality in health in high-income OECD countries, 1998-2002. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 10 Suppl, 3-14.
- ESLAVA-SCHMALBACH, J., ALFONSO, H., OLIVEROS, H., GAITAN, H. & AGUDELO,

- C. (2008b) A new Inequity-in-Health Index based on Millenium Development Goals: methodology and validation. *J Clin Epidemiol*, 61, 142-50.
- GAKIDOU, E. E., MURRAY, C. J. & FRENK, J. (2000) Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bull World Health Organ*, 78, 42-54.
- GONZALEZ-PEREZ, G. J., VEGA-LOPEZ, M. G., ROMERO-VALLE, S., VEGA-LOPEZ, A. & CABRERA-PIVARAL, C. E. (2008) [A socio-spatial analysis of social exclusion and inequity in health in Mexico]. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 10 Suppl, 15-28.
- GORDIS, L. (2004) *Epidemiology*, Philadelphia, Elsevier Saunders.
- HOUWELING, T. A., KUNST, A. E. & MACKENBACH, J. P. (2003) Measuring health inequality among children in developing countries: does the choice of the indicator of economic status matter? *Int J Equity Health*, 2, 8.
- ILSLEY, R., LE GRAND, J. & LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE. SUNTORY AND TOYOTA INTERNATIONAL CENTRES FOR ECONOMICS AND RELATED DISCIPLINES. (1987) *Measurement of inequality in health*, London, Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines.
- KAKWANI, N. (1980) On a Class of Poverty Measures. *Econometrica*, 48, 437-446.
- KEPPEL, K., PAMUK, E., LYNCH, J., CARTER-POKRAS, O., KIM, I., MAYS, V., PEARCY, J., SCHOENBACH, V. & WEISSMAN, J. S. (2005) Methodological issues in measuring health disparities. *Vital Health Stat* 2, 1-16.
- KRIEGER, N., CHEN, J. T., WATERMAN, P. D., SOOBADER, M. J., SUBRAMANIAN, S. V. & CARSON, R. (2003) Choosing area based socioeconomic measures to monitor social inequalities in low birth weight and childhood lead poisoning: The Public Health Disparities Geocoding Project (US). *J Epidemiol Community Health*, 57, 186-199.
- KUNST, A. E., GROENHOF, F., BORGAN, J. K., COSTA, G., DESPLANQUES, G., FAGGIANO, F., HEMSTROM, O., MARTIKAINEN, P., VAGERO, D., VALKONEN, T. & MACKENBACH, J. P. (1998) Socio-economic inequalities in mortality. Methodological problems illustrated with three examples from Europe. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 46, 467-79.
- LE GRAND, J. (1982) *The strategy of equality : redistribution and the social services*, London ; Boston, G. Allen & Unwin.
- LE GRAND, J. (1985) *Inequalities in health : the human capital approach*, London, Suntory Toyota, International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics and Political Science.
- LE GRAND, J. (1987) *Inequalities in health : Some international comparisons*. *European Economic Review*, 31, 182-191.
- LECLUYSE, A. & CLEEMPUT, I. (2006) Making health continuous: implications of different methods on the measurement of inequality. *Health Econ*, 15, 99-104.
- LONDON_HEALTH_OBSERVATORY(LHO). (2007) *A health inequalities toolbox*. London Health Observatory Publications. London, SEPHO.

- LOW, A. (2004) Measuring the gap: quantifying and comparing local health inequalities. *J Public Health (Oxf)*, 26, 388-95.
- LYNCH, J. & HARPER, S. (2005) Measures of Health Disparities (CD-ROM). Michigan, Center for Social Epidemiology and Population Health, Department of Epidemiology, University of Michigan School of Public Health.
- MAGNUS, L. (2006) Sometimes more equal than others: how health inequalities depend on the choice of welfare indicator. *Health Economics*, 15, 263-279.
- MANOR, O., MATTHEWS, S. & POWER, C. (1997) Comparing measures of health inequality. *Soc Sci Med*, 45, 761-71.
- MARMOT, M. G. (2004) Status syndrome : how our position on the social gradient affects longevity and health, London, Bloomsbury.
- MARMOT, M. G., ADELSTEIN, A. M., BULUSU, L. & GREAT BRITAIN. OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. (1984) Immigrant mortality in England and Wales 1970-78 : causes of death by country of birth, London, H.M.S.O.
- MARMOT, M. G. & WILKINSON, R. G. (2006) Social determinants of health, Oxford ; New York, Oxford University Press.
- MOONEY, G. (1986) Economics, medicine and health care, Brighton, Sussex, Wheatsheaf Books Ltd.
- MURRAY, C., SALOMON, J. & MATHERS, D. (2000) A critical examination of summary measures of population health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78.
- PAMUK, E. R. (1985) Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Popul Stud (Camb)*, 39, 17-31.
- PINE, C. M., ADAIR, P. M., NICOLL, A. D., BURNSIDE, G., PETERSEN, P. E., BEIGHTON, D., GILLETT, A., ANDERSON, R., ANWAR, S., BRAILSFORD, S., BROUKAL, Z., CHESTNUTT, I. G., DECLERCK, D., PING, F. X., FERRO, R., FREEMAN, R., GUGUSHE, T., HARRIS, R., LIN, B., LO, E. C., MAUPOME, G., MOOLA, M. H., NAIDOO, S., RAMOS-GOMEZ, F., SAMARANAYAKE, L. P., SHAHID, S., SKEIE, M. S., SPLIETH, C., SUTTON, B. K., SOO, T. C. & WHELTON, H. (2004) International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health*, 21, 121-30.
- RAMIREZ, M., FORD, M. E., STEWART, A. L. & TERESI, J. A. (2005) Measurement issues in health disparities research. *Health Serv Res*, 40, 1640-57.
- REGIDOR, E. (2004) Measures of health inequalities: part 1. *J Epidemiol Community Health*, 58, 858-61.
- ROTHMAN, K. (2002) Measuring disease occurrence and causal effects. IN ROTHMAN, K. (Ed.) *Epidemiology. An introduction*. New York, Oxford University Press.
- SERGEANT, J. C. & FIRTH, D. (2006) Relative index of inequality: definition, estimation, and inference. *Biostat*, 7, 213-224.
- SHKOLNIKOV, V., ANDREEV, E. & BEGUN, A. (2003) Gini coefficient as a life table function: computation from discrete data, decomposition of differences and empirical examples. *Demographic Res.*, 8, 306-357.

- VAN DOORSLAER, E. & KOOLMAN, X. (2004) Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ*, 13, 609-28.
- WAGSTAFF, A. (2002) Inequality aversion, health inequalities and health achievement. *J Health Econ*, 21, 627-41.
- WAGSTAFF, A., PACI, P. & VAN DOORSLAER, E. (1991) On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 33, 545-557.
- WAGSTAFF, A. & VAN DOORSLAER, E. (1994) Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health Econ*, 3, 281-9.
- WAGSTAFF, A. & VAN DOORSLAER, E. (2004) Overall versus socioeconomic health inequality: a measurement framework and two empirical illustrations. *Health Econ*, 13, 297-301.
- WAGSTAFF, A. & WATANABE, N. (2003) What difference does the choice of SES make in health inequality measurement? *Health Econ*, 12, 885-90.
- WILLIAMS, R. & DOESSEL, D. P. (2006) Measuring inequality: tools and an illustration. *International Journal for Equity in Health*, 5, 5.
- WINKLEBY, M. A., JATULIS, D. E., FRANK, E. & FORTMANN, S. P. (1992) socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health*, 82, 816-20.

■ PARTE II

género, discapacidad
y desigualdades en salud

Desigualdades Sociais nas Taxas de Cesariana no Brasil

Paulo Fontoura Freitas , Maria de Lourdes Drachler

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil

Introdução

A operação cesariana tem indicações médicas estritas e o uso indiscriminado do procedimento tem sido relacionado a um aumento no risco de complicações maternas e perinatais (Curet et al., 1988; Villar et al., 2005), além de levar a desvios de recursos financeiros em saúde de outras prioridades no setor público. (Faundes et al., 1994; Shearer, 1993)

Taxas de cesariana acima de 15% foram consideradas pela OMS inapropriadas para justificar decisões associadas com indicações obstétricas (World Health Organization, 1985). Por outro lado, experiências bem sucedidas em países desenvolvidos mostram que baixas taxas de cesariana são compatíveis com altos índices de saúde perinatal. (Roosmalen & Does, 1995)

O aprimoramento das técnicas cirúrgicas e o uso de antibióticos contribuiu para a disseminação do caráter aparentemente inócuo de sua prática, sobretudo através da mídia, com supervalorização da tecnologia (Moraes & Goldenberg, 2001). Como resultado, vem ocorrendo em todo o mundo um alargamento das indicações médicas de cesariana e, simultaneamente, um expressivo crescimento de outras indicações para esse tipo de parto. (Faundes & Cecatti, 1993)

Numa exaustiva revisão sobre os os fatores que influenciam o parto, Enkin et al (1996) sublinham a lentidão da prática obstétrica em adotar a evidência científica sobre a relatividade na segurança das intervenções no parto.

Ainda que baixas taxas de cesariana em países mais pobres possam em grande parte estar associadas com um acesso precário aos serviços de saúde e à tecnologia (Ronsmans, De Brouwere, Dubourg, & Dieltiens, 2004), alguns países em desenvolvimento na América Latina, apresentam as taxas mais elevadas do mundo (Belizám, Althabe, Barros, & Alexander, 1999).

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de cesariana do mundo com 48,6% em 2006 e tem citado como exemplo do abuso de tecnologia no parto. Variações regionais expressivas mostram taxas mais baixas no Nordeste (35,6%) enquanto nas regiões sul e sudeste praticamente metade dos partos (53,6%) são por cesariana (DATASUS, 2006).

(Misago et al., 2001). A questão das altas taxas de cesariana no Brasil e de suas conseqüências tem sido exaustivamente discutida nas últimas décadas assim como a natureza médica cultural e social deste fenômeno (Faundes et al., 2004; Barros et al., 2005). Resultados de diferentes estudos sugerem que a soma dos aspectos não médicos circundando o parto no Brasil inclui desde fatores pessoais, da mulher e de seu ambiente social (Barros, Vaughan, Victora, & Huttly, 1991; Potter et al., 2001) até aqueles regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços (Puccini, Pedroso, da Silva, & Araujo, 1996) que por sua vez influenciam a cultura da prática obstétrica vigente, no tempo e no lugar (Freitas & Behague, 1996).

O conjunto dos fatores não-médicos que cercam o nascimento e que determinam seu desfecho, incluindo fatores pessoais, da mulher e de seu ambiente social, até aqueles regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços, tem sido citado por diferentes autores como “A cultura dos partos cesáreos no Brasil” (de Mello e Souza, 1994).

As desigualdades sociais percebidas quando da realização do parto, fazem parte de um complexo conjunto de fatores médicos e não médicos, que devem ser avaliados e entendidos, para que se possam efetivar as transformações necessárias em direção a uma maior igualdade na sua atenção. Profissionais e movimentos sociais engajados em práticas e valores relacionados à noção da humanização da assistência ao parto e ao nascimento têm-se mostrado preocupados com o aumento das taxas de cesariana no Brasil (Potter, Berquó, Perpétuo et al., 2001; Osis, Cecatti, Pádua, & Faúndes, 2006).

Segundo, Faúndes e Cecatti (1993), a organização atual da atenção obstétrica tem importante papel nas elevadas taxas de cesariana. Os autores destacam a conveniência de uma intervenção programada para o obstetra e a falta de preparo da mulher para o parto como determinantes importantes no fenômeno.

Recentemente, uma intervenção conduzida em cinco países da América Latina testou a hipótese de que o uso de segunda opinião poderia reduzir as taxas de cesariana sem comprometer indicadores maternos e perinatais (Althabe et al., 2004) Os autores concluem que uma redução bem abaixo do esperado pode ser atribuída principalmente às dificuldades em mudar atitudes médicas, conclusão essa corroborada pela alta concordância entre os obstetras participantes da intervenção.

Estudos no Brasil tem apontado para a questão da má qualidade dos serviços de atenção pré-natal, uma relação de desigualdade social no atendimento à gestante e, paralelamente a isso, uma relação direta entre as chances de cesariana e uma maior frequência ao pré-natal (Puccini et al., 2006). Um estudo conduzido no sul do Brasil,

ao relatar uma associação entre maiores níveis de escolaridade e a ocorrência de cesariana, traz à discussão o potencial efeito mediador de uma maior frequência ao pré-natal entre estas mulheres com conseqüente aumento nas chances de decisão por uma cesária eletiva (Freitas, 2000).

Ainda que mulheres com pouco acesso aos cuidados de saúde em geral e obstétricos, em particular, possam ser vistas como de baixo risco para intervenções obstétricas, como trabalho de parto induzido e cesárea eletiva, diversos estudos mostram uma relação clara entre más condições socioeconômicas, altas taxas de cesariana e um perfil de alto risco entre as mães e recém-nascidos (Villar et al., 2006; Souza Junior, Kunkel, Gomes, & Freitas, 2007). No Brasil, taxas de cesariana mais altas entre as mulheres de etnia branca e entre aquelas tendo parto em hospitais privados, ou seja, entre as mulheres potencialmente de menor risco obstétrico (Freitas, Drachler, Leite, & Grassi, 2005), nos remete à hipótese da “equidade inversa”, conforme postulado por Hart (1971). De acordo com este autor, o acesso aos serviços de saúde estaria disponível primeiro aos indivíduos que deles menos necessitam.

No Brasil as altas taxas de cesarianas constituem um problema de saúde pública e apontam para diversas formas de desigualdade social, representadas por taxas mais elevadas em mulheres potencialmente de menor risco obstétrico.

A multidimensionalidade e regionalidade da cesariana no Brasil indicam que as intervenções dirigidas ao problema passam necessariamente pelo conhecimento das particularidades socioculturais locais. O entendimento das crescentes taxas de cesariana no Brasil a partir de uma perspectiva multifatorial, que leve em conta os diferentes níveis de influência envolvidos, do individual ao coletivo, e a inter-relação entre variáveis específicas dentre estes, pode ser visto como essencial no entendimento mais amplo do problema. Uma relação direta entre indicadores sociais e a chance de cesariana tem sido relatada por diversos estudos utilizando enfoques metodológicos variados, tanto no nível individual quanto regional, conforme amplamente documentado anteriormente. Entretanto, poucos estudos exploraram simultaneamente os níveis ecológico e individual desse fenômeno, ou sua interação.

Os estudos cujos resultados são aqui apresentados tiveram como objetivo comum entender a questão das altas taxas de cesariana sob a perspectiva multifatorial dos determinantes sociais, em cinco dimensões principais: 1) Influência das variáveis sócio-demográficas de idade, escolaridade, etnia e frequência ao pré-natal 2) Distribuição geográfica e temporal das taxas de cesariana e sua associação com indicadores socioeconômicos; 3) Interação entre variáveis sociais, individuais e coletivas, influenciando as taxas de cesariana 4) Fatores associados às diferenças nas taxas de cesariana ao comparar os setores público e privado; 5) Desigualdades sociais nas complicações associadas ao tipo de parto.

É válido pensar que fatores socioeconômicos regionais interajam com fatores individuais da mulher e do recém nascido na determinação das taxas de cesariana. Os resultados dos estudos selecionados ao incorporar hierarquias, contextos e correla-

ções no entendimento dos fatores associados às taxas de cesariana, de acordo com diferentes níveis de influência, apresentam enfoques metodológicos até aqui pouco explorados. A boa qualidade dos dados do Sistema de nascidos Vivos para Santa Catarina e os resultados obtidos a partir de diferentes enfoques trazem informação essencial relativa a diferenças no perfil do risco individual ao considerar a influência conjunta da dimensão coletiva.

Os achados buscam subsidiar profissionais gestores e formadores de opinião, com vistas à elaboração de políticas que promovam o uso racional da operação cesariana. A informação é relevante não apenas para o Brasil mas também para a América Latina como um todo, uma vez que muitos dos fatores determinantes são compartilhados pelos países da região.

Metodologia

São apresentados resultados de cinco estudos recentes conduzidos no Brasil. Três destes, conduzidos na Região Sul, cujos resultados já foram divulgados (E1, E2 e E3) e outros dois cujas análises encontra-se ainda em andamento (E4 e E5). Foram selecionados estudos que incluíssem em seus objetivos a investigação das desigualdades sociais na ocorrência do parto cesáreo. Metodologias destes estudos levaram em conta os diferentes níveis de influência envolvidos, do individual ao coletivo, assim como sua inter-relação, aqui entendida como essencial na compreensão mais ampla do problema.

Estudos selecionados e metodologias utilizadas

Estudo E1.

Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas.
(Freitas, PF; Drachler, ML; Leite, JCC; Grassi, PR).

Estudo com delineamento transversal conduzido no Estado do Rio Grande do Sul utilizou dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) com o objetivo de investigar o efeito das desigualdades sociais nas taxas de cesariana em primíparas, com gravidez única e parto hospitalar nos anos de 1996, 1998 e 2000. Foram obtidas taxas anuais e das Razões de chance de cesariana (RC) brutas e ajustadas para escolaridade e idade maternas, etnia/cor da pele e macro-regional de saúde, duração da gestação e número de consultas pré-natal.

Estudo E2.

Uso de tecnologia no parto: determinantes sociais das taxas de cesariana na Região da Amurel, Santa Catarina
(Freitas, PF).

Estudo com delineamento misto ecológico e transversal utilizando dados do Sinasc e IBGE para os 17 municípios da Região da Amurel, no Sul de Santa Catarina, para o período de 2003-2007, com o objetivo de investigar como indicadores socioeconômicos se associam com variáveis individuais: da mulher, da gestação e do parto, influenciando as taxas de cesariana. Foram obtidas correlações entre indicadores socioeconômicos e as taxas de cesariana. Taxas anuais e Razões de Prevalência de cesariana brutas e ajustadas, utilizando Regressão de Cox, foram calculadas para escolaridade e idade maternas, etnia, duração da gestação e frequência ao pré-natal

Estudo E3.

Ethnic and regional inequalities in caesarean section rates with inequity in the use of technology at birth in Brazil

(Freitas, PF; Drachler, ML; Leite, JCC).

O estudo teve como objetivo investigar as taxas de cesariana de acordo com grupo étnico e a existência de uma interação entre o efeito de etnia e taxas de cesariana de acordo com acesso ao parto hospitalar no município de residência. Dados do Sistema de Nascidos vivos para todo o Brasil no período de 2003-2004 foram analisados para um total de 6.064.799 de nascimentos. Um modelo de Regressão de Poisson Robusta foi utilizada para estimar Razões de Prevalência brutas e ajustadas para cesariana de acordo com etnia e dois níveis de acesso ao parto hospitalar.

Estudo E4.

Desigualdades sociais no parto: Fatores associados ao atendimento público e privado em Joaçaba, SC.

(Marques, R e Freitas, PF).

Estudo conduzido com objetivo de investigar diferenças na prevalência de fatores associados às desigualdades no parto ao comparar duas maternidades, uma pública e outra privada. Informação relativa a 216 partos consecutivos de mulheres com gravidez única foi colhida através de entrevistas no pós-parto imediato, prontuários clínicos e registros de admissão, parto e pós-parto. Foram identificados fatores sociais, da experiência reprodutiva, do pré natal, do obstetra, do meio social e do parto destas mulheres associados ao tipo de maternidade. Indicadores de desigualdades sociais no parto, foram selecionados com o objetivo de investigar seu efeito independente na ocorrência de cesariana utilizando Regressão Logística não condicional.

Estudo E5.

Fatores associados às complicações e à qualidade da experiência vivenciada no pós-parto em mulheres residentes nos municípios de Joaçaba e Herval d'Oeste, SC. (Duran, E e Freitas PF).

Estudo conduzido em dois municípios do Oeste Catarinense, com o objetivo de investigar os fatores associados às complicações e à qualidade da experiência viven-

ciada no pós-parto. Informação relativa a 200 partos consecutivos de mulheres foi coletada através de entrevista, nas duas primeiras semanas do parto, aplicada nas unidades sanitárias dos dois municípios e nos seus domicílios. A análise dos dados foi baseada em um modelo teórico conceitual no qual fatores socioeconômicos se associam ao tipo de parto influenciando a qualidade do pós-parto e a ocorrência de complicações.

Resultados

Desigualdades sociais nas taxas de cesariana no Sul do Brasil. A influência de idade, escolaridade, etnia e atenção pré-natal

O estudo conduzido no Rio Grande do Sul (E1), encontrou diferenças nas proporções de parto cesáreo ao comparar os grupos definidos pelas variáveis sociais. A tabela 1.E1 apresenta taxas e Razões de Prevalência (RP) de Cesariana para etnia, idade e escolaridade maternas, frequência ao pré-natal e duração da gestação. As taxas de cesariana aumentaram à medida que escolaridade e idade maternas e frequência ao pré-natal eram maiores e ainda, entre as mulheres de etnia branca. As Razões de Chance ajustadas para confundimento confirmam esses resultados.

Resultados da análise conduzida para o conjunto dos 17 municípios pertencentes à Região da Amurel no Estado de Santa Catarina no Estudo 2 (E2) mostraram que os grupos apresentando o maior risco de cesariana, foram idade maior de 35 anos, escolaridade maior de 12 anos, frequência ao pré-natal de mais de 7 consultas, idade gestacional de 42 ou mais semanas e etnia branca (tabela 2.E2). Estas diferenças continuaram importantes e estatisticamente significantes após o ajuste para confundimento.

Ainda, o mesmo estudo mostra uma associação entre níveis crescentes de escolaridade e um aumento na frequência ao pré-natal e nas taxas de cesariana nos dois grupos de etnia. A tabela 4.E2 apresenta e de frequência ao pré-natal de acordo com etnia, estratificada para escolaridade materna. As taxas de cesariana e a frequência ao pré-natal foram mais altas em todas as categorias de escolaridade e entre as mulheres de etnia branca. Estas taxas foram em torno de 50% maiores entre as mulheres nos grupos de maior escolaridade comparadas as de escolaridade mais baixa independentemente de etnia. Os resultados mostram que aquelas mulheres nos gradientes sociais mais altos, ou seja, pertencentes ao grupo étnico branco e com maior escolaridade são aquelas com uma maior frequência ao pré-natal e com as taxas de cesariana mais elevadas. Ao comparar as categorias extremas de etnia e de escolaridade as mulheres com maior escolaridade e no grupo étnico branco apresentaram taxas de cesarianas e de frequência ao pré-natal duas vezes maior do que aquelas mulheres do grupo étnico não-branco e de menor escolaridade.

Distribuição geográfica e temporal das taxas de cesariana e sua associação com indicadores socioeconômicos

A evolução temporal nas taxas de cesariana foi explorada nos Estudos E1 e E2. Um aumento nas taxas médias estaduais e regionais nos períodos estudados e um aumento nas taxas para quase todas as categorias ao comparar extremos do período foram achados dos dois estudos (Tab.1.E1 e Tab.3.E2.). No estudo conduzido na Região da Amurel (E2) evoluções temporais mostram que as taxas de cesariana vêm crescendo nos últimos cinco anos, com um aumento de 52,9% em 2003 para 60,6% em 2007. Ainda que os maiores aumentos ao comparar os extremos do período ocorreram entre as mulheres com mais de 35 anos e entre aquelas com maior número de consultas pré-natal. As Figuras 1.E2 e 2.E2 mostram que a probabilidade de cesariana, expressa pelas razões de prevalência ao comparar as mulheres nos grupos de maiores e menores prevalências, aumentou para etnia branca e para os grupos de maior escolaridade.

A dimensão geográfico-territorial no Estudo E1 está representada pela localização da residência da mãe em uma das sete macro-regionais do estado, pólos de referência para serviços e coordenação de ações e políticas regionais de saúde. Os resultados mostram diferenças regionais nas proporções de cesárea com altas taxas em todas as macro-regionais que variaram de 37% no Sul a 59% na Serra (tabela 1.E1). Neste estudo uma relação direta entre indicadores sociais regionais e a chance de cesariana foi encontrada. Desigualdades geográfico-territoriais mostraram que as mais altas taxas de cesariana foram encontradas para a macro-regional da Serra, região mais rica e com melhores indicadores de saúde. Ao investigar variações temporais das taxas de cesariana no período e de acordo com a macro-regional, a ocorrência de cesariana diminuiu entre as macro-regionais com piores indicadores sociais e aumentou para a macro-regional da Serra (tabela 2.E1).

A hipótese de que indicadores socioeconômicos, demográficos e ambientais influenciam a associação entre variáveis individuais da mulher, da gestação e do parto, foi testada no mesmo estudo (E1). De acordo com resultados (tabela 3.E1), as chances de cesariana entre as mães de escolaridade e idade mais avançadas variaram de acordo com a macro-regional de residência, sendo maior naquelas macro-regionais com os melhores indicadores. A ausência de efeito da escolaridade na macro-regional “Vales”, região com um dos indicadores socioeconômicos mais baixos, aponta na mesma direção.

Ao investigar a existência de associações entre indicadores socioeconômicos e ambientais e as taxas de cesareana para os municípios da Região da Amurel, o Estudo E2 encontrou correlações importantes e estatisticamente significantes para todos os indicadores (tabela 1.E2). Neste estudo a ocorrência de cesarianas se mostrou positivamente correlacionada com os melhores índices de desenvolvimento humano (IDH) e educacional (IDE), com populações maiores e mais urbanizadas, com menor pro-

porção de analfabetismo e melhor nível de renda e de situação sanitária ambiental. Corroborando estes achados, na mesma tabela, médias significativamente mais altas para todos os indicadores foram encontradas entre as mulheres tendo cesariana comparadas àquelas com parto vaginal. Uma associação entre as taxas de cesariana de acordo com quartis crescentes do Índice de desenvolvimento Humano (IDH), no mesmo estudo, é mostrada na figura 3.E2.

O estudo E3. Investigou as taxas de cesariana para todo Brasil de acordo com grupo étnico e a existência de uma interação entre o efeito de etnia e taxas de cesariana de acordo com acesso ao parto hospitalar no município de residência da mãe. A tabela 1.E3 apresenta o efeito de etnia nas taxas de cesariana de acordo com acesso ao parto hospitalar. A etnia branca mostrou taxas mais altas do que todos os outros grupos étnicos. Uma interação estatisticamente significativa, entre etnia individual e acesso ao parto hospitalar, foi encontrada. O efeito de etnia foi maior nas áreas de menor acesso ao parto hospitalar.

Para o mesmo estudo, a figura 1.E3. Apresenta as taxas de cesariana de acordo com a proporção de partos hospitalares para os grupos definidos por etnia e residência da mãe em estados com acesso hospitalar alto (A) ou baixo (B). A linha na figura assume uma taxa uniforme de cesarianas tendo como referência a média nacional e mostra a taxa de cesarianas esperada para diferentes proporções de acesso ao parto hospitalar. Para os grupos acima da linha a proporção de cesarianas de acordo com parto hospitalar está acima da média nacional. Tanto nos estados com alto e baixo acesso ao parto hospitalar, a etnia branca mostrou a mais alta proporção de partos hospitalares. A linha mostra que as taxas de cesariana de acordo com acesso ao parto hospitalar estão bem acima da média nacional entre as mulheres de etnia branca e entre as asiáticas no nível de acesso mais alto. As mulheres de etnia indígena apresentaram as proporções mais baixas de partos hospitalares, particularmente nos estados com baixo acesso ao parto hospitalar aonde apenas 65% desta população teve parto hospitalar e as proporções de partos hospitalares por cesariana entre estas mulheres também eram bem mais baixas. Com exceção do grupo étnico indígena nos estados com baixo acesso ao parto hospitalar, todos os grupos apresentaram taxas de cesariana bem acima dos 15% aceitos pela Organização mundial da Saúde como associados com indicações médicas estritas.

Fatores associados às diferenças nas taxas de cesariana e suas complicações no pós parto ao comparar os setores público e privado.

Um estudo conduzido em dois hospitais, um público outro privado, no oeste de Santa Catarina com o objetivo principal de investigar diferenças na prevalência de fatores associados às desigualdades no parto (Estudo E4) encontrou que as mulheres tendo parto no hospital privado tiveram uma taxa de cesarianas de 95% comparadas aquelas admitidas no hospital público com 63,4% de partos cesáreos.

Ainda que as taxas tenham sido excessivamente altas nos dois hospitais as mulheres admitidas no setor privado, conforme mostrado na tabela 1.E4, tiveram proporções significativamente mais altas de gravidez planejada, e muito mais frequentemente tiveram o mesmo médico no pré-natal e parto. Na maternidade privada foi também significativamente mais comum ser admitida com parto pouco desenvolvido e tempo da admissão ao parto menor do que 2 horas.

As mulheres do setor público, por outro lado, apresentaram uma menor frequência ao pré-natal e menos de um quarto destas teve acompanhante durante o trabalho de parto. Entre as múltiparas com cesárea prévia e baixa dilatação do colo à admissão, tendo parto na maternidade privada, as chances de cesariana após ajuste para confundimento foram bem maiores comparadas aquelas admitidas no setor público.

Ainda, conforme apresentado na tabela 1.E4, as mulheres admitidas no hospital privado tiveram três vezes mais cesáreas eletivas, uma proporção bem mais alta de cesarianas sem indicações médicas e duas vezes mais frequentemente optariam para uma cesariana no próximo parto.

Um outro estudo conduzido no Oeste de Santa Catarina (estudo E5), utilizou entrevistas domiciliares na segunda semana pós-parto com o objetivo de investigar como tipo de parto poderia se associar com fatores socioeconômicos influenciando a experiência e complicações no pós-parto. Resultados deste estudo, apresentados nas tabelas 1.E5 e 2.E5, mostram que ainda que as taxas de cesariana sejam altas tanto nos partos públicos quanto privados e que, complicações no pós parto sejam mais comuns entre as mulheres tendo cesariana, independente de status socioeconômico, complicações físicas e emocionais após uma cesariana, incluindo capacidade de exercer suas funções habituais, são mais frequentes entre as mulheres da classe social menos privilegiada. Os resultados apontam para o fato que fatores socioeconômicos mediam a maneira como parto cesáreo influencia a qualidade do pós-parto e a ocorrência de complicações.

Tabela 1. (E1). Taxas e razão de chances de cesariana para variáveis sociais e para frequência ao pré-natal e parto pós-data, em primíparas com gravidez única e parto hospitalar, Rio Grande do Sul, 1996 a 2000

	1996%	1998%	2000%	TOTAL		Razão de Chance	
				N	%	BRUTA	AJUSTADA
<i>Macro-regional*</i>							
Metropolitana	37,6	39,2	41,1	73935	39,5	Referência	Referência
Sul	36,9	42,2	40,5	15814	40,3	1,04	1,07 (1,001-1,14)
Vales	44,3	44,2	46,9	12665	45,1	1,26	1,33 (1,24-1,42)
Centro-oeste	49,7	46,0	48,7	20086	48,1	1,42	1,34 (1,25-1,42)

	1996%	1998%	2000%	TOTAL		Razão de Chance	
				N	%	BRUTA	AJUSTADA
Norte	52,0	50,0	49,8	19163	50,7	1,57	1,62 (1,52-1,72)
Missioneira	51,9	50,5	49,5	16235	50,7	1,58	1,67 (1,55-1,81)
Serra	55,7	56,3	59,4	16326	57,1	2,04	1,82 (1,71-1,94)
Escolaridade materna (anos)*							
Analfabeta	31,5	34,8	28,4	1308	31,3	Referência	Referência
1 - 3	39,2	35,6	35,3	61930	37,2	1,30	1,39 (1,23-1,57)
4 - 7	45,8	42,2	36,8	45520	40,2	1,47	1,56 (1,38-1,56)
8 - 11	56,3	54,6	46,8	44747	51,3	2,30	2,19 (1,93-2,47)
≥12	71,4	73,0	55,9	18327	68,5	4,45	3,52 (3,11-3,99)
Idade materna (anos)*							
<20	33,9	30,7	31,9	68300	32,1	Referência	Referência
20 a 29	48,8	48,3	49,5	83647	48,9	2,03	1,76 (1,72-1,80)
30 a 39	66,9	67,7	70,9	21156	68,7	4,65	3,58 (3,46-3,71)
≥40	74,1	82,2	80,1	1121	79,3	8,12	6,87 (5,90-8,00)
Etnia/cor do recém-nascido§							
Branca	-	45,6	46,6	103670	46,1	Referência	Referência
Preta		34,6	34,4	4514	34,4	6,1	0,79 (0,74-0,84)
Amarela	-	31,9	29,9	128	31,3	5,3	0,57 (0,38-0,83)
Parda		33,3	36,2	3928	34,8	6,2	0,78 (0,72-0,83)
Indígena	-	15,5	24,2	350	20,3	3,0	0,43 (0,31-0,59)
Duração da gestação (semanas)*							
Até 41	45,2	44,0	45,5	172019	44,9	Referência	Referência
≥42 (póstermo)	43,0	44,6	49,9	2205	45,8	1,01	1,21 (1,10-1,31)
Consulta pré-natal‡							
Nenhuma	30,2	19,7	25,2	3316	24,2	Referência	Referência
1-6	40,2	32,6	34,1	56772	34,6	1,65	1,34 (1,23-1,46)
≥7	46,7	52,6	54,0	111126	50,9	3,24	2,16 (1,99-2,35)

* modelo ajustado inclui escolaridade e idade maternas, duração da gestação e macro-regional

§ modelo ajustado inclui macro-regional de saúde, escolaridade e idade maternas, duração da gestação e etnia/cor do recém-nascido (somente 1998 e 2000)

‡ modelo ajustado inclui macro-regional, escolaridade e idade maternas, duração da gestação e consulta pré-natal;

valor de p calculado pelo método da razão de verossimilhança

Tabela2. (E1). Razão de chance de cesariana para escolaridade e idade maternas e macro-regional de saúde em primíparas com gravidez única e parto hospitalar, conforme ano do parto, Rio Grande do Sul, 1996-2000

	Razão de Chance		
	1996	1998	2000
Macro-regional			
Metropolitana	Referência	Referência	Referência
Sul	0,95ns	1,21	1,05ns
Vales	1,31	1,36	1,35
Centro-oeste	1,59	1,44	1,45
Norte p<0.01#	1,79	1,71	1,47
Missioneira p<0.01#	1,81	1,79	1,52
Serra p<0.01#	1,99	2,06	2,22
	P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*
Escolaridade materna (anos)			
Analfabeta	Referência	Referência	Referência
1 - 3	1,51	1,16	1,33
4 - 7	1,89	1,50	1,55
8 - 11	2,51	2,07	2,22
≥12	3,71	3,52	3,72
	P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*
Idade materna (anos)			
<20	Referência	Referência	Referência
20 a 29	1,63	1,75	1,77
30 a 39	3,11	3,33	4,02
≥40	5,22	7,78	7,16
	P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*
Etnia/cor do recém-nascido			
branca	-	Referência	Referência
Preta	-	0,78	0,79
Amarela	-	0,60	0,43
Parda	-	0,73	0,83
Indígena	-	0,28	0,66
		P<0,001*	P<0,001*

* Modelo inclui todas as variáveis na tabela e duração da gestação; valor de p calculado pelo método da razão de verossimilhança

Qui-quadrado para tendência linear no período

Tabela 3. (E1). Razão de chance de cesariana para escolaridade e idade maternas em primíparas com gravidez única e parto hospitalar, conforme macro-regional da administração estadual de saúde, Rio Grande do Sul, 1996-2000

	Macro-regional de Saúde						
	Metropolitana RC*	Sul RC*	Vales RC*	C.Oeste § RC*	Norte RC*	Missioneira RC*	Serra RC*
<i>Escolaridade (anos)</i>							
<1	Ref‡	Ref‡	Ref‡	Ref‡	Ref‡	Ref‡	Ref‡
1-3	1,37	1,17 ns	0,78 ns	1,60	1,59	1,62	1,95
4-7	1,46	1,31 ns	0,91 ns	1,90	1,77	1,71	2,51
8-11	2,00	1,76	1,22 ns	2,64	2,63	2,39	4,11
≥12	3,50	2,85	1,47 ns	4,25	4,10	3,35	6,09
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Idade materna (anos)</i>							
<20	Ref‡	Ref‡	Ref‡	Ref‡	Ref‡	Ref‡	Ref‡
20-29	1,87	1,46	1,69	1,70	1,65	1,55	2,14
30-39	3,76	2,84	3,18	3,51	3,58	2,93	4,80
≥40	6,69	7,38	5,78	6,78	5,29	6,37	14,50
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Valor de p calculado pelo método da razão de verossimilhança,

ns = estatisticamente não significante; intervalo de confiança 95% incluiu a unidade para todas as categorias, embora o valor de p para a variável tenha sido altamente significante.

§ Centro-Oeste; ‡ Categoria de referência

* Razão de Chance ajustada para as demais variáveis da tabela e para duração da gestação

Tabela 1.(E2). Correlação dos indicadores socio-demográficos e ambientais com as taxas municipais de cesariana e sua distribuição média de acordo com tipo de parto. Região da Amurel 2003-2007

Indicadores	Correlação*	Parto Cesáreo		Parto Vaginal		Valor de p**
		MÉDIA	D.P.	MÉDIA	D.P.	
População	0,592	44.358	31.634	41.018	31.434	< 0,001
Urbano	0,708	0,730	0,198	0,705	0,208	< 0,001
IDH	0,308	0,817	0,024	0,816	0,025	< 0,001
IDE	0,482	0,898	0,029	0,895	0,031	< 0,001
Alfabetização	0,405	0,921	0,024	0,918	0,029	< 0,001
Renda < 3 SM	-0,690	0,431	0,036	0,435	0,037	< 0,001
Água/Lixo/Esgoto	0,785	0,755	0,183	0,729	0,195	< 0,001

*Coeficiente de Correlação de Spearman

**Teste t de Student para amostras independentes

Tabela 2. (E2). Número de partos, taxas de cesariana e razões de prevalência, brutas e ajustadas, de acordo com variáveis sociais e reprodutivas. Região da Amurel 2003-2007

Variáveis	N	Cesariana %	RPb	RPaj	IC 95% (RPaj)
Idade mãe (anos)					
< 20	3653	46,2	Ref.	Ref.	-
20-34	13861	59,4	1,28	1,22	1,16-1,29
35 >	2162	64,8	1,40	1,36	1,26-1,46
Escolar.mãe (anos)					
0-3	977	47,2	Ref.	Ref.	-
4 a 7	6624	49,4	1,04	1,06	0,96- 1,17
8 a 11	8303	57,2	1,21	1,23	1,12- 1,36
12 >	3612	76,0	1,61	1,53	1,38-1,69
Consultas pré-natal					
0-6	6818	49,1	Ref.	Ref.	-
7 >	12737	62,0	1,26	1,17	1,13-1,22
Idade gest.(semanas)					
22-41	19324	57,5	Ref.	Ref.	-
42 >	343	62,1	1,08	1,13	0,99-1,30

Variáveis	N	Cesariana %	RPb	RPaj	IC 95% (RPaj)
Etnia - cor da pele					
Branca	18301	58,5	1,32	1,24	0,99-1,30
Todas as outras	1359	44,4	Ref.	Ref.	-

Pb: Razões de Prevalência brutas

RPaj: Razões de Prevalência ajustadas para todas as variáveis no modelo

Tabela 3. (E2). Variações temporais das taxas de cesariana e sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos e reprodutivos. Região da Amurel 2003 e 2007

	2003 (n=3987)		2007 (n=3936)	
	taxa de cesariana %	RPaj**	taxa de cesariana %	RPaj**
Idade mãe (anos)				
< 20	41,6	-	50,6	-
35 >	57,7	1,36*	70,6	1,36*
Escolar.mãe (anos)				
0-3	44,4	ref	43,4	ref
12 >	71,0	1,55*	78,0	1,69*
Consultas pré-natal				
0-6	47,4	ref	52,3	ref
7 >	56,5	1,12*	64,7	1,15*
Idade gest.(semanas)				
22-41	52,7	ref	60,5	Ref
42 >	66,7	1,33	65,2	1,16
Etnia - cor da pele				
Branca	54,1	1,31*	61,6	1,25*
Todas as outras	39,5	ref	45,9	Ref

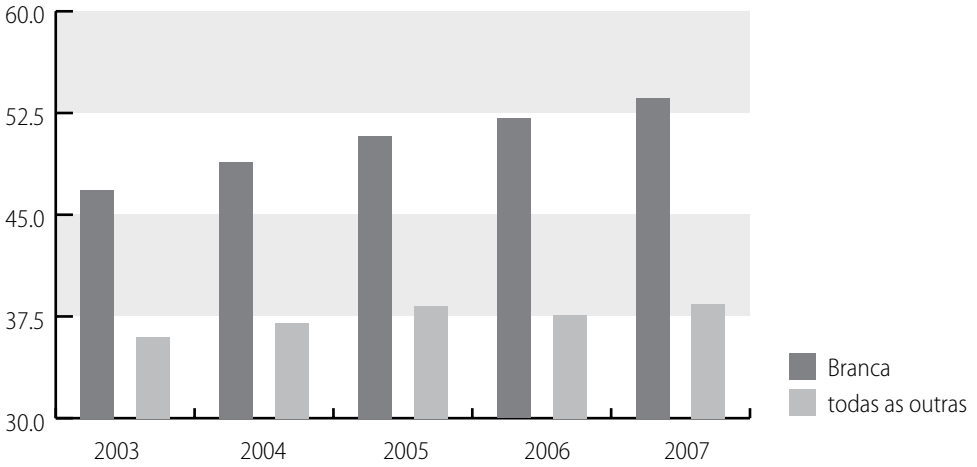
* p < 0,05; ** RPaj : Razões de Prevalência ajustadas para todas as variáveis no modelo

Tabela 4. (E2). Taxas de cesariana e de frequência ao pré-natal de acordo com etnia e escolaridade materna. Região da Amurel 2003-2-007

Etnia e anos de escolaridade	Prenatal > 7 consultas		RPaj	Cesariana		RPaj
	n	(%)		n	(%)	
<i>Etnia Não Branca Escolaridade</i>						
0 – 3 anos	36	(39,6)	Ref.	31	(33,7)	Ref.
4 - 7 anos	254	(49,4)	1,25	198	(38,4)	1,12
8 – 11 anos	337	(56,1)	1,42*	292	(48,6)	1,41*
12 e mais anos	85	(60,7)	1,52*	77	(55,4)	1,54*
<i>Etnia Branca Escolaridade</i>						
0 – 3 anos	445	(50,7)	Ref.	430	(48,6)	Ref.
4 - 7 anos	3614	(59,6)	1,19	3073	(50,4)	1,04
8 – 11 anos	5057	(66,0)	1,31*	4452	(57,9)	1,19*
12 e mais anos	2816	(82,0)	1,61*	2665	(76,8)	1,51*

* p < 0,05; ** RPaj : Razões de Prevalência ajustadas para todas as variáveis no modelo

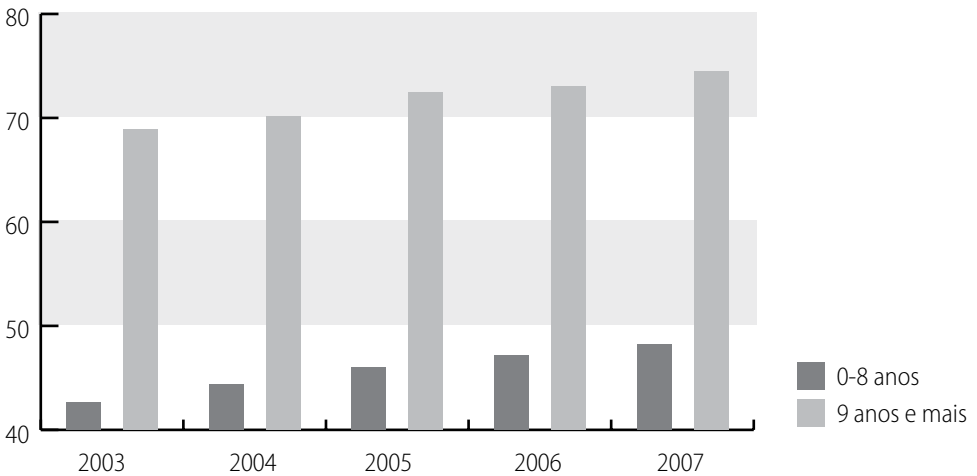
Figura 1 (E2). Variações temporais nas taxas de cesariana de acordo com grupo étnico



*RP ajustadas	1.29	1.32	1.34	1.39	1.41
---------------	------	------	------	------	------

*Razões de prevalência ajustadas para idade, escolaridade, frequência ao pré-natal e idade gestacional

Figura 2 (E2). Variações temporais nas taxas de cesariana de acordo com escolaridade



*RP ajustadas	1.24	1.27	1.30	1.31	1.33
---------------	------	------	------	------	------

*Razões de prevalência ajustadas para idade, etnia, frequência ao pré-natal e idade gestacional

Figura 1. E3. Taxas de cesariana de acordo com a proporção de partos hospitalares para os grupos definidos por etnia e residência da mãe, em estados com acesso hospitalar alto (A) e baixo (B)

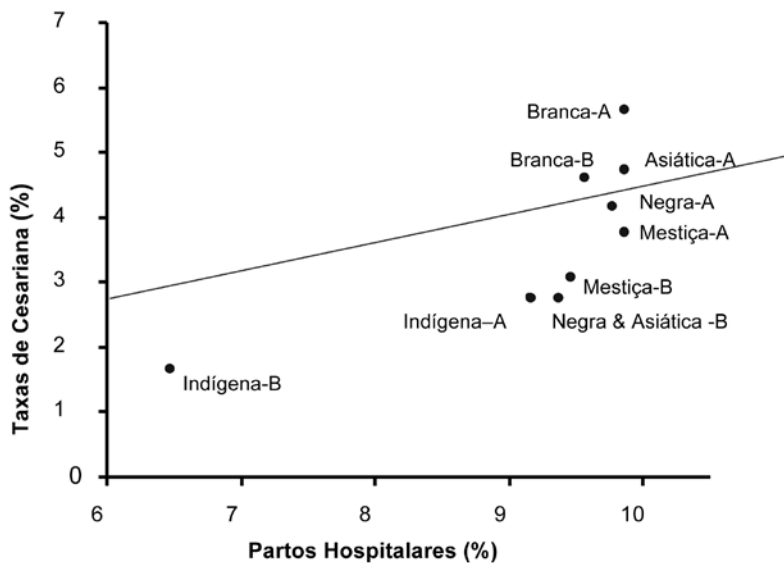


Tabela 1.E3. Taxas de cesariana e Razões de Prevalência Brutas e Ajustadas de acordo com Etnia e Acesso ao Parto Hospitalar

Etnia de acordo com acesso ao parto hospitalar	N (%) de partos		Taxas de cesariana			RP	
			% (95% CI)			Brutas	Ajustadas
Baixo Acesso							
Branca	216,643	32.0%	46.1	(45.9; 46.3)		Reference	Reference
Asiática	4,077	0.6%	26.9	(25.5; 28.2)	0.583	(0.554; 0.613)	0.724 (0.688; 0.761)
Negra	12,123	1.8%	25.8	(25.0; 26.6)	0.560	(0.543; 0.577)	0.707 (0.686; 0.728)
Mestiça	439,618	64.9%	29.8	(29.7; 29.9)	0.647	(0.643; 0.651)	0.788 (0.783; 0.793)
Indígena	4,778	0.7%	16.1	(15.1; 17.2)	0.350	(0.328; 0.373)	0.536 (0.503; 0.571)
Total	677,239	100%	35.3	(35.2; 35.4)			
Alto Acesso							
Branca	982,098	65.6%	56.0	(55.9; 56.1)		Reference	Reference
Asiática	4,925	0.3%	47.0	(45.6; 48.3)	0.839	(0.815; 0.865)	0.851 (0.828; 0.874)
Negra	30,991	2.1%	41.1	(40.5; 41.6)	0.734	(0.724; 0.744)	0.838 (0.827; 0.849)
Mestiça	474,440	31.7%	37.4	(37.3; 37.6)	0.669	(0.666; 0.672)	0.794 (0.791; 0.797)
Indígena	1,339	0.3%	27.6	(26.4; 28.9)	0.494	(0.472; 0.517)	0.672 (0.643; 0.702)
Total	1,497,298	100%	50.5	(50.4; 50.5)			
Wald test para interação entre etnia e acesso ao parto hospitalar						P<0.001	P<0.001

*Razões de prevalência ajustadas para idade, escolaridade, frequência ao pré-natal e idade gestacional

Tabela 1.E4. Características do pré-natal e parto de acordo com status socioeconômico do parto

Status do Parto	Características do Pré-Natal e Parto			
	n/N	(%)	RP	Valor de p
<i>Gravidez planejada</i>				
Público	87/136	64.0	ref	< 0.01
Privado	59/64	92.2	1.44	
<i>Prenatal com obstetra</i>				
Público	20/136	14.7	ref	< 0.01
Privado	58/63	92.1	6.26	
<i>Mesmo médico no pré-natal e parto</i>				
Público	63/136	46.3	ref	< 0.01
Privado	57/63	90.5	1.95	
<i>7 ou mais consultas no pré-natal</i>				
Público	94/136	69.1	ref	< 0.01
Privado	55/63	87.3	1.46	
<i>Acompanhante no parto</i>				
Público	35/136	25.7	ref	< 0.01
Privado	60/64	93.8	3.64	
<i>Tempo da admissão ao parto > do que 6 horas</i>				
Público	53/136	39.0	4.99	< 0.01
Privado	5/64	7.8	ref	

*Razões de prevalência ajustadas para idade, escolaridade e idade gestacional

Tabela 2.E4. Características da cesariana de acordo com status socioeconômico do parto

Status do Parto	Cesariana e suas características			
	n/N	(%)	RP	Valor de p
<i>Partos por cesariana</i>				
Público	71/136	52.2	ref	< 0.01
Privado	59/64	92.2	1.77	
<i>Cesariana sem indicação médica</i>				
Público	32/71	45.1	1.42	< 0.01
Privado	38/59	64.4	ref	
<i>Cesariana eletiva</i>				
Público	21/71	29.6	ref	< 0.01
Privado	39/59	66.1	2.23	
<i>Cesariana eletiva sem indicações médicas</i>				
Público	11/21	52.3	3.57	< 0.01
Privado	34/39	87.2	ref	
<i>Preferência da mulher por cesariana</i>				
Público	31/136	22.8	ref	< 0.01
Privado	33/64	51.6	2.26	

*Razões de prevalência ajustadas para idade, escolaridade, frequência ao pré-natal e idade gestacional

Tabela 1.E5. Complicações no pós-parto de acordo com tipo de parto

Tipo de parto	Complicações no Pós-Parto			
	n/N	(%)	RP	Valor de p
Complicações físicas				
Cesariana	47/130	36,2	1,49	0.051
Vaginal	17/70	24,3	ref	
Distúrbios do sono				
Cesariana	36/130	27,7	1,76	0.063
Vaginal	11/70	15,7	ref	
Ansiedade				
Cesariana	47/130	36,2	1,49	<0.05
Vaginal	17/70	24,3	ref	
Limitação das atividades domésticas devido à dor				
Cesariana	35/130	26,9	1,71	0.053
Vaginal	11/70	15,7	ref	
Volta às atividades domésticas com restrição				
Cesariana	22/61	36,1	3,25	<0.01
Vaginal	7/63	11,1	ref	

*Razões de prevalência ajustadas para idade, escolaridade e frequência ao pré-natal

Tabela 2. E5. Complicações no pós-parto de acordo parto público ou privado

Tipo de Parto	n	%	RP	Valor de p
Complicações (todos os partos)				
Cesariana	76/130	58.5	1.46	< 0,01
Vaginal	28/70	40.0	ref	
Complicações (Partos Públicos)				
Cesariana	46/71	64.8	1.62	< 0,01
Vaginal	26/65	40.0	ref	
Complicações (partos privados)				
Cesariana	30/59	50.8	1.27	0.64
Vaginal	2/5	40.0	ref	

*Razões de prevalência ajustadas para idade, escolaridade e frequência ao pré-natal

Referências

- ALTHABE, F., Belizan, J., Villar, J., Alexander, S., Bergel, E., Ramos, S., et al. (2004). Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 363,1934-40.
- BARROS F.C., Vaughan, J.P., Victora, C.G., & Huttly, S.R. (1991). Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet*. (338), 167-9.
- BARROS, F.C., Victora, C.G., Barros, A.J., Santos, I.S., Albernaz, E., Matijasevich, A. et al. (2005). The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*. (365), 847-54.
- BÉHAGUE, D.P., Victora, C.G., & Barros, F.C. (2002). Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *British Medical Journal*, 324, 942-945.
- BELIZÁM, J.M., Althabe, F., Barros, F.C., & Alexander, S. (1999). Rates and implications of caesarean sections in Latin America: an ecological study. *British Medical Journal*, 319:1397-102.
- BRASIL (2000) Ministério do Desenvolvimento Social. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde.
- BRASIL (2004). Ministério do Desenvolvimento Social. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. Brasília.
- CURET, LB, Zachman, RD., Rao, AV, Poole, WK, Morrison, J, & Burkett, G (1998), 'Effect of mode of delivery on incidence of respiratory distress syndrome', *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 27, no.2, pp.165-70.
- DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. (2006) [July 21, 2009]. Available from World Wide Web:[http:// tabnet.datasus.gov.br/ tabdata/sinasc/dados/nov_indice.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sinasc/dados/nov_indice.htm).
- DE MELLO E SOUZA C. (1994). C-sections as ideal births: The cultural construction of beneficence and patients' rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, (3), 358-66.
- ENKIN, M., Keirse, M., Renfrew, M., & Neilson, J. A (1996). *Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. New York: Oxford University Press.
- FAUNDES, A., & Cecatti, J. (1993). Which policy for caesarian section in Brazil? Analysis of trends and consequences. *Health Policy and Plan*, 8, 33-42.
- FAÚNDES, A., Pádua, K.S., Osis, M.J., Cecatti, J.G., & Sousa, M.H. (2004). Brazilian women and physician's viewpoints on their preferred route of delivery. *Revista de Saúde Pública*, 38(4), 488-494.
- FAUNDES, A., Silveira, D.M., Coutinho, E., De Oliveira, H.C., Conceição, I.S., Lopes, I.D. et al. (1994). Physicians denounce precariousness of reproductive health in the country and propose an addendum to the Brazilian document for the Cairo conference. *Planejamento Agora*,10(249):7-8.

- FREITAS, P.F. (2000). The epidemic of caesarean sections in Brazil, factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil. (PhD Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2000).
- FREITAS, P.F., Drachler, M.L., Leite, J.C.C., & Grassi, P.R. (2005). Social inequalities in caesarean section rates in primiparous. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 761-767.
- HART, J. T. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1, 405-412.
- Krieger, N.(2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 695-700.
- MISAGO, C., Freitas, P.F., Kendall, C., Haneda, K., Silveira, D., Onuky, D. et al. (2000). From 'culture of dehumanization of childbirth' to childbirth as a transformative experience: changes in five municipalities in north-east Brazil. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 75, 67-72.
- MORAES M., & Goldenberg, P. (2001). Cesarianas: um perfil epidêmico. *Cadernos de Saúde Pública*, 17, 509-19.
- OSIS, M.J.D., Cecatti, J.G., Pádua, K.S., & Faúndes, A. (2006). Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 233-239.
- POTTER, J.E., Berquó, E., Perpétuo, I.H., Leal, O.F., Hopkins, K., Souza, M.R. et al. (2001). Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *British Medical Journal*, 323, 1155-8.
- PUCCINI, R.F., Pedroso, G.C., da Silva, E.M., de Araujo, N.S., & da Silva, N.N. (2006). Prenatal and childbirth care equity in an area in Greater Metropolitan Sao Paulo, 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 35-45.
- REIS, A., Marazina, I., & Gallo, P. (2004). A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 30-35.
- RONSMANS, C., De Brouwere, V., Dubourg, D., & Dieltiens, G. (2004) Measuring the need for life-saving obstetric surgery in developing countries. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 111(10):1027-30.
- RONSMANS, C., Holtz, S., & Stanton, C. (2006). Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet* (368):1516-23.
- ROOSMALEN J.V., & Does, C.D.V.(1995). Caesarean birth rates worldwide. *Tropical and Geographical Medicine*, 47, 19-22.
- SHEARER, E.L. (1993). Caesarean section: Medical benefits and costs. *Social Science & Medicine*, 37, 1223-31.
- SOUZA JUNIOR, J.C., Kunkel, N., Gomes, M.A., & Freitas, P.F. (2007). Inverse equity and inequalities in the use of technology in birth, in Santa Catarina, Brazil 2000-2004. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7 (4), 397-403.
- TORNQUIST, C. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 419-427.
- VILLAR, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A. et al. (2006). WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean

delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 367, 1819-29.

World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 326(2), 436-437.

Equidad de Género en la Calidad de Atención de Pacientes Cardiovasculares

**Débora Tajer, Josefa Cernadas,
María Isabel Barrera, Graciela Reid,
Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba,
Clara Attardo**

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Introducción

En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares se constituyen en la segunda causal de muerte a partir de los 35 años y es la primera causal para los varones a partir de esa edad, siendo la proporción de 3 varones por cada mujer (Ministerio de Salud, 1998). Existe evidencia en señalar que el hecho de que esta sea una enfermedad a predominio masculino, pudiera tener efectos en la calidad de atención de las pacientes menos habituales: las mujeres. (Healey; 1991) (Pittman, P; Hartigan, P; 1996)

El objetivo de esta investigación es identificar si existe un sesgo en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de los/as médicos/as cardiólogos/as relativas a la condición de género de los/as pacientes que pudieran afectar la equidad de la calidad de la atención.

Los propósitos son identificar los sesgos de género en la toma de decisión diagnóstica y terapéutica de médicos/as especialistas en cardiología que pudieran tener impactos negativos en la calidad de atención e identificar el modo en los que diversos modelos de financiamiento para la prestación de servicios (cobertura) tienen efecto en la toma de decisiones terapéuticas con impacto negativo en la equidad de género en la calidad de la atención.

Antecedentes

Como antecedentes en el abordaje de la inequidad de género en la atención de pacientes cardiovasculares se pudo señalar que existe suficiente evidencia para afirmar que el género marca, de manera significativa, a los siguientes aspectos ligados a la calidad de la atención médica:

- Las condiciones psico-sociales que determinan la aparición de enfermedades.
- Las formas de vivenciar las enfermedades.
- Las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- Las posibilidades de acceso a los servicios de salud.
- La interacción que acontece en los servicios.
- Las posibilidades de cumplir con ciertos tratamientos. (Pittman, P., Hartigan, P., 1996)

Por otra parte se han referido evidencias de sesgos que colocan a las mujeres en desventaja, en lo relativo al componente prestación de servicios en enfermedades cardiovasculares y en lo relativo a la toma de decisiones médicas, en las siguientes situaciones:

- Detección temprana de enfermedades cardíacas. Siendo mas probable que acontezca en hombres que en mujeres (Kennel y Abbot, 1984)
- Acceso a cateterización de los enfermos cardíacos que suele ser seis veces más probable en el caso de varones que en el de las mujeres (Tobin y col., 1987).
- Se detectó entre las personas hospitalizadas por enfermedades cardiovasculares, que las mujeres reciben menos análisis con fines diagnósticos y menos tratamientos farmacológicos. (Dellborg y Swedeberg, 1993)
- En lo concerniente al vínculo medico/a-paciente, se ha comprobado el comportamiento diferencial según el sexo del/a profesional y del/a paciente. Siendo que las médicas hacen visitas mas largas, realizan mas preguntas y reciben mas información tanto de los pacientes varones como de las pacientes mujeres. (Hall, J, Irish, J., Roter, D., Ehrlich, C., Miller, L 2000)

En cuanto a las modalidades diferenciales relativas a la demanda de varones y mujeres lo que la literatura especializada en el tema de procedencia anglosajona denomina “patient variable biases” se ha encontrado que:

- Las pacientes mujeres valoran muy especialmente “el buen trato” de parte de los/as profesionales como componente de la calidad de atención. (Pittman, P. y otros 1998)

- Si bien tanto pacientes varones como mujeres reclaman medicamentos, lo hacen motivados por distintas razones: Los varones para poder seguir trabajando y las mujeres para poder cuidar a otros (Pittman, P. y otros 1998).
- En cuanto a la información previa que poseen sobre enfermedades cardiovasculares, se ha comprobado que las mujeres están más pobremente informadas sobre dichas enfermedades, lo que contribuye a su exposición a mayores riesgos, relativos a no poder reconocer tempranamente los síntomas y signos referidos a esta patología (Howes, DG 1998).

Por otra parte cabe destacar que en lo referente al género existen diferentes sesgos en el acceso a la atención que pueden caracterizarse según dos tipos de modalidades:

- Las inequidades producidas por actitudes del equipo de salud frente a pacientes varones y mujeres.
- Las inequidades relativas al acceso a ciertos tipos de tratamientos o análisis.

Por lo tanto las inequidades de género en la atención, considerando a las inequidades como las diferencias y similitudes injustas e innecesarias en el grado de satisfacción de necesidades (Whitehead, 1990), se puede destacar que los problemas pueden basarse en:

- La entrega de una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales.
- La entrega de atención diferente cuando las necesidades son iguales.
- O simplemente un trato que refuerce los estereotipos de género.

A su vez existe suficiente evidencia para poder destacar como impacta negativamente la accesibilidad diferencial por género a los servicios según cual sea el sistema de financiamiento y cobertura que el/la paciente tenga. Esto ha sido estudiado a nivel internacional (Standing, 2000), pero cuando este fenómeno no ha sido lo suficientemente estudiado como se verifica en América Latina fundamentalmente a partir de los procesos de reforma sectorial en salud a partir de los noventa, salvo para el caso de Chile, (OPS/OMS,2002) y en lo concerniente específicamente a la salud sexual y reproductiva. (Tájer, 2001)

Metodología

El tipo de diseño metodológico utilizado es cuali-cuantitativo.

Se procesó con metodología cuantitativa los datos provenientes del "Estudio Comparativo de Infarto en la República Argentina" realizado los años 1996 y 2000

por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). La cantidad de pacientes ingresados/as en dicho estudio son 943 y la condición de elección para las unidades de análisis fue todo varón o mujer ingresado/a con diagnóstico de infarto agudo de miocardio y angina inestable durante un mes cada uno de esos años. Las instituciones en las cuales se recabó la información provienen de todo el país. De la información existente en las fuentes, que han sido los protocolos clínicos, se eligieron para nuestra investigación como dimensiones marcadoras de la toma de decisión diagnóstica y terapéutica:

- uso de coronariografía (diagnóstico)
- uso de trombolíticos (tratamiento)
- indicación de angioplastia (tratamiento)

Por su parte se trabajó con metodología cualitativa utilizando como fuentes entrevistas semiestructuradas, eligiendo como unidades de análisis a médicos/as cardiólogos/as, segmentados en menos y más de diez años de matriculación provenientes de tres tipos de instituciones de la Ciudad de Buenos Aires: Hospitales Públicos (Santojanni y Fernández), Clínicas que atienden pacientes de seguridad social y de aseguradoras prepagas (Bazterrica y Santa Isabel) y Hospitales de Comunidad (Italiano y Francés), siendo la cantidad de entrevistas 26. En estas entrevistas se incluyen datos cualitativos, lo cual ha sido escogido por su congruencia con el objeto de estudio que intenta dar cuenta del significado e intencionalidad de los sujetos entrevistados con relación a su proceso salud-enfermedad-atención mediante un abordaje interdisciplinario (de Souza Minayo, 1997). En lo relativo a las cuestiones concernientes a la generalización y la representatividad de los casos, cabe consignar que el objetivo planteado no consiste en realizar generalizaciones sino en acercarse a una mejor comprensión de cómo la problemática se desarrolla en cada entrevistado/a. (de Souza Minayo, 1997)

La composición de las entrevistas está expresada en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Composición de la muestra por sexo y por años de egreso (más de 10 años o menos de 10 años)

	Mujer <10	Mujer > 10	Varón <10	Varón > 10	Total
Fernández	1	1	1	2	5
Santojanni	1	1	1	2	5
Francés	1	1	1	1	4
Italiano	1	1	1	1	4
Bazterrica	1	-	1	2	4
Santa Isabel	2	-	1	1	4
Total	7	4	6	9	26

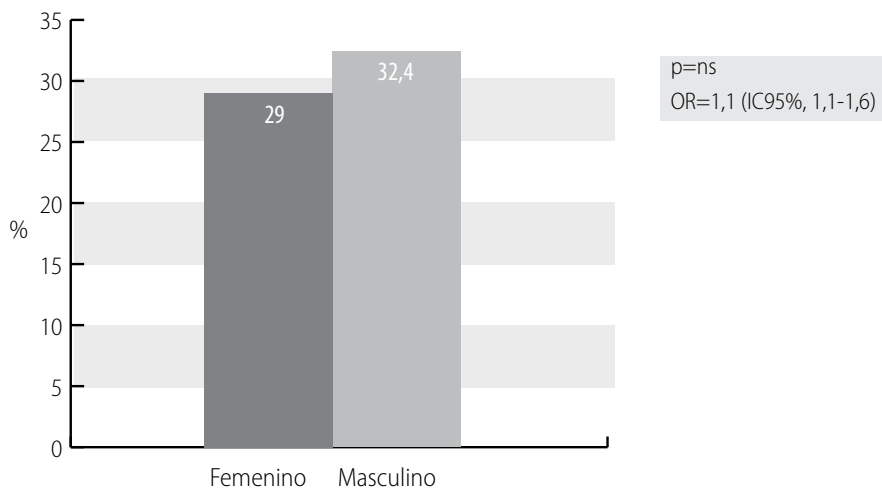
Las entrevistas están divididas en tres componentes:

1. Datos socio-demográficos.
2. Aspectos generales de calidad de atención de los servicios.
3. Componentes médico/a-paciente en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. De este tercer ítem se tomaron cinco dimensiones.
 - 3.1 Aspectos relativos a la demanda de los pacientes que pudieran incluir una diferencial por género que tendrían implicancia en la toma de decisiones y en la conducta médica.
 - 3.2 Bagaje teórico-conceptual actual para el tratamiento de estos/as pacientes.
 - 3.3 Representaciones personales de los/as profesionales acerca de la problemática.
 - 3.4 Tipo de cobertura y efectos en las decisiones del tratamiento.
 - 3.5 Lecciones aprendidas y expectativas a futuro.

Resultados

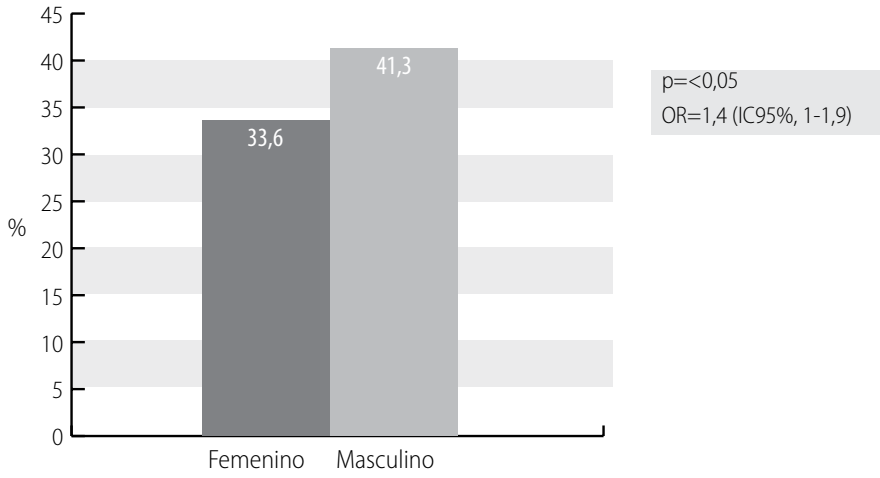
Datos cuantitativos

Figura 1. Utilización de cinecoronariografía en el IAM según el sexo (n:943 p)



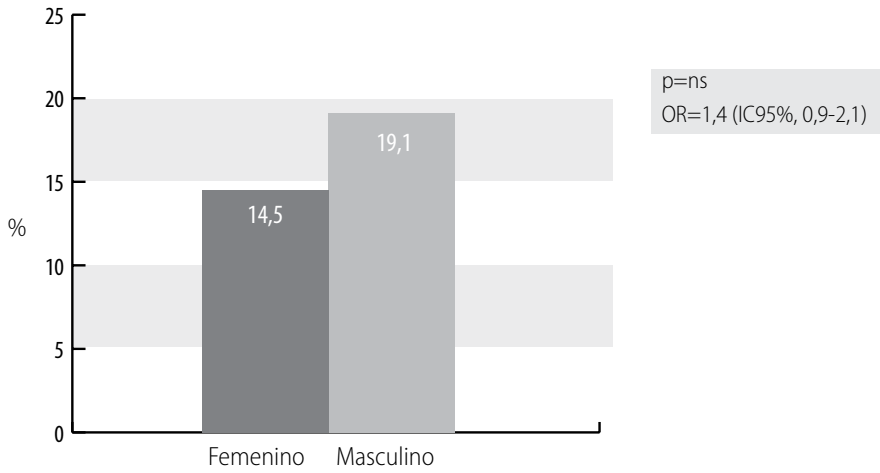
Encuestas SAC 1996 y 2000 Proc: Adrián Charask

Figura 2. Utilización de trombolíticos en el IAM según el sexo (n:943 p)



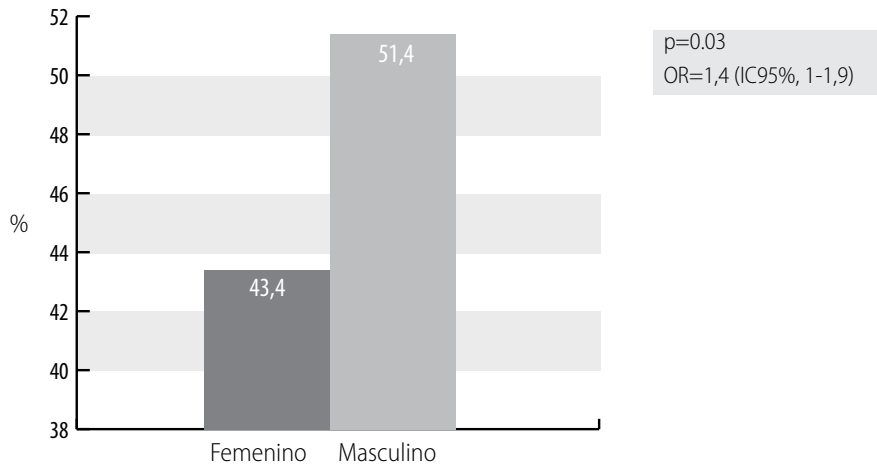
Encuestas SAC 1996 y 2000 Proc: Adrián Charask

Figura 3. Utilización de angioplastia en el IAM según el sexo (n:943 p)



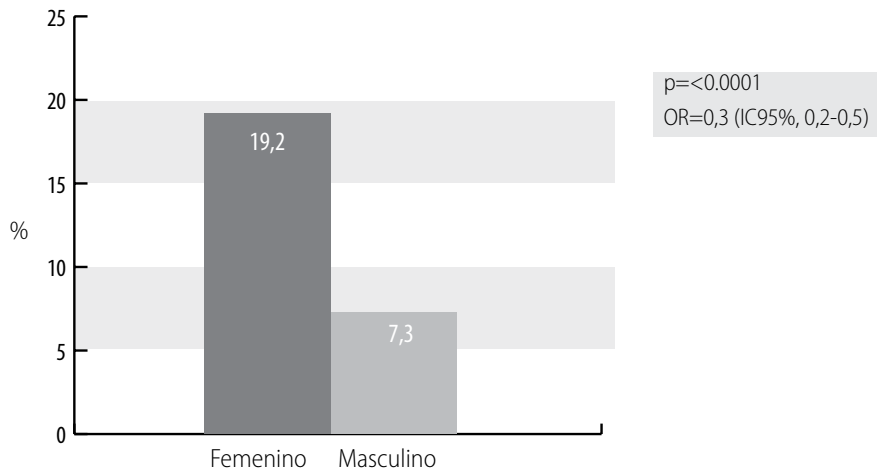
Encuestas SAC 1996 y 2000 Proc: Adrián Charask

Figura 4. Utilización de estrategias de reperfusión (TI y/o ATC) en el IAM según el sexo (n:943 p)



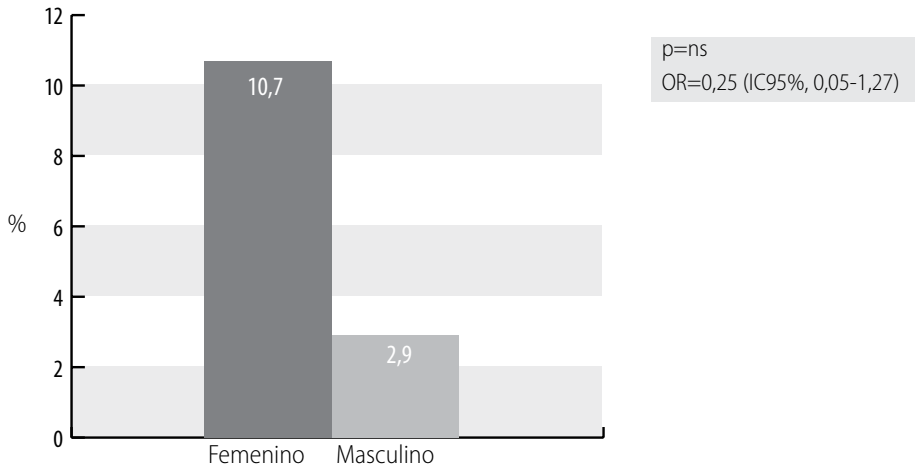
Encuestas SAC 1996 y 2000 Proc: Adrián Charask

Figura 5. Mortalidad en el IAM según el sexo (n:943 p)



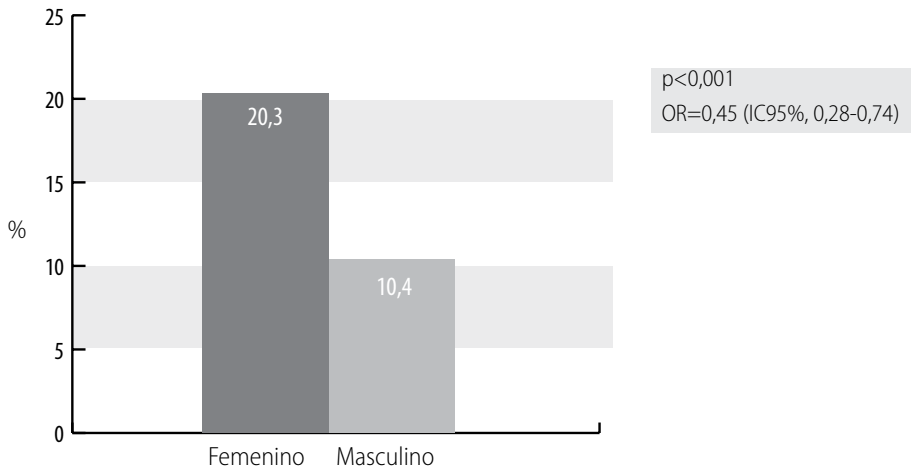
Encuestas SAC 1996 y 2000 Proc: Adrián Charask

Figura 6. Mortalidad en el IAM según el sexo en pacientes menores de 56 años (n:308 p)



Encuestas SAC 1996 y 2000 Proc: Adrián Charask

Figura 7. Mortalidad en el IAM según el sexo en pacientes mayores de 56 años (n:308 p)



Encuestas SAC 1996 y 2000 Proc: Adrián Charask

Análisis de los cuadros

Hechos

- 1-Existen diferencias vinculadas al sexo en la utilización de las técnicas:
 - coronariografía (ns)
 - trombolíticos (s)
 - angioplastia (ns)
 - reperfusión t+a (s)
- 2- El sexo se relaciona a una mayor mortalidad independiente de la edad.

Lectura de los datos

Se ha encontrado que la pertenencia al sexo femenino se relaciona a una mayor mortalidad independiente de la edad. De lo relevado se desprende que los/as médicos/as en Argentina están siendo más conservadores/as (intervienen menos para iguales cuadros) en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas con mujeres y más intervencionistas (intervienen más para iguales cuadros) con los pacientes varones. Se ha evidenciado la utilización menos frecuente en mujeres de cinecoronariografía, trombolíticos y angioplastías para el mismo cuadro.

Todo lo cual lleva a sugerir la importancia de investigar con mayor profundidad en ulteriores estudios las razones de esta conducta médica y la posibilidad de que pudiera existir una relación entre la menor intervención en mujeres (con medicamentos y procedimientos de gran eficacia en el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías isquémicas) y la mayor mortalidad de las mismas a todas las edades.

La finalización de la evaluación de los datos permite afirmar que con respecto a la cobertura, no se han encontrado diferencias significativas en la comparación según sexo y cobertura, de lo hallado en términos generales para la variable sexo. No pudiéndose establecer si alguno de los tipos de cobertura (PAMI, obras sociales, prepagas, servicios públicos o privados) sean más o menos equitativos con respecto al género en lo que las variables escogidas refiere.

Esta información proveniente de los datos del "Estudio Comparativo de Infarto en la República Argentina" realizado los años 1996 y 2000 por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), se presentó como parte del material de las entrevistas semi-estructuradas a los/as médicos/as participantes de nuestro estudio para saber su lectura de los hechos.

Esta presentación ha tenido un impacto muy significativo en los mismos, pues los/las especialistas en cardiología tienden a valorar en alto grado las informaciones provenientes de la Sociedad Argentina de Cardiología. En este caso, dado que los datos hallados se contradicen en su mayoría con el "imaginario profesional" con el cual se manejan en su práctica cotidiana, les produjo una situación de perplejidad y puesta en crisis de los saberes sostenidos hasta el momento con respecto a diferencias que pudieran estar resultando inequitativas con respecto al género en la calidad de atención de los/as pacientes con cardiopatía isquémica.

Datos cualitativos

La información cualitativa que se presenta en este artículo corresponde a 26 entrevistas realizadas. La composición del análisis es el siguiente: mujeres jóvenes 7, varones jóvenes 6, mujeres mayores 4 y varones mayores 9. Se presentará desagregado por sexo y por años de matriculación la siguiente información en lo relativo a:

¿Quiénes y cómo son? (datos socio-demográficos)

a) Médicas con menos de 10 años de matriculación

El 75% egresó de universidades públicas, el 25% de privadas. Todas trabajan entre 45 y 50 hs. semanales. 4 son residentes y una de planta. 4 son solteras y 1 casada. Solo 1 está realizando alguna formación de posgrado en la actualidad por fuera del régimen de residencia. El 75% de estas profesionales se desempeña laboralmente en otras instituciones.

b) Médicos con menos de 10 años de matriculación

Todos son egresados de universidades públicas. La mitad esta casada, el otro 50% es soltero. El 75% es residente, el 25% es concurrente. La mitad realiza postgrados por fuera de la residencia u hospital. El total trabaja entre 40 y 60 horas semanales. El 75% trabaja además por fuera del hospital.

c) Médicas con más de 10 años de matriculación

Cabe destacar que esta es la población menos representada en la muestra pues dos instituciones de las seis relevadas no tienen médicas cardiólogas con mas de 10 años de matriculación. Ambas instituciones son clínicas privadas, verificándose lo que en otro trabajo señalábamos como la selección negativa de las mujeres médicas en el sector privado en salud (Tájer D, 2004), concomitantemente a un deterioro y desfinanciamiento de lo público y una feminización de este mismo sector.

Se han tomado por lo tanto cuatro entrevistas de las cuales se transmite aquí el análisis de dos. De las mismas, una tiene nombramiento de planta y otra jefa de sector. Ambas son casadas, egresadas de universidad pública y con título de especialistas. La primera trabaja 30 hs. semanales y la segunda más de 50 hs y forma parte de un equipo de docencia y capacitación.

d) Médicos con más de 10 años de matriculación

Esta es la población con mas representación en la muestra debido a que según el criterio de selección, para obtener datos de manejo y dinámica institucional se valoró entrevistar además de las cuotas por sexo y por tiempo de matriculación, a jefes/as de servicio. De hecho, los jefes de servicio de los servicios relevados pertenecen sólo a la categoría médicos varones con mas de 10 años de matriculación. Con motivo de esta publicación se ha decidido no desagregar entre jefes y no jefes de servicio,

dejando esta estratificación para ulteriores presentaciones.

De los nueve entrevistados 4 son jefes de servicio y 5 jefes de sección. 7 son casados, uno divorciado y uno soltero.

Todos egresados de universidad pública. Y de posgrado 7 especialistas, 1 con postgrado y solo uno sin especialización.

Aspectos generales de calidad de atención de los servicios

a) Médicas con menos de 10 años de matriculación

Valorizan que la calidad de atención de los/as pacientes en los servicios de cardiología, se ve dificultada por: la brevedad del tiempo con el que cuentan, cuestiones ligadas a la demanda y características institucionales, y en función de la complejidad de los trastornos que se presentan (dificultad para escuchar más a los pacientes, evacuar dudas, contenerlos, etc.) En cuanto a recursos humanos, atención, tecnología e insumos, consideran que de acuerdo a las características de la institución, sea pública o privada, hay diferencias en la calidad de atención, en detrimento de la públicas, no por factores inherentes a la calidad de los profesionales, sino a la carencia de recursos, los múltiples roles de los médicos, aspectos que no les permite dedicarse exclusivamente a su especialidad.

b) Médicos con menos de 10 años de matriculación

Destacan que en los hospitales públicos hay buenos recursos humanos en general, pero que los déficit se encuentran, muchas veces, en la falta de posibilidades de realizar cirugías, la falta de recursos para hacer hemodinamia, entre otros. Caracterizan a los hospitales de comunidad con carencia de tiempos para llevar a cabo los diferentes estudios, y que a nivel tecnológico no cuentan con los últimos medicamentos. Respecto de las instituciones privadas piensan que la tecnología es óptima, así como la provisión de medicamentos.

c) Médicas con más de 10 años de matriculación

En lo relativo a los tiempos para las consultas, refieren que ellas se toman mas tiempo del dispuesto por la institución y aun así les es insuficiente para resolver adecuadamente las tareas a cargo: diagnóstico, pedidos de estudios, entre otros.

En cuanto a los recursos humanos, se reconocen perteneciendo a servicios de buena calidad tanto por privilegiar la relación médico-paciente como por poseer parámetros de formación en liderazgo y énfasis en la inserción en la comunidad. En cuanto a tecnología una refiere que tienen todo lo necesario, salvo hemodinamia por lo cual deben derivar pacientes a otras instituciones, mientras que en otro servicio disponen de todo lo necesario para diagnósticos y tratamientos.

d) Médicos con más de 10 años de matriculación

Los que trabajan en clínicas privadas consideran que el hecho de tener residencias

en cardiología en sus servicios acelera los tiempos de atención y la eficacia en los tratamientos. Asimismo el tiempo de internación es muy bueno y comparable con los Estados Unidos, modelo de atención frente al cual se miden, y dentro de los parámetros convencionales.

Los que trabajan en los hospitales públicos, acuerdan en resaltar que los residentes favorecen notablemente la calidad de atención y por la permanencia las 24 horas en las salas. No obstante tienen dificultades en términos de disponibilidad de tecnología de complejidad en comparación con otras partes del mundo, y también falta de insumos. Se observa la diferencia de recursos económicos en las diferentes instituciones, pero en términos de calidad de los recursos humanos tenderían a igualarse.

Los médicos de planta señalan que los tiempos de las consultas ambulatorias son demasiados cortos, referencia que coincide con las mujeres médicas de la misma generación.

Diferencias por género en la demanda de atención que determinan toma de decisiones y conducta médica

a) Médicas con menos de 10 años de matriculación

Todas creen que lo que más afecta la toma de decisiones y la conducta médica no es el género de sus pacientes sino conciencia de enfermedad, personalidad y la idiosincrasia de los mismos/as¹. Sin embargo, el 75% considera que las mujeres acatan y se adhieren más al tratamiento, mientras que la misma cantidad valora que los pacientes varones acatan al tratamiento menos que las mujeres, mientras que todas piensan que los varones dependen del apoyo de sus compañeras para llevarlo a cabo y que les es más difícil cambiar su modo de vida posterior. En cuanto al apoyo familiar y de quién lo realiza, el 100% coincide en que no ven diferencias por el género del /a paciente, sino por nivel socioeconómico de los mismos/as, la personalidad y la edad. Esta misma proporción cree que el apoyo familiar afecta positivamente la evolución de los pacientes. La mayoría coincide que los cambios post evento son más frecuentes e impactan más en los varones manifestándose principalmente en limitaciones laborales, por ende afectando la posibilidad de seguir ejecutando el rol masculino tradicional, con concomitantes depresiones, lo cual no identifican como conductas ligadas a la construcción de subjetividad de género.

b) Médicos con menos de 10 años de matriculación

Estos profesionales hacen referencia al reconocimiento que la bibliografía en general realiza, caracterizando a las mujeres como más consultantes que los varones a los servicios de salud. Sin embargo, su experiencia les dicta que respecto a los servicios de cardiología, los varones consultan más y más temprana y adecuadamente que las mujeres. Esta experiencia es fundamentada mediante una valoración de que las

1 Todos aspectos relativos a la constitución de la subjetividad de género.

mujeres tendrían una diferente relación con su cuerpo que los varones, cuidándolo más de acuerdo a lo que “sus ciclos hormonales les dictan”. Es significativo que estos médicos consideren que los varones cuidan menos su cuerpo dando como ejemplo la tendencia a realizar deportes violentos, y que simultáneamente consideren que la mas baja y tardía consulta de las mujeres en cardiología se debe a que el umbral de dolor femenino es mayor que el de los varones, que son más miedosos y consultan más rápidamente al cardiólogo. Lo que llama la atención es el uso del mismo argumento invertido para decir dos fenómenos contradictorios. Por otra parte, coinciden con las mujeres médicas de la misma generación en valorar que las mujeres adhieren más al tratamiento y se cuidan más posteriormente al suceso. Y respecto al impacto de las características personales de sus pacientes, tienden a desestimar que las mismas impacten en la toma de decisión médica. Respecto del apoyo familiar, todos coinciden en señalar, que las mujeres acompañan más a sus esposos que viceversa, ya que ellas se encargan de la adhesión al tratamiento de sus compañeros. Asimismo destacan que las mujeres, en general son acompañadas por otros miembros de la familia como hijos, hermanos porque suponen que “los esposos están trabajando para mantener a la familia”.

c) Médicas con más de 10 años de matriculación

No registran demasiada diferencia en el modo de consultar, debido que se trata de una población seleccionada previamente diagnosticada a diferencia de lo que acontece en el sector de guardia. Caracterizan a los varones como más puntuales para describir los síntomas y a las mujeres como más “dispersas”. Asimismo señalan que “hay un prejuicio hacia la mujer”, que si una mujer viene con síntomas inespecíficos, no se la escucha “como a un hombre” (Healy B, 1991). Con respecto al apoyo familiar, coinciden en que los hombres van a la consulta con sus esposas y muchas veces con sus hijos y las mujeres van solas. Registran que las mujeres llegan más tarde al diagnóstico, por lo tanto, es un pronóstico más difícil, aun cuando son pacientes más cumplidoras, pero que tanto varones como mujeres tienen muchas dificultades para cambiar conductas, en términos de realizar actividad física o hacer la dieta.

d) Médicos con más de 10 años de matriculación

Este grupo de médicos refiere diferencias entre varones y mujeres y lo refieren a razones de género relativas en el modo de consulta y acatamiento al tratamiento señalando que las mujeres son más responsables a seguir los lineamientos del tratamiento, se cuidan y concurren asiduamente más que el varón. Dicen preferir a las pacientes mujeres porque ellas tienen una proyección a la familia que las hace ser más obedientes. A diferencia de los varones que “son incorregibles” respecto al no cuidado si no media una mujer que los cuide. No obstante dos entrevistados hacen referencia a la mayor facilidad en el tratamiento de los varones. Las mujeres “son peores pacientes”. Esta mención está en relación a las diferencias biológicas

dado que las mujeres tienen arterias pequeñas y los varones cuentan con mejores arterias². Por lo tanto son mejores y más dóciles como personas, pero la posibilidad de tratamiento se les hace más dificultosa en términos de respuesta biológica.

Por su parte, en el post-evento señalan que la repercusión laboral suele ser más marcada en los hombres que en las mujeres. Muchas mujeres son amas de casa que después del infarto siguen siendo amas de casa y no modifican en gran medida su calidad de vida. Pero también señalan que esto se da con mujeres que son sostenedoras del hogar o que se sustentan a sí mismas, por lo tanto ésta sería una especificidad de género más allá de la situación laboral de la mujer. Señalan que el varón cuando sale vivo y se va a la casa en la recuperación el primer problema es el laboral, el segundo problema es el sexual y el tercer problema es si va a poder seguir comprando los medicamentos. Por otra parte en los procesos de rehabilitación, las mujeres tienen mejor "vida" porque se cuidan más. El varón dice "Que castigo tuve para tener una cosa así. La culpa la tiene otro".

Por otra parte señalan que ha bajado la edad en que se solía presentar un primer infarto, lo cual en el caso de los varones que se autoperceben como "inútiles", la ocurrencia de edades más tempranas complejiza en términos subjetivos la evolución post-evento.

Bagaje teórico - conceptual actual para el tratamiento de estos/as pacientes

a) Médicas con menos de 10 años de matriculación

Destacan principalmente que los índices de mortalidad y morbilidad en las mujeres se incrementan a partir de la entrada en la menopausia, momento a partir del cual afirman que las mismas adquirirían igual riesgo que los varones de padecer enfermedades cardiovasculares. También señalan que la bibliografía destaca la mayor incidencia de enfermedad en varones y mayor mortalidad en mujeres en general a más edad.

Una de las médicas destaca que "ya no hay unidades coronarias solo de varones como ocurría antes, hoy es 50% y 50%" (no quedando claro si se refiere a las pacientes o a las médicas, o a ambas). Considera que los congresos comienzan a destacar esto, observa que cada vez más mujeres participan de ellos pero, paradójicamente, detecta frases como "las mujeres son más débiles que los hombres para este trabajo", cuestión que toma como una "cargada" (podríamos pensar esta reacción como una manera de visualizar la resistencia a la inserción femenina en este campo, y simultáneamente un intento de desmentirla por ser políticamente incorrecto en la actualidad).

Estas mujeres comentan que en la práctica comienzan a ver que el tipo de calidad de vida de las mujeres que empiezan a desempeñar roles tradicionalmente masculinos, incide no solo en que padezcan más cardiopatías sino que además repitan el rol

2 Cabe la pregunta a nivel tecnológico si existe instrumental específico adaptado a las características del cuerpo de las mujeres.

masculino de consulta: consultar menos y más tarde. Por su parte, estas médicas demuestran que su experiencia aún no es plenamente representada por la bibliografía y aportes científicos sobre su disciplina, aunque creen que hay ciertos avances.

Podemos inferir en el discurso de estas médicas una concordancia con el imaginario acerca de que el paciente típico que padece una cardiopatía isquémica es el “ejecutivo” varón (Tájer D y otros, 1998), suponiendo que las mujeres que se enferman son solo las insertas en el mundo público, con puestos jerárquicos que repetirían el patrón masculino de enfermar consolidando el imaginario de que exclusivamente los varones, y ahora las mujeres, ejecutivos/as pueden infartarse. Esta modelización del paciente típico fraguado en el modo de enfermar de los varones de clase media para arriba, se constituye en un sesgo de clase y género que invisibiliza que las mujeres con roles más tradicionales y los varones menos privilegiados por el sistema económico-social presentan una alta incidencia en cardiopatías isquémicas (Kaplan, G., Keil, J., 1993) (Tájer D y otros, 2000) (Tájer D., 2001).

b) Médicos con menos de 10 años de matriculación

Consideran que su bagaje teórico conceptual carece de explicaciones que destaquen las diferencias genéricas. Por otra parte señalan que según su experiencia que las mujeres, hoy en día con el ingreso al mundo público, han igualado a los varones respecto al padecimiento de cardiopatías isquémicas.

Destacan que en las instancias de actualización, solo se presentan cuestiones anatómicas y randomizadas sin aspectos de prevención y datos de investigaciones cualitativas sobre estos aspectos. A estos profesionales, les ha impactado particularmente, que los datos que se desprenden de la encuesta SAC, no responden a su imaginario, pero como dicha investigación ha sido elaborada por una entidad prestigiada, se enfrentan a un conflicto que cada uno resuelve singularmente: algunos intentan empezar a pensar lo no pensado y a visualizar lo invisible, otros malentienden los datos forzando la congruencia con su imaginario y otros sostienen explicaciones desde paradigmas que no alcanzan a atrapar la complejidad del fenómeno.

c) Médicas con más de 10 años de matriculación

Señalan que la literatura especializada no da la misma importancia a los síntomas presentados por mujeres que a los presentados por los varones, respecto de los síntomas atípicos. Aun cuando se está produciendo un cambio en cuanto a reconocer la prevalencia más igualada entre mujeres y varones después de los 56 años. En las prácticas clínicas, ubican el problema en la etapa de diagnóstico a mujeres, ya que al ser diagnosticadas más tardíamente, entran en tratamiento con la enfermedad más avanzada. Una vez que acceden a Unidad Coronaria, destacan que tanto varones como mujeres reciben los mismos estudios diagnósticos y de tratamiento, e identifican la existencia de prejuicios hacia las mujeres para ser diagnosticadas como pacientes cardíacas (tanto por los profesionales como por auto detección precoz en los pacientes).

d) Médicos con más de 10 años de matriculación

En términos epidemiológicos destacan que la literatura señala que los varones tienen más incidencia de esta enfermedad hasta los 60 años. Por debajo de los 50-60 años, que es la edad fértil de las mujeres, las mujeres no suelen estar tan afectadas de enfermedades coronarias. El ciclo de estrógenos de los ciclos menstruales de alguna manera no muy determinada, las protegen contra la enfermedad coronaria. A partir de la menopausia se empezaría a equilibrar esa tendencia y más allá de los 60 años la prevalencia de la enfermedad es exactamente igual en los hombres que en las mujeres. En cuanto al tratamiento, es más o menos el mismo. Cuando la enfermedad se presenta se trata igual en hombres que en mujeres.

Uno de los profesionales se refiere a estos datos destacando que la teoría que “esta dando vueltas” es la del supuesto efecto protector de los estrógenos sobre la enfermedad coronaria, señalando que en su experiencia la misma pudiera cambiar con el correr de los años (tanto la teoría como la realidad). Comentando que aun cuando no recuerda la fuente “las verdades científicas son mentiras cada vez más sutiles”. Por lo tanto la explicación que se da hoy a algunos fenómenos puede no sostenerse en el tiempo. Es interesante esta reflexión pues fue presentada por un profesional al cual las varias décadas en la profesión le ha permitido una visión desde la propia experiencia de que una teoría explicativa en boga en algún momento no necesariamente se sostendrá como verdad a lo largo del tiempo.

En cuanto al uso de métodos diagnósticos y de tratamiento estos entrevistados al observar las diapositivas de la encuesta SAC dan distintos argumentos en cuanto al uso de técnicas: una de ellas se refiere al tiempo de consulta. Las mujeres consultarían más tarde por lo cual algunas de las técnicas no se podrían usar por no concurrir a tiempo. Se atribuye “esta llegada tarde” a la idiosincrasia femenina. Estos comentarios se refieren al uso de trombolíticos. Otro de los entrevistados señala que la gravedad de las lesiones son mayores en los hombres que en las mujeres por eso se utiliza más coronariografía. La estrategia intervencionista no se usa en los casos leves, que considera es el de las mujeres. Reconoce que puede haber casos graves en la mujeres y da el argumento de que no reciben este tipo de tratamiento puesto que las mujeres tienen menos cobertura social que los varones, atribuyendo esta dificultad al poder económico de las usuarias, inferencia que coincide con la literatura internacional al respecto (Standing, 2000) (OPS/OMS, 2002).

Representaciones personales de los/as profesionales acerca de la problemática

a) Médicas con menos de 10 años de matriculación

Crean que en general frente a los cuadros inespecíficos, los profesionales dudan más con las pacientes mujeres, porque muchas veces al ser más “nerviosas”, estar más estresadas o tener problemas familiares pueden presentar dolores similares a los precordiales y no serlo. Por lo tanto afirman la importancia que hay que darle a la escucha de los/as pacientes en el interrogatorio inicial para establecer una

real diferencia entre las enfermas de este tipo de patología de las no enfermas. La mayoría de las consultadas señala que este sesgo es indiferente a la pertenencia de género de los/as profesionales señalan que, “el sexo no es la diferencia, la edad es la diferencia”, poniendo el problema en términos generacionales y no genéricos en cuanto a los profesionales.

El 50% de ellas cree que el género del profesional no incide en su desempeño, el otro 50% afirma que sí, es decir que las mujeres son más detallistas, más innovadoras, obsesivas y emocionales. Y que los varones son menos innovadores, tienden a dudar menos y a implementar procedimientos más tradicionales.

b) Médicos con menos de 10 años de matriculación

Frente a un cuadro inespecífico, solo uno de los médicos reconoce que las mujeres tienen menores probabilidades de recibir un diagnóstico de cardiopatía isquémica que los varones. Refiere que existe un prejuicio de pensar que las mujeres enferman menos, y explica que este prejuicio puede deberse a cuestiones machistas, de personalidad, o de déficit en la formación. Reconoce que la mujer tiene que demostrar más y mejor que está enferma para ser diagnosticada (Healey, 1991).

Los médicos restantes desconocen esta diferencia. Uno de ellos responde a la conducta de los médicos en la guardia en general frente a todos los eventos, no solo a las posibles cardiopatías, tienden a subestimar todos los cuadros. De esta forma diluye la diferencia genérica, ubicándola en una actitud generalizada de los médicos en la guardia, que solo refleja su calidad como profesionales. De esta forma, tanto varones como mujeres pueden sufrir por esta actitud médica. Luego reconoce que se subestima los cuadros de las pacientes mujeres, pero inmediatamente procede a atribuir a las mujeres este hecho. Retomando el argumento señalado con anterioridad del umbral del dolor, explica que muchos de estos cuadros no son diagnosticados porque la mujer tiene un umbral de dolor mayor que el varón. Paradójicamente, en vez de tomar esta idea en cuenta cuando se encuentra frente a una mujer, la utiliza para justificar el subdiagnóstico. Otro médico plantea que no existen diferencias, pero luego reconoce que con los mismos síntomas, y la misma edad, diagnosticaría al varón con cardiopatía isquémica y no a la mujer. Lo que puede encontrarse, en general, es un grado importante de no concordancia entre lo que dicen y lo que hacen. Evidenciando la necesidad de contar con espacios de reflexión y procesamiento sobre la práctica cotidiana que les permita retroalimentar el saber con el hacer.

Estos profesionales señalan que ven diferencias en el modo de trabajar entre médicos y médicas. Los médicos serían más prácticos, toman decisiones más rápido, tienen mayor sentido de alarma, menosprecian menos los síntomas, y suelen ser más invasivos con los tratamientos. Por otro lado, las mujeres tienden a dudar más, por lo tanto sus decisiones no son ni firmes ni rápidas. Por esto son definidas como “vuelteras” en sus decisiones y se manejan en general “un poquito peor” que los médicos. Como único aspecto positivo, señalan que la mujer médica es más sensible

que el médico varón.

Como puede observarse, las diferencias representacionales que existen entre varones y mujeres en general, se plasman en las actitudes médicas, asociando a los varones a mayor liderazgo, rapidez y efectividad, considerándose esto mejor para el paciente, y a la mujer con mayor “debilidad” y sensibilidad no caracterizándolas como rasgos positivos en la profesión médica.

c) Médicas con más de 10 años de matriculación

Coinciden en que una mujer puede ser más tardíamente diagnosticada si no presenta los rasgos típicos de enfermedad coronaria pues suele pensarse que la mujer con un cuadro inespecífico no tiene nada y eso es un error. Las mujeres con cuadros inespecíficos tienen que ser investigadas a fondo.

Piensan que por identificación con las pacientes, les es más fácil comunicarse con las mismas y que para los varones puede ser difícil escuchar a las mujeres, porque desde la literatura y desde su experiencia no tiene registro de la diferencia. Pudiera especularse que lo que se denomina como modalidad inespecífica de transmisión de las mujeres pacientes en realidad correspondiese con la manera del habla de las mujeres diferente al habla masculina en general y al habla médica en particular y que las mujeres médicas pudieran conectarse a manera de traductoras de lógicas entre este discurso médico del mismo modo en que los médicos/as “aborígenes” traducen entre médicos/as “blancos/as” y población indígena (Arroyo J, 2001)

d) Médicos con más de 10 años de matriculación

Señalan que se suele desestimar a las mujeres con cuadros inespecíficos puesto que es más probable que no tengan coronariopatía, mientras que un varón sí. También refiere que ellos están más preparados para que el varón sea el paciente coronario. No niegan que una mujer pueda tener una insuficiencia coronaria, pero no es lo habitual, y se investiga como “atípico”. Reconocen la diferente valoración del cuadro entre varones y mujeres y no toman como importante la diferencia de género en los/as profesionales a la hora de tomar decisiones, sino a la falta de actualización y señalan que como la práctica médica es falible estas cosas pueden sucederle al mejor formado.

Tipo de cobertura y efectos en las decisiones del tratamiento

a) Médicas con menos de 10 años de matriculación

En general coinciden en que el tipo de cobertura de los pacientes incide en su tratamiento, ya que si bien creen que los criterios médicos serán los mismos, al no contar con iguales insumos para todos, se ve afectada la calidad de atención. Respecto de las ventajas y desventajas de las instituciones públicas o privadas, coinciden en que en las públicas cuentan con menos tiempo y menos recursos para

realzar estudios complejos, y que los cuadros más habituales son efectos del Chagas y los congénitos, a diferencia de las instituciones privadas donde priman los cuadros de hipertensión y las cardiopatías isquémicas. Respecto a los medicamentos, la posibilidad de que las mujeres puedan negociar su importancia en el presupuesto familiar, no depende del género de los pacientes sino de las características de la familia, afirman en su mayoría. Esta afirmación evidencia la importancia de transmitir los modos organizacionales familiares desde una perspectiva de género y su impacto en la posibilidad de cumplimiento de los tratamientos, en este caso ambulatorios.

b) Médicos con menos de 10 años de matriculación

Se marca una clara diferencia entre la cobertura privada y la pública en cuanto a los recursos disponibles, y la espera en tiempo para poder utilizar esos recursos. En el ámbito público puede tomar más tiempo del indicado tener el resultado de un estudio, y eso va en detrimento de la evolución favorable y genera mucha frustración en el médico. Esto no quiere decir que en la cobertura privada se esté exento de este tipo de problemáticas. Lo que los médicos marcan es que los recursos están disponibles, y quizás con menos tiempo de espera, pero que el acceso a ellos no siempre es posible. A veces la cobertura cubre determinados estudios, o solo parcialmente, y entonces se encuentran con la limitación económica de tener el recurso pero no se puede acceder a él. Se reproduce entonces la misma dinámica que en el ámbito público pues el médico va pidiendo estudios menos costosos con la esperanza de que estos alcancen para efectuar el diagnóstico. Como una ventaja que presenta el sistema público, un médico rescata que la relación médico paciente es más fuerte. El médico se alía con el paciente y pelea junto a él los pedidos de estudios, de medicamentos, de cirugía, etc. El paciente está entonces mucho más agradecido, no solo por la atención médica recibida, sino por el esfuerzo que el médico pone en esta lucha por los recursos. De esta forma, cada paciente se particulariza, de acuerdo a la lucha específica que este requiere, mientras que en el ámbito privado, al contar con mayor acceso a los recursos, es más fácil que todos los pacientes “sean iguales”.

c) Médicas con más de 10 años de matriculación

Encuentran que las pacientes mujeres son más hábiles para conseguir los medicamentos usando vías alternativas, como recurrir a los laboratorios.

Señalan que en el Hospital Público, por la gran demanda de pacientes, a las pacientes mujeres cardiovasculares no se las investigaría a fondo. Y que en términos generales las mujeres pueden tener dificultades para negociar la compra de sus medicamentos por la tendencia de las mujeres a poner en primer lugar a las necesidades familiares (hijos y maridos).

d) Médicos con más de 10 años de matriculación

Señalan que la ventaja que hay en el hospital público es la formación del médico

y los buenos equipos de trabajo. La desventaja radica en las dificultades con los distintos tipos de cobertura que absorbe el Hospital y la amplia zona de influencia en la Provincia de Buenos Aires. Por otra parte en el sector de clínicas en el cual coexisten las prestaciones con cobertura de obra social y pre-paga se señala que hay condicionamientos por el tipo de cobertura en estudios de diagnóstico y tratamiento, no tanto en los medicamentos. También se señala los problemas con “las letras chicas” de los contratos de las pre-pagas. El hospital público es considerado como un buen lugar de formación, de contención y de prestación por la gratuidad, equiparable con la escuela pública.

Solo uno de los médicos observa diferencias entre mujeres y varones en la compra de medicamentos. Valorando que a las mujeres les es más fácil gastar la plata que a los hombres. Para él a los hombres les cuesta muchísimo gastar plata. Esta aseveración puede relacionarse con que cuando existen los recursos económicos, las mujeres tienden a prestar más atención a su etapa de rehabilitación que los varones como se ha valorado con anterioridad.

Lecciones aprendidas y expectativas a futuro

a) Médicas con menos de 10 años de matriculación

Rescatan como importante la necesidad de no subvalorar el diagnóstico de las mujeres y cambiar la actitud medica frente a las “realmente enfermas” incrementando la posibilidad de escucha y contención de los/las pacientes.

b) Médicos con menos de 10 años de matriculación

Destacan la necesidad de mayor información y formación respecto de estos temas, reconociendo la importancia que tienen y los efectos en el tratamiento de las mujeres.

c) Médicas con más de de 10 años de matriculación

Valoran la importancia de estar actualizados/as y educar a la comunidad científica para lograr una percepción más rápida del problema para que puedan incorporar lo que leen a lo que ven en la práctica. También destacan la necesidad de cambiar la concepción de la incidencia de la enfermedad cardiovascular a partir de nuevos diseños estadísticos y de concienciar vía campañas desde el Estado para que hagan visible para el público en general que la incidencia puede acercarse entre los géneros. Con el objetivo de que las mujeres puedan identificar que lo que les pasa puede ser una enfermedad coronaria y consulten mas precoz y adecuadamente.

d) Médicos con más de 10 años de matriculación

Señalan la importancia de trabajar desde una perspectiva que de valor al síntoma y no solo al estándar o la tecnología y que el uso de tecnología se realice para confirmar o des-confirmar las apreciaciones clínicas. Esto contribuiría a evitar las

sistematizaciones que anulan el juicio clínico especialmente acerca de las diferencias y las especificidades.

Algunos señalan que el problema radica en que las mujeres son más difíciles “biológicamente” que los varones. En ese sentido el/la médico/a debería darle más tiempo de consulta que en el hombre, pues este es más directo en cuanto a la presentación de la sintomatología coronaria, en cambio en la mujer aparece más ocultamente el diagnóstico, se necesita más tiempo para interrogarla para establecer un diagnóstico correcto. Coinciden en que el modelo de la medicina actual de atender cada vez más pacientes y más rápido genera la posibilidad de equivocarse más frecuentemente en la mujer que en el hombre por sus características de presentación. Otro apunta más a las problemáticas de la cobertura diferencial señalada en varios trabajos (Standing H, 2000) (Tajer D, 2001) por medio de la cual es mayor el número de mujeres que no trabajan o que trabajan en forma irregular que los hombres por lo tanto tienen menos acceso que los varones a cobertura de salud (OPS/OMS, 2002). También la existencia de uniones de hecho deja más desprotegida a las mujeres, así como el aumento de trabajo en “negro”, en el cual predomina el empleo femenino, mientras que otros/as aportan a varias cajas en simultáneo.

Otro médico señala la necesidad de generar más evidencia acerca de cómo la inequidad de género funciona para diseminarla. Hay muchas cuestiones que parecen sensaciones, pero que debería estudiárselas para ver como funcionan.

Uno de los profesionales señala que el problema de la inequidad de género desborda el ámbito médico y lo liga a la doble discriminación de las mujeres por clase y por género. Dice que no se trata de prejuicios sino posición de clase que representan el manejo de la relación con la mujer y no está seguro de que la educación médica solo pueda resolver ese problema, aun cuando ve como positivo el ingreso de mujeres en la profesión médica y en general de mujeres y varones de clase no hegemónica que puede contribuir a cambiar el imaginario del modelo médico. También da cuenta de la discriminación con respecto a las mujeres médicas en el ámbito profesional, especialmente de las especialidades más “cerradas y de elite” como la cirugía pues se sigue pensando al género como una limitación porque van a “tener familia” o porque no van a trabajar “lo mismo que los hombres”, se van a dejar en el medio de la estocada porque se van a ocupar más de la familia que de la profesión. Aparece el tener una familia como una cosa en contra. Mientras que otro profesional señala la importancia de incorporar la dimensión como sujetos de los/as pacientes con sus prácticas cotidianas y su vida real al interior de las prácticas en salud, no como dato externo o de “color” sino como parte del diagnóstico y el tratamiento.

Conclusiones

La información analizada hasta el momento nos permite identificar sesgos de género en la toma de decisión diagnóstica y terapéutica que pudieran estar afectando la equidad de género en la calidad de atención de los/as pacientes con cardiopatía isquémica. Por otra parte se han encontrado diferencias en la percepción de este fenómeno según sexo y años de matriculación de los/as profesionales entrevistados/as.

En relación a los/as entrevistados/as, se puede observar que las médicas menores de 10 años de matriculación trabajan menos horas que los médicos de la misma antigüedad, y que hay más médicas en este segmento de estado civil solteras, en comparación con los varones casados. Este hecho nos lleva a constatar que aun hoy es más difícil para las mujeres profesionales combinar vida matrimonial con posibilidad de desarrollo profesional de primer nivel. Ambos grupos trabajan también fuera del hospital, pero solo los varones hacen posgrados fuera de la residencia. El 75% ha egresado de universidades públicas, y el 25% de universidades privadas. De las médicas con más de 10 años de matriculación, el 75% presenta un tipo de ejercicio profesional con menor carga horaria para poder articular con su vida familiar y conyugal mientras que el 25% presenta un tipo de inserción profesional más pareja con sus congeneres varones, con mayor carga horaria y tareas docentes. Por otro lado es importante destacar que las jefaturas de servicios son solo ejercidas por médicos varones y los mismos poseen títulos de postgrado. Por lo tanto podemos observar que: por un lado el grupo menos representado en la muestra son las mujeres con más de 10 años de profesionalización. Hay igual cantidad en los servicios relevados, de mujeres y varones entre los más jóvenes, pero que aun existen dificultades para que las mujeres puedan articular vida conyugal-familiar y profesión, teniendo que tomar opciones por una o por otra a diferencia de lo que acontece con los profesionales varones, como se ha observado en otras investigaciones (Fernández AM y col, 1987-1991).

Por otra parte en términos de comparación generacional, los médicos y médicas mayores son egresados de la universidad pública, mientras que en los/as mas jóvenes hay varios egresados de universidades privadas, concomitante al deterioro de la formación médica en las universidades públicas en las últimas dos décadas.

En cuanto a aspectos ligados a la calidad de atención, podemos concluir que, en cuanto a los recursos humanos, los profesionales refieren la excelencia de los mismos en los diferentes servicios de cardiología seleccionados en esta investigación. Dicha excelencia se observa tanto en la formación de los/as profesionales como en la calidad de atención que brindan. También coinciden en señalar la brevedad de los tiempos disponibles para dedicarle a cada paciente, especialmente acentuado en las instituciones privadas. Las médicas son las mas disconformes con la falta de tiempo, lo cual puede vincularse con una tendencia ya identificada de que las

mujeres médicas valoran especialmente dedicarle más tiempo a los pacientes por consulta, realizar mas preguntas, motivo por el cual reciben mas información tanto de los pacientes varones como de las pacientes mujeres. (Hall, J, Irish, J., Roter, D., Ehrlich, C., Miller, L 1994) (Tájer y col. 2002).

Se evidencia en los médicos a cargo de jefaturas una mirada de los fenómenos desde una perspectiva global y abarcativa que incluye elementos ligados a lo organizativo, que les permite jerarquizar importancia de la participación de residentes y concurrentes en los servicios durante las 24 horas, lo cual beneficia la calidad de atención por la disponibilidad permanente. Por otra parte si bien tanto en el sector público como en el privado, los recursos humanos son considerados como de muy buena calidad, la diferencia entre en ambos sectores, se evidencia en la falta de insumos y tecnología del sector público. Por su parte los médicos que trabajan en hospitales de comunidad destacan especialmente la falta de tiempo para las diferentes funciones que su rol requiere.

Con respecto a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas se pudo observar que el hecho de que la enfermedad coronaria sea más prevalente en varones, sumado a que la misma patología en mujeres tiene un modo de presentación más inespecífico son factores que inciden en el comportamiento médico. Esto se debe a que se tiende a adoptar una conducta única en relación a los síntomas coronarios y estos son en referencia a como se presentan los mismos en los varones, desestimando la especificidad de las mujeres para la misma enfermedad. Se evidencia la dificultad para pensar y actuar clínicamente según la especificidad del modo de enfermar de cada grupo, motivo por el cual la diferencia tiende a transformarse en inequidad en la calidad de atención. Esto se debe a lo que se describe como "Yentl Syndrom" (Healey, 1991), "síndrome" que determina que en salud las mujeres deban comportarse, enfermarse y consultar como hombres, como precio histórico para la equidad en la calidad de atención, pues ser o enfermarse diferente que los hombres es ser tratado como paciente de segunda clase. Porque la mera diferencia se transforma en inequidad siendo que las mujeres, como en el caso de las cardiopatías "debieran" enfermarse de la misma manera que los varones para que sean tratadas equitativamente.

Asimismo, se detectó que la "naturalización" del rol de los pacientes varones como proveedores familiares presente tanto en el "imaginario medico", como en los pacientes, determina que las conductas médicas focalicen sus esfuerzos en propiciar la pronta recuperación en los varones para que puedan reinsertarse muy rápidamente en el trabajo. Esta naturalización invisibiliza el menor permiso que tienen los varones para jugar su "rol de enfermos", generando mayores riesgos diferenciales fruto de la presión social para los mismos (Tájer D y col, 1998).

Por otro lado, la presentación inespecífica de los síntomas coronarios suelen crear sub registro de esta patología en las mujeres, sumado a que tanto los médicos como las médicas señalan que las pacientes mujeres son más quejas generalmente y eso dificulta el interrogatorio médico. Asimismo, los/as médicos/as detectan dificultad

en las mujeres para realizar consultas precoces en esta área, puesto que no se piensan como grupo de riesgo dado que el imaginario colectivo identifica a las enfermedades coronarias como privativa de los varones y suelen estar más entrenadas para detectar y consultar por enfermedades del aparato reproductivo.

Estos sesgos médicos sumado al modo de consulta referido de las mujeres redundan en un diagnóstico más tardío de la problemática coronaria en las mismas. Esto tiene como efecto un aumento del riesgo debido a que se trata de una patología donde la intervención precoz da como resultado, mejores posibilidades pronósticas, constituyéndose en una fuente de inequidad en la calidad de atención para las mujeres.

Por otra parte resulta significativo, que tanto los médicos como las médicas, carezcan de formación para utilizar información relativa a aspectos ligados a características de personalidad y conducta relativa a la pertenencia a un colectivo genérico femenino o masculino que tiene impacto en la práctica médica, aun cuando en el nivel del relato de la experiencia utilizan este tipo de caracterización. Esto evidencia la necesidad de capacitación específica en conocimientos sobre género y subjetividad ligados al proceso salud-enfermedad -atención en estos/as profesionales que pudieran colaborar con generar mejores grados de equidad de género en la calidad de atención.

El hecho de que las mujeres consulten más tempranamente en los servicios de salud, es explicado en términos generales debido a una vivencia diferente de la mujer de su propio cuerpo, relacionado con una sensibilidad ligada a la conexión con los ciclos hormonales. Este fenómeno es atribuido a hechos de la “biología” femenina, no considerándose su relación con un aprendizaje temprano de acceso a los servicios de salud dado por el proceso de medicalización temprana del cuerpo femenino ligado al desarrollo de las capacidades reproductivas. Esta forma de visualizar el fenómeno no les permite captar la paradoja de que aunque consultan en general más y más temprano en los servicios de salud en general, esto no es así en los servicios de cardiología. Para explicar el hecho de los varones consulten más tempranamente, señalan que los varones tienen menor umbral de dolor que las mujeres. Podríamos plantear que estos hechos serán mejor explicados desde un paradigma de la complejidad que de cuenta de la multideterminación de este tipo de fenómenos, más que de un paradigma biologicista (Tájer D, 2003). ¿Como sería posible explicar sino que los varones caracterizados como más miedosos y con más sensibilidad frente al padecimiento del dolor puedan estar tan desconectados con el cuidado por su cuerpo, tal como se describe usualmente? Y en ese sentido ¿Cómo sería posible entender qué las mujeres que se cuidan y consultan más en general, consulten menos en cardiología desde una explicación más compleja que la de un umbral más alto para tolerar el dolor?

En general los/as entrevistados/as suelen afirmar que las mujeres acatan y adhieren más al tratamiento que los varones. Las mujeres son más obedientes y tratan de

cuidarse y mantener su calidad de vida para poder seguir desempeñando su rol femenino tradicional. Los varones son pacientes más difíciles y caracterizan las consecuencias del evento como invalidantes para el resto de sus vidas según su rol masculino tradicional.

Por otro lado los/as entrevistados/as acuerdan en la importancia del apoyo familiar al/a paciente enfermo/a, pudiendo registrar diferencias en quienes acompañan de acuerdo a si el/a paciente es varón o mujer. Identifican la existencia de más casos de hombres solos, sin familia, y que a diferencia de ellos, las mujeres “solas de familia” siempre están acompañadas por alguien, generalmente vecinas o amigas. La existencia de los casos de varones solos, lo fundamentan en base a que habría más varones solos que mujeres solas respecto de la población general. Podemos señalar que lo “invisible” a modo explicativo es el modo de arreglo diferencial por género de las situaciones de carencia de vínculos familiares frente a la necesidad de cuidados en situación de internación. Otra explicación que se encuentra a que la mayoría de los/as acompañantes sean mujeres es que estas no trabajan, invisibilizando el hecho de que en países con arreglos patriarcales como el nuestro, los cuidados de los/as enfermos en las familias están a cargo de las mujeres de la familia sean éstas trabajadoras o no en el espacio de lo público (Tájer D, 2004). (OPS/OMS, 2002)

En lo que respecta a los cuidados posteriores, los entrevistados acuerdan en que las mujeres son mejores pacientes, más “dóciles”, mientras que con los varones resulta más difícil modificar ciertos hábitos de vida. Por otra parte se ha identificado una tendencia a la no promoción de hábitos de autocuidado y autonomía de los pacientes varones (Arango Y, 2000) encomendando la responsabilidad a estas mujeres, argumentando que de esta forma se es más eficaz.

En relación al bagaje teórico conceptual actual para el tratamiento de esta patología, podemos decir que si bien en los últimos años las revistas cardiológicas internacionales han comenzado a publicar información ligada a las diferencias entre varones y mujeres (algunos escritos inclusive con perspectiva de género) en los modos de enfermar, consultar y ser atendido/a, esta no es utilizada ni leída generalmente por los/as especialistas, por lo tanto no ha podido producir un quiebre en los imaginarios de los profesionales que tengan efecto en sus prácticas cotidianas.

El “imaginario cardiológico” construye un perfil prototípico del paciente coronario tomando como ejemplo el modo de enfermar del paciente coronario varón ‘ejecutivo’ (Tájer, D. Y otros, 1998). Perfil desde el cual se crea la expectativa de que las mujeres que enferman son las más parecidas a estos hombres. Esta modelización del paciente típico, fraguado en el modo de enfermar de los varones de clase media para arriba, se constituye en un sesgo de clase y género que invisibiliza que las mujeres con roles más tradicionales y los varones menos privilegiados por el sistema económico-social también se enferman de cardiopatía isquémica pero presentando patrones propios de género y clase (Tájer, D. y otros, 2000), (Tájer, D.; 2001).

Es interesante observar que aun cuando los/as médicos/as matriculados desde hace más de 10 años, comparten el patrón de lectura de los/as pacientes descrito en el párrafo anterior, los años de experiencia profesional les permite problematizar los imaginarios que rigen las prácticas y los paradigmas teóricos, pero al no poder sistematizarse y capitalizarse como conocimiento legitimado, por ser consideradas “no científicas”, no son posibles de consolidarse y superar desde esa perspectiva los sesgos de género y clase en las prácticas clínicas.

Con respecto a las representaciones personales de los profesionales acerca de esta problemática, se observa una dificultad en la generación de médicos/as más jóvenes para detectar la especificidad de género en la presentación de los síntomas en mujeres. Los médicos/as ven a las pacientes mujeres como difíciles de comprender en su especificidad y tienen como modelo ideal el modo de presentación de los pacientes varones, lo que da lugar a que se espere que las mujeres enfermen igual que los varones, para así recibir un tratamiento igual cuando las necesidades son diferentes. En los/las médicos/as mayores esta dificultad es en parte contrarrestada, como señalamos en el párrafo anterior, porque son los/as que llevan adelante investigaciones y por el cúmulo de experiencia clínica hace que vean la dificultad en el diagnóstico pero estén más advertidos sobre ello. Esto nos llevaría a pensar en la necesidad de formación de género de los recursos humanos en cardiología dirigida fundamentalmente a las generaciones más jóvenes, y la necesidad de sistematizar el conocimiento de la experiencia como bagaje simbólico de los/as cardiólogos/as, además de colaborarles a legitimarlo como científico.

Cuando se indagó sobre los tipos de cobertura y los efectos en las posibilidades diagnósticas y las decisiones de tratamiento, es clara la diferencia en la obtención de recursos entre el sector público y el privado. En el sector público se tarda más en acceder a estudios de complejidad o en la obtención de medicamentos, mientras que en el sector privado esto está disponible, y la diferencia pasa por la calidad según el tipo de prepaga u obra social que se tenga. Es dable de destacar que los/as médicos/as de más de 10 años de matriculación se encuentran más advertidos/as de las áreas en las que se produce la inequidad en la atención en general y también refieren que las mujeres son más hábiles para conseguir medicamentos (en laboratorios, fundaciones, etc.) pero con dificultades para negociar la compra de los mismos al interior del presupuesto familiar si son para ellas mediante el pago de bolsillo, lo cual dificulta el tratamiento ambulatorio.

Es importante pensar en la relación de las mujeres con sus propias necesidades y su autocuidado, la literatura especializada (Arango, 2000) destaca que las mujeres perciben y valoran la posibilidad de cuidar de sí, en la medida en que su cuidado sea funcional a las necesidades de los otros miembros de la familia. Deben estar sanas, ser cuidadas por otros (profesionales, médicos, psicólogos, etc.), por “los que saben” (con los que sostienen un relación asimétrica), para mantener el equilibrio emocional de la familia.

Respecto de las lecciones aprendidas y las expectativas a futuro, los/as entrevistados/as coincidieron en referir la necesidad de no subvalorar el diagnóstico de las mujeres y cambiar la actitud médica, incrementar la posibilidad de escucha y contención de los pacientes. Otros/as destacan que es importante incluir la vigilancia y promoción de la equidad de género, pero dentro de un paradigma más abarcativo de defensa de la equidad en salud a nivel general.

Por otra parte, consideran muy significativo en términos del efecto que les ha causado a ellos/as de desnaturalización de las diferencias en las prácticas que presentan los datos de la encuesta SAC que hemos tomado para el análisis cuantitativo, y lo utilizamos como material de la entrevista para que ellos/as valoren. Estos/as profesionales sugieren que esta información debería sistematizarse y formar parte de la capacitación cardiológica.

Esto habilita a pensar el interés de estos/as especialistas por miradas y desarrollos que pueden contribuir a su práctica y que no son los habituales que reciben como formación para su especialidad que está, principalmente, basada en los aspectos biológicos del proceso salud-enfermedad-atención. En este sentido se manifiestan ávidos/as de contar con elementos que les permita incrementar la escucha y contención de los/as pacientes, tanto para establecer diagnósticos más precisos, como para contribuir al acompañamiento de los/as pacientes respecto de sus malestares y sus procesos curativos.

De lo relevado se evidencia la necesidad de contar con modelos de capacitación adecuados a quienes son, que piensan y que necesitan saber estos/as profesionales, no tomándolos como homogéneos sino según la diversidad de punto de partida determinada por las diferencias en lo relativo a nivel de capacitación, edad y género.

Por otra parte se destaca como importante para la práctica médica la incorporación en los espacios de capacitación de estudios cualitativos que sistematicen este tipo de problemáticas que tienden a pensarse como propias de la “experiencia personal” y fuera del acto médico por lo tanto no susceptibles de ser considerados “científicos” por lo tanto no sistematizables ni transmisibles.

Como conclusión final, vemos como para este tipo de patología, los varones se enferman más y las mujeres más tardíamente. Las mujeres presentan cuadros más inespecíficos, se enferman de modo diferente y tienen más mortalidad. Por otra parte se suele ser más intervencionista en los varones y más conservador con las mujeres.

Referencias Bibliográficas

ALMEIDA, C. (2000) "Saúde nas reformas contemporâneas". En Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas. Costa A.M., Tajer D., Hamman E. Organizadores. Editorial Universidad de Brasilia, Brasil

- ARANGO Y, (2000) "Autocuidado de la Salud: reflexiones desde los aportes de género" Ponencia presentada Primer Simposio Internacional de Salud y Género. Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Santiago de Cuba, 25-28 de octubre 2000
- ARROYO J. (2001) "Interculturalidad en la Atención de la Salud" Edic. Ministerio de Salud, Lima, Perú
- BAUME E., JUAREZ M., STANDING, H (2001) "Gender and Health Equity Resource Guide" Informe de IDS en la Universidad de Sussex, Inglaterra
- BERTAKIS KD, AZARI R Y OTROS (2000) "Gender differences in the utilization of health care services". *J.Fam. Pract* Feb;49(2): 147-52
- BRUCE J. (1990) "Fundamental elements of the quality of care: a simple framework". *Studies in Family Planning*. 1(2)
- CALDERÓN, R. MENDOZA J.(1997) Relatoria de la Oficina de Trabajo. Recursos Humanos en los Procesos de Reforma en Salud" Edit. ALAMES, Buenos Aires, Argentina
- COSTA A.M., TAJER D., HAMMAN E. organizadores (2000) Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas". Editorial Universidad de Brasilia, Brasil
- DELLBORG, M. Y SWEDBERG, K.(1993) "Acute myocardial infarction: difference in treatment between men and women" *Quality Ass. in Health Care*, 5(3),261-265
- DE SOUZA, MINAYO (1997) "El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud" Lugar Editorial, Bs. As
- DOVAL H., TAJER C. (2000) " Evidencias en Cardiología. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas" Ed. GEDIC, Buenos Aires
- DOVAL H., TAJER C. (2001) " Evidencias en Cardiología II. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas" Ed. GEDIC, Buenos Aires
- FERNÁNDEZ AM, LÓPEZ M, MARTÍNEZ E, DOROLA E, KAMKAGHI V, CÓRDOBA C, BORAKIEVICH S. Investigación "La mujer psicóloga. Obstáculos y posibilidades en el desarrollo de su doble rol". Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, 1987-1991.
- HALL JA, IRISH JT, ROTER DL, EHRLICH CM, MILLER LH (1994) "Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting" *Health Psychol* Sep;13(5):384-92
- HALL J A, y otros (1994) "Satisfaction, gender and communication in medical visits" *Med. Care* Dec; 32(12): 1216-31
- HEALY B. (1991) "The Yentl Syndrome" *New England Journal of Medicine*, July 25, 274-275.
- HOWES DG (1998) "Cardiovascular disease and women" *Lippincotts Prim Care Pract* Sep-Oct;2(5):514-24
- ILO (1989) Special protective measures for women and equality of opportunity and treatment. DOC(MEPMW/1989/7) , Geneva
- INDA, N. (1996) "Género Masculino, Número Singular". En *Género, Psicoanálisis y subjetividad* Burín M. y Dio Bleichmar E.(comp.) Paidós, Buenos Aires, Argentina
- KANNEL, WB y Abbot RD (1984) "Incidence and prognosis of unrecognized myocardial

- infarction: an update on the Framingham Study". *New Eng. J. of Med.*, 1144-1147
- KAPLAN RM, Anderson JP, Wingard DL (1991) "Gender differences in health related quality of life" *Health Psychol* 10(2):86-93
- KAPLAN,G.,Keil,J. (1993) "Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: a review of the literature" *Circulation*,Vol 88.N° 4,Part 1 1973-98
- Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Programas de Salud, Subsecretaría de Atención Comunitaria (1998) "Situación de la Salud de la Mujer en Argentina",
- NUNES JA (1999) "Os discursos dos medicos ginecologistas e obstetras sobre a regulacao da fecundidade" II International Congress Women, Work, Health Rio de Janeiro 1999, Program, Abstracts 142
- OPS/OMS (2002) "Género, equidad y reforma de la salud en Chile" Ed OPS/OMS, Santiago de Chile
- PITTMAN,P. y Hartigan P.(1996) "Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers". *Health Care for Women International* 17: 469-186
- PITTMAN PM y col. (1998) "Informe Final de la Investigación: Equidad de Género en la Dimensión Socioemocional de la Calidad de Atención en Salud. El caso de la Hipertensión y Diabetes en Avellaneda, Pcia de Buenos Aires", Programa Mujer Salud y Desarrollo,OPS, Buenos Aires
- PITTMAN PM (1999) "Gendered experienced of health care" *Int J Qual Health Care* Oct;11(5):397-405
- Secretaría de Salud Pública de Rosario (1997) "Nuevos Escenarios. Nuevos modelos de atención" Actas del 6° Congreso La Salud en el Municipio de Rosario, 22-25 de abril
- STANDING H. (2000) " Impactos de género de las reformas en salud- el actual estado de las políticas y la implementación" Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES, La Habana, Cuba 3 - 7 de julio
- TAJER, D.,Ynoub,R., Huggins M. (Compiladoras) (1997) "Relatoría de la Oficina de Género y Salud Colectiva".. Edic. ALAMES-IDRC, Bs.As.
- TAJER D., Cernadas J., Barrera M.I.y otros (1998).”Mujeres, Varones y Enfermedad Cardiovascular. Aportes epidemiológicos desde la perspectiva de la Salud Mental y la perspectiva de género a la explicación de la incidencia diferencial por sexos de enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes”. 6° Anuario de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA
- TAJER D., Cernadas J., Barrera M.I.y otros (2000).” "Género y Construcción del Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en Adultos Jóvenes". VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA
- TAJER D. (2000)"Pagando 'a la americana'. Invisibilidad de Género en el Informe de la OMS 2000 y Propuesta para un Informe Alterno género sensible". En ¿Equidad? El Problema de la Equidad Financiera en Salud Ediciones Antropos, Bogotá, Colombia
- TAJER D. (2001) Género y Construcción del Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en Adultos Jóvenes. Proyecto de Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad de Buenos Aires

- TAJER D, Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, Idigoras N, Soler V (2003) "Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares" En X Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires
- TAJER D, (2003) "Latin American Social Medicine: Roots, development during the 90's and current challenges" En American Journal of Public Health, Vol. 93 Issue 12, 2023-27
- TAJER D (2004) "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud" en libro "Políticas Públicas, Mujer y Salud" Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia, 2004, 27-39
- TOBIN, JN et al. (1987) "Sex bias in considering coronary bypass surgery". Ann. Int. Med., 107,19-25
- WHITEHEAD, M.(1990) Los conceptos y principios de la equidad en la salud Serie Traducciones OPS, Washington D.C.,1990
- WINGARD D. L. (1989), "Sex differentials in morbidity and mortality risk examined and caused in the same cohort" Am.J.Epidemiol Sep; 130(3):601-10

Inequidad Social y Discapacidad

Félix León Martínez

*Centro de Investigaciones para el Desarrollo
Universidad Nacional de Colombia*

Introducción

Antecedentes

Este artículo revisa y comenta algunos de los resultados de la investigación “La Discapacidad, huella de la inequidad social en Bogotá”, realizada en la Universidad Nacional, en el año 2007, por parte del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad de Bogotá, bajo el liderazgo del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo y el apoyo institucional de la Secretaría Distrital, en el marco del convenio entre la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad Nacional.

Como se señala en el documento teórico que dió base a la investigación (Martínez 2007), “Los vínculos entre la salud, la equidad y los derechos humanos no han sido examinados de forma sistemática, y quienes se interesan por la pobreza y la salud han considerado a veces que la equidad y los derechos humanos son conceptos abstractos con escasa aplicación práctica. El análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de las relaciones entre ellos y con la salud demuestra que están estrechamente relacionados desde el punto de vista conceptual y operacional y que cada uno de ellos proporciona valiosas orientaciones singulares para el trabajo de las instituciones sanitarias. Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos de las instituciones sanitarias para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de la equidad y de los derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación. (Braveman 2003)

Conceptos y definiciones

Concepto de equidad en salud

En la publicación “Equidad y Salud, Debates para la Acción” producto final de la primera fase del Observatorio, se introducía la reflexión teórica con un enfoque y una definición sobre equidad en salud (Martínez 2007) donde, entre otros aspectos, se señalaba:

- Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud.
- La Inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la Inequidad social.
- Interesa por tanto en el análisis de equidad la búsqueda de desigualdades en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales o atribuibles a diferencias en la condición o posición social.
- La valoración ética debe quedar en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales o inequidad social (determinante).

El término “desigualdad” hace referencia a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre distintos grupos es justa o injusta. (OPS 1998)

Es claro que existen muchas desigualdades en salud. La edad, el género, condiciones biológicas o geográficas se traducen naturalmente en desigualdades en salud. Hablar de desigualdad, sin embargo, no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas.

Medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es apenas el primer paso para identificar las inequidades en salud (OPS 1998). Se deben por tanto analizar las desigualdades en salud a la luz de las condiciones sociales injustas o inequitativas que las generan y no a partir de presuponer la injusticia previa de tales desigualdades.

Concordamos con Braveman (2003) en que la equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales. Estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones (OPS 1998).

Se señalaba igualmente que “cada vez que se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia

sanitaria. De la misma forma la bioética tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de salud” (Braveman 2003).

El documento teórico sintetizaba: “Analizadas las distintas propuestas y con base en el desarrollo previo sobre los conceptos de salud y derecho a la salud, se propusieron para el Observatorio las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social.”

- Oportunidades desiguales de salud
- Exposición desigual a riesgos
- Respuesta desigual de la sociedad
- Resultados desiguales a largo plazo

Implica lo anterior la importancia de investigar sobre las oportunidades desiguales de desarrollo humano, tomando en cuenta el desarrollo de capacidades – salud, asociado a ventaja / desventaja social. Igualmente señala la importancia de investigar la discapacidad diferencial en función de las condiciones de vida y trabajo, asociadas a ventaja / desventaja social.

Así mismo, indica la necesidad de investigar también los efectos acumulados, de largo plazo de las oportunidades desiguales, la exposición desigual a riesgo y la respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo, en términos de discapacidades acumuladas en los grupos de edad según posición social.

Por otra parte se aclaraba como la relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa, sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin embargo es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa próxima o riesgo específicos tienen relación con la posición social. Por ello -se agregaba-, es necesario siempre buscar la relación de la desventaja social con la causa próxima y no sólo con el efecto en salud, recomendación clave para los análisis de equidad en el Observatorio.

Se ha precisado adicionalmente que no se trata de realizar investigación causal en el Observatorio, sino de poner en evidencia el efecto e impacto de las desventajas sociales en salud. De modo que se propone trabajar la relación de la desventaja social con las díadas causa-efecto reconocidas y aceptadas por la literatura científica (OMS 2003).

El análisis de equidad/inequidad en salud se concreta entonces en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social o la exclusión del mismo. Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social y que permitan hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas.

En suma, las diferencias en capacidad-discapacidad asociadas a posición social

(ventaja / desventaja social, son objetivo prioritario de la investigación sobre equidad en salud, pues permiten mirar el impacto de las desigualdades sociales sobre las cuatro áreas de medición propuestas de la inequidad en salud.

Concepto de salud

En el mismo documento teórico (Martínez 2007), se introducía una revisión del concepto salud y se proponía una definición normativa. Se afirmaba que es prácticamente imposible abordar el tema de igualdad en el derecho a la salud, en los términos de la inasible definición de la Organización Mundial de la Salud, de la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, como resulta también por otra parte estrecho el concepto de ausencia de enfermedad para este propósito, es decir hablar de salud en términos negativos. Se proponía entonces como alternativa el siguiente concepto normativo de salud:

Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades

Una definición normativa de salud, en la línea del pensamiento de Canguilhem (2001), permite entender la salud como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades del cuerpo humano, (la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la capacidad visual, la capacidad digestiva, la capacidad afectiva, la capacidad intelectual, la capacidad sexual, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Así mismo la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico. (Martínez 1988)

Lo contrario a salud, desde esta perspectiva es la discapacidad, no la enfermedad. Y la enfermedad sólo es importante si deja incapacidades o limitaciones posteriores para la vida. Es lo que preocupa realmente al hombre que hace parte de una sociedad competitiva: que la enfermedad le vaya a dejar alguna limitación para su desempeño social.

Por otra parte, cabe agregar que la pérdida progresiva de capacidades del cuerpo humano, físicas (disminución de la fuerza muscular), cardiovasculares (menor resistencia para el ejercicio), neuromotoras (perdida de agilidad, equilibrio), digestivas (intolerancia progresiva a ciertos alimentos), visuales (disminución de la agudeza visual), sexuales (disminución de la capacidad de erección), afectivas (pérdida de interés o capacidad de relacionarse), intelectuales (pérdida de concentración o memoria), o inmunológicas (menor resistencia a las infecciones), etc..., que se presentan normalmente en la edad adulta (más tardía o tempranamente), significan pérdidas progresivas de salud, aunque no constituyan propiamente enfermedades.

Claro está que la medicina siempre tiende a rotular estas pérdidas normales y naturales de salud como enfermedades. Igualmente es cierto que las personas demandan respuestas a la medicina para lograr llegar tan lejos como sea posible

con el conocimiento y los medios tecnológicos de hoy conservar la plenitud de capacidades (lentes, energéticos, medicamentos para la disfunción eréctil, cirugías plásticas o trasplantes). Pero cuando estas capacidades están seriamente disminuidas con el transcurrir de los años, cualquier agente externo es capaz de producir una enfermedad mucho más severa, de hacer mucho más daño, pues el cuerpo ha perdido progresivamente su capacidad para defenderse de las agresiones del medio.

Desde esta mirada, se insiste, la enfermedad sólo es importante si deja alguna limitación residual en alteraciones permanentes o disminución de las capacidades, y en este punto se empata con el concepto de discapacidad.

Definición de discapacidad

La discapacidad es una expresión negativa del funcionamiento humano que hace referencia a las deficiencias en las estructuras y funciones corporales, a las limitaciones en la actividad y a las restricciones de la participación. Su exploración puede hacerse a través de dos dimensiones la capacidad y el desempeño. La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de la OMS, (OMS 2001) propone el uso de dos calificadores de caracterización de estas discapacidades: uno de desempeño realización y otro de capacidad.

El calificador de desempeño/realización describe lo que una persona hace en su contexto /entorno actual, con los facilitadores y barreras disponibles en su entorno cotidiano, razón por la cuál resulta adecuado para el estudio del fenómeno en encuestas poblacionales.

El calificador de capacidad describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción. Indica el máximo nivel probable de funcionamiento y su evaluación exige contar con entornos normalizados que neutralicen la influencia del contexto, de allí viene la dificultad de utilizar este calificador en encuestas poblacionales.

El concepto de discapacidad, se relaciona con la capacidad de las personas para la realización de sus actividades de la vida diaria y en la forma como interactúa con su propio entorno para la realización de las mismas. Se pasa de una visión eminentemente médica a una visión social. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud en el 2001 (OMS 2001), señala que la participación restringida de las personas con discapacidad en las actividades educativas, laborales y sociales ya no se considera como el resultado de sus limitaciones sino como producto de las barreras sociales, es decir de la relación de las personas con el entorno.

Cabe aquí acudir a la teoría económica, específicamente citar la corriente del liberalismo social. Para Rawls el bienestar social esta dado por la situación de los individuos en mayor desventaja de la jerarquía social, es decir, un incremento del bienestar social solo es posible si se garantizan y/o mejoran los bienes sociales primarios a los individuos en mayor desventaja. “Plantea un ideal de sociedad como sistema justo de cooperación. El objetivo de la justicia social consiste en garantizar que las instituciones sociales, económicas y políticas básicas funcionen sin exclusiones” (Fabienne y Evans 2002).

Surge entonces la perspectiva de la prioridad: “Lo que nos hace preocuparnos por las distintas inequidades no es la falta de equidad en sí, sino el problema identificado por el principio subyacente. Es el hambre del hambriento, la necesidad del necesitado, el sufrimiento del enfermo, etc...” “Lo importante es que su hambre es mayor, su necesidad más imperiosa, su sufrimiento más doloroso y, por tanto, es nuestra preocupación por el hambriento, el necesitado, el sufriente, y no nuestra preocupación por la igualdad, lo que nos hace darles prioridad” (Raz, 1986).

Los bienes primarios sociales para Rawls son entendidos como los medios que permiten que cada persona la realización de sus planes, los bienes sociales incluyen entre otros libertades básicas, igualdad de oportunidades y derechos, ingresos y bases sociales para el respeto a sí mismo. Esta definición de bienes primarios ha sido criticada y complementada por el esquema de capacidades de Amartya Sen (Sen 1996), quien argumenta que lo importante debe ser la libertad de realización de los logros, no los medios en sí mismos (bienes primarios). Es decir, más allá de los logros lo que debe garantizarse es que las personas desarrollen las capacidades o posibilidades de realización de dichos logros.

Las ideas de Rawls y Sen son complementarias en la medida en que los bienes primarios son necesarios pero no suficientes, a pesar de garantizar que las personas tengan acceso a ellos, ser requiere que también tengan la “capacidad” de convertir los mismos bienes en realizaciones, aunque tengan metas u objetivos diferentes.

Este esquema de capacidades y realizaciones, específicamente aplicado al campo de la salud, busca argumentar que la sociedad justa debe garantizar unos niveles mínimos de asistencia sanitaria y permitir el buen estado de la salud para todos los individuos. En sentido estricto, la economía del bienestar, que sustentó la expansión de los Estados nacionales para garantizar los derechos ampliados de ciudadanía, se basa en la idea de que para ejercer la libertad se requieren condiciones y medios materiales garantizados por la organización social, como deberes del Estado y derechos ciudadanos.

En nuestro país “Las personas en situación de discapacidad enfrentan los niveles más altos de exclusión social en el aspecto económico (ingresos, trabajo, consumo); del capital humano (salud, educación); del capital social (control social, antecedentes personales y culturales, compromisos cívicos) y del acceso físico (infraestructura, movilización)”.... “La discriminación directa y la injusticia distributiva se manifiestan en el acceso restringido a la educación, la salud, la vivienda y el empleo, para la gente con deficiencias en países en vías de desarrollo” (Bickenbach et al. 1999).

De acuerdo con una de las más avanzadas investigaciones europeas en el campo de la equidad y la discapacidad (Burchardt 2003), “Una consecuencia importante de la conceptualización de la discapacidad en esta vía es el reconocimiento de que la discapacidad (comprendida como desventaja social y económica) no es necesariamente la consecuencia de un daño. En consecuencia, un daño o lesión no necesariamente llegará a convertirse en discapacidad. Idealmente, podríamos ver la diferencia entre el daño y la limitación.

Objetivo General de la Investigación

Medir el efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad - discapacidad de los bogotanos, con base en los resultados del Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá, correspondiente al año 2006.

Objetivos específicos:

- a. Determinar las diferencias (desigualdades) en el desarrollo de capacidades de los niños, según variables de posición social (ventaja / desventaja social)
- b. Determinar las diferencias (desigualdades) en el tipo y origen de las discapacidades de los adultos, según variables de posición social (ventaja/desventaja social), asociadas a condiciones de riesgo específico ligadas a las condiciones de vida.
- c. Determinar las diferencias (desigualdades) en la respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo de discapacidad, según variables de posición social (ventaja/desventaja social).
- d. Determinar las diferencias (desigualdades) en el efecto acumulado de largo plazo en discapacidad de los adultos, de las oportunidades desiguales, la exposición desigual a riesgo y la respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo, en términos de discapacidades acumuladas en diferentes grupos de edad según posición social.

Consideraciones Metodológicas

Limitación del análisis y la investigación de inequidad a partir de la representatividad de los estratos en la muestra

Posibilidad restringida de establecer diferencias en comportamiento de la discapacidad al interior de cada estrato.

La variable de posición social sobre la cual se contrastaron las variables de capacidad/discapacidad seleccionadas es el estrato. Sin embargo, la base de datos resultante de información del Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá correspondiente al año 2006 (173.587

registros), aunque es enorme y recoge cuando menos el 60% de la información sobre discapacidad en la capital, plantea la dificultad de una mínima cobertura en los estratos altos (5 y 6) y aún presenta una cobertura baja en el estrato 4.

Tabla 1. Número de encuestados en cada estrato socioeconómico

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1	22.769	13,12
2	81.098	46,72
3	63.381	36,51
4	5.378	3,1
5	424	0,24
6	83	0,05
7 (sin)	454	0,26
Total	173.587	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá, 2006.

Esta limitación a su vez plantea dificultades a la investigación en el sentido que el máximo contraste por posición social se logrará entre los estratos 1 y 4, frente al contraste máximo entre los estratos 1 y 6, condición ideal de los estudios de inequidad, de conformidad con el marco teórico.

Consideraciones para el análisis en función de variables de edad y sexo

Estas variables han sido planteadas como variables de estructura para el análisis de todas las demás variables que se contrastarán con las variables de posición social. Su utilización en términos de discapacidad resulta fundamental por cuanto:

- Capacidades discapacidades específicas tienen mayor relevancia en función de la edad en que se alcanza la capacidad en la etapa de crecimiento o que se inicia la discapacidad en la edad adulta.
- Las variables de discapacidad tienen a concentrarse en unos grupos de edad determinados, y esta desviación es independientemente de la variable de ventaja desventaja social.
- La desigualdad encontrada en una variable según posición social puede ser más grave o injusta según los grupos de edad o sexo en que se incrementa la desigualdad.

El Censo 2005 reporta una prevalencia mayor de limitaciones permanentes en la población adulta. Este comportamiento al evaluarlo por sexo, es mayor en hombres,

excepto en el grupo de 85 años y más. Así, en el grupo de 50 a 54 años, el 10,6% de los hombres y el 10,1% de las mujeres presentan limitaciones permanentes, mientras que en el grupo de 80 a 84 años, es el 38,3% de los hombres y el 37,6% de las mujeres que presentan esta condición. (Boletín Discapacidad Col. DANE 2006)

Consideraciones del análisis y la investigación en función de la muestra

La investigación igualmente estaba limitada en función del desconocimiento del universo real de discapacitados de la ciudad y por tanto de la cobertura del registro, en función de poder construir denominadores para trabajar tasas en variables de ventaja / desventaja social. De acuerdo con los datos preliminares del Censo General del 2005, la tasa de Prevalencia para el total de la población (6.3%) es mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%).

Entendida esta limitación originada en el desconocimiento del universo para el Distrito, se orientó la investigación hacia la búsqueda de gradientes significativos en el comportamiento proporcional de las variables en función del estrato. Como quiera que se observe el comportamiento diferencial de las variables de discapacidad al interior de los distintos grupos de edad y sexo, por estrato, se encuentra un análisis cerrado que siempre suma 100% en las preguntas de distintas opciones causales de tipo o causa de la limitación o discapacidad.

En consecuencia, no resulta relevante seleccionar algunas variables, sino observar todo el conjunto, pues si una causa se concentra en hombres jóvenes, otra se concentra en mujeres mayores. Una en el estrato más bajo, otra en el estrato más alto. De esta forma se garantiza la imparcialidad en el análisis de las desigualdades y sólo se concentrará el análisis intencional en aquellas que considere más injustas, por más tempranas o por afectar diferencialmente a un grupo.

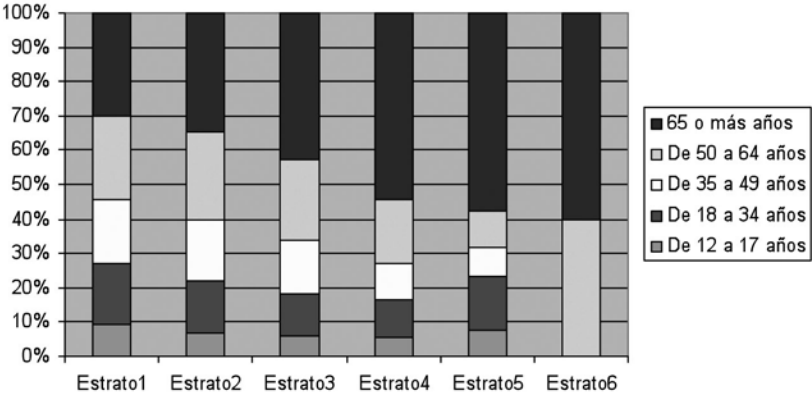
El análisis en función de inequidad debe considerar por tanto aquellas discapacidades o limitaciones.

Con mayor frecuencia de aparición consistentemente en los estratos bajos que en los altos y viceversa para estimar si tal desigualdad se constituye en inequidad, en función por ejemplo de la gravedad del fenómeno o de la aparición muy temprana en términos del comportamiento de un problema de salud determinado (afecciones cardiovasculares por ejemplo).

Con mayor frecuencia de aparición en los grupos de edad menores. Ante cualquier discapacidad puede considerarse inequitativa la aparición más temprana en un estrato más bajo que en otro, en función de riesgos distintos asumidos en función de la posición social.

La discapacidad en función de la edad y el Estrato, en el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá, correspondiente al año 2006, se evidencia en la gráfica 1.

Gráfica 1. Discapacitados encuestados. Participación porcentual de los grupos de edad en cada estrato (mayores de 12 años)



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

Esta diferencia en la composición por grupos de edad al interior de cada estrato, se constituye en el primer hallazgo importante de la investigación, pues demuestra que el grueso de las discapacidades de los adultos se presenta más temprano cuanto más bajo es el estrato. Igualmente, las discapacidades se concentran en personas de mayor edad cuanto más alto es el estrato. Es decir, en los estratos bajos, las personas pierden sus capacidades más temprano y en los estratos altos más tarde, lo que constituye la primera prueba de que la ventaja o desventaja social determina una mayor o menor probabilidad de discapacidad.

Fijados los objetivos en la línea señalada, comenzó la investigación con el análisis descriptivo de las variables seleccionadas en la la base de datos resultante de información del “Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá” correspondiente al año 2006 (173.587 registros), que se pretenden correlacionar con las variables de posición social contenidas en la misma encuesta y en la base de datos producto de la aplicación de la misma, de acuerdo al documento conceptual sobre inequidad.

Posteriormente se analizaron las principales relaciones entre las variables más importantes para el estudio, en relación con desarrollo / no desarrollo de capacidades de los niños, tipo y origen de las discapacidades de los adultos, acceso a servicios y cobertura del riesgo de discapacidad y las variables de posición social (ventaja/ desventaja social).

Resultados de la Investigación

Se resumen en este artículo únicamente los correspondientes a los objetivos específicos segundo y tercero: Exposición desigual a riesgos y Resultados desiguales a largo plazo, respectivamente.

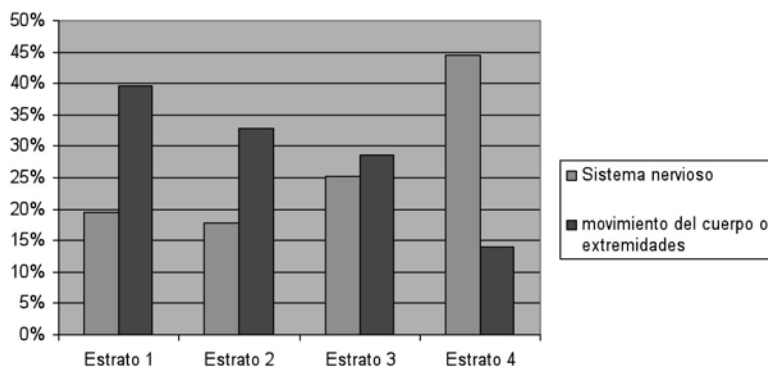
Exposición diferencial al riesgo. Enfermedad y discapacidad relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social.

Resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a desventaja social.

Estos dos objetivos de la investigación se trabajaron conjuntamente, pues ambas tienen relación con la aparición temprana de la discapacidad o limitación en los adultos y adultos mayores, como demuestran los estudios ingleses. (Burchardt, 2003)

Con el fin de medir las diferencias (desigualdades) en el tipo y origen de las discapacidades de los adultos, según variables de posición social (ventaja/desventaja social), asociadas a condiciones de riesgo específico ligadas a las condiciones de vida, se observó el comportamiento de una serie de variables por grupos de edad y sexo, que permitan visualizar su concentración en relación con la variable estrato. Como se indicó previamente, no es relevante seleccionar las variables sino observar todo el conjunto, pues si una causa se concentra en hombres jóvenes, otra se concentra en mujeres mayores. Una en el estrato más bajo, otra en el estrato más alto, como puede observarse en la gráfica 2.

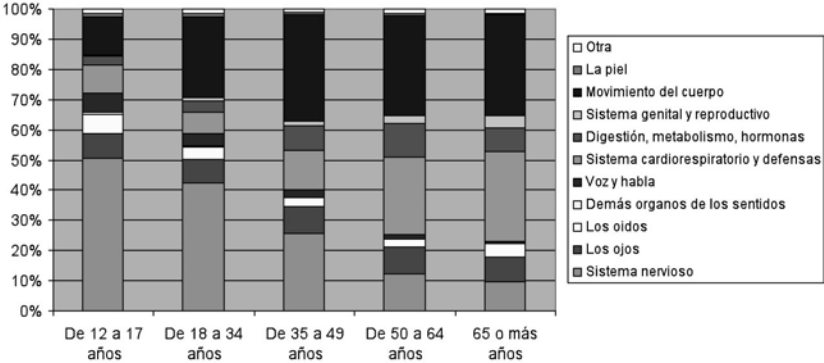
Gráfica 2. Comportamiento según estrato de dos alteraciones permanentes más frecuentes en los discapacitados de 35 a 49 años



Fuente: Cálculos de la investigación "La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá".
CID. Unal. S.D.S.

De esta forma se garantiza la imparcialidad en el análisis de las desigualdades y sólo se concentrará el análisis intencional en aquellas que considere más injustas, por más tempranas o por afectar diferencialmente a un grupo. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Total hombres discapacitados. Alteraciones permanentes, porcentaje por grupos de edad

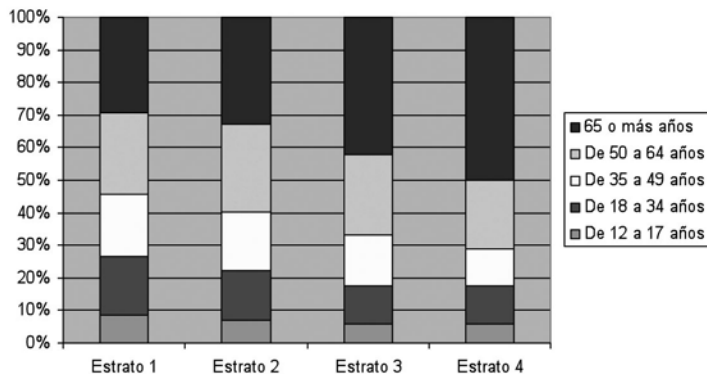


Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”. CID. Unal. S.D.S.

Para el análisis por grupos de edad, se tomó en cuenta fundamentalmente la perspectiva laboral, que enmarca las necesidades sociales de capacidad y la gravedad de la discapacidad limitación. Se considera por tanto el trabajo antes y después de la edad adulta (18 años) considerada por la Ley, así como el límite máximo de edad de trabajar (65 años) establecido en distintas normas legales, aunque no constituya una norma obligatoria ni general. Entre los 18 y los 64 años se establecieron tres grupos, que cabe considerar desde el punto de vista laboral así: jóvenes, entre 18 y 34 años, adultos maduros, entre 35 y 49 años y adultos mayores entre 50 y 64 años. (Gráfica 4)

“La mayoría de la gente con alguna limitación o discapacidad funcional experimenta el comienzo de su problema de salud o limitación en la edad adulta. De acuerdo a una investigación realizada a mediados de los noventa, del total de los adultos en edad laboral con alguna discapacidad, el 11% nacieron con el problema de salud o limitación; el 12% la desarrollaron durante la infancia, y los tres cuartos restantes la adquirieron durante su vida laboral” (Burchardt, 2003).

Gráfica 4. Distribución de los discapacitados de 12 años y más por grupos de edad en cada estrato



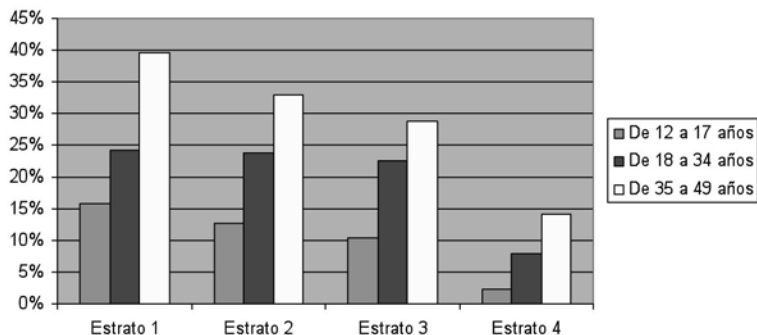
Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”. CID. Unal. S.D.S.

La anterior agrupación no descarta que para el análisis de algunas variables se consideren tan sólo algunos grupos, dada la relevancia específica de la variable de capacidad discapacidad en ese grupo de edad específico, o que se unan nuevamente algunos grupos para contrastar resultados de otra variable.

Gradiente en contra de los estratos bajos

Se puede observar en el gráfica 5 la mayor proporción de discapacitados para el movimiento del cuerpo o extremidades en cada grupo de edad al interior de cada estrato, es decir un gradiente de desigualdad en contra de los estratos bajos.

Gráfica 5. Discapacitados de 12 a 49 años, con alteraciones permanentes para el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas. Por grupos de edad en cada estrato

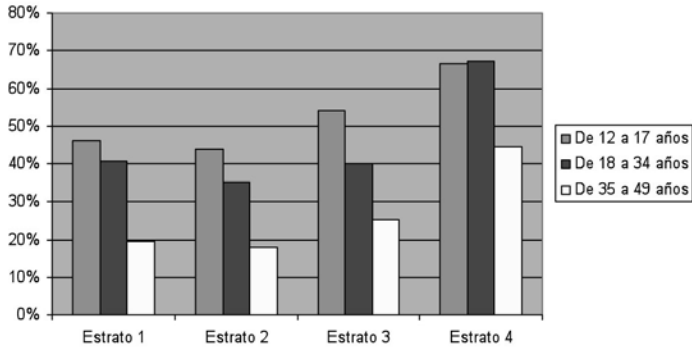


Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”. CID. Unal. S.D.S.

Gradiente en contra de los estratos altos

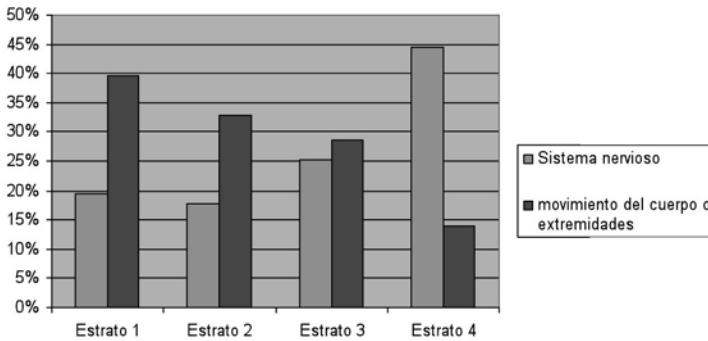
Sin embargo, como se había señalado, mientras una discapacidad se concentra en los estratos más bajos, otras lo hacen en los estratos más altos. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Discapacitados de 12 a 49 años, con alteraciones permanentes en sistema nervioso. Por grupos de edad en cada estrato



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

Gráfica 7. Comportamiento según estrato de dos alteraciones permanentes más frecuentes en los discapacitados de 35 a 49 años



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

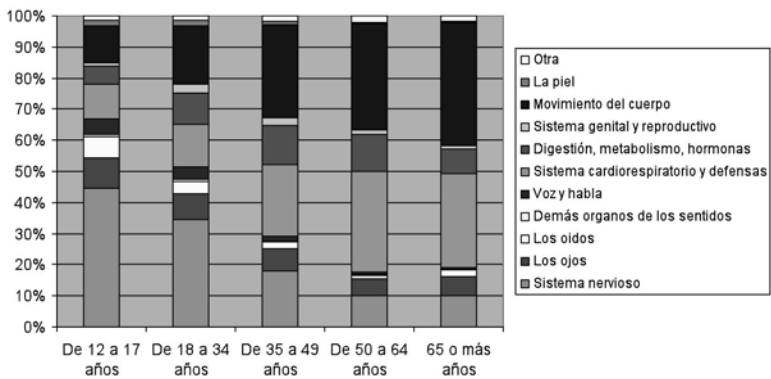
Al mirar en conjunto estas dos discapacidades en un grupo de adultos de edad intermedia, donde ya se ha acumulado un riesgo diferencial y un nivel importante de discapacidad, se encuentra el siguiente comportamiento que explica la desigualdad

entre los estratos, más no demuestra que esta desigualdad constituya una inequidad social. Simplemente una diferencia, pues ambos estratos se muestran afectados por la discapacidad, aunque en diferente forma. (Gráfica 7)

Dado que el análisis en porcentaje de las discapacidades siempre suma 100, en esta metodología de comparación de porcentajes de discapacidad, al interior de los distintos grupos de edad en diferentes estratos, se garantiza la imparcialidad en el análisis de las desigualdades y sólo se concentrará el análisis intencional en aquellas que considere más injustas, por más tempranas o por afectar diferencialmente a un grupo.

En este orden, sólo el observar el comportamiento conjunto de todos los tipos de alteraciones permanentes y su distribución en cada grupo de edad, permite comprender el comportamiento secuencial de los diferentes tipos de incapacidad. Las discapacidades que se acumulan con los años, son las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo o las extremidades y las alteraciones del sistema cardiovascular. Las alteraciones nerviosas, por el contrario tienen un comportamiento residual, en la medida que estas más graves van tomando espacio en el espectro con los años. (Gráfica 8)

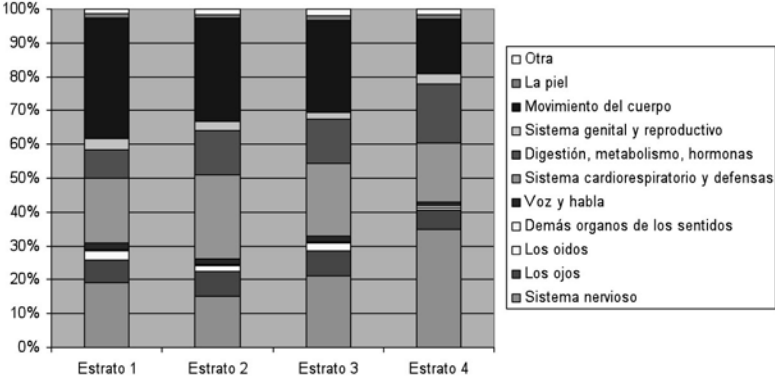
Gráfica 8. Total mujeres discapacitadas. Alteraciones permanentes registradas por grupos de edad



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”. CID. Unal. S.D.S.

En síntesis, si los estratos más bajos adquieren más temprano estas dos discapacidades, que significan más graves limitaciones, la relación de inequidad, basada en la desventaja social queda demostrada. (Gráfica 9)

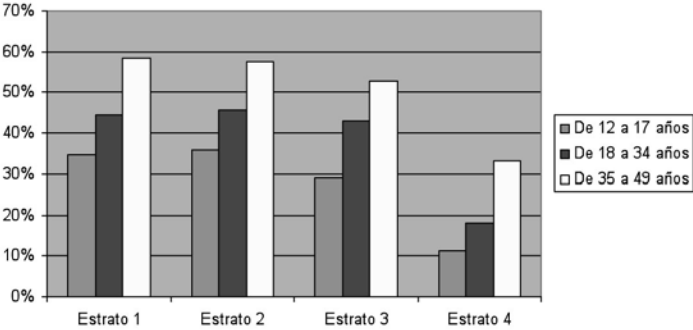
Gráfica 9. Mujeres discapacitadas de 35 a 49 años. Proporción de alteraciones permanentes por estrato



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

Por otra parte, las dificultades permanentes registradas permiten igualmente observar un mayor porcentaje de discapacidades severas en los grupos más jóvenes para los estratos más bajos. (Gráfica 10)

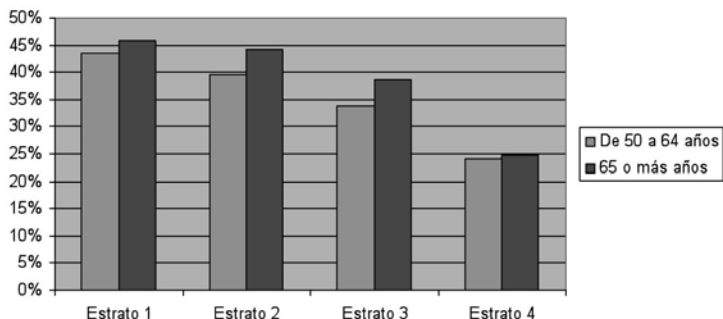
Gráfica 10. Discapacitados de 12 a 49 años con dificultad permanente para caminar, correr, saltar. Por grupos de edad, porcentajes en cada estrato



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

Igualmente muestran como resultado la pérdida más temprana de la capacidad, en los estratos bajos. (Gráfica 11)

Gráfica 11. Discapitados de 50 años y más con dificultad permanente para percibir la luz.
Por grupos de edad en cada estrato

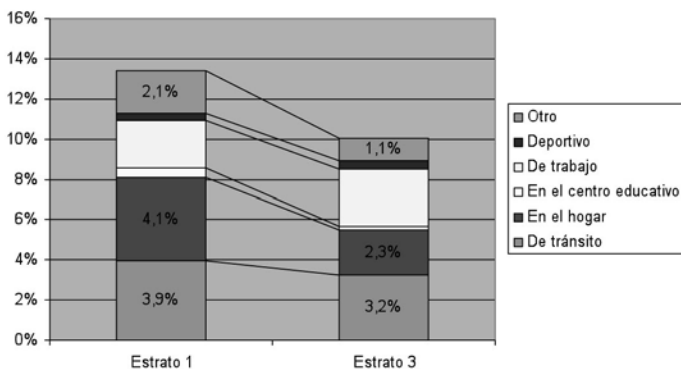


Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

Exposición diferencial al riesgo

Igualmente la información sobre causa de la discapacidad permite observar con claridad la Exposición diferencial al riesgo, tanto en el porcentaje de accidentes que origina la discapacidad en cada estrato, como en el tipo de los mismos. La Gráfica 12 muestra la diferencia de proporciones ya presente en los adultos jóvenes.

Gráfica 12. Comparación de discapacitados de 18 a 34 años, cuya discapacidad de originó en accidente

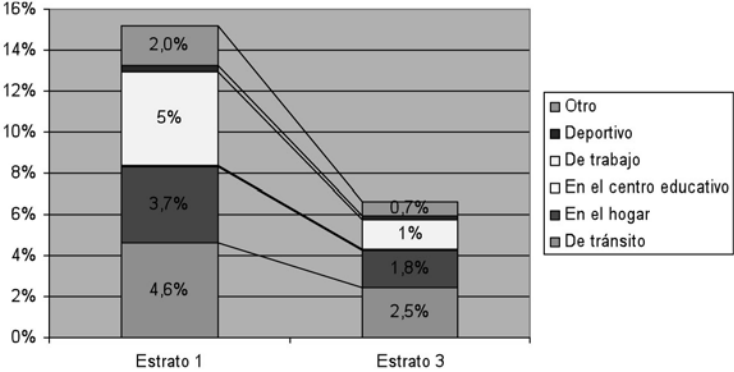


Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

Diferencia de proporciones que se incrementa sensiblemente para los adultos de 50 años y más (gráfica 13). Cabe anotar que para esta desagregación, con porcentajes

de accidentalidad por grupos de edad muy bajos, la base de datos no permite estimar resultados discriminados para los estratos superiores al 4.

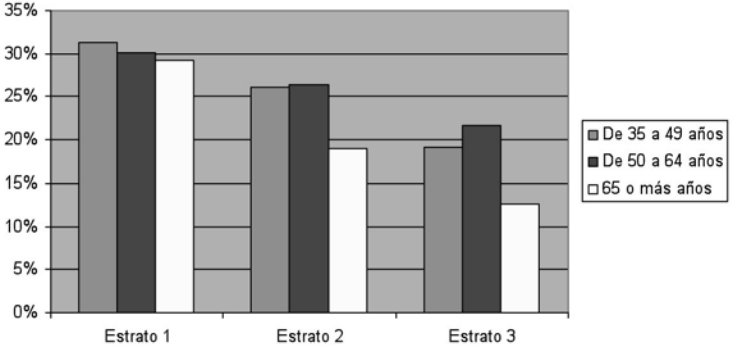
Gráfica 13. Comparación de discapacitados de 50 a 64 años, cuya discapacidad de originó en accidente



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

Si se toma en cuenta la causa del accidente que originó la discapacidad, los adultos de estratos bajos resultan proporcionalmente más afectados por los accidentes de trabajo, lo que significa una mayor exposición al riesgo en sus actividades laborales. (Gráfica 14)

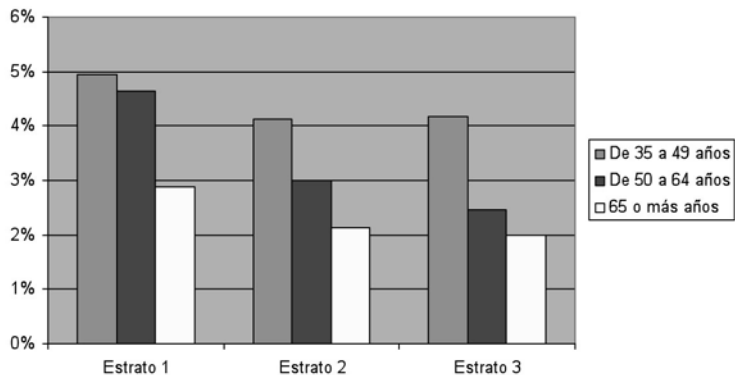
Gráfica 14. Discapacidad originada en accidente de trabajo, en discapacitados de 35 años y más, en cada estrato



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”.
CID. Unal. S.D.S.

Igualmente se aprecia un gradiente de discapacidad originada en accidente de tránsito en contra de los estratos bajos. (Gráfica 15)

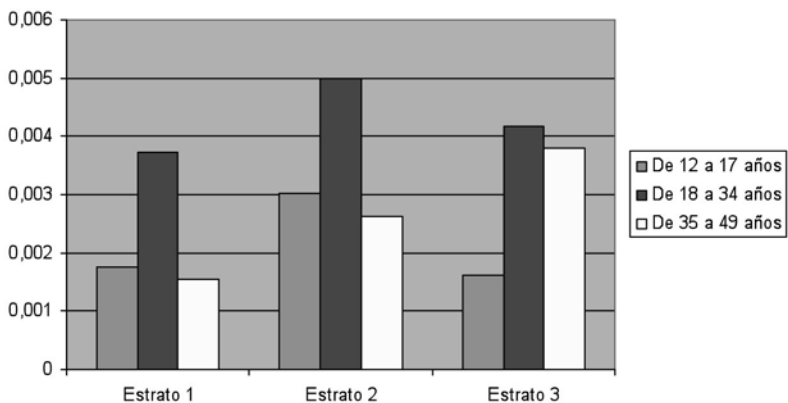
Gráfica 15. Discapacidad originada en accidente de tránsito, en discapacitados de 35 años y más, en cada estrato



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”. CID. Unal. S.D.S.

En los estratos altos, por el contrario, resultan proporcionalmente más importantes los accidentes deportivos, los que tendrían la característica de residualidad descrita anteriormente ante la menor exposición a los dos riesgos anteriores, cuando se analiza la discapacidad originada en accidentalidad como un 100%. (Gráfica 16)

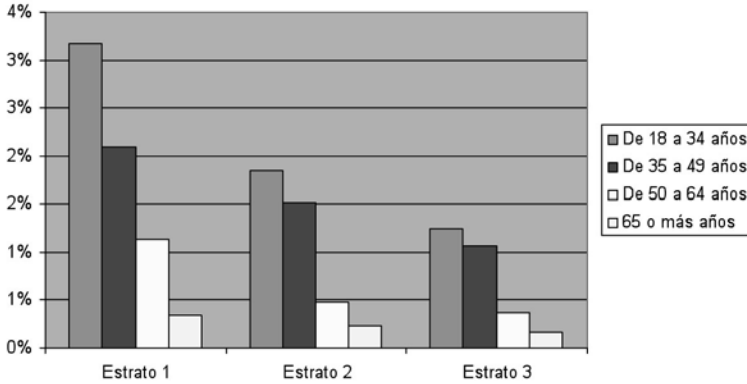
Gráfica 16. Discapacidad originada en accidente deportivo, en discapacitados de 12 a 49 años, en cada estrato



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”. CID. Unal. S.D.S.

La violencia como origen de la discapacidad permite una mirada individualizada en la base de datos resultante del Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá. Puede apreciarse en la gráfica 17, por ejemplo, el enorme diferencial en proporción de discapacidades originadas en violencia por delincuencia común en contra de los estratos bajos.

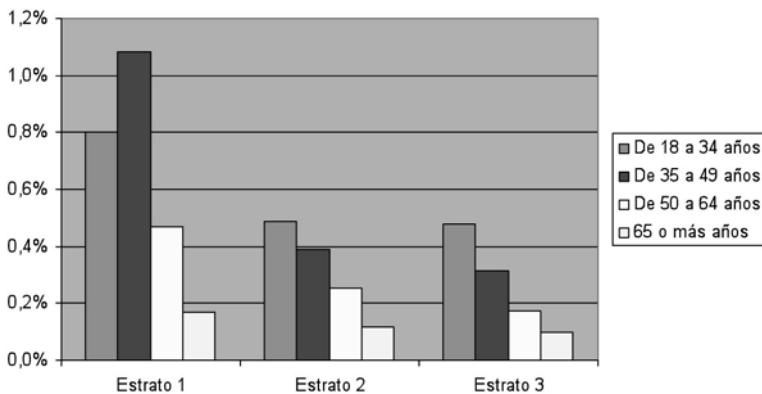
Gráfica 17. Discapacidad originada en delincuencia, mayores de 17 años, en cada estrato



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”. CID. Unal. S.D.S.

Igualmente la proporción mucho mayor de la discapacidad de este origen en el estrato 1 respecto al 2 y 3. (Gráfica 18)

Gráfica 18. Discapacidad originada en violencia en el hogar, mayores de 17 años, en cada estrato



Fuente: Cálculos de la investigación “La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá”. CID. Unal. S.D.S.

Conclusiones

La investigación, en los resultados aquí presentados, corrobora la hipótesis planteada previamente, en la construcción del marco teórico sobre equidad en salud, en el sentido de que las ventajas/desventajas en la posición social condicionan diferencias o desigualdades en salud (inequidad en salud) en este caso expresadas a través de la discapacidad. La discapacidad, que se encuentra concentrada en grupos más jóvenes en los estratos más bajos es, en este sentido, una huella de la inequidad de nuestra sociedad.

Las discapacidades más relevantes, que se acumulan con los años, son las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo o las extremidades y las alteraciones del sistema cardiovascular. Las alteraciones nerviosas, por el contrario tienen un comportamiento residual, en la medida que estas más graves van tomando espacio en el espectro con los años. Como los estratos más bajos adquieren más temprano estas dos discapacidades que significan más graves limitaciones, la relación de inequidad, basada en la desventaja social queda demostrada.

Las dificultades permanentes registradas permiten igualmente observar un mayor porcentaje de discapacidades severas en los grupos más jóvenes para los estratos más bajos. Igualmente muestran como resultado la pérdida más temprana de la capacidad, en los estratos bajos.

Paralelamente, la información sobre causa de la discapacidad permite observar con claridad la exposición diferencial al riesgo, tanto en el porcentaje de accidentes que origina la discapacidad en cada estrato, como en el tipo de los mismos. Si se toma en cuenta la causa del accidente que originó la discapacidad, los adultos de estratos bajos resultan proporcionalmente más afectados por los accidentes de trabajo, lo que significa una mayor exposición al riesgo en sus actividades laborales. Un análisis simultáneo que realizara el observatorio sobre lesiones de causa externa (Martínez 2008) confirma este hallazgo y especifica la desprotección en riesgos profesionales de los trabajadores de estratos bajos en las empresas informales. Finalmente, la discapacidad como resultado de la violencia, específicamente delincuencia común y violencia del hogar, es significativamente superior para los estratos más bajos.

La OPS (OPS 2001) reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud, debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad.

Referencias Bibliográficas

BICKENBACH, Jerome E., Chatterji, Somnath, Badley, E. M. & Ustun, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps, *Social Science and Medicine*, Volume 48, pp. 1173-1187.

- BRAVEMAN, Paula y Gruskin, Sofía (2003). Defining equity in Health, Theory and Methods, *J Epidemiol Community Health*, No 57. Página 25-258.
- BURCHARDT Tania (2003). Being and becoming: Social exclusion and the onset of disability. ESRC Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics. Report prepared for the Joseph Rowntree Foundation. CASE report 21. November 2003
- CANGUILHEM Georges (1971). *El Conocimiento de la Vida*. Editorial Anagrama. Barcelona. 1976
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2006). Boletín Discapacidad Colombia. Actualización Censo General 2005. Resultados sobre Limitaciones Permanentes. Noviembre 30 de 2006.
- MARTÍNEZ Félix (1988) “Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad”. *Revista Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Volumen 11, No. 1 Junio 1988*
- MARTÍNEZ Félix. (2007). Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud. Revisión conceptual. En Restrepo Dario (E), *Equidad y Salud. Debates para la acción*. Colección La seguridad Social en la encrucijada. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Secretaría Distrital de Salud. Unibiblos. Gente Nueva Editorial. Bogotá.
- MARTÍNEZ Félix (2008) *Lesiones de causa externa. Investigación del Observatorio de Equidad en salud y Calidad de Vida en Bogotá*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia, Secretaría Distrital de Salud. Documento para publicación.
- OPS. (1998). *La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director*. Washington.
- OMS. (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las Discapacidades y de los Estados de Salud*. Ginebra.
- OMS (2003). “The Solid Facts. Social Determinants of Health”. Segunda Edición. Ginebra. 2003
- PETER FABIENNE y Evans Timothy, (2002). Dimensiones éticas de la equidad en salud En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- RAZ J , (1986). *The Morality of Freedom*, citado por Fabienne Peter y Timothy Evans en Dimensiones éticas de la equidad en salud En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- SEN AMARTYA (1996). “Nuevo examen de la Desigualdad” Alianza Editorial, Madrid, 1997

■ PARTE III

desigualdad e inequidad
en salud, realidades nacionales

Las Desigualdades en Salud en Argentina: Una Memoria de Investigaciones

Hugo Spinelli, Guillermo Macías y Marcio Alazraqui

*Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.
Universidad Nacional de Lanús. Argentina*

Introducción

En el año 1754, cincuenta y seis años antes de la Revolución de Mayo en Argentina, Jean Jacques Rousseau (2006) escribía “sobre la desigualdad entre los hombres”, esas y otras ideas del iluminismo francés alentaron la Revolución de Mayo de 1810, donde se escucharon voces de libertad e igualdad. La Nación argentina, en estos dos siglos, no solo se forjó en el mundo de las luces, también fue forjada a fuego y espada como forma de acallar el eco de aquellas voces.

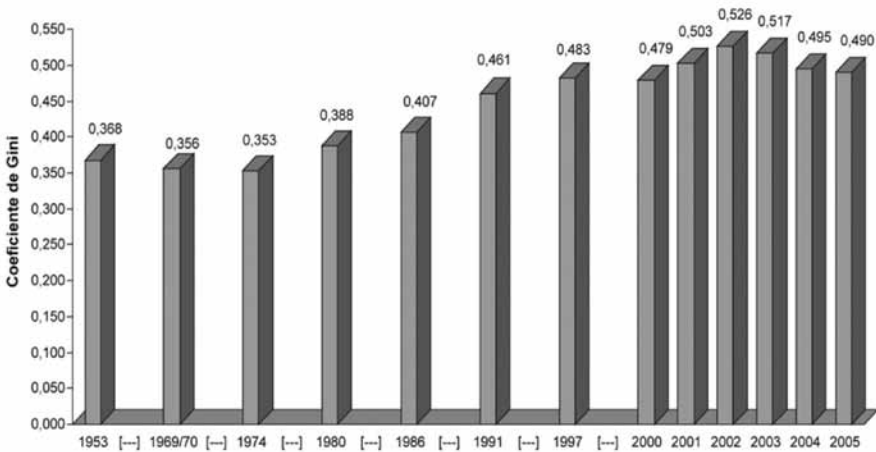
No son pocos los ejemplos que dan cuenta de ello: las guerras internas ocurridas entre 1810 y 1860; la guerra de la Triple Alianza con el cuasi exterminio de la población afroamericana; la denominada campaña del desierto (1877-1879) con la matanza de las poblaciones originarias y el inicio de la práctica de robo de niños por las fuerzas militares; la cruel ley de residencia que separaba para siempre a los trabajadores combatientes de sus familias, expulsándolos a Europa (1902); la represión final de los metalúrgicos de Vasena en la Semana Trágica (1918) y los fusilamientos de obrero rurales en la Patagonia (1921); los fusilamientos de trabajadores industriales en el gobierno de Uriburu (1931); el bombardeo a la Plaza de Mayo (1955); los fusilamientos sin juzgamiento por Aramburu (1956); la brutal represión a la Universidad en la noche de los “bastones largos” (1968); el asesinato de los prisioneros en Trelew (1972); los crímenes de la última dictadura (1976-1982) con la tortura y desaparición de personas y el robo de niños y los más de 30 muertos en la represión por la crisis político institucional del 2001. Ellos representan, algunos, de los episodios de violencia generados desde distintos gobiernos durante estos dos siglos. Hechos que aseguraron un modelo de país que llega al bicentenario de aquella

revolución de mayo de 1810 con un presente de graves desigualdades sociales y económicas.

A fines del siglo XIX, las denominaciones de croto, miserable, poligrillo, pordiosero o vagabundo -al menos en Argentina- hacían referencia, de manera estigmatizante, a aquellos que ya no eran pobres, sino marginados por la sociedad. Pero eran casos aislados y en general resultaban muy conocidos para el resto de los habitantes sobre todo en pueblos o ciudades pequeñas. A veces, eran hasta personajes con cierta fama, las “curiosidades del pueblo” (Nario, 1986; Gutiérrez, 1986).

Lo que va a cambiar y de manera abrupta, a partir de 1989, es su generalización. El ser excluido pasó a ser una situación muy frecuente y se caracterizó por tener cara de mujer y ser joven. Lo que resultaba curioso un siglo atrás, se volvió tragedia en los '90. Muchos de esos excluidos, se autodenominaban a sí mismos, como “muertos vivos”. El “Siglo de las Luces” había quedado muy atrás, ahora se hablaba de décadas perdidas. Las desigualdades eran mucho mayores que en décadas anteriores (figura 1). Esta situación fue un salto cualitativo y cuantitativo de la descripción de la pobreza que hiciera en 1957 Bernardo Verbitsky (2003) en “*Villa Miseria también es América*”.

Figura 1. Tendencia temporal del Coeficiente de Gini según Ingreso Familiar. Argentina, 1953-2005



Nota: a pesar de que la definición de la categoría “Ingreso Familiar” ha cambiado en el periodo analizado, y ante la imposibilidad de conseguir la información para crear los coeficientes en base a una definición homogénea, decidimos colocar la figura ya que de alguna manera refleja la evolución histórica de la desigualdad en Argentina.

Nota 2: el Coeficiente de Gini es un indicador de desigualdad, y cuanto más cercano a uno su valor nos encontramos con mayor desigualdad.

Fuente: Elaboración propia en base a Presidencia de la Nación (2006) y Minujin (1999)

“Pobres siempre hubo”, fue una afirmación que se escuchó en distintos niveles de la sociedad argentina durante los ‘90. Sin fundamentos, no pocos lo repetían. Con ello se sostenía, a veces desde el sentido común, o desde posiciones ideológicas, un argumento que justificaba el desplazamiento hacia la pobreza de millones de personas. Los ricos se hicieron más ricos, los pobres se hicieron más pobres y muchos, que no eran pobres, se hicieron pobres. La movilidad social ascendente que había atraído a los inmigrantes a comienzos del siglo XX –y que se expresará en un clásico de la literatura argentina como “*M’hijo el Dotor*” (Sánchez, 2005)–, se convirtió en movilidad social descendente. La desigualdad y la precarización social pasaron a tener un fuerte impacto en la vida cotidiana de las personas. Crisis de identidades, ruptura de los pactos socio-históricos y crisis de representatividad fueron las consecuencias socio-políticas de los ‘90, que junto al proceso de desindustrialización, el excedente de la fuerza de trabajo, el aumento de la pobreza y la indigencia, desembocaron en la crisis del año 2001. La copa de champagne no derramó y las reformas estructurales señaladas como capaces de absorber cualquier crisis, demostraban su falacia.

Desigualdades en Salud

A fines de los ‘70, la Oficina Regional de la OMS para Europa (EURO), comenzó a desarrollar un programa llamado Equidad en la Salud, a fin de examinar el impacto del desempleo y la pobreza en la salud de los países centrales (Whitehead, 1991). De esta misma época es el *Black Report* (Black et al., 1991) llevado a cabo en Inglaterra y que cumplió un rol relevante en la importancia dada a nivel internacional al estudio de las desigualdades sociales en salud a partir de dicha década. Tanto este informe como *The Health Divide* (Whitehead, 1988) alimentaron la posterior sistematización e internacionalización del concepto de equidad en salud dando lugar a estudios en diferentes países que abordaron el problema de las inequidades en salud. No tardaron las agencias internacionales -como el Banco Mundial-, en transformar todo ello en una nueva moda “las inequidades en salud”, las cuales ya habían sido estudiadas en América Latina desde otros marcos referenciales como desigualdades sociales (Bronfman y Tuirán, 1984; Laurell, 1986; Breilh, 1979; Bloch et al., 1985a; Bloch et al., 1985b);).

El estudio de las desigualdades sociales tiene antecedentes muy lejanos, por ejemplo los procesos revolucionarios de 1848 en Europa, donde surge el concepto de Medicina Social que sostiene que las condiciones sociales de la población juegan un papel sustancial en la determinación de las enfermedades. Sus principales exponentes fueron Rudolf Virchow y Salomón Neuman, en Alemania; Jules Guérin, en Francia; William Farr, en Inglaterra y Francisco Puccionotti, en Italia (García, 1994). El deterioro de las condiciones de vida de las masas obreras incorporadas a la producción industrial por el desarrollo capitalista, originó diversas investigaciones

que desde distintos enfoques político-ideológicos retrataron las inhumanas condiciones de trabajo y de hábitat a las que eran sometidos los obreros (incluidas mujeres y niños). Entre las investigaciones más importantes se encuentran las de Friedrich Engels, *The Condition of the Working Class in England* (1845), la de Turner, *Thackrah, On the Effect of Arts, Trades and Professions and of the Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity* (1831) y el informe de Edwin Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Class* (1842). En esa misma época la sistematización paulatina de las estadísticas vitales por parte de los Estados, permiten demostrar en 1820 a Louis Villermé, las diferencias de mortalidad según clase social en diferentes ciudades francesas (Shryock, 1961; Rosen, 1994; Lilienfeld y Lilienfeld, 1976; Sigerist, 1981). Hacia fines del siglo XIX, las investigaciones sobre las condiciones de trabajo y hábitat empiezan a tener sus correlatos en América Latina, expresión de ello, es el trabajo realizado por Bialek Massé El estado de las clases obreras argentinas a comienzo del siglo publicado por primera vez en 1904 (Bialek Massé, 1985).

Desigualdades en Salud en Argentina

En este punto, se presentarán una serie de resultados producto de diversas investigaciones realizadas entre los años 1998 y 2009 y que a los fines de este trabajo hemos dado en llamar “memoria de investigaciones”. Todas ellas fueron realizadas por distintos integrantes del equipo interdisciplinario de docentes-investigadores y/o maestrandos de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina (MEGyPS-UNLa).

A partir de datos primarios y datos secundarios oficiales de acceso público (censos nacionales de población, encuestas nacionales, datos de morbimortalidad, de información criminal y económica) y mediante diversas técnicas y diseños, se realizaron estudios que muestran una fuerte evidencia de mayor frecuencia de enfermedad y mortalidad en los grupos poblacionales y territorios con mayores indicadores de desigualdad.

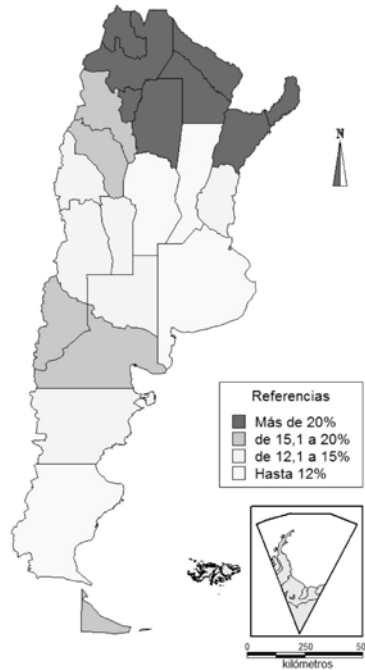
Estas investigaciones son agrupadas en tres diferentes niveles: estudios a nivel nacional (país), provincia (Provincia de Buenos Aires), regional (Región de Gran Buenos Aires) y ciudades (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipio de Lanús)¹.

1 Es importante señalar que se consideran "partidos del Gran Buenos Aires" a los 24 partidos de la provincia de Buenos Aires que conforman el Gran Buenos Aires -área comprendida por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) más los partidos del Gran Buenos Aires antes citados- según lo definido por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Cabe destacar que estos partidos (que corresponden políticamente a municipios) conforman, junto con la Ciudad de Buenos Aires, el mayor aglomerado urbano de la Argentina, con aproximadamente 10 millones de habitantes según el censo 2001. Con respecto a Lanús, se trata del partido del Gran Buenos Aires con mayor densidad de población (22-25)

Investigaciones a nivel país

El país federal siempre fue desigual, y continúa siéndolo. Para contextualizar la situación de la desigualdad existente entre las provincias argentinas, presentamos a continuación un mapa donde se muestra el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI²) por provincia (figura 2), a partir de los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001 (Instituto de Estadística y Censos, 2001; Instituto de Estadística y Censos, 2003b). En él puede verse claramente como las provincias del norte del país presentan los porcentajes más elevados del indicador, que es utilizado para la identificación de ciertas carencias críticas de la población y la caracterización de la pobreza (midiendo de esa manera en forma indirecta la desigualdad entre provincias).

Figura 2. Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por provincia. Argentina, 2001



Fuente: Elaboración propia en base a INDEC (2007b)

2 Se consideran hogares con NBI aquellos en los cuales está presente al menos uno de los siguientes indicadores de privación: 1) Hacinamiento: hogares con más de 3 personas por cuarto (hacinamiento crítico). 2) Vivienda: de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo). 3) Condiciones sanitarias: viviendas que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua. 4) Asistencia escolar: hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela. 5) Capacidad de subsistencia: hogares que tienen 4 ó más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (sólo asistió dos años o menos al nivel primario) (Instituto de Estadística y Censos, 2001).

A continuación, describiremos los resultados de dos investigaciones realizadas en este nivel de análisis: el *Atlas de mortalidad de la República Argentina* que analiza los períodos 1990-1992 y 1999-2001 (UNLA, 2005), y el análisis de los accidentes de tránsito en Argentina durante el trienio 2000-2002 (Macías, 2009).

En el primero se analizó la información de mortalidad, para elaborar un atlas que muestra los patrones geográficos de distribución de la mortalidad en el país. Esto se realizó mediante la confección de diversos tipos de mapas:

- de Razones de Mortalidad Estandarizadas (método directo) por edad para causas seleccionadas en el periodo 1999-2001 a nivel de departamentos / partidos;
- de Tasas de Mortalidad Ajustadas por edad para causas seleccionadas en los periodos 1990-1992 y 1999-2001 a nivel provincial, a fin de visualizar la tendencia temporal entre los dos periodos;
- de Tasas de Mortalidad Infantil en el periodo 1999-2002 a nivel departamental; de Indicadores Socioeconómicos correspondientes a nivel departamental.

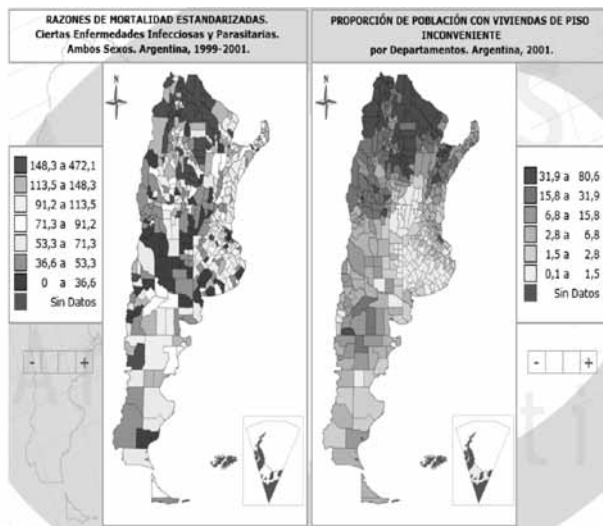
Con estos resultados se pudo visualizar cómo ciertas causas presentaban peores indicadores en departamentos (o partidos) con mayor desigualdad, la cual se medía indirectamente a través de algunos indicadores seleccionados (figura 3).

Por ejemplo, en el mapa de la figura 3, se puede observar que la distribución espacial de los departamentos con peores razones de mortalidad estandarizadas por edad debidas a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias coincide con aquellos departamentos con peores condiciones de vivienda, principalmente los del norte del país.

Otro ejemplo puede verse al comparar la distribución de la tasa de mortalidad infantil con el nivel de analfabetismo a nivel departamental, donde se aprecia que existe una correspondencia entre los departamentos (o partidos) con peores niveles de dichos indicadores (figura 4).

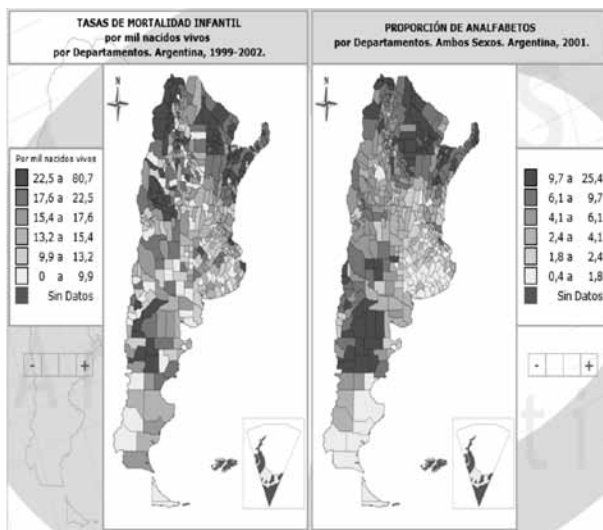
El segundo trabajo “*análisis de los accidentes de tránsito en Argentina durante el trienio 2000-2002*” (Macías, 2009) aplica una técnica de análisis de niveles múltiples, investigando la relación existente entre la mortalidad por accidentes de tránsito (AT) y algunas variables con información de distintos niveles de agregación. Así, fueron creados modelos de regresión multinivel donde se analizaron datos de nivel individual (edad y sexo), departamental (nivel educativo) y provincial (Producto Bruto Geográfico) en relación a las tasas departamentales de mortalidad por AT en todo el país. Los resultados arrojaron que el riesgo era mayor en los hombres, en edades más avanzadas, en residentes de departamentos con mayor proporción de población con bajo nivel educativo, y donde existía mayor actividad económica. Además, se encontró una interacción entre el nivel educativo y la actividad comercial:

Figura 3. Relación entre razones de mortalidad estandarizadas por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en ambos sexos y proporción de población con viviendas de piso inconveniente, por departamentos. Argentina, 1999-2001



Fuente: UNLa et al. (2005)

Figura 4. Relación entre la tasa de mortalidad infantil en ambos sexos y la proporción de analfabetos, por departamentos. Argentina, 1999-2001



Fuente: UNLa et al. (2005)

el riesgo de morir por AT fue mucho mayor al esperado en aquellos departamentos con peor nivel educativo en provincias con mayor actividad económica. Este último dato nos indicaría que los beneficios que trae aparejado el desarrollo económico no sólo no estarían presentes en poblaciones con más desigualdad (medida en forma de diferenciales de educación), sino que la mayor actividad económica sería perjudicial en relación al mayor riesgo de mortalidad por accidentes de tránsito. Así, las desigualdades sociales contribuirían a mantener y hasta aumentar esos diferenciales de riesgo a favor de los residentes en departamentos con peores indicadores socioeconómicos, en este caso, con peor nivel de educación (Macías, 2009).

Investigaciones a nivel provincial

La historia de la provincia de Buenos Aires está muy ligada a la historia del país. Por su territorio se desarrolló buena parte de los hechos más significativos de la construcción política, económica, cultural y social de la Nación. Su extenso territorio geográfico hoy constituye un espacio social donde pueden observarse las mayores desigualdades sociales y económicas del país.

En la investigación realizada a este nivel, se trabajó a partir de datos secundarios para la elaboración de la tasa de mortalidad infantil (MI) del año 1998. Los resultados develaron una elevada proporción de defunciones ocasionadas por causas reducibles, que alcanzó el 66% de la mortalidad neonatal y el 60% de la posneonatal. Cuando estos casos fueron analizados, desde una perspectiva espacial, se observó que la precariedad de las condiciones de vida tenía relación más intensa con los niveles de mortalidad posneonatal que con los de la mortalidad neonatal. Simultáneamente, en partidos con condiciones de vida más precarias se registró un mayor riesgo de mortalidad infantil originado en causas reducibles (Spinelli et al., 2000).

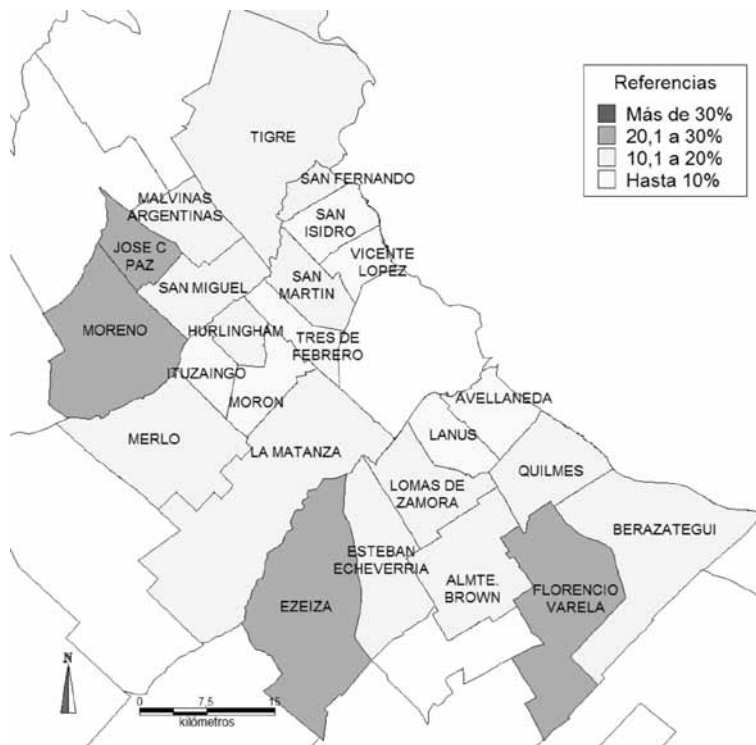
Investigaciones a nivel regional

Los partidos del Gran Buenos Aires tienen una historia propia, que en la mayor parte de los casos es casi tan antigua como la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sus orígenes con predominio rural, sufren una fuerte transformación a fines del siglo XIX con el impacto de la migración masiva europea y del trazado del ferrocarril, con los que se inició el crecimiento urbano y demográfico. Esa transformación se completa con la industrialización y las migraciones internas y externas (países limítrofes) de mediados del siglo XX y la erradicación de villas de emergencia de la Ciudad de Buenos Aires. En ese pasaje de la ruralidad a la completa urbanización surgió una nueva organización del espacio, donde se fueron mezclando las zonas residenciales, los barrios obreros, las áreas industriales, los centros comerciales y de transbordo de pasajeros y las villas de emergencia, en un crecimiento descontrolado y desigual. Esa

situación terminó con una saturación del territorio y complejas problemáticas sociales y ambientales. Todos esos fenómenos contribuyeron a una masiva y compulsiva localización de aquellos sectores de escasos recursos en zonas de difícil acceso y con escasa cobertura de infraestructura de servicios (Bermúdez, 1985).

La Región Gran Buenos Aires está constituida por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los 24 partidos (o municipios) del Gran Buenos Aires: el mayor aglomerado urbano de la Argentina (IMDEC, 2003a). Aún sin presentar un patrón espacial claro (figura 5), puede observarse que los partidos del Gran Buenos Aires con mayores porcentajes de hogares con NBI aparecen más alejados de la Ciudad de Buenos Aires.

Figura 5. Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por partido (provincia de Buenos Aires). Gran Buenos Aires, 2001

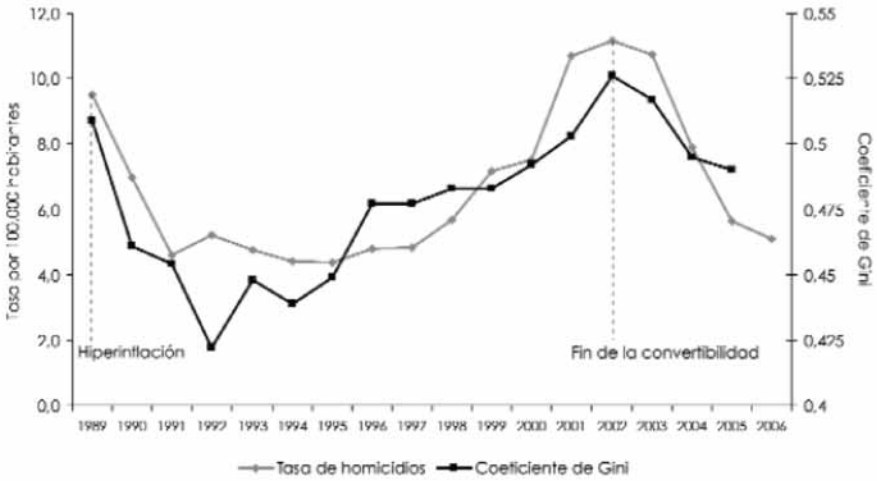


Fuente: Elaboración propia en base a INDEC (2003b)

A nivel regional se realizó un estudio que abarcó a los partidos del Gran Buenos Aires como una unidad. Esa investigación tuvo como objetivo evaluar la relación existente entre los homicidios y los procesos macroeconómicos que se desarrollaron

en Argentina durante el período 1989-2006, se realizó un análisis de correlación entre series "sin tendencia" de las variables, para evaluar la asociación entre la tasa de homicidios e indicadores macroeconómicos seleccionados para dicho período. Uno de los principales hallazgos fue la presencia de correlación estadísticamente significativa entre la tasa de homicidios y el coeficiente de Gini (según ingresos familiares), el porcentaje de población bajo la línea de pobreza e indigencia y el PIB, no hallándose correlación entre los homicidios y el desempleo. Los datos anteriores señalan la clara relación de la tasa de homicidios ligada directamente a la desigualdad, e inversamente al desarrollo económico. Así, a partir de este trabajo podemos indicar que los índices de homicidios presentan una relación muy estrecha con las condiciones de desigualdad que se presentan al interior de una sociedad (figura 6) (Spinelli et al., 2008).

Figura 6. Tendencia temporal del Coeficiente de Gini y la tasa de homicidios (por 100.000 habitantes). Partidos del Gran Buenos Aires, 1989-2006



Fuente: Spinelli et al. (2008)

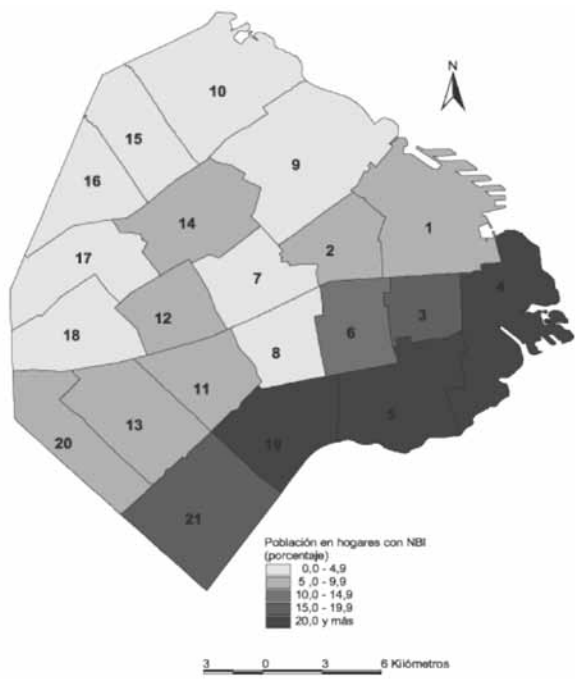
Investigaciones a nivel ciudades

Investigaciones sobre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) centro de los principales eventos de la historia del país registra en las últimas décadas los mayores índices de concentración de la población, con una densidad de 13.675,5 habitantes por km² según el Censo Nacional de Población y Vivienda (2001), la cual dista de ser homogénea entre los barrios. La población se caracteriza por ser una "población relativamente

envejecida". Otra característica de la población de la ciudad es que presenta la mayor proporción de mujeres en comparación con el resto de las provincias (54,7%) (INDEC, 2001). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires registra la distribución del ingreso más igualitaria del conjunto de los conglomerados urbanos del país, en un país con grandes desigualdades. También registra los mayores niveles de empleo, el ingreso per cápita más alto y los mejores indicadores de nivel educativo. El total de hogares con NBI es marcadamente menor que en el resto del país (Spinelli et al., 2005). Sin embargo, según se aprecia en la figura 7, existen diferencias en su distribución al interior de la ciudad, apareciendo la zona sur como la de mayores porcentajes de hogares con NBI.

Figura 7. Población en Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por Distrito Escolar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2001



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (2006)

Se realizaron cinco investigaciones que tomaron a la CABA como unidad geográfica, las cuales tenían como objetivo describir las desigualdades en la ocurrencia de muertes por violencias (Spinelli et al., 2005, Spinelli et al., 2006), en la mortalidad general y por causas (Diez Roux et al., 2007); en los factores de riesgo de enfermedades crónicas (Fleischer et al., 2008), y en la salud autorreferida (Alazraqui et al., 2009).

Las investigaciones dirigidas al análisis de las muertes por violencias describen la situación de estos eventos en la CABA y en las diferentes zonas que la componen, así como su relación con atributos sociodemográficos y espaciales, ocurridas durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002; y en particular el número de muertes y crímenes por armas de fuego en el 2002 (Spinelli et al., 2005, Spinelli et al., 2006). En cuanto a los resultados, los estudios demostraron que las mayores tasas de homicidios y de tasas de mortalidad por arma de fuego se observaron más en hombres que en mujeres, y en la zona sudoeste de la ciudad, que se caracteriza por presentar condiciones de vida más precarias y donde se encuentran los mayores niveles de desigualdad. También resulta importante remarcar que la mayor frecuencia de homicidios ocurrió en las jurisdicciones de las comisarías donde se reportó mayor incautación de armas y un mayor número de actos violentos (Spinelli et al., 2005, Spinelli et al., 2006).

También se investigó la variación espacial en la mortalidad total y por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neoplasias en adultos en la CABA durante el año 2003, mediante modelos condicionales autorregresivos, para examinar la contribución de las desigualdades socioeconómicas a los patrones espaciales observados, utilizando como principal indicador socioeconómico en el análisis, el porcentaje de adultos de 25 años de edad o más con estudios secundarios incompletos por fracción censal en la CABA (Diez Roux et al., 2007). A su vez, para analizar el nivel socioeconómico medido a nivel individual (educación e ingresos) y a nivel de fracciones censales (educación), y su relación con la presencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas -índice de masa corporal (IMC), hipertensión (HTA) y diabetes (DBT)-, fueron utilizados modelos de regresión lineal y logística multivariados para estimar las asociaciones presentes a nivel individual, y modelos lineales generalizados (GLM) para evaluar los efectos del área sobre la presencia de los factores de riesgo estudiados (Fleischer et al., 2008). Por último, en un estudio más reciente (2009) se analizó la relación entre el estado de salud autorreferido y la educación, ingresos y situación laboral en la CABA, para lo que se realizó un diseño de análisis multinivel con dos niveles uno individual y otro grupal. El análisis de los datos se realizó utilizando modelos de regresión lineal y modelos lineales de análisis multinivel (Alazraqui et al., 2009).

En la investigación que analizó la variación espacial de la mortalidad, los resultados hallados ponen de relieve el papel predominante del espacio y de las desigualdades sociales en la configuración de la vida y la muerte dentro de las grandes ciudades, al encontrarse una variación intraurbana sustancial en el riesgo de muerte, presente en múltiples causas (excepto en las muertes por causas respiratorias en las mujeres y las causadas por tumores en los hombres y mujeres). Esta variación es explicada en parte por un patrón espacial muy fuerte de desigualdad socioeconómica y por la presencia de autocorrelación espacial, tanto en hombres como en mujeres, en las muertes totales, por causas cardiovasculares y otras causas (Diez Roux et al., 2007).

Cuando fueron analizados los patrones sociales de factores de riesgo de enfermedades crónicas se encontró una tendencia hacia la concentración de los factores de riesgo en las poblaciones más pobres. Por ejemplo, el Índice de Masa Corporal (IMC) apareció claramente asociado en forma inversa con el Nivel Socioeconómico (NSE) en las mujeres, mientras que la diabetes y la hipertensión se asociaron inversamente con el nivel socioeconómico, más en las mujeres que en los hombres. Además, cuando fue analizado el efecto de área, el menor nivel educativo se asoció con un mayor índice de masa corporal en ambos sexos (Fleischer et al., 2008).

Por último, a partir del análisis de la relación entre el estado de salud autorreferido y las características demográficas y socioeconómicas, pudo observarse que los resultados de este trabajo son congruentes con los obtenidos por las investigaciones realizadas en América Latina y en Argentina sobre desigualdades sociales y sus implicancias en salud (Ortiz-Hernández et al., 2007; Abdala, 200; Buehbinder, 2008; Santiago, 2004; González Pérez et al., 1988; Viotti et al, 2009; Maydana et al., 2009). En efecto, los hallazgos en la CABA demostraron que los mayores niveles de educación, de ingresos y de categoría laboral se relacionaban con mejor salud autorreferida; y el aumento de la edad con peor salud. Y también se constató que a medida que la proporción de individuos con educación inferior aumentaba en la fracción censal, aumentaba también la proporción de individuos con peor salud autorreferida (Alazraqui, 2009).

Investigaciones sobre el municipio de Lanús

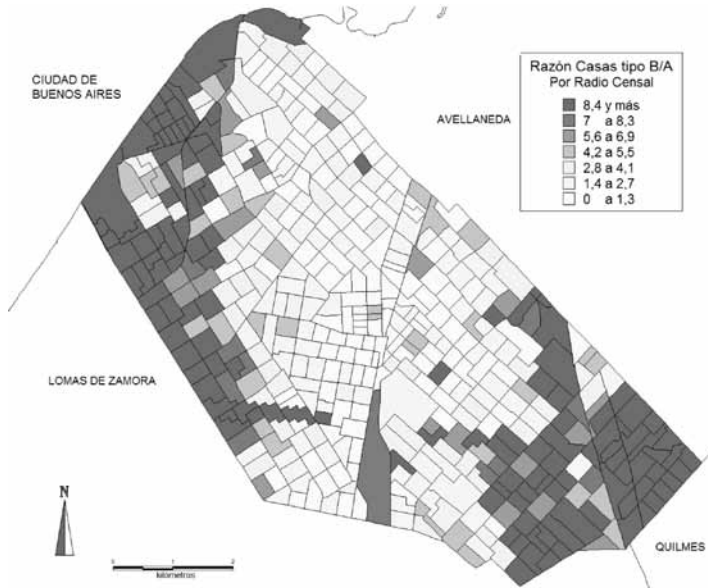
Si se toma el corto lapso que media entre que Lanús existe como municipio, o sea desde 1944, hasta la actualidad, llama la atención cómo se sucedieron allí los procesos de surgimiento, desarrollo y decadencia de un polo industrial. Sin embargo, esta imagen se matiza inmediatamente si ampliamos el foco hacia la historia económica del país en ese mismo período y, también, si tomamos a la región que comprende hoy Lanús (Grebol et al., 2008). Todo el proceso económico-social y cultural de las últimas décadas, que venimos señalando, con sus secuelas de pobreza, exclusión social y desigualdades tienen clara expresión en este municipio.

El municipio de Lanús está ubicado en el primer cordón del Gran Buenos Aires (GBA), asentado sobre la cuenca del Riachuelo lo que hace que gran parte de su territorio se encuentre bajo la cota de inundación. Su población era de 453.082 habitantes en 2001 (INDEC, 2001), con una tendencia al envejecimiento. Es el municipio con mayor densidad poblacional de la provincia (10.068,5 hab. x km²). Esta densidad a su vez es heterogénea dentro del mismo. Para evidenciar la distribución de las condiciones estructurales de vida en el municipio, se utilizó la razón entre las casas tipo B y tipo A (razón entre casas deficitarias y casas no deficitarias)³. Este

3 Se entiende por Casa Tipo B a aquella que cumple por lo menos con una de las siguientes condiciones: no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; no dispone de retrete con descarga de agua; tiene piso de tierra u otro material precario. El resto de las casas es considerado como casas de tipo A (23).

indicador, aunque expresa la situación socioeconómica y las condiciones materiales de vida de los habitantes, puede ser interpretado también como una medida indirecta de la desigualdad en las microáreas analizadas. En la figura 8 pueden verse claramente las zonas con mayor concentración de casas deficitarias, que corresponden a las regiones norte, noroeste y sureste (Localidades de Lanús Este, Lanús Oeste y Monte Chingolo que conforman entre otras el Municipio de Lanús).

Figura 8. Razón de casas deficitarias (Tipo B) versus casas no deficitarias (Tipo A) por radio censal. Municipio de Lanús, 2001



Fuente: Elaboración propia en base datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

Los trabajos sobre Lanús que se presentan a continuación corresponden a investigaciones desarrolladas entre los años 2001 y 2009 por docentes, investigadores y maestrandos de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud y estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, todos integrantes del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Todos ellos tienen sus resultados orientados al estudio de las desigualdades sociales y desigualdades en salud en el nivel local/municipal.

Esas investigaciones se realizaron sobre mortalidad por cáncer (Ballesteros, 2009; Ballesteros, 2008; Alazraqui et al., 2007), mortalidad por violencias (Zunino, 2005; Zunino, 2008), cobertura del programa de inmunización (Aciar et al., 2008), embarazo en adolescentes (Alazraqui et al., 2007; Santiago O, 2008; Santiago O, 2005), morbimortalidad en niños con muy bajo peso al nacer (54, 55), desigualdades

en el acceso a los medicamentos (Camps, 2008; Camps, 2005) y mortalidad por accidentes de tránsito (Macías, 2009).

Los diferentes estudios arrojaron datos que muestran como los eventos analizados se distribuyen con mayor frecuencia en aquellos lugares donde habitan los colectivos más pobres del municipio, lo que muestra la presencia de desigualdades en salud determinadas por las condiciones materiales de existencia de estos grupos, las que podrían deberse a diferenciales en la accesibilidad a los servicios de salud, a los modelos de atención de los servicios de salud y educativos, en relación a los grupos poblacionales en mejor posición.

En efecto, con respecto a la mortalidad por cáncer, entre otros resultados, se encontró que en Lanús, si bien los casos con los que se pudo trabajar eran reducidos, las muertes por cáncer de cuello uterino se distribuyó con mayor concentración en las áreas con peores indicadores socioeconómicos, mientras que la mortalidad por tumores de mama en mujeres mayores de 40 años fue mayor en el estrato con mejores condiciones de vida (Ballesteros, 2004; Ballesteros, 2008; Alazraqui et al., 2007). En el caso de las muertes por violencias se observó que, cuando se analizaron las muertes por ocurrencia, la mayor frecuencia apareció en áreas con condiciones de vida superiores. Por el contrario, cuando se estudiaron los óbitos según su residencia, las mayores tasas se registraron en áreas con peores condiciones de vida (Zunino, 2008; Zunino, 2008). Los accidentes de tránsito presentaron un patrón semejante de distribución espacial, tanto cuando fueron analizados desde el sitio de ocurrencia como de residencia (Macías, 2009).

Al estudiar el grado de cobertura vaccinal, se encontró que en aquellas localidades del municipio donde habitan los colectivos más pobres se presentaron los menores porcentajes de cobertura completa y los mayores de cobertura incompleta y/o “sin datos” (Aciar et al., 2008). Otro indicador importante que muestra las desigualdades presentes en el municipio fue la distribución espacial de la ocurrencia del embarazo en las adolescentes. En efecto, al observar la distribución geográfica de los domicilios, vemos que las adolescentes embarazadas se concentran en las zonas de mayor desigualdad, ocurriendo, muchas veces, más de un embarazo adolescente en el mismo domicilio (Alazraqui et al., 2007; Santiago O, 2008; Santiago O, 2005). El análisis de la morbimortalidad en recién nacidos con muy bajo peso al nacer (MBPN), nacidos en la unidad de Neonatología del principal hospital público del municipio (Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” de Lanús), arrojó resultados que muestran las dificultades de la población usuaria del sector público de salud en el acceso a la atención y las dificultades en el manejo perinatal. Así, se encontró una alta prevalencia de nacidos con MBPN (1,5% de los nacimientos), y en los mismos una alta proporción de embarazos sin control (50,1%), de embarazos en adolescentes (24,6%), y alta prevalencia de hemorragia intraventricular (59,4%), retinopatía del prematuro (41,6%) y de infección intrahospitalaria (57%), con una sobrevida baja (44,8%) para los menores de 1000 gramos de peso al nacer (Camino, 2005; Camino, 2004).

Por último, otra dimensión que reflejó la presencia de desigualdades en salud fue el acceso a los medicamentos. Los resultados de una de las investigaciones mostraron que existen diferencias en el acceso a los medicamentos según el grupo social de pertenencia. Los sectores más afectados por estas desigualdades fueron los que concurren a instituciones públicas de atención, donde la medicación era escasa y discontinua, sobre todo para los pacientes ambulatorios, en cuyo caso la variedad de medicamentos a los que podían acceder era muy reducida, aún después de la instauración de un programa nacional específico (programa REMEDIAR⁴) (Camps, 2008; Camps, 2005).

Conclusiones

No obstante el crecimiento económico del país desde el año 2003, las desigualdades entre espacios sociales y al interior de los mismos siguen siendo relevantes. Los resultados de las investigaciones resumidas en este texto, señalan las fuertes relaciones que existen entre las desigualdades y las condiciones de salud, de manera independiente de los métodos y técnicas que se utilicen. Estos hallazgos se repiten en la bibliografía nacional e internacional. Nada debe sorprendernos, numerosos ejemplos del saber popular refieren desde hace mucho tiempo a esa relación, la cual encontramos -por ejemplo- en aquella expresión de “es mejor ser rico y sano que pobre y enfermo”.

A pesar del incremento de la producción científica sobre la relación entre desigualdades sociales y condiciones de salud, el problema no tiende a disminuir sino que por el contrario tiende a incrementarse. La relación entre investigación y formulación de políticas parecieran marchar por caminos diferentes. Ante esta situación venimos planteando la utilidad de investigaciones sobre desigualdades en relación con el espacio situacional de los actores, al entender a los mismos como “campos” de disputas de poder y de proyectos. Es nuestra convicción el entender que los cambios en dichos espacios situacionales dependen de nuevos actores en esos espacios sociales donde las desigualdades se producen y reproducen. Nuevos actores capaces de generar otras reglas y distintos valores (Spinelli, 2005; Spinelli et al., 2004; Bordieu y Wacquant, 2008).

También es importante destacar la importancia de relacionar los determinantes sociales de dichas desigualdades, ya que continúan siendo ignorados o resistidos por ciertos sectores científicos que a veces se refugian en explicaciones individuales (estilos de vida, riesgo) o en los campos experimentales para negar tal determinación.

En este decenio, en el que también celebraremos el centenario de la Reforma

4 El Programa REMEDIAR inició sus acciones en el mes de octubre de 2002, con el objetivo central de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública (Ministerio de Salud, 2010).

Universitaria, quizás sea un buen momento para volver a pensar la Universidad y su relación con los problemas de la sociedad, en el marco de profundas desigualdades sociales y económicas que generan enfermedad, muerte y dolor, sustantivos no imaginados por algunos de aquellos hombres que hace doscientos años soñaron otro futuro y decidieron hacer una Revolución.

Referencias Bibliográficas

- ABDALA F. (2000) Economic restructuring and mortality changes in Argentina: is there any connection? En: Cornia G, editor. The mortality crisis in transitional economies. New York: Oxford University Press;
- ACIAR F, Wilner A, Nucher D, Spinelli H, Alazraqui M, Chantada F, et al. (2008) Cobertura de inmunizaciones en niños en primer año de Educación General Básica en el Municipio de Lanús durante el año 2002. En: Spinelli H, Alazraqui M, editores. Desigualdades en salud en el nivel local / municipal. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa; p. pp. 141-52.
- ALAZRAQUI M, Diez Roux Av, Fleischer NI, Spinelli H. (2009) Salud auto-referida y desigualdades sociales, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cadernos de Saúde Pública*; 25(9):1990-2000.
- ALAZRAQUI M, Mota E, Spinelli H, Guevel C. (2007) Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 21(1):1-10.
- BALLESTEROS I. (2004) Estudio epidemiológico descriptivo de la mortalidad por cáncer en los residentes en el municipio de Lanús durante el período 1995-2001 [Tesis de Maestría]. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- BALLESTEROS I. (2008) Mortalidad por cáncer y desigualdades en el Municipio de Lanús. En: Spinelli H, Alazraqui M, editores. Desigualdades en salud en el nivel local / municipal. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa. p. pp. 111-24.
- BERMÚDEZ E. (1985) La disputa por un territorio: los partidos del Gran Buenos Aires. Buenos Aires: CICSO.
- BIALET MASSÉ J. (1985) Informe Biale-Massé: sobre el estado de las clases obreras argentinas a comienzos del siglo. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- BLACK D, Morris Jn, Smith C, Townsend P. (1982) Inequalities in health: The Black Report. New York, London: Penguin-Pelikan.
- BLOCH C, Quinteros Ztd, Troncoso Mdc, Belmartino S, Torrado S. (1985a) El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte. Rosario (Argentina) 1981-1982 (Primera parte). *Cuadernos Médicos Sociales*; 32:5-19.
- BLOCH C, Quinteros Ztd, Troncoso Mdc, Belmartino S, Torrado S. (1985b) El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte. Rosario (Argen-

- tina) 1981-1982 (Segunda parte). Cuadernos Médicos Sociales; 33:3-34.
- BOURDIEU P, Wacquant L. (2008) Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- BREILH J. (1979) Economía, Medicina y Política. Quito: Universidad Central.
- BRONFMAN M, Tuirán RA. (1984) La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad. Cuadernos Médicos Sociales; 29/30:53-75.
- BUCHBINDER M. (2008) Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal. Archivos Argentinos de Pediatría; 106(3):212-8.
- CAMINO F. (2005) Morbimortalidad en niños de muy bajo peso al nacer en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Evita de Lanús, 1999-2002 [Tesis de Maestría]. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- CAMINO F. (2008) Morbimortalidad en muy bajo peso al nacer. En: Spinelli H, Alazraqui M, editores. Desigualdades en salud en el nivel local / municipal. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa; p. pp. 153-62.
- CAMPS E. (2008) El medicamento: desigualdades en el acceso, la calidad y la asistencia farmacéutica de distintos grupos poblacionales del Municipio de Lanús. En: Spinelli H, Alazraqui M, editores. Desigualdades en salud en el nivel local / municipal. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa; p. pp. 175-88.
- CAMPS E. (2005) La Distribución de Fármacos y su Relación con la Política de Medicamentos en la Red de Atención Primaria de la Municipalidad de Lanús, entre 1998 y 2002 [Tesis de Maestría]. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- DIEZ ROUX AV, Green Franklin T, Alazraqui M, Spinelli H. (2007) Intraurban variations in adult mortality in a large Latin American city. *Journal of Urban Health*; 84(3):319-33.
- Dirección General de Estadística y Censos. (2006) Anuario Estadístico 2006 de la Ciudad de Buenos Aires. Tomo 2 - Capítulo 6: Condiciones de vida [En línea]. Buenos Aires: DGEyC (Ministerio de Hacienda, GCBA) [fecha de acceso 24/032010]; URL disponible en: http://buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anuario_2006/cap_6.htm
- FLEISCHER NL, Diez Roux Av, Alazraqui M, Spinelli H. (2008) Social Patterning of Chronic Disease Risk Factors in a Latin American City. *Journal of Urban Health*; 85(6):923-37.
- GARCÍA JC. (1994) 1848: Nacimiento de la medicina social. En: García JC, editor. Pensamiento social en Salud en América Latina. Washington DC, México DF: OPS-Interamericana McGraw-Hill; p. pp. 144-9.
- GONZÁLEZ PÉREZ G, González A, Villarreal M. (1988) Factores socioeconómicos y mortalidad infantil en Ecuador, 1970-1981. *Revista de Saúde Pública*; 22(4):273-80.
- GREBOL A, Spinelli H, Alazraqui M. (2008) Historia del Municipio de Lanús. En: Alazraqui M, Spinelli H, editores. Desigualdades en Salud en el nivel local / municipal. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa; p. pp. 67-93.
- GUTIÉRREZ LH. (1986) Mendigos y vagabundos. En: Centro Editor de América Latina, editor. La Marginalidad (Cuadernos de Historia Popular Argentina 5). Buenos Aires: CEAL.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (1999) Municipio, localidad y departamento: tres conceptos que suelen confundirse. *Municipium*; p. 1-10.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2001) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 [En línea]. Buenos Aires: INDEC [fecha de acceso 28/10/2007]; URL disponible en: <http://www.indec.gov.ar/webcenso/index.asp>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2003a) ¿Qué es el Gran Buenos Aires? [En línea]. Buenos Aires: INDEC [fecha de acceso 21/11/2007]; URL disponible en: www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/1/folleto%20gba.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2003b) Mapa de necesidades básicas insatisfechas 2001 [En línea] Aquí se cuenta Revista Informativa del Censo 2001 Número 7. Buenos Aires: INDEC [fecha de acceso 26/03/2010]; URL disponible en: <http://www.indec.gov.ar/webcenso/aquisecuenta/aqui7.pdf>
- LAURELL AC. (1986) El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*; 37:3-18.
- LILIENTFELD A, Lilienfeld D. (1976) *Fundamentos de Epidemiología*. Wilmington, Delaware: Addison-Wesley Iberoamericana S.A.
- MACÍAS G. (2009) A complexidade da situação epidemiológica dos acidentes de trânsito. Uma análise da mortalidade por acidentes de trânsito, acontecida no Município de Lanús, Província de Buenos Aires, e na Argentina, entre os anos 1998 e 2004. [Tesis de Doctorado]. Salvador, Bahia (Brasil): Universidade Federal da Bahia.
- MAYDANA E, Serral G, Borrell C. (2009) Desigualdades socioeconómicas y mortalidad infantil en Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 25(5):401.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010) Remediar + Redes, Hoy [En línea]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, [fecha de acceso 15/03/2010]; URL disponible en: <http://www.remediar.gov.ar/ACM-Remediar47.nsf/Content/QR-RemHoy0001p?OpenDocument>
- MINUJIN A. (1999) Acerca de un país que le cuesta soñar. *Empobrecimiento y sociedad Argentina*. *Temas Sociales*; 1(1):41-9.
- NARIO H. (1986) El mundo de los crotos. En: Centro Editor de América Latina, editor. *La Marginalidad (Cuadernos de Historia Popular Argentina 5)*. Buenos Aires: CEAL.
- ORTIZ-HERNÁNDEZ L, López-Moreno S, Borges G. (2007) Socioeconomic inequality and mental health: a Latin American literature review. *Cadernos de Saúde Pública*; 23:1255-72
- Presidencia de la Nación. (2006) *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe De Progreso 2005-2006* [En línea]. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) – Argentina [fecha de acceso 10/03/2010]; URL disponible en: http://www.undp.org.ar/docs/ODMs_2006_seguinto.pdf
- ROSEN G. (1994) *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC.
- ROUSSEAU JJ. (2006) Discursos sobre la desigualdad entre los hombres; Discurso sobre si el restablecimiento de las ciencias y el arte han contribuido a depurar las costumbres. Buenos Aires: Claridad.

- SÁNCHEZ F. (2005) M'hijo el doctor. Buenos Aires: Santiago Rueda.
- SANTIAGO M. (2004) Desigualdades en salud: mortalidad del adulto en comunas del Gran Santiago. *Revista Médica de Chile*; 132:453-60.
- SANTIAGO O. (2008) El embarazo en la adolescencia. En: Spinelli H, Alazraqui M, editores. *Desigualdades en salud en el nivel local / municipal*. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa; p. pp. 153-62.
- SANTIAGO O. (2005) Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas residentes en el partido de Lanús asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos 'EVITA' de Lanús entre 1998 y 2002 [Tesis de Maestría]. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- SHRYOCK R. (1961) The History of Quantification in Medical Science. En: Woolf H, editor. *Quantification: A History of the Meaning of Measurement in the Natural and Social Sciences*. New York: Bobbs Merrill; p. pp. 85-107.
- SIGERIST H. (1981) Hitos en la Historia de la Salud Pública. México: Siglo XXI.
- SPINELLI H, Alazraqui M, Calvelo L, Arakaki J. (2000) Mortalidad Infantil: un Indicador para la gestión Local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- SPINELLI H, MACÍAS G, DARRAIDOU V. (2008) Procesos macroeconómicos y homicidios. Un estudio ecológico en los partidos del Gran Buenos Aires (Argentina) entre los años 1989 y 2006. *Salud Colectiva*; 4(3):283-99.
- SPINELLI H, Alazraqui M, Macías GR, Zunino MG, Nadalich JC. (2005) Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el Sector Salud. Buenos Aires: OPS.
- SPINELLI H, Alazraqui M, Zunino G, Olaeta H, Poggese H, Concaro C, et al. (2006) Fire-arm-related deaths and crime in the Autonomous City of Buenos Aires, 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*; 11(2):327-38.
- SPINELLI H. (2005) Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. En: Minayo MC, Coimbra C, editores. *Críticas e Atuantes Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. pp. 315-32.
- SPINELLI H, Urquía M, Bargalló L, Alazraqui M. (2004) Equidad en Salud: Teoría y Práxis. En: Spinelli H, editor. *Salud Colectiva Cultura, Instituciones, Subjetividad Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; p. pp. 247-77.
- VIOTTI R, Vigliano C, Álvarez M, Lococo B, Petti M, Bertocchi G, et al. (2009) El impacto de las condiciones socioeconómicas sobre la evolución de la enfermedad de Chagas crónica. *Revista Española de Cardiología*; 62(11):1224-32.
- VERBITSKY B. (2003) Villa Miseria también es América. Buenos Aires: Sudamericana.
- WHITEHEAD M. (1991) Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- WHITEHEAD M. (1988) *The Health Divide. Inequalities in health*. London: Penguin.
- ZUNINO MG. (2005) Perfil epidemiológico de la mortalidad por violencias en el Municipio

de Lanús entre los años 1998 y 2002 [Tesis de Maestría]. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.

ZUNINO MG. (2008) Muertes por violencias y desigualdades en el Municipio de Lanús. En: Spinelli H, Alazraqui M, editores. Desigualdades en salud en el nivel local / municipal. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa; p. pp. 125-39.

Cobertura, Riesgo y Prevención

Rol del Estado en Salud: Argentina 2003

Daniel Maceira¹

Centro de Estudios de Estado y Sociedad, (CEDES) Buenos Aires, Argentina

Introducción

Desde una perspectiva de financiamiento, el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Sin embargo, pese a que la distinción entre ellos pareciera clara y bien definida, la amplia heterogeneidad existente hacia el interior de cada uno y la fragmentación de las instituciones que componen cada grupo, constituye un complejo entramado de acciones e incentivos no necesariamente resultantes de una estrategia coordinada de salud (Maceira, 2006).

Tal falta de coordinación y articulación entre ellos impide la conformación de un “sistema formal” de salud, atentando contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Asimismo, la falta de integración entre los subsistemas y al interior de cada uno de ellos tampoco coopera en esa dirección. En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) presente en otros modelos descentralizados y federales. Los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, por su parte están compuestos por un excesivo número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y la modalidad de gestión.

Lo mencionado provoca efectos nocivos sobre la estructura del sistema y

1 . Este proyecto contó con el aporte financiero de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME). Se agradece la colaboración de Fernanda Villalba en la elaboración de este documento, y el apoyo de Osvaldo Tibaudin, Rodolfo Vincent y Víctor Hugo Quiñones. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

condiciona las estrategias de atención, disparando no sólo la inducción de demanda sino también subsidios cruzados y transferencia de riesgos financieros y sanitarios. Ello posiblemente sea más evidente en cuanto se analice la operatoria del sector por tipo de servicio (preventivos, curativos, etc.), pudiendo identificar aquellos aspectos relacionados con la estructura del mercado proveedor, separando por un lado, los patrones de consumo de la demanda y, por otro, estableciendo las pautas de priorización del sector público.

A partir de ello, el presente documento se propone responder a las siguientes preguntas que motivaron su elaboración:

1. ¿Es posible comprobar la existencia de demanda inducida en consultas médicas mediante el estudio de patrones de consumo de bienes y servicios de salud por parte de la población, determinando la importancia relativa de los factores de oferta y demanda?
2. ¿Las hipótesis tradicionales sobre salud y los niveles de ingreso, educación, y los enfoques de género y edad como factores explicativos y determinantes de la existencia de consultas, se siguen manteniendo cuando éstas se desagregan entre intervenciones preventivas y curativas?
3. Complementando lo anterior, ¿la existencia de cobertura fomenta diferentes tipos de consulta?
4. ¿El hospital/efector público posee una estrategia de protección de capital físico, generando externalidades al resto de la sociedad?

Características de los Instrumentos Estadísticos Utilizados

Con el propósito de responder a estas preguntas, el documento utiliza como fuentes de información la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares en Servicios de Salud (ENUG 03), elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación (2003), y la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1997 (ENGH, 1997; INDEC, 1997), complementando con información relacionada con la organización del sistema de salud argentino, las características sociodemográficas de la población y la organización de los sistemas de aseguramiento social en salud.

La Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud es un relevamiento por encuestas a una muestra nacional de 2317 personas de todas las edades (1538 mayores de 18 años y 779 menores), destinado a evaluar aspectos de utilización y gastos en servicios de salud, con especial énfasis en el uso y gasto en medicamentos, complementando dicha información con características sociodemográficas de la población.

Gracias al diseño del cuestionario se puede conocer el número de consultas

durante el último año, el motivo y lugar de realización de la misma y la existencia de cobertura médica y de pago de bolsillo. Del mismo modo, se indaga sobre la necesidad de internación hospitalaria, la utilización y compra de medicamentos, y la fuente de financiamiento en ambos casos. También se cuenta con información acerca de diagnósticos asociados a enfermedades de tratamiento prolongado, permitiendo determinar el peso relativo del gasto de bolsillo por tipo de enfermedad.

En todos los casos, la encuesta revela el nivel de ingreso del entrevistado adulto y su familia, así como también el tipo de trabajo que desarrolla, y su nivel de educación.

Esta información se complementa con aquella suministrada por la ENGH, 1997. Su alcance y representatividad también son de orden nacional.

Análisis de Resultados

La presente sección tiene como objetivo estudiar la estructura de atención por subsistema y según características socio-demográficas. El fin ulterior es intentar determinar si estos mecanismos de aseguramiento promueven la prevención del capital físico (la salud de la población) y cuáles son los tipos de prácticas de consultas y consumo que fomentan.

Se presentan a continuación dos cuadros obtenidos a partir de la ENGH-97 constituyendo la “línea base” del presente estudio. En el primero de ellos se observa la cobertura por quintiles de ingreso per cápita familiar y el segundo brinda una aproximación sobre la transferencia de riesgos al sector público por parte de los sistemas de aseguramiento (social y privado), al presentar información acerca de la asistencia a centros de salud pública según niveles de ingreso y cobertura.

El cuadro 1 muestra por quintil de ingreso, el tipo de cobertura formal por grupo, como así también para cada caso, el total de individuos que recurrían al hospital público como primera fuente de atención en 1997. Cada una de las casillas identifica el número total de personas del quintil con cobertura específica por fuente. Este valor se acompaña por dos porcentajes: el peso de ese grupo de cobertura para el total del quintil (lectura vertical) y el porcentaje de individuos del quintil sobre el total de cobertura del aseguramiento de referencia (lectura horizontal).

La cobertura formal de la población argentina supera el 60% (48,8% obras sociales, 10% prepagas y 3,8% de la población con doble afiliación), en tanto el 37,7% de los argentinos contaba con el sistema público como único mecanismo de cobertura.

Sin embargo, estos valores son disímiles entre grupos de ingreso: menos del 30% de los individuos del primer quintil contaban con cobertura de obra social, en tanto este porcentaje se duplica en los tres quintiles de mayor ingreso. La cobertura de las prepagas (seguros privados) también aumenta con el ingreso, aunque en una proporción sensiblemente mayor: mientras que en el primer quintil sólo 2,9% de la

población abonaba una cobertura de este tipo, la proporción ascendía al 21,8% en el quinto quintil. Finalmente, los usuarios de hospitales públicos se concentraban en el estrato más humilde, superando ampliamente el 50% de las consultas en este tipo de establecimientos.

Cuadro 1. Cobertura por quintil* de ingreso per cápita familiar

Cobertura de Salud		Quintiles de ingreso per cápita familiar					Total
		I	II	III	IV	V	
Sólo Obra Social	a	2,400,893	3,358,834	3,129,346	3,018,716	2,448,030	14,355,819
	b	28.80%	52.00%	57.00%	61.70%	58.00%	48.80%
	c	16.70%	23.40%	21.80%	21.00%	17.10%	100.00%
Sólo Sistema Privado	a	238,328	426,473	571,042	737,368	921,003	2,894,214
	b	2.90%	6.60%	10.40%	15.10%	21.80%	9.80%
	c	8.20%	14.70%	19.70%	25.50%	31.80%	100%
Obra Social y Seguro Privado	a	47,290	146,364	184,373	246,535	482,671	1,107,233
	b	0.60%	2.30%	3.40%	5.00%	11.40%	3.80%
	c	4.30%	13.20%	16.70%	22.30%	43.60%	100%
Sólo Hospital Público	a	5,625,615	2,513,150	1,587,059	872,778	364,617	10,963,219
	b	67.50%	38.90%	28.90%	17.80%	8.60%	37.30%
	c	51.30%	22.90%	14.50%	8.00%	3.30%	100.00%
Resto (d)	a	4,055	7,231	11,017	10,856	6,158	39,317
	b	0.50%	0.10%	0.20%	0.20%	0.10%	0.10%
	c	10.30%	18.40%	28.00%	27.60%	15.70%	100.00%
NS/NR	a	17,151	3,294	11,413	4,343	1,438	37,639
	b	0.20%	0.10%	0.20%	0.10%	0%	0.10%
	c	45.60%	8.80%	30.30%	11.50%	3.80%	100.00%
Total	a	8,333,332	6,455,346	5,494,250	4,890,596	4,223,917	29,397,441
	b	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	c	28.30%	22.00%	18.70%	16.60%	14.40%	100.00%

(a) Individuos

(b) En porcentaje sobre el total de individuos por quintil

(c) En porcentaje sobre el total de individuos con misma cobertura

(d) "Resto" refiere a categorías de cobertura distintas a las anteriores

* La clasificación en quintiles corresponde a los hogares

El cuadro 2 muestra la asistencia a centros de salud pública por tipo de cobertura y quintiles de ingreso per capita familiar.

Cuadro 2. Asistencia a centro de salud público por cobertura de salud por quintiles*

Cobertura de Salud		Quintiles de ingreso per cápita familiar					Total
		I	II	III	IV	V	
Sólo Obra Social	a	515,220	636,548	482,083	343,986	207,740	2,185,577
	b	18.40%	39.10%	43.30%	51.10%	57.50%	33.30%
Sólo Sistema Privado	a	49,255	85,033	89,726	72,533	44,836	341,383
	b	1.80%	5.20%	8.10%	10.80%	12.40%	5.20%
Obra Social y Seguro Privado	a	9,089	19,747	25,388	17,865	27,654	99,743
	b	0.30%	1.20%	2.30%	2.70%	7.60%	1.50%
Sólo Hospital Público	a	2,212,430	882,436	511,278	238,285	81,288	3,925,717
	b	79.20%	54.20%	46.00%	35.40%	22.50%	59.70%
Resto (d)	a	2,273	3,963	2,788	545	46	9,615
	b	0.10%	0.20%	0.30%	0.10%	0.00%	0.10%
NS/NR	a	5,673	1,634	1,285	282	0	8,874
	b	0.20%	0.10%	0.10%	0.00%	0.00%	0.10%
Total	a	2,793,940	1,629,361	1,112,548	673,496	361,564	6,570,909

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997-INI

(a) Individuos

(b) En porcentaje sobre el total de individuos por quintil

(c) "Resto" refiere categorías de cobertura distintas a las anteriores

(d) "Otros" incluye "Ns/Nr"

* La clasificación en quintiles corresponde a los hogares

De la lectura del cuadro se observa que el porcentaje de personas que no cuentan con ningún tipo de cobertura y que asisten a centros de atención pública va disminuyendo a medida que aumenta el nivel de ingreso, partiendo de un 79.2% del quintil más pobre y alcanzando 22.5% en el 20% más rico de la población. La diferencia entre estos dos grupos radica básicamente en la posibilidad de elección de concurrencia con la que cuentan las personas de mayores ingresos, fundamentado probablemente en la reputación y calidad de algunos servicios prestados por parte del sector público. Aproximadamente el 12% y 7% de la atención nacional de salud pública es a individuos que cuentan con cobertura privada y doble afiliación respectivamente y, que pertenecen al quinto quintil de ingresos.

Protección del capital físico

Algunos trabajos tradicionales sobre economía de la salud planteaban la dinámica del sector a partir de la idea de capital físico (Grossman, 1972), argumentando que cada individuo “recibe” una dotación de capital (su salud) que debe mantener y cuidar a lo largo de su vida. Desde esta perspectiva, la consulta curativa podría observarse como una acción dirigida a restaurar ese capital, en tanto que una acción preventiva involucra una mirada más estratégica, en tanto tiene como fin actuar con antelación, evitando el evento de enfermedad. Sin embargo, la incertidumbre sobre cuándo y cuánto involucran estas acciones, llevan a tomar seguros que protejan al paciente contra los costos vinculados a mantener/proteger tal capital físico. Agregando a este argumento, no sólo el individuo sino el Estado se encuentran involucrados en generar tales acciones de protección. Ello es así por dos motivos: (i) el capital físico de un individuo forma parte de la riqueza social del país, y (ii) el Estado debe proveer los instrumentos para que las familias de bajos ingresos cuenten con mecanismos de protección, independientemente de su capacidad de pago (Maceira, 2008). Se sigue entonces que el Estado preferiría proteger mediante acciones preventivas a las familias sin autonomía financiera.

El Cuadro 3 muestra por quintil de ingreso el porcentaje de las consultas médicas preventivas realizadas cuya fuente es la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003 (ENUG 03). Dado que este instrumento permite conocer el motivo de la consulta, todas aquellas respuestas referentes a controles de embarazo, post-parto y chequeos médicos generales sin sentirse enfermo, han sido consideradas como consultas de índole preventiva.

Complementariamente, el cuadro presenta el precio promedio abonado por consulta y por quintil de ingreso, ya sea que el desembolso haya sido total o parcial como así también el porcentaje que éste representa sobre el ingreso per cápita.

De las 2.207.205 consultas realizadas por individuos mayores a 18 años de edad, aproximadamente el 27% de las mismas corresponde al quintil más rico de la población, seguido del primer y segundo quintil (18.7% y 17.6%, respectivamente). Si bien estos tres niveles de ingreso son las que presentan mayor cantidad de consultas preventivas, se diferencian en su composición. En los dos primeros quintiles de ingreso predominan las consultas por control del parto y post-parto mientras que, en el 20% más rico de la población las consultas corresponden en su mayoría a controles generales sin sentirse enfermo. Estos valores muestran que es fundamentalmente el embarazo el motivo de prevención de los más pobres, en tanto el control del adulto sano es más frecuente a mayores niveles de ingreso.

Claramente y confirmando lo que a priori se supone, el peso del gasto en consultas sobre el ingreso per cápita disminuye a medida que aumenta este último, registrándose valores del orden del 2% para el primer y segundo quintil, pasando a 0.8% para en el tercero y cuarto, hasta llegar a un escaso 0.3% en el quintil más rico. Respecto

del precio promedio abonado por consulta, se observan ciertas similitudes entre diferentes niveles de ingreso, extendiéndose de 1,15\$Arg. a 2,54\$Arg. (entre USD 0,40 y USD 0,85, aproximadamente). Sólo en el quinto quintil el gasto por consulta supera el promedio de USD 1,5.

Cuadro 3. Consultas preventivas por quintiles, precio promedio de consulta y porcentaje sobre ingreso per capita familiar

Quintiles de ingreso	Control de embarazo y post-parto	Control general	Precio promedio de la consulta	% sobre el ingreso per capita
I	56%	4.50%	\$1.15	2.00%
II	14%	19%	\$2.54	2.00%
III	5%	13.80%	\$1.50	0.80%
IV	11%	17.70%	\$2.49	0.80%
V	11%	32.70%	\$4.15	0.30%
Ns/Nr	3%	12.30%	\$0.83	-
Total	609,266	1,597,939	\$2.11	1.20%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Si se analizan únicamente el primer y quinto quintil de ingreso, se aprecia que si bien el precio promedio abonado por consulta por el segundo de estos grupos es mayor respecto del primero, su peso porcentual sobre el ingreso per cápita resulta significativamente menor.

El cuadro 4 completa el planteo anterior, al analizar las consultas preventivas en adultos mayores de 17 años según su nivel de educación. Del mismo se deduce que el grueso de las consultas preventivas se encuentra en las categorías secundario, tanto incompleto como completo, registrando cada uno de ellos un 23.3% de las demandas totales. Seguidamente se ubica la categoría universitario/superior completo con un 20.2% sobre el total. Respecto del precio por consulta se observa que las dos primeras categorías educativas no presentan diferencias significativas respecto del precio promedio abonado por consulta, como así tampoco en lo que al peso porcentual sobre el ingreso per cápita familiar respecta.

Se deduce entonces que la clase media resulta ser el estrato social marginalmente más demandante de servicios preventivos (por controles generales, y embarazo). Los grupos menos educados tienen tasas de uso entre tres y cinco veces menores a segmentos de la población con educación secundaria, en tanto las personas con estudios universitarios consumen menos atención asociada con salud reproductiva e igual o mayor atención de protección en general. Finalmente una última desagregación se

presenta en el cuadro 5 en el cual se muestran las consultas preventivas desagregadas por tramos de edad.

Cuadro 4. Consultas preventivas por nivel de educación, precio promedio de consulta y porcentaje sobre ingreso per capita familiar

Nivel de Educación	Control de embarazo y post-parto	Control general	Precio promedio de la consulta	% sobre el ingreso per capita
Primaria incompleto	7%	7.30%	\$1.46	0.80%
Primaria completo	15%	13.50%	\$1.32	0.80%
Secundario incompleto	37%	18.10%	\$2.18	2.60%
Secundario completo	15%	26.50%	\$4.14	0.60%
Univ./Sup incompleto	7%	14.00%	\$2.50	1.70%
Univ./Sup completo	19%	20.60%	\$1.77	0.40%
Total	609,266	1,597,939	\$2.23	1.10%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro 5. Consultas Preventivas por Grupo Etéreo, Precio Promedio de Consulta y Porcentaje sobre Ingreso per Capita Familiar

Grupo Etéreo	Control de embarazo y post-parto	Control general	Precio promedio de la consulta	% sobre el ingreso per capita
18 a 29 años	62%	17.80%	\$2.14	2.40%
30 a 44 años	38%	32.90%	\$3.32	0.70%
45 a 64 años	0%	29.70%	\$1.94	0.60%
65 y más años	0%	19.50%	\$1.56	0.70%
Total	609,266	1,597,939	\$2.24	1.10%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

De la lectura de la información volcada en este cuadro se concluye que el mayor porcentaje de consultas preventivas se concentra en los dos primeros rangos de edad, personas entre 18 y 44 años, alcanzando entre ambos un 64.3% del total. Estos dos grupos presentan una mayor proporción de controles prenatales y de post-parto respecto de los chequeos médicos generales sin sentirse enfermo, lo cual se asocia al ciclo fértil de este segmento etéreo. Estos grupos también muestran un mayor precio

promedio abonado por consulta (\$2.14 y \$3.32), debido a la mayor frecuencia de consumo.

La combinación de la información brindada en los cuadros confirma la hipótesis que a mayor ingreso y más educación, mayores son las consultas por razones preventivas.

Cobertura y protección en salud

La presente sección estudia los motivos de consulta, intentando asociar probabilidad de demanda de servicios con el tipo de cobertura y fuente de atención.

Cuadro 6. Tipo de Consultas según Cobertura y Lugar de Concurrencia

Tipo de Consulta	Cobertura				Total
	Sí		No		
	Público A	Privado B	Público C	Privado D	
Preventiva	139,327	1,369,661	614,204	84,013	2,207,205
	13.00%	29.60%	30.90%	25.40%	27.50%
	\$2.87	\$1.56	\$1.01	\$26.05	\$7.87
Curativa	927,112	3,092,831	1,338,989	211,510	5,570,442
	86.20%	66.80%	67.30%	64.00%	69.40%
	\$3.32	\$9.35	\$1.19	\$20.31	\$8.54
Análisis	8,769	168,910	37,260	34,736	249,675
	0.80%	3.60%	1.90%	10.50%	3.10%
	\$0.00	\$5.78	\$0.75	\$2.68	\$2.30
Total	1,075,208	4,631,402	1,990,453	330,259	8,027,332
	100%	100%	100%	100%	100%
	\$2.06	\$5.56	\$0.98	\$16.35	\$6.24

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

El cuadro 6 desagrega las consultas médicas en tres categorías: “preventivas”, “curativas” y “estudios y análisis”, analizando estos motivos de demanda de cuidado según la existencia de cobertura y el lugar de atención. De acuerdo a los datos presentados, del total de las personas mayores de 18 años con cobertura que han realizado consultas médicas, el 69.4% lo han hecho por razones de índole curativa. Este valor se incrementa a 86.2% en el caso de individuos con cobertura que acuden al sector público, en contraste con el 67.3% de las curaciones sin cobertura. Ello

sugiere la existencia de subsidios cruzados contra el sector público (un cuarto de la población con cobertura formal acudió al sistema público), como también un mayor sesgo preventivo de la autoridad sanitaria, en tanto sus pacientes naturales, aquellos sin cobertura cuentan con niveles de cuidados por controles mayores al promedio nacional.

Al interior del grupo con cobertura formal, es posible establecer quiénes usaron establecimientos públicos (A) o privados (B), tanto en prevención como en consultas para restaurar la salud. La relación de (A/B)P en consultas preventivas y (A/B)C en curativas sobre el total, cuyos cálculos arrojan valores de 0.43 y 1.30, respectivamente, brindan una medida del diferencial de transferencia de riesgo (selección adversa) de los seguros sociales y privados al sector público. En Argentina, tanto los sistemas de aseguramiento social (llamados Obras Sociales, que operan solidariamente y se financian mediante contribuciones salariales y patronales) como las prepagas (seguros privados), contratan mayoritariamente servicios a médicos, clínicas y sanatorios privados. El subsistema público brinda mayoritariamente cobertura a los pobres sin empleo formal. Sin embargo, este mismo riesgo no se evidencia si se analizan los gastos de bolsillo. Ello no se debe necesariamente a que los pacientes transferidos son menos costosos en tratamiento sino que el riesgo financiero lo absorbe el Estado al cobrar abonos de bajo valor o nulos (*risk absorption*).

El cuadro también sugiere la mayor probabilidad de inducción de demanda por causas curativas más que preventivas, aunque ello podría también estar asociado con características y motivos de consulta de la demanda, lo que será estudiado en el análisis de regresión de la siguiente sección.

La figura 1 complementa el análisis comparando la cobertura total en salud y el sesgo preventivo por quintil de ingreso. Un gráfico de cuatro cuadrantes a partir de las medias nacionales de cobertura formal (aquellos sin cobertura formal reciben atención en el sector público), y de consultas preventivas muestra cuatro áreas posibles, destacándose dos extremas: una de alta cobertura y marcado sesgo preventivo y, otra de baja cobertura, principalmente de carácter curativo.

Figura 1



Cuadro 7. Sesgo Preventivo y Cobertura de Salud por Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar

Quintiles de ingreso	Controles Consultas Curativas	Cobertura
I	8.50%	29.40%
II	28%	50.50%
III	21.90%	73%
IV	23.10%	67.50%
V	40.50%	85.20%
Total	28.20%	61.10%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

En función de los datos tabulados en el cuadro 7, se puede determinar en qué cuadrante del gráfico anterior se ubica cada uno de los quintiles de ingreso. El cuadrante número cuatro (4) corresponde al escenario menos deseado de los cuatro posibles y, el primero (1) al mejor de ellos, donde se conjugan altos niveles de cobertura y alta proporción de consultas preventivas respecto de las curativas.

Considerando únicamente a los chequeos generales sin sentirse enfermo como representativos de consultas preventivas, se determina que el 20% más pobre de la población se ubica en el cuarto cuadrante muy por debajo tanto de la media nacional de cobertura como del promedio de consultas preventivas.

En el segundo cuadrante se ubica el segundo quintil de ingreso, siendo ésta una zona por encima del promedio nacional de prevención pero que registra bajos niveles de cobertura. Seguidamente el tercer y cuarto quintil de ingresos se agrupan en el tercer cuadrante. Finalmente el 20% más rico de la población se posiciona en el primero de los cuadrantes, es decir en el mejor de los escenarios planteados, registrando niveles de cobertura y de atención preventiva superiores a los promedios nacionales.

La existencia de consultas preventivas es un indicador de la posibilidad que tienen los individuos de proteger su capital físico. A este respecto resulta interesante analizar, en línea con el análisis anterior, qué tipo de proveedor de servicios de salud brinda este tipo de atención. Con el propósito de responder a esta pregunta, se presenta a continuación el cuadro 8.

De todos aquellos individuos que no cuentan con cobertura de salud, se observa que hasta el tercer quintil de ingresos el sector público es quien absorbe principalmente la demanda, mientras que en los dos últimos quintiles la misma se canaliza a través del sector privado, evidenciándose de esta manera el conocido sesgo del efector público hacia los grupos más vulnerables de la población.

Cuadro 8. Consultas Preventivas según Quintiles de Ingreso, Cobertura y Lugar de Atención

Quintiles de ingreso	Cobertura				Total
	Sí		No		
	Público	Privado	Público	Privado	
I	31.20%	1.20%	56.00%	11.10%	413,932
II	14.30%	17.10%	22.10%	0.00%	390,359
III	34.50%	11.30%	5.90%	11.10%	247,870
IV	12.30%	21.90%	1.20%	30.50%	350,704
V	0.00%	39.00%	2.80%	47.30%	590,391
Ns/Nr	7.60%	9.50%	11.90%	0.00%	213,949
Total	139,327	1,369,661	614,204	84,013	2,207,205
	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro 9. Internación según Cobertura, Lugar de Concurrencia y Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar

Quintiles de ingreso	Cobertura				Total
	Sí		No		
	Público A	Privado B	Público C	Privado D	
I	93,803	27,936	451,354	0	573,093
	43.80%	2.90%	76.80%	0.00%	31.70%
II	27,945	133,274	45,483	9,306	216,008
	13.10%	13.70%	7.70%	26.80%	12.00%
III	19,964	162,125	27,399	25,430	234,918
	9.30%	16.70%	4.70%	73.20%	13.00%
IV	18,621	302,633	37,386	0	358,640
	8.70%	31.20%	6.40%	0.00%	19.90%
V	36,827	299,843	7,675	0	344,345
	17.20%	30.90%	1.30%	0.00%	19.10%
Ns/Nr	16,872	44,389	18,084	0	79,345
	7.90%	4.60%	3.10%	0.00%	4.40%
Total	214,032	970,200	587,381	34,736	1,806,349
	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Este planteo se complementa con el cuadro 9 que analiza los patrones de transferencia de riesgo financiero y epidemiológico hacia el sector público en internación. Según la información brindada, del total de las personas mayores a 18 años sin cobertura médica que han sido internadas en el último año previo a la encuesta, el 94.4% ha recurrido al sector público para dichos fines. Dentro de este subgrupo, el 76.8% pertenece al 20% más pobre de la población.

Por otra parte, del total de personas con cobertura que han sido internadas en el hospital público, un 44% aproximadamente pertenece al quintil más bajo y, un 17% del total de las internaciones corresponden al quinto quintil de ingresos. Así, buena parte de la población más rica satisface sus necesidades en el sector público.

El sector público llega a cubrir más del 95% de la población con registro de internación en el último año perteneciente al 20% más pobre de la población, mientras que sólo cubre a un 13% del quinto quintil de ingresos.

Cuadro 9. Internación según Cobertura, Lugar de Concurrencia y Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar

Quintiles de ingreso	Cobertura				Total
	Si		No		
	Público A	Privado B	Público C	Privado D	
I	93,803	27,936	451,354	0	573,093
	43.80%	2.90%	76.80%	0.00%	31.70%
II	27,945	133,274	45,483	9,306	216,008
	13.10%	13.70%	7.70%	26.80%	12.00%
III	19,964	162,125	27,399	25,430	234,918
	9.30%	16.70%	4.70%	73.20%	13.00%
IV	18,621	302,633	37,386	0	358,640
	8.70%	31.20%	6.40%	0.00%	19.90%
V	36,827	299,843	7,675	0	344,345
	17.20%	30.90%	1.30%	0.00%	19.10%
Ns/Nr	16,872	44,389	18,084	0	79,345
	7.90%	4.60%	3.10%	0.00%	4.40%
Total	214,032	970,200	587,381	34,736	1,806,349
	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Implementación Econométrica

La presente sección propone estimar mediante un análisis multivariado la probabilidad de realizar consultas, ya sean preventivas o curativas. Tal probabilidad se supone asociada con alguna de las características identificadas como variables explicativas mediante un modelo de regresión logística. Puesto que la variable dependiente en este caso toma sólo dos valores, asociando la unidad a la ocurrencia del evento, la probabilidad, condicionada a las variables explicativas dadas, puede plantearse de la siguiente forma:

$P_i = F(X_i \beta)$, donde el vector X_i se asocia con características de la demanda, del tipo de institución proveedora, y del sesgo brindado por la presencia o no de cobertura formal. El vector β contiene los coeficientes que surgen de la estimación.

El ejercicio se instrumenta con variables explicativas asociadas con:

- Ingreso per capita ajustado por adulto equivalente² (ipcf_ae)
- Niveles de educación: variable categórica 1(sin estudios)– 6 (Univ./ Sup. Completo).
- 2 variables dummies, una para individuos de 40 años o más (edad40) y otra que denota el género (siendo la categoría base, mujer).
- Cobertura: existencia o no de seguro de salud.
- Dummy identificando a la consulta realizada en establecimiento público (efect_publ)
- A partir de esta especificación de variables, se estima la probabilidad de realizar consultas, expresado formalmente de la siguiente manera:

$$\Pr(\text{Consulta}) = \beta_1 * \text{ipcf_ae} + \beta_2 * \text{edad40} + \beta_3 * \text{cobertura} + \beta_4 * \text{género} + \beta_5 * \text{educ} + \beta_6 * \text{efect_publ}$$

En ambos casos, las variables dependientes son binarias y responden a la descripción mencionada al principio del documento: todos aquellos individuos de 18 años y más que hayan respondido haber realizado una consulta. Tal consulta se considera como preventiva si el motivo de la misma se asocia tanto con chequeos generales como con controles de embarazo y/o de post-parto. Cualquier otro motivo se entiende como de índole curativa. Los resultados obtenidos se presentan a continuación en el cuadro 10.

En tanto todos los coeficientes son significativos al 1%, se deduce que la existencia de cobertura no promueve la atención preventiva, dado que el signo del coeficiente asociado es negativo; sin embargo, en las atenciones de índole curativa, la existencia de algún seguro médico parece tener un impacto positivo. El sector público también resulta ser significativo para ambos tipos de atenciones pero sus signos son inversos,

2 La variable ingreso incorporada en las regresiones surge de tomar el ingreso per cápita familiar corregido por adulto equivalente según la información publicada por el INDEC para más de mayo de 2003 (Ver Anexo I).

lo cual ratifica lo mencionado anteriormente acerca del sesgo curativo que se presenta en el sector público como una clara consecuencia del riesgo transferido hacia este tipo de proveedor de servicios de salud.

Cuadro 10. Implementación Econométrica

Variable	Consulta	
	Preventiva	Curativa
Ingreso per cápita ajustado	0.0003954 (0.00000236)	-0.0002655 (0.00000231)
Educación	0.2153895 (0.000631)	-0.2644683 (0.0005987)
Edad 40	-0.5112147 (0.0019497)	0.485695 (0.0018413)
Género	-1.1060280 Efector Público	0.9554031 (0.0018807)
Efector Público	-0.4525592 (0.0026265)	0.5110537 (0.002467)
Cobertura	-0.4881035 (0.0026955)	0.5973943 (0.0025571)
Constante	-1.0154650 (0.004104)	0.8502827 (0.0038427)
Nº de Observaciones	7,895,433	7,895,433
LR chi(6)	756989.27	864317.97
Prob > chi ²	0.0000	0.0000

Todos los coeficientes resultan significativos al 1%; Error standard entre paréntesis

En concordancia con los resultados encontrados al principio de este documento, se verifica que a medida que aumenta el ingreso y el nivel de educación, principalmente, mayor es la posibilidad de observar consultas preventivas de protección al capital físico. Asimismo, la variable de género muestra alineamiento entre ser mujer y aumento de chequeos preventivos, probablemente asociado con la atención del embarazo y parto.

Conclusiones

Este trabajo retoma la tradición de análisis de encuesta de hogares para el estudio de los patrones de cobertura y gasto en salud en Argentina (Maceira; 2006, 2008). La disponibilidad de información por tipo de atención, más allá del lugar de tratamiento y la cobertura permite profundizar sobre algunos aspectos menos conocidos del sistema, tales como los sesgos provenientes de cada tipo de prestador, la importancia del tipo de cobertura para contar con mayor atención (en cantidad y tipo), así como también los indicios de transferencia de riesgo y selección adversa por parte de cada subsistema.

Del análisis de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Salud 2003, y en base a las preguntas de investigación planteadas al inicio del documento, se extraen las siguientes conclusiones:

La atención preventiva del adulto sano aumenta con el ingreso, lo que muestra que el capital físico es protegido paralelamente a la generación de capital monetario.

Si bien mayores niveles de educación se asocian con mayor probabilidad de consumo de atención preventiva, la clase media lleva el liderazgo en este campo, no por prevención, sino por controles relacionados con embarazo y parto.

Los controles generales muestran mayor frecuencia entre los adultos de 30-64 años, en tanto los controles asociados con el parto naturalmente son mayoritarios en el grupo de 18 a 29 años.

Aproximadamente el 70% de la población acude al sistema de salud por razones curativas, y sólo el 27,5% lo hace por controles preventivos. El peso de las consultas curativas asciende a 86,2% para la población con cobertura que acude al sector público en busca de atención, reflejando subsidios cruzados contra el sector público por tratamientos más onerosos.

Se identifica un relativo sesgo preventivo del sector público con respecto al de aseguramiento privado: la tasa de cuidados curativos de individuos sin protección formal y atención pública supera el promedio de la muestra para todo el sistema.

Se comprueba la presencia de selección adversa: el sector público cubre el 95% de las internaciones del primer quintil de ingresos, alcanzando a sólo un 13% de las realizadas en el quinto quintil.

La cobertura no estimula la atención preventiva, aunque sí la curativa. Ello demuestra que el sistema de incentivos monetarios por cápita no es suficiente para promover cambios en el modelo de atención.

Finalmente, el caso argentino muestra, al igual que sus pares de la región latinoamericana, las debilidades estructurales de los modelos segmentados de aseguramiento y atención, profundizando las brechas distributivas y limitando la protección del capital físico de los que menos tienen.

Referencias Bibliográficas

- GROSSMAN, M., (1972), "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, Vol. 80, N° 2, pp. 223-255
- INDEC (1997). Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, Buenos Aires, 1997.
- MACEIRA, D., (2006), "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", en Flood, C., "La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina.
- MACEIRA, D. (2008) Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros. El caso de Argentina. Nuevos Documentos Cedes, N° 42, Buenos Aires: Cedes, 77 p.
- Ministerio de Salud de la Nación (2003). Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares en Servicios de Salud, Buenos Aires.
- MORALES, E., (1988), "Canasta Básica de Alimentos – Gran Buenos Aires". Documento de Trabajo N° 3, INDEC/IPA
- Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2003, Indicadores Básicos.

Anexo I

Tabla de Equivalencias. Necesidades Energéticas y Unidades Consumidas según Edad y Sexo, Gran Buenos Aires

Edad	Sexo	Necesidades energéticas (Kcal)	Unidades consumidas/ adulto equivalente
Menor de un año	Ambos	880	0.33
1 año		1170	0.43
2 años		1360	0.50
3 años		1500	0.56
4 a 6 años		1710	0.63
7 a 9 años		1950	0.72
10 a 12 años	Varones	2230	0.83
13 a 15 años		2580	0.96
16 a 17 años		2840	1.05
18 - 29 años	Mujeres	1980	0.73
30 - 59 años		2140	0.79
60 y + años		2140	0.79
18 - 29 años	Varones	2860	1.06
30 - 59 años		2700	1.00
60 y + años		2210	0.82
18 - 29 años	Mujeres	2000	0.74
30 - 59 años		2000	0.74
60 y + años		1730	0.64

Nota: Extracto de tabla de MORALES, Elena (1988). Canasta básica de alimentos - Gran Buenos Aires. Documnetos de trabajo n°3. INDEC/IPA.

Equidade em Saúde no Brasil

Telma Maria Gonçalves Menicucci

Escola de Governo/ Fundação João Pinheiro - Belo Horizonte/Brasil

Introdução

O Brasil é um país continental, com uma área de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e uma população de aproximadamente 160 milhões de habitantes. O país se constitui em um sistema federativo, estruturado em três níveis político-administrativos: a União, os estados (26) e os municípios (5.507), além do Distrito Federal, estando os estados agrupados em 5 macro-regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Além de grande é um país complexo e muito desigual, onde manifestam-se nítidas diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões e, dentro delas, entre seus distintos municípios e grupos sociais.

É sobre este país federativo, grande, complexo e desigual que está ocorrendo o processo de descentralização dos serviços de saúde desde o final dos anos 80 quando o país iniciou uma ampla reforma sanitária, institucionalizada através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A igualdade e a universalidade de acesso, vinculadas à noção de saúde como direito de cidadania, foram princípios norteadores dessa reforma, desencadeada de forma articulada com o processo de transição democrática então vivido pelo Brasil. Se é verdade que esses princípios passaram a se constituir como os objetivos e desafios da política de saúde, têm sido muitas as dificuldades enfrentadas para sua concretização efetiva através da implantação do SUS, não apenas em decorrência das características do país, prévias à reforma sanitária, mas também em função da conjuntura econômica desfavorável que caracterizou a década. Daí que, frente à constatação da iniquidade ainda prevalente e em consonância com uma tendência geral entre os chamados países em desenvolvimento, também no Brasil o tema da equidade tem permeado o debate contemporâneo sobre as políticas de saúde embora nem sempre, ou na maioria das vezes, não esteja explícito o seu

significado na perspectiva da saúde, bem como sua distinção ou sobreposição com a idéia de igualdade.

A partir da constatação de uma imprecisão conceitual, esse artigo tem como objetivo inicial precisar, a partir da literatura de maior expressão institucional, o conceito de equidade em saúde para, a partir daí, identificar qual a concepção que prevalece na legislação brasileira. Em seguida, trata de mensurar a situação de iniquidade prevalente no país, em discrepância com os princípios que nortearam o desencadeamento da reforma sanitária há cerca de uma década e cujos determinantes remetem a condições sócio-econômicas que extrapolam a capacidade do sistema de atenção à saúde em garantir a equidade.

Equidade em Saúde: Conceituação

A dicotomia igualdade/desigualdade tem grande centralidade no pensamento social moderno, tendo o igualitarismo se constituído enquanto um princípio crucial das lutas políticas modernas, associado ao desenvolvimento do estado-nação e da expansão dos direitos sociais da cidadania. Nas últimas décadas emergiu uma concepção de igualdade como equidade, a partir da associação da noção de igualdade à idéia de justiça. Em um movimento de enriquecimento da concepção de cidadania, transitou-se da noção de igualdade formal para a de equidade, vista como a distribuição de riqueza (GERSCHMAN, 1995).

Daí que, no âmbito principalmente do debate relativo às política sociais, o tema da equidade tem substituído o da igualdade, embora muitas vezes a distinção entre os dois apareça mais de forma implícita, e outras vezes os dois termos sejam usados de forma intercambiável. Em termos gerais, pode-se dizer que igualdade remete à idéia de uma distribuição igual em termos matemáticos de algum valor e equidade incorpora à noção de igualdade a idéia de justiça distributiva e tem a ver com a proposta de inclusão dos indivíduos a partir do reconhecimento da exclusão.

Nos últimos anos, qualquer discussão de justiça ou de equidade passa necessariamente pela obra de Rawls cujos trabalhos sobre este tema desde a publicação em 1971 de *A Theory of Justice* tiveram grande repercussão e têm influenciado o pensamento político e econômico contemporâneo. A noção de justiça como equidade, na perspectiva de Rawls, apesar de envolver uma concepção moral, deve, entretanto, ser entendida como uma concepção política a ser buscada numa sociedade democrática. Nessa perspectiva, o objetivo da justiça como equidade é essencialmente prático: servir de base a um acordo político, informado e voluntário, entre cidadãos vistos como pessoas livre e iguais - a reconciliação através da razão pública. Em outros termos, a justificação de uma concepção de justiça é mais uma tarefa social prática do que um problema epistemológico ou metafísico, vinculando-se diretamente a uma concepção de contrato social (RAWLS, 1992 e 1997).

A teoria da justiça de Rawls tenta reconciliar a tradição liberal da cidadania com uma concepção social de riqueza econômica; reconciliar o racionalismo utilitário com o máximo grau de liberdade pessoal e ainda com um princípio social de redistribuição (TURNER 1986). Essa tentativa de Rawls se expressa em dois princípios de equidade, o princípio de igualdade e o princípio da diferença, esse segundo remetendo à uma concepção de justiça redistributiva:

1. Cada pessoa tem direito igual a um esquema plenamente adequado de direitos e liberdades básicas iguais, sendo este esquema compatível com um esquema similar para todos.
2. As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: primeiro, elas devem estar ligadas a cargos e posições abertos a todos em condições de justa igualdade de oportunidade; segundo, elas devem beneficiar maioritariamente (sic) os membros menos favorecidos da sociedade (1992, p.30).

De acordo como esses dois princípios, a sociedade justa deve: 1) envolver a maximização de liberdades básicas iguais, 2) os empregos e posições dentro de uma sociedade devem ser abertos a todos sob condições de igualdade de oportunidade, devendo ser garantida a posição social de acordo com a qualificação e capacidade e 3) a todos deve ser garantido o acesso inicial mínimo, justo e suficiente ao que Rawls denomina de “bens primários”, entendidos como os bens essenciais que devem ser distribuídos igualmente entre todos a menos que uma distribuição desigual destes bens possa ser vantajosa para os membros menos favorecidos da sociedade¹. O princípio é que desigualdade acima da renda média é socialmente desejável do ponto de vista de justiça apenas quando ela ajuda a reduzir as desigualdades que existem abaixo da média. A igualdade é desejável porque há um argumento moral em favor da equidade e porque este princípio particular de justiça traz benefício crescente para todos os membros da sociedade, mas, especialmente para aqueles menos favorecidos.

No âmbito da saúde, a equidade tem se constituído enquanto um dos princípios básicos que orienta o debate recente sobre as reformulação e efetividade dos sistemas de saúde, particularmente nos países da América Latina. O ponto de partida deste debate é a constatação das diferenças encontradas nos perfis de saúde entre países, entre regiões no mesmo país, bem como entre os grupos sociais, diferenças que podem ser medidas a partir das estatísticas standard de saúde e de indicadores demográficos como taxas de mortalidade e esperança de vida ao nascer. Diferenças no estado de saúde são associadas a diferenças econômicas, bem como também à acessibilidade e à qualidade dos serviços de saúde, sendo que, em geral, conforme diferentes estudos empíricos têm mostrado, os mais necessitados de atenção médica têm menor possibilidade de receber um nível alto de serviços².

1 Sen (1997) considera insuficiente a distribuição igualitária de bens primários, na medida em que são as capacidades dos indivíduos que definem a possibilidade de realizações ou o que se pode fazer com os bens primários.

2 O fato de que a oferta de serviços de saúde tende a variar inversamente às necessidades da população foi descrito de forma bastante conhecida por Hart (1971) como “inverse care law”.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma Ata, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, expressa o contexto normativo das principais diretrizes e princípios que passaram a nortear as reformas dos sistemas de saúde a partir dos anos 80. Entre as questões mais importantes afirmadas na “Declaração de Alma Ata”, está a consideração da saúde enquanto um direito humano fundamental, sendo a consecução do mais alto nível de saúde a mais importante meta social mundial, que permita minimizar a desigualdade no estado de saúde dos povos em nome de um princípio de justiça social. Para isso, a Declaração chama a atenção, por um lado, para a importância do desenvolvimento econômico e social para a realização da meta de saúde para todos e para redução da lacuna entre o estado de saúde dos países desenvolvidos e o dos em desenvolvimento, destacando ainda a necessidade de dar prioridade “aos que têm mais necessidade”.

Na busca de traduzir esses princípios em medidas concretas, foram se delineando concepções práticas da justiça no campo da saúde, nas quais se articulam a preocupação conceitual com a de construção de indicadores operacionais para mensurar a igualdade ou a equidade. Sendo na realidade um conceito multidimensional, para fins práticos ele se presta também a diferentes definições. Na sua maioria, as diferentes abordagens restringem a noção de equidade em saúde ao acesso aos serviços de saúde. Embora à primeira vista seja fácil aceitar a idéia de acesso equitativo como um dos critérios para definir equidade em saúde, não existe consenso em relação à definição de acesso ou sobre quais os indicadores para medi-lo. Explicações diferentes sobre o que seja acesso equitativo são de fato maneiras de falar sobre princípios de justiça distributiva para a atenção à saúde o que aponta para as implicações éticas das abordagens.

Tanahashi (1978), por exemplo, distingue dois enfoques da equidade em saúde. O primeiro considera a equidade financeira, que se refere-se ao financiamento do setor de acordo com a capacidade de pagamento da população; o segundo é o da equidade distributiva que considera que todos os membros de uma sociedade tem o direito de receber atenção à saúde de acordo com sua necessidade, estando relacionada com acessibilidade, cobertura e qualidade.

Para Lewis, Fein e Mechanic, o acesso é medido pela disponibilidade de serviços na comunidade, a possibilidade de obtenção de serviços por todos e quaisquer subgrupos da população, e a abrangência de serviços oferecidos a partir do primeiro cuidado. Existem barreiras ao acesso, tanto da perspectiva dos consumidores, quanto dos provedores de tal forma que o acesso é o resultado da relação entre características da oferta e características da população (demográficas, epidemiológicas, socioculturais e econômicas) que facilitam ou impedem o acesso.

O acesso pode também ser classificado em potencial e efetivo (ADAY e ANDERSEN, 1981) a partir da identificação das dimensões que descrevem a entrada (ou o ingresso) potencial e efetiva de um grupo populacional específico ao sistema de

provisão de serviços de saúde. Os indicadores que medem o acesso potencial podem ser: 1) indicadores estruturais (características do sistema de provisão de serviços: disponibilidade, volume, distribuição, organização, estrutura) e 2) indicadores de processo ou comportamento (características de indivíduos na população, incluindo fatores de predisposição como idade, status de saúde, *background* cultural e fatores facilitadores como renda ou cobertura por seguro). Por sua vez, o acesso efetivo é medido através de indicadores objetivos (utilização dos serviços de saúde) e indicadores subjetivos (satisfação do consumidor).

A partir dessa conceituação, equidade de acesso a cuidados de saúde existe quando os serviços são distribuídos com base na necessidade das pessoas – definidas por sexo e idade, correlacionados com variáveis de predisposição. Ao contrário, existe iniquidade quando os serviços são distribuídos com base em variáveis demográficas, como raça, renda familiar, lugar de residência e não pela necessidade. Ou ainda quando a variação no uso dos serviços é função da disponibilidade dos serviços ou de características facilitadoras dos indivíduos.

Visto enquanto distribuição espacial dos equipamentos e serviços, o acesso é a primeira condição para viabilizar a utilização, o que se relaciona com o princípio de que a oferta produz a demanda. Entretanto, a utilização efetiva é função do confronto entre recursos oferecidos e a demanda conformada uma vez que várias dificuldades que interpõem entre a presença física dos recursos e a acessibilidade efetiva para a sua utilização” (COHN e outros, 1991). Entre os obstáculos, estão aqueles colocados pela vida urbana (transporte e distância) e pela organização do processo de trabalho nos serviços de saúde (resistência, fila, espera, percepção sobre a qualidade do atendimento). O perfil da demanda conforma-se a partir da relação entre as resistências e o poder de utilização. E o acesso é definido a partir de disponibilidade mais aceitabilidade.

A OPAS (1983) introduz outras dimensões, considerando que o conceito de acesso equitativo pode ser interpretado de três maneiras: 1) como igualdade de acesso; 2) como acesso a tudo que o indivíduo necessite ou de que se beneficiaria, ou 3) como acesso a um nível adequado de cuidado - o conceito de adequado é relativo; seu conteúdo depende dos recursos disponíveis em uma sociedade e de um consenso quanto às expectativas sobre o que é adequado em uma sociedade em um momento específico.

A definição de equidade em saúde da OMS

Reconhecendo a imprecisão de que se reveste o termo equidade, a Organização Mundial de Saúde -OMS em documento de 1991 (WHITEHEAD, consultora OMS/EURO) busca fazer uma sistematização do conceito que ultrapassa em muito a idéia de equidade enquanto acesso a serviços de saúde. Partindo da constatação das diferenças nos perfis de saúde dos indivíduos, medidos através de vários indicadores,

WHITEHEAD considera que nem todas as diferenças entre as pessoas podem ser consideradas como iniquidade. Este último termo tem uma dimensão moral e ética e se refere àquelas diferenças que são desnecessárias e evitáveis e, ainda, consideradas injustas no contexto da sociedade, variando, portanto, de um país para o outro e em função do tempo. Consideram-se diferenças de saúde como injustas quando elas são resultantes de fatores que não dependem da escolha dos indivíduos ou estão fora de seu controle.

Entre as diferenças que não seriam consideradas como iniquidades, mas apenas desigualdades em um sentido matemático, é apontada a variação natural, biológica entre um indivíduo e outro- como as diferenças de saúde entre grupos de idade e entre sexos -e as decorrentes de comportamento danoso à saúde escolhido livremente- como tabagismo e prática de esportes perigosos.

Para especificar as diferenças que constituem iniquidade, são de fato identificadas as causas (injustas) dessas disparidades no contexto da sociedade, ou seja: a exposição a condições não saudáveis no trabalho e na vida diária, o acesso inadequado aos serviços elementares de saúde e a outros serviços públicos e ainda o comportamento danoso à saúde quando a possibilidade de escolha de estilos de vida é muito restrita em função de fatores sócio-econômicos. Na medida em que os problemas ligados a fatores sócio-econômicos e ambientais tendem a unir-se e reforçar-se, alguns grupos se tornam mais vulneráveis à má saúde, o que amplia o sentido de injustiça ou gera um “ciclo de injustiça”.

A partir destas afirmações, a definição de WHITEHEAD (OMS) é:

La equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse. (1991, p.6)

As conseqüências desta definição para a ação prática levam a que o objetivo de uma política para obter equidade seria reduzir ou eliminar as diferenças de saúde que resultam de fatores que se consideram evitáveis e injustos, com a criação das mesmas oportunidades de saúde. Isso remete às condições ambientais fora do controle das pessoas, à pobreza, condições de habitação inseguras, trabalhos perigosos, desemprego, etc. de tal forma que essa definição se aproxima da noção de “igualdade de condições” que aponta para a necessidade de superar a igualdade de oportunidades e criar condições de vida similares, estabelecendo “*handcaps*” apropriados.

Nessa concepção de equidade, o acesso inadequado aos serviços de saúde é uma das causas – não a mais importante ou determinante - que cria uma situação iníqua e que remete aos fatores diretamente ligados ao sistema de atenção à saúde.

Em relação à equidade na distribuição dos serviços de saúde, WHITEHEAD (OMS) rejeita algumas definições que tem sido propostas na prática e que não satisfazem à noção geral de justiça que está no cerne da sua concepção de equidade. Por

exemplo, às vezes a equidade na prestação dos serviços de saúde é vinculada a uma distribuição igualitária dos recursos entre áreas geográficas segundo o tamanho da população, sem que se leve em conta as necessidades distintas de atenção. Outras vezes, a equidade na atenção à saúde aparece vinculada à obtenção de um estado de saúde homogêneo em todas regiões e grupos sociais.

Diferentemente, de acordo com o documento da OMS, a equidade na atenção da saúde se define a partir de três pontos:

1. Igual acesso à atenção disponível para igual necessidade.
2. Igual utilização para igual necessidade.
3. Igual qualidade de atenção para todos.

Para a observância do primeiro ponto, supõe-se o mesmo direito aos serviços disponíveis para todos; distribuição justa em todo o país, baseada nas necessidades de atenção à saúde e facilidade de acesso em cada área geográfica; e ainda a eliminação de outras barreiras que impeçam o acesso.

O conceito de “igual utilização para igual necessidade” exige um tratamento mais cuidadoso já que variações nas taxas de utilização não significam necessariamente iniquidade uma vez que existem diferenças entre as pessoas quanto à decisão ou não de utilizar os serviços de saúde. Entretanto, em situações de restrições à utilização de serviços, pode ser conveniente buscar taxas iguais de utilização.

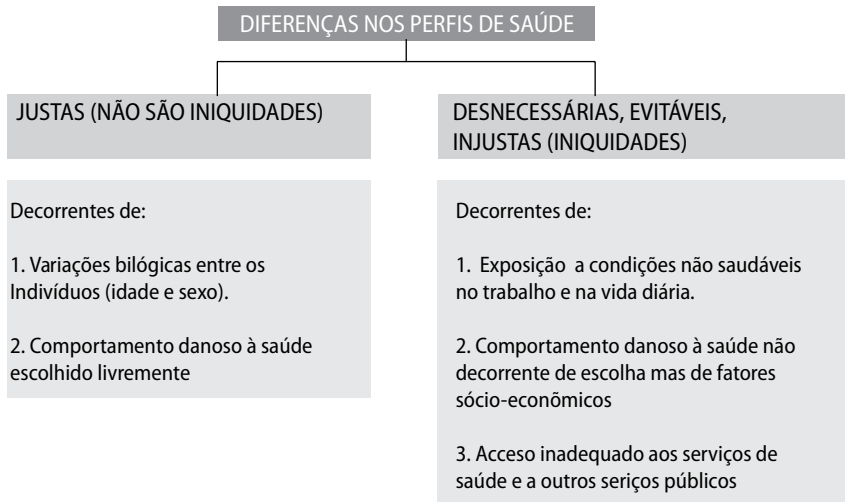
O conceito de “igual qualidade de atenção” pode significar: 1) que todos tenham possibilidades iguais de serem selecionados para receber serviços, em geral mais escassos, através de procedimentos que se baseiam na necessidade e não na influência social; 2) que os provedores atribuam a mesma importância aos serviços que prestam a todos os setores da comunidade e 3) o grau de aceitação.

Em síntese, nessa conceituação a equidade na atenção à saúde se baseia no princípio de fazer com que a atenção de alta qualidade esteja ao alcance de todos. Isto supõe, entre outras coisas, que a alocação de recursos se relacione com as necessidades sociais e de saúde e a distribuição geográfica dos serviços se dê de acordo com a necessidade e acesso em cada área.

Pelo exposto, pode se afirmar que equidade e igualdade não são noções intercambiáveis. A igualdade significa distribuição igual e a equidade se vincula a um princípio de justiça. No âmbito da saúde, a equidade não significa que todos devam apresentar o mesmo estado de saúde ou consumir a mesma quantidade de recursos ou de serviços de saúde, independentemente de sua necessidade. Ao contrário, a equidade se relaciona com a busca de igualdade de condições, eliminando as causas que levam a desigualdades de resultados que são desnecessárias e injustas. Excluído esse tipo de desigualdade –aceitáveis do ponto de vista da justiça– a igualdade no estado de saúde seria o objetivo da equidade.

Essa concepção de equidade em saúde - que em alguma medida agrupa todas as demais - é bastante complexa e envolve diferentes dimensões, conforme visualizado

no esquema a seguir. Nela a equidade está referida fundamentalmente às causas das desigualdades no estado de saúde que remetem, secundariamente, ao sistema de atenção à saúde e, prioritariamente, a dimensões estruturais da sociedade.



Pela multidimensionalidade da concepção de justiça em saúde, é evidente que a equidade nesse âmbito extrapola os limites estritos do setor de atenção à saúde. A busca da justiça se insere no conjunto das instituições da sociedade no intuito de criar condições ambientais, de vida e trabalho adequadas para o desenvolvimento do potencial de saúde das pessoas, de tal forma que a meta da equidade pressupõe uma ação concertada entre diversos e distintos aspectos da vida das pessoas. Essa concepção de equidade é sintetizada nas dimensões: estado de saúde, condições sócio-econômicas e acesso a serviços de saúde, cada uma delas agregando vários componentes.

Adotando a perspectiva contratualista de Rawls, a definição concreta de equidade em saúde depende de um acordo político, informado e voluntário dos cidadãos e a provisão de serviços de saúde se incluiria entre os “bens primários” passíveis de distribuição e que afetariam a obtenção de outros bens como o auto-respeito, tão caro à Rawls, ou “uma vida satisfatória” para usar uma expressão da OPAS. Como todos os “bens essenciais”, a saúde, ou melhor, os serviços de saúde, deveriam ser distribuídos igualmente a todos a menos que uma distribuição desigual favoreça os mais necessitados e contribua para reduzir desigualdades registradas acima de um nível médio adequado. O princípio da diferença de Rawls poderia ser, nesse caso, o argumento ético para eliminar a influência de contingências sociais sobre a saúde.

Equidade em Saúde na Legislação Brasileira

A Constituição brasileira, promulgada em 1988, estabeleceu princípios e diretrizes para a definição de uma completa reorganização do Sistema de Saúde do país a partir da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia dessa igualdade, definidos através de um amplo arcabouço jurídico-legal. Nos termos de Rawls, pode-se dizer que no processo constituinte se conformou uma concepção política de justiça no âmbito da saúde, publicamente aceitável; obteve-se um acordo político que possibilitaria, a partir daquela concepção, considerar o caráter justo ou não das instituições.

A Constituição reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem, por um lado, a redução do risco de adoecer e por outro, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nessa definição do direito à saúde subjaz um conceito complexo e multidimensional de equidade que remete aos determinantes da saúde e corresponde à noção de equidade sumariada pela OMS, entendida como a garantia de oportunidades a todos para desenvolver o seu potencial de saúde. Isso se traduz como a garantia de condições sócio-econômicas e ambientais adequadas e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde de forma a impedir a constituição de diferenças na situação de saúde que sejam desnecessárias e evitáveis – portanto injustas.

A legislação posterior que regulamenta a forma de tradução concreta do direito à saúde³, se bem que mantenha a orientação normativa geral, acaba restringindo o conceito à noção de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. E ainda são considerados apenas os aspectos estruturais do “acesso potencial”, ou seja: características do sistema de provisão de serviços como disponibilidade, volume, distribuição e organização, cuja igualdade e universalidade no território nacional deveriam ser as metas do Sistema Único de Saúde. Elementos ligados a processos e comportamentos, entendidos como características dos indivíduos que facilitam ou impedem o acesso não são problematizados no processo de implementação da política.

Ademais, a meta do acesso universal é atrelada à questão do financiamento de modo que uma questão chave de toda legislação regulamentadora do SUS tem sido a definição das formas de redistribuição dos recursos federais destinados ao custeio dos serviços de saúde já que esses são responsáveis pela maior parte dos recursos públicos destinados ao setor⁴. Embora a legislação aponte para a preocupação com

3 Refiro-me principalmente às leis n^os 8080 e 8142, ambas de 1990, que regulamentam o texto constitucional, e às várias Normas Operacionais, editadas periodicamente para fornecer instruções para a operacionalização do SUS, particularmente o processo de descentralização e de repasse de recursos financeiros a ele associado, já que o financiamento do sistema de saúde está na sua maior parte centralizado no governo federal.

4 Em razão da falta de dados confiáveis sobre os gastos realizados com recursos das esferas subnacionais de governo, as estimativas sobre a participação da esfera federal no custeio da assistência à saúde variam de 60 a 80% dos gastos totais, conforme a fonte e/ou ano.

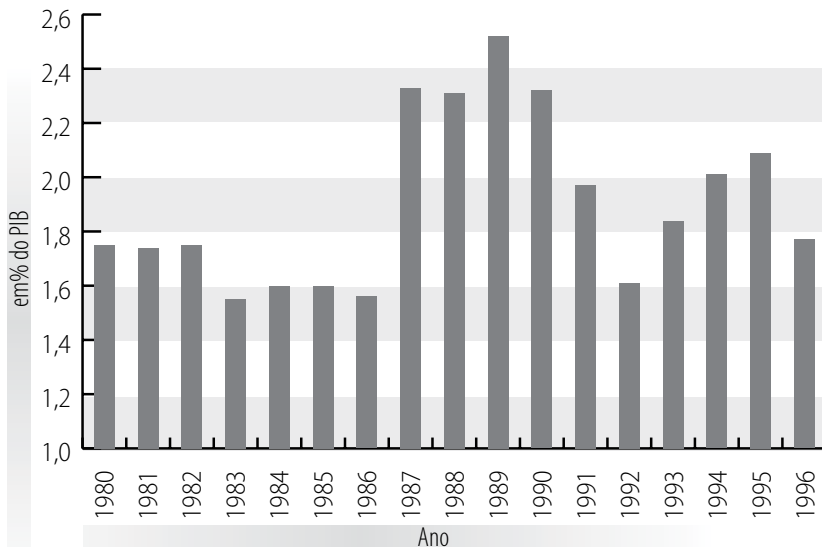
a equidade ao sugerir a distribuição territorial de recursos em função de necessidades (expressas no perfil epidemiológico e pela composição demográfica), de fato, progressivamente, a noção de equidade vai se restringindo à preocupação com a distribuição igualitária dos recursos federais entre estados e municípios – equidade redistributiva -, concretizando na própria legislação uma concepção de equidade como igualdade per capita de recursos⁵. Alguns passos foram dados no sentido de buscar garantir igualdade de acesso através de distribuição mais igualitária de recursos, embora quase sempre associados a mecanismos que preservam as disparidades regionais, tais como: a utilização de critérios demográficos para a fixação de tetos para a internação hospitalar e para a distribuição de recursos para a assistência ambulatorial entre os estados (mesclados a critérios que levam em conta gastos históricos – esses bastante desiguais); a realização de sucessivas alterações dos valores dos tetos financeiros para custeio assistencial, destinados para estados e municípios, no sentido de diminuir as disparidades; a criação recente do Piso de Atenção Básica-PAB, concebido como um valor per capita igualitário a ser repassado aos estados e municípios para custeio da assistência básica (mas que torna-se de fato um valor variável para respeitar as disparidades históricas de gasto, ao qual se agregam incentivos calculados, estes sim, como valores per capita).

Ao se contradizer, mesclando critérios igualitários com séries históricas, a própria legislação não consegue objetivar nem mesmo a concepção mais restrita de equidade, entendida como o acesso a ações e serviços - confundindo o acesso com a provisão de forma igualitária e sem considerar as características da população - para o que seriam necessários recursos igualitários que, por hora, ainda se constitui como a questão central. Considerando que a noção de equidade de acesso em suas diferentes versões pressupõe a disponibilidade de serviços em função das necessidades e tendo em vista a variabilidade na situação de saúde nos estados e regiões do país, a obtenção da igualdade na distribuição de recursos, caso fosse efetiva, seria ainda uma meta muito injusta na perspectiva da equidade do acesso.

O que se percebe a partir da análise da legislação e do processo político de tomada de decisões é que não foi possível nem técnica nem politicamente viabilizar outra alternativa que não o repasse de recursos em função da série histórica de gastos. À ausência das informações necessárias para a definição de partilhas de recursos mais bem informadas tecnicamente se acrescentou a debilidade crônica do financiamento do SUS. Como mostra o Gráfico1, se houve um crescimento dos gastos federais com saúde em percentual do PIB a partir de 1987, deu-se uma queda em 91 e 92, lenta recuperação posterior sem contudo se atingir novamente os patamares do período pós-constitucional.

5 Considerando, entretanto, a situação anterior de extrema desigualdade e o esforço de implantação do SUS, é possível interpretar que a simples igualdade per capita possa ser considerada um avanço na busca da equidade. Essa parece ter sido mesmo a intenção à época da implantação da reforma do sistema de saúde e que ainda permanece como um grande desafio.

Gráfico 1. Evolução dos gastos federais em saúde Brasil



Nos últimos anos são também frequentes os contingenciamentos sobre o orçamento do Ministério da Saúde que se caracteriza por acentuada vulnerabilidade⁶. Em uma situação de ausência de novos recursos para garantir pelo menos a universalização da atenção à saúde, colocam-se entraves concretos a alterações mais profundas na provisão de serviços no sentido de maior equidade. A tendência então é a de manter-se em linhas gerais a distribuição desigual de recursos com vistas à manutenção das estruturas preexistentes, fazendo-se pequenas alterações, na perspectiva de cálculo de um “dissenso tolerável” (SANTOS, 1979) entre os diversos atores envolvidos. A meta da “distribuição justa” acaba se restringindo à tendência de transferência de recursos de forma apenas tendencialmente mais igualitária.

A solução do SUS para definir critérios de repasse de recursos é um misto de excessiva regulamentação com processos de negociação e pactuação entre os diferentes níveis de governo e entre diferentes segmentos sociais através de organismos previstos na legislação⁷.

6 Bastante polêmico foi o contingenciamento de 1,7 bilhões de reais durante o ano de 1997 quando o orçamento aprovado foi de 20,5 bilhões e o executado de 18,8 bilhões. Para o ano seguinte, o orçamento aprovado foi de 1,0 bilhão de reais inferior ao aprovado para o ano anterior (19,5 bilhões de reais) sob alegação da área econômica do governo de que não haveria redução do orçamento.

7 No recente processo de descentralização da política de saúde no Brasil, desenvolveu-se um arcabouço institucional complexo no qual uma preexistente estrutura verticalizada - Ministério, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde - passou a se articular através de comissões e conselhos: Comissões Interinstitucionais de dirigentes dos diferentes níveis de governo (Tripartite- níveis federal, estadual e municipal e Bipartite - níveis estadual e municipal); Conselhos de Secretários de Saúde; Conselhos paritários de representantes do Estado e da sociedade civil (Nacional, Estaduais e Municipais). As Comissões Intergestores foram concebidas como instâncias de negociações entre os gestores das três esferas de poder com a finalidade de garantir o comando único de cada uma sobre as funções e tarefas sob sua responsabilidade, já que o processo de gestão descentralizada dos serviços de saúde tem sido perpassado por conflitos entre as três instâncias governamentais. É na tripartite que se dá a definição dos tetos financeiros a serem repassados para as esferas subnacionais de governo.

Isso, em certa medida, também explica as dificuldades em se alterar de modo drástico a forma de distribuição de recursos historicamente estabelecida no sentido de uma redistribuição mais equitativa em uma situação em que se tem um atendimento ainda precário mesmo nas regiões mais favorecidas, de tal forma que uma redistribuição mais radical pode mesmo significar o desmantelamento de alguns sistemas locais que já tinham desenvolvido maior capacidade de prestação de serviços. Na ausência do que redistribuir é problemático se constituir entre as instâncias pactuadoras um “princípio de justiça” que signifique de fato o estabelecimento de um novo contrato no âmbito da saúde. Ao mesmo tempo, é o mesmo processo decisório baseado na pactuação que tem levado em alguns momentos a alterações redistributivas como será visto a seguir. Tanto para redistribuir quanto para manter como está, tem também um papel importante a pressão das elites políticas dos estados, que, entretanto, tende a variar de acordo com a respectiva força política.

A Mensuração da Equidade em Saúde no Brasil

A discussão anterior mostra que no processo de implantação do SUS no Brasil ocorreu um estreitamento da concepção de equidade em saúde que de um conceito amplo se restringiu à idéia da alocação igualitária de recursos para o custeio das ações e serviços de saúde. Mais ainda, nem mesmo essa noção tem logrado se efetivar na prática concreta da política de saúde e as diferenças de custeio permanecem entre as regiões e estados do país. Entretanto, a concepção ampla de equidade que se objetivou na Constituição permanece em alguma medida como a imagem-objeto a ser perseguida no âmbito da saúde, se não de maneira consensual, pelo menos entre setores significativos da sociedade.

Do ponto de vista substantivo, a constatação da convivência de duas concepções de equidade em saúde na legislação brasileira faz com que qualquer tentativa de estabelecer uma mensuração da situação de iniquidade no país tem que levar em conta essa dualidade. Da perspectiva metodológica, o grande desafio para o tratamento empírico da iniquidade é integrar uma concepção normativa com a possibilidade de sua mensuração. A tentativa de mensuração da iniquidade remete sempre a medidas de desigualdades – aquelas que são consideradas injustas e desnecessárias – e que só ganham sentido, do ponto de vista analítico, referenciadas ao marco conceitual específico que define a equidade em determinado campo. Por sua vez, existem muitas dificuldades metodológicas para a mensuração da desigualdade sendo que o “espaço” em que é invocada a igualdade de tratamento para os indivíduos em algum aspecto ou variável difere de teoria para teoria. Nessa perspectiva, a mensuração da equidade envolve uma resposta à questão: “igualdade de que?” (Sen, 1997) e as diferenças entre as pessoas são ou não importantes dependendo da concepção de igualdade que

norteia a investigação. Daí que o julgamento e a medida da desigualdade dependem de qual variável foi escolhida para comparar as pessoas – a variável focal que define o espaço no qual se fará a comparação. A variável focal escolhida, na maioria das vezes, possui também uma pluralidade interna, o que torna ainda mais complexa a comparação entre indivíduos. Daí que é necessário admitir que a avaliação da desigualdade é sempre incompleta, o que pode ser relacionado não apenas com a falta de informações, mas com a própria natureza do conceito.

Conforme apontou a discussão conceitual feita anteriormente, e que está longe de ser exaustiva, é possível identificar na literatura diferentes concepções de equidade em saúde e, portanto, sua mensuração só pode ser compreendida no escopo de cada perspectiva analítica correspondente. Isso implica a identificação de diferentes variáveis ou dimensões, para cada uma das quais muitas vezes é possível a utilização de vários indicadores.

A mensuração da equidade em saúde no Brasil de acordo com a definição da OMS

Conforme já mencionado, o conceito de equidade em saúde que está delineado na Constituição brasileira como o direito à saúde guarda uma estreita correspondência com a conceituação da OMS. A sua mensuração se coloca como uma tarefa nem um pouco trivial dada a complexidade e heterogeneidade desse conceito. Nessa perspectiva, embora a mensuração da equidade parta das diferenças nos perfis de saúde dos indivíduos, para identificar as diferenças que são de fato iniquidades, há que se identificarem as causas consideradas injustas dessas diferenças.

No escopo da pesquisa realizada, o que se buscou foi utilizar os dados que já estão disponibilizados⁸ e a partir deles, e no limite de suas possibilidades, apresentar um quadro ainda bastante preliminar da iniquidade em saúde no Brasil, retratado para o ano de 1996. Para isso, tomou-se como unidade de análise os Estados da Federação, agrupados por região, e tratou-se de identificar desigualdades entre eles, as quais ganham sentido de iniquidade nos termos da concepção de equidade em saúde que foi tomada como referência.

Desta forma, a definição operacional de equidade utilizada considerou, em primeiro lugar, a desigualdade de resultados e, em segundo lugar, a desigualdade de condições. Ou seja: partiu-se das diferenças entre os perfis de saúde entre os estados do país, para depois medir outras desigualdades que apontam para os condicionantes desses diferenciais no estado de saúde, ou que são passíveis de gerar diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, portanto, iniquidades. Nesse último caso, foram considerados tanto indicadores relativos a condições sócio-econômicas que

8 As fontes principais são: Ministério da Saúde, Fundação João Pinheiro, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

têm influência sobre a saúde, quanto outros relativos à atenção à saúde⁹. Apesar de não ter sido feita ainda uma análise estatística relacionando os indicadores das três dimensões que configuram o conceito de equidade – estado de saúde, condições sócio-econômicas e atenção à saúde – a sua descrição aponta claramente para a iniquidade. Isso porque, com será visto adiante, se verifica uma visível relação entre estado de saúde e as condições sócio-econômicas e a atenção à saúde disponível, essas últimas podendo ser responsabilizadas pelas diferenças nos perfis de saúde que, nessa medida, podem então ser consideradas injustas no sentido de que independem das escolhas individuais.

Estado de saúde

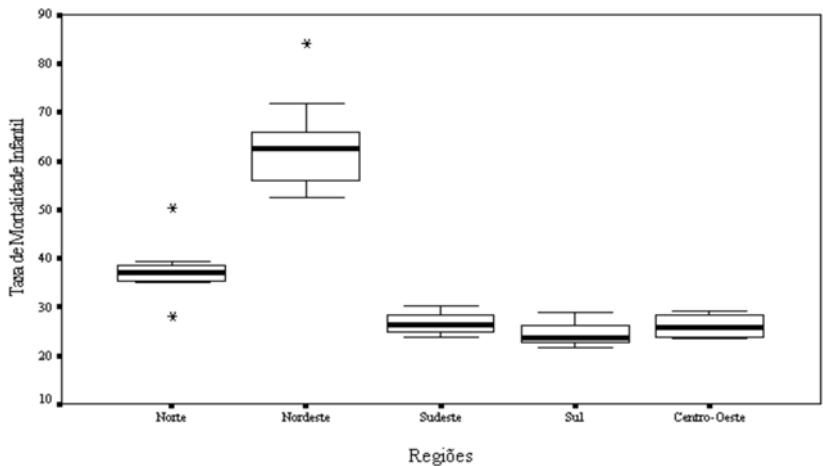
Os piores indicadores do estado de saúde, apesar da ocorrência de outliers, em geral se verificam nos estados da região Nordeste, seguidos pelos da região Norte, ao passo que os melhores se verificam nas regiões Sul e Sudeste, a Centro-Oeste ficando em situações intermediárias. Nessa última região, o Distrito Federal e o Mato Grosso do Sul fogem do padrão regional, aproximando-se da situação dos estados das regiões Sul e Sudeste. Essa situação geral se verifica, por exemplo, com as taxas de mortalidade infantil em relação a qual os Estados brasileiros, em 1996, encontravam-se divididos em dois agrupamentos: de um lado a maioria apresentando taxas inferiores a média brasileira (37,5 óbitos de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos); de outro, Estados com taxas ainda superiores a 50 óbitos (tabela 2). O padrão regional da distribuição das taxas estimadas para 1996, visualizado no gráfico 2¹⁰, aponta a Nordeste como a região brasileira com as mais elevadas taxas (variando de 52,50 a 84,20 por mil nascidos vivos), seguindo-se o Norte, em ambas constatando-se a presença de outliers: Alagoas com taxa muito elevada, mesmo considerando o padrão

9 A relação dos indicadores utilizados encontra-se na tabela 1, tendo sido produzidos originalmente por Edite Novais da Mata Machado, pesquisadora da Fundação João Pinheiro que integrou a equipe que realizou a pesquisa mais ampla da qual foi extraído esse artigo, responsável também pela elaboração de muitas das tabelas e de todos os quadros aqui reproduzidos da referida pesquisa. Nessa pesquisa foram utilizados também outros indicadores, sendo os aqui selecionados aqueles considerados mais relevantes. Os indicadores utilizados não pretendem dar conta de todos os componentes que fazem parte de cada uma das dimensões que, conjuntamente, constituem a completa definição de equidade em saúde. Nesse sentido, este estudo deve ser visto ainda como uma tentativa preliminar com a utilização de dados agregados já disponíveis.

10 Esse tipo de gráfico denominado de “Box-plot” consiste em uma caixa, dois suportes e outliers. O meio da caixa é marcado por uma linha horizontal, que identifica a mediana dos dados. O extremo inferior da caixa representa o valor do primeiro quartil, abaixo do qual estão 25% dos casos. O extremo superior é o terceiro quartil, abaixo deste valor estão 75% dos casos. Logo, o tamanho da caixa representa o intervalo que compreende 50% das unidades de análise, ou seja a distância entre os 25% dos casos com maiores valores para uma dada variável e os 25% com menores valores. Os pontos fora da caixa são divididos em dois tipos: os mais próximos, representados pela linha ou suporte e os extremos (outliers) que são individualizados e grafados por asterisco. O gráfico deve ser interpretado comparando-se as caixas que agrupam os Estados de uma determinada região. Inicialmente observa-se a posição da mediana entre as várias regiões. Depois, o tamanho de cada caixa, que indica a variabilidade intra-regional. Finalmente, os pontos extremos, salientando situações especiais. Desta forma, os gráficos permitem apreciar as diferenças existentes, complementando a informação fornecida em termos médios. Na presença de grandes assimetrias, as medianas tem maior poder de sintetizar as diferenças frente às médias, que acabam sendo de pouca representatividade.

da região Nordeste e Acre e Amapá apresentando taxas extremas na região Norte: 50,4 e 28,2, respectivamente, esta inferior às médias regional e nacional, respectivamente de 36,1 e 37,5.

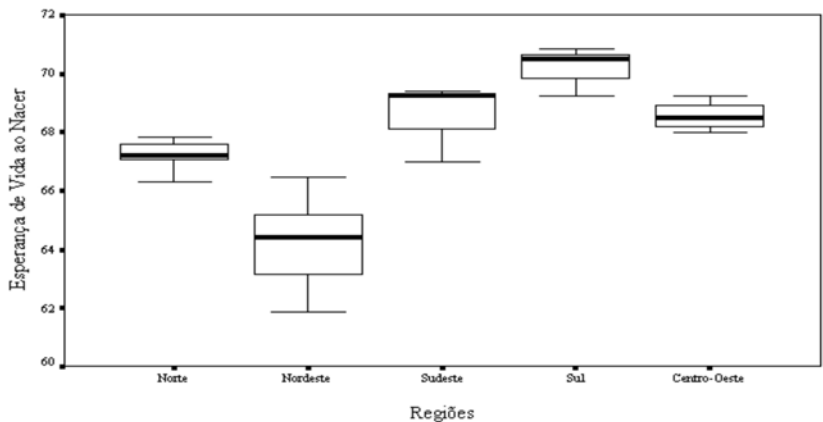
Gráfico 2. Taxa estimada de mortalidade infantil segundo Regiões - 1996



Fontes: Dados básicos: Ministério da Saúde, IDB97 (Internet) - 1998.

Elaboração: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES)

Gráfico 3. Esperança de vida ao nascer segundo Regiões - 1996



Fontes: Dados básicos: PNUD/IPEA/FJP/IBGE. Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 1998 (CD-ROM)

Elaboração: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Em correspondência com as taxas de mortalidade infantil, verifica-se situação similar em relação à esperança de vida ao nascer que entre os estados brasileiros varia de 61,89 anos em Alagoas a 70,84 no Rio Grande do Sul. As situações mais favoráveis, em ordem decrescente, se verificam nos estados das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste (tabela 2 e gráfico 3).

As diferenças no estado de saúde da população brasileira podem também ser sintetizadas através da análise das taxas de mortalidade geral. Particularmente para os objetivos da mensuração da equidade, um indicador sugestivo é o coeficiente de mortalidade por doenças infecto-parasitárias já que as diferenças entre grupos e regiões podem ser atribuídas às desigualdades no acesso a recursos disponíveis no espaço urbano e rural, como abastecimento de água, esgotamento sanitário, cuidados médicos e imunizações. Deve-se ressaltar que a análise comparativa desses coeficientes é bastante problemática por duas razões: primeiro porque o sub-registro de óbitos no País é significativo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste e segundo, porque essas regiões apresentam um elevado percentual de causas mal definidas¹¹, o que distorce os índices segundo causas de óbitos e permite aferir os diferenciais na qualidade do registro de informação, entre Estados e Regiões. Apesar dessas limitações dos dados, em 1995 a região Sul apresentava, em média, as menores taxas, o que refletia melhores condições sócio-econômicas. As regiões Sudeste e Centro-Oeste, por sua vez, apresentavam taxas medianas semelhantes ao Norte e Nordeste embora seja lícito supor que esse grupo de causas - as doenças infecciosas e parasitárias - represente efetivamente maior risco de morte nas regiões Norte e Nordeste, comparativamente ao Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Outros indicadores do estado de saúde são aqueles referentes à morbidade hospitalar que podem ser utilizados como proxy da morbidade geral. Um grupo etário sensível à avaliação da morbidade hospitalar é o da criança, especialmente no primeiro ano de vida. Este grupo encontra-se, juntamente com os maiores de 65 anos, entre os que mais geram internações no País, quando são excluídas as internações por causas obstétricas. As crianças menores de um ano apresentaram perfil diferenciado de internação segundo a idade da criança no momento da hospitalização. Enquanto nas crianças menores de um mês são importantes as causas relacionadas com a gestação e o parto, na faixa acima de um mês predominam doenças ligadas às condições de vida. Nesse sentido, são significativos os índices de internações por diarreias e pneumonias entre os menores de um ano que poderiam ser evitadas com a melhoria do atendimento básico no nível do atendimento ambulatorial (STARFIELD, 1998). No entanto, no Brasil cerca de 64,5% das internações de crianças entre o primeiro mês de vida e um ano são para o tratamento de diarreia e pneumonia.

As taxas de internações por diarreia no primeiro ano de vida variam de 12,10

11 Em 1996 as proporções de óbitos por causas mal definidas (em relação ao total de óbitos) foi de 24,2% na região Norte e 32,4% na Nordeste. As demais regiões apresentaram índices inferiores: Sudeste (9,2%), Sul (8,9) e Centro-Oeste (10,8). O índice para o Brasil correspondia a 15,1%. (IDB97-Ministério da Saúde).

(internações por mil crianças menores de um ano) no Distrito Federal a 152,90 no estado de Alagoas que também nesse indicador apresenta a situação mais desfavorável (tabela 3). As mais elevadas taxas encontram-se na maioria dos estados da região Nordeste e em alguns da Norte, embora haja nessas regiões grande variabilidade entre os índices estaduais. Nos Estados do Sul e Sudeste, as taxas de internação por diarreia apresentaram pouca variabilidade intra-regional e, embora elevadas, estavam em melhores posições com relação às das demais regiões.

Comportamento inverso é observado em relação às internações de crianças menores de um ano por pneumonias, caso em que observou-se um padrão crescente do Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul. Nessa última foram encontradas as mais elevadas taxas (tabela 2).

O índice de mortalidade hospitalar por prematuridade foi outro indicador utilizado para aferir o estado de saúde da população infantil. (tabela 3). Este indicador foi calculado através da razão entre óbitos e internações por prematuridade em crianças na primeira semana de vida (0-7 dias). O padrão de distribuição regional assinala a Região Nordeste com a mais alta mortalidade por prematuridade, correspondendo as maiores taxas do país aos Estados do Ceará (396,2) e da Paraíba (390,8). Apenas quatro dos dezesseis estados dessas duas regiões apresentam taxas inferiores à média do país (193,3). No Sul e Sudeste, encontram-se as menores taxas, todas inferiores à do Brasil, à exceção do estado do Rio de Janeiro que apresenta taxa similar, inferiores. No Centro-Oeste, a menor taxa é a do Distrito Federal (100,4), inferior aos valores dos Estados do Sul.

Embora, a rigor, não possa ser considerado um indicador de estado de saúde, apesar de suas conseqüências sobre a saúde das adolescentes, chamam a atenção também as altas taxas de gravidez precoce nos estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste em comparação com as das regiões Sul e Sudeste. A gravidez precoce pode ser evidenciada através das taxas relativas a internação por causas obstétricas na faixa de 10 a 14 anos. Em 1996, para o conjunto do País foi registrada uma taxa de 4,33 internações por 1.000 adolescentes, variando de 11,6 no estado do Acre a 2,6 em Minas Gerais (tabela 3). Na região Norte, haviam dois Estados em posições extremas: o Acre com a mais elevada taxa e Roraima, com a menor taxa regional e em um nível relativamente baixo em comparação aos demais Estados da Região. O Centro-Oeste apresentou grande variação das taxas entre os Estados, encontrando-se, em média, num patamar mais elevado que o Nordeste. Já as regiões Sul e Sudeste apresentaram taxas inferiores à média do país¹².

B) Condições sócio-econômicas que têm influência sobre a saúde

As condições sócio-econômicas que têm influência sobre a saúde constituem uma das dimensões do conceito de equidade em saúde ao restringirem as condições para

12 Esses dados denunciam fatores sociais e econômicos perversos que sugerem correlações com formas de exploração de menores recorrentes em algumas regiões do país o que, entretanto, foge ao escopo deste trabalho.

o desenvolvimento do potencial de saúde das pessoas. A análise dos indicadores que medem essas condições mostra uma correspondência com os dados relativos ao estado de saúde de tal modo que, em geral, os melhores resultados são encontrados nas regiões e estados que apresentam os melhores perfis de saúde (tabela 4). São os estados das regiões Sul e Sudeste que apresentam os mais altos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)¹³, os melhores indicadores relativos ao abastecimento de água e instalação de esgoto sanitário, bem como a menor proporção de analfabetismo e de pobres. O inverso se dá com os estados das regiões Nordeste e Norte, nos quais prevalecem as piores condições sócio-econômicas. A situação mais adversa à saúde está na região Nordeste; na Centro-Oeste, dois estados alcançaram os padrões superiores observados nos estados das regiões Sul e Sudeste: o Distrito Federal e o Mato Grosso do Sul.

O quadro 1 relaciona os maiores e menores valores do IDH-1996 e de suas dimensões, assim como as unidades da federação que se encontram entre os 25% melhores e piores valores. O Rio Grande do Sul representava o Estado com o mais elevado nível de desenvolvimento humano, contrastando com Alagoas, o mais baixo índice do país. Quando são consideradas as três dimensões do IDH, observa-se a polarização entre os estados do Sul e Sudeste (mais altos valores) e Nordeste (menores valores). Entre os estados do Norte do país, Tocantins aparecia como aquele com o menor IDH-renda, contrastando com o Distrito Federal. Os mais altos níveis de renda e de educação do Distrito Federal, por sua vez, possibilitam a sua equiparação, juntamente com toda a região Centro-Oeste, aos estados do Sul e Sudeste, que são considerados de alto desenvolvimento humano.

Os quadros 2 e 3 retratam de forma ordenada a posição dos estados em relação ao abastecimento de água, instalação de esgoto sanitário, analfabetismo e pobreza. Os piores valores dos estados das regiões Norte e Nordeste refletem piores condições de saneamento¹⁴.

Na região Nordeste do país foram também maiores os índices de analfabetismo e pobreza. Em 1991 apenas em um estado (Roraima) não pertencente às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a proporção de pobres encontrava-se entre os 25% menores valores. A proporção de pobres para o Estado de Roraima era de 0,39, valor que o

13 O IDH, que vem sendo calculado para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) desde 1990, representa três características desejáveis e esperadas do processo de desenvolvimento humano: a longevidade de uma população – expressa pela esperança de vida –, seu grau de conhecimento – traduzido por duas variáveis educacionais, a taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos três níveis de ensino – e sua renda ou PIB per capita ajustada para refletir a paridade do poder de compra entre estados e países (PNUD-IPEA-FJP-IBGE, 1998). O cálculo desse índice para os Estados Brasileiros em 1996 permite retratar de forma sucinta o desenvolvimento humano no país. O IDH se situa entre valores de 0 (zero) a 1 (um) e, segundo a classificação utilizada, é possível enquadrar países e regiões em três categorias, de acordo com os valores observados: baixo desenvolvimento humano: IDH menor que 0,500; médio desenvolvimento humano: IDH com valores entre 0,500 e 0,800; alto desenvolvimento humano: IDH superior a 0,800.

14 Esses dados se referem a 1991, ano do último censo realizado. Certamente ocorreram melhorias que, no entanto, ainda não foram suficientes para posicionar as regiões Nordeste e Norte entre as regiões de alto desenvolvimento humano.

posicionou à frente do Estado do Paraná, cujo índice era de 0,41, assim considerado entre os valores médios.

Quadro 1. Unidades da Federação com maiores e menores valores, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano e dimensões - 1996

INDICADOR	MAIOR VALOR	MENOR VALOR	UF COM MAIORES VALORES (por ordem)	UF COM MENORES VALORES (por ordem)
IDH-96	869	534	R.Grande do Sul Distrito Federal São Paulo Santa Catarina M.Grosso Sul Paraná	Piauí Alagoas Maranhão Paraíba Tocantins Ceará
IDH-longevidade	764	615	R.Grande do Sul Santa Catarina São Paulo M.Gerais M. Grosso Sul Paraná	Alagoas Pernambuco Paraíba Maranhão Piauí Ceará
IDH-educação	902	638	Distrito Federal São Paulo R.Grande do Sul Santa Catarina Rio de Janeiro M. Grosso Sul	Alagoas Piauí Paraíba Maranhão Acre Ceará
IDH-renda	981	223	Distrito Federal São Paulo Rio de Janeiro R.Grande do Sul Santa Catarina Paraná	Tocantins Piauí Maranhão Paraíba Alagoas Ceará

Fontes: Dados básicos: PNUD/IPEA/FJP/IBGE. Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 1998 (CD-ROM)

Elaboração: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Quadro 2. Unidades da Federação com maiores e piores valores de abastecimento de água e instalação de esgoto sanitário - 1991

INDICADOR	ÁGUA	ESGOTO
MAIORES VALORES (por ordem)	São Paulo	São Paulo
	Rio de Janeiro	Distrito Federal
	Santa Catarina	Rio de Janeiro
	Distrito Federal	Minas Gerais
	Paraná	Espírito Santo
	Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul
MENORES VALORES (por ordem)	Piauí	Tocantins
	Maranhão	Piauí
	Tocantins	Pará
	Acre	Rondônia
	Pará	Roraima
	Ceará	Amapá

Fontes: Dados básicos: Ministério da Saúde, Indicadores de saúde (Internet) - 1998.

Quadro 3. Unidades da Federação com maiores e piores valores de analfabetismo e pobreza - 1991

INDICADOR	ANALFABETISMO	PROPORÇÃO DE POBRES
MAIORES VALORES (por ordem)	Alagoas	Maranhão
	Paraíba	Piauí
	Maranhão	Paraíba
	Ceará	Ceará
	Rio Grande do Norte	Bahia
	Sergipe	Alagoas
MENORES VALORES (por ordem)	Distrito Federal	São Paulo
	Santa Catarina	Distrito Federal
	Rio Grande do Sul	Rio de Janeiro
	São Paulo	Santa Catarina
	Rio de Janeiro	Rio Grande do Sul
	Paraná	Roraima

Fontes: Dados básicos: Ministério da Saúde, Indicadores de saúde (Internet) - 1998.

PNUD/IPEA/FJP/IBGE. Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 1998 (CD-ROM)

Elaboração: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Atenção à saúde

A atenção à saúde compõe a outra dimensão da equidade por contribuir para diferenciais de saúde injustos, porque evitáveis. Para descrição dos diferenciais relativos à atenção à saúde foram selecionados indicadores relativos a 1) prestação de serviços, 2) capacidade instalada e 3) alocação de recursos financeiros, uma vez que eram os únicos disponíveis. Esses podem ser vistos como indicadores ainda grosseiros ou incompletos do acesso a serviços, entendido aqui apenas como a distribuição espacial de equipamentos e serviços¹⁵. Com relação à prestação de serviços, focalizou-se o número de internações hospitalares e a média de procedimentos ambulatoriais realizados em 1996, considerando-se a utilização de serviços como um indicador de acesso efetivo¹⁶. A capacidade instalada, vista como um indicador de acesso potencial, foi aferida utilizando-se: número de profissionais (médicos, odontólogos, enfermeiros) e leitos por habitante. Quanto à alocação de recursos, as medidas usadas foram: gasto federal com assistência à saúde per capita e gasto público social com saúde per capita.

Também na dimensão atenção à saúde verificaram-se expressivas desigualdades entre estados e regiões do Brasil nos diversos indicadores. Entretanto, essas diferenças nem sempre seguiram o mesmo padrão regional observado em relação às outras dimensões (situação de saúde e condições sócio-econômicas), registrando-se variações significativas entre estados o que sugere que, em alguns casos, a forma em que os recursos estão sendo alocados pode ser o resultado de intervenções no sentido de diminuir os diferenciais entre estados. Trata-se assim de buscar identificar hipóteses explicativas, seja atribuindo esses resultados à reforma do sistema de saúde ou a outras questões políticas ou institucionais.

Prestação de serviços

No tocante à internação hospitalar, o per capita médio brasileiro foi de 0,08 internações por habitante, variando entre 0,04 (Roraima)¹⁷ e 0,09 (Rondônia, Piauí e Mato Grosso), o que significa 4 e 9% da população, respectivamente (tabela 5). Apenas 9 dos 26 estados realizaram menor número per capita de internações do que a média do país, mas, apenas 3 deles com valores significativamente inferiores – todos esses na região Norte (Amapá, Amazonas e Roraima); os demais se distribuíram pelas regiões Nordeste (2), Centro-Oeste (1) e Sudeste (3). Essa situação reflete os resultados da

15 Uma correta mensuração do acesso equitativo a serviços pressupõe a utilização de indicadores de características da população que facilitam ou impedem o acesso e definem as necessidades, além de indicadores subjetivos como a satisfação do consumidor.

16 Em situações de restrições concretas à utilização de serviços, a variação nas taxas de utilização pode ser um indicador útil da equidade, embora diferenças na utilização necessariamente não signifiquem iniquidade.

17 Esse índice resulta de falta de informações relativas ao total do período considerado, portanto, o valor real deve ser diferente.

política de saúde que desde o início da década estabeleceu tetos físicos uniformes para internações no país, estabelecidos a partir de critérios populacionais. Essa medida igualitária – não necessariamente equitativa pois não leva em conta as diferenças no perfil de necessidades - favoreceu os estados mais pobres e forçou a diminuição de internações naqueles historicamente com maior produção de serviços de saúde.

Quando se compara a participação relativa das internações em relação à respectiva população, observam-se discrepâncias (tabela 5). 18 estados apresentaram uma participação relativa no total de internações do país superior à sua participação percentual na população. Essa situação se verificou em todos os Estados da região Sul. No Centro-Oeste, apenas Goiás apresentava participação relativa nas internações menor que a na população.

Quanto ao atendimento ambulatorial, registrou-se um maior número de Estados (16) que realizaram um número médio de procedimentos per capita abaixo da média brasileira (0,66). O valor per capita variou de 0,38 no Espírito Santo a 1,07 no Paraná, ambos localizados nas regiões mais desenvolvidas o que mais uma vez mostra a grande diversidade regional em relação a esses indicadores de atenção à saúde. No Norte do país, Pará, Acre, Amazonas, Rondônia e Tocantins apresentaram per capita de procedimentos ambulatoriais inferiores à média; no Nordeste, a maioria dos Estados estava nessa mesma situação: Bahia, o mais baixo per capita da região. A maioria dos Estados apresentou um índice que não condiz com o tamanho de sua população, havendo discrepância entre percentual de participação relativa no total dos atendimentos ambulatoriais realizados no país e a respectiva participação relativa na população. Nesse aspecto, chama atenção os estados de Minas Gerais e Paraná, com atendimentos relativamente bastante superiores à sua população, e Bahia e Rio Grande do Sul, apresentando a situação inversa.

Capacidade instalada

Com relação à distribuição de profissionais, foi verificado um significativo diferencial entre os estados em relação ao número de profissionais por número de habitantes e uma diferença muito grande entre os valores extremos, especialmente em relação a médicos e odontólogos, como pode ser visualizado na tabela 6 e no quadro 4 a seguir. Apenas os enfermeiros não apresentaram variações significativas na distribuição regional. No conjunto é a região Norte que apresenta os mais baixos valores nas diferentes categorias, seguindo-se a Nordeste. Sul, Sudeste e Centro-Oeste mostraram expressiva concentração de médicos e odontólogos, havendo grande variação nos valores da última região, em decorrência dos elevados índices apurados para o Distrito Federal onde se registrou a maior concentração de todas as três categorias¹⁸.

18 Diferentes estudos (Fundação João Pinheiro, 1997 e Médici, 1997) mostram que a distribuição da prestação de serviços está relacionada com a capacidade instalada, favorecendo as localidades que tiveram maior capacidade para ampliar as respectivas redes de prestação de serviços. No caso brasileiro, essa rede é em grande parte, quase totalmente no caso do atendimento hospitalar, formada por prestadores privados que tendem a dirigir seus investimentos para localidades com maior capacidade de pagamento.

Com relação ao número de leitos, menores diferenças entre os índices estaduais foram observadas que variou de 1,60 leitos por mil habitantes no Amazonas a 4,90 em Goiás, a amplitude correspondendo a 3,3. Além disso, encontrou-se uma distinta ordenação dos Estados. Entre os maiores índices, encontravam-se dois Estados do Nordeste (Maranhão e Paraíba); no Centro-Oeste, Goiás correspondia ao maior valor e Distrito Federal colocava-se entre os menores valores (tabela 6).

Quadro 4. Unidades da Federação com maiores e menores valores, segundo o número de enfermeiros, médicos, odontólogos (por 10 mil habitantes) e leitos (por mil habitantes) – 1996 - 1997

INDICADOR	MAIOR VALOR	MENOR VALOR	UF COM MAIORES VALORES	UF COM MENORES VALORES
Enfermeiros/10mil habitantes	10,58	1,45	Distrito Federal Rio de Janeiro Paraíba R.Grande do Sul São Paulo R.Grande Norte	Maranhão M Grosso Sul Tocantins Espírito Santo Piauí Rondônia
Médicos/10mil habitantes	29,5	3,78	Distrito Federal Rio de Janeiro São Paulo R.Grande do Sul Espírito Santo Minas Gerais	Maranhão Rondônia Acre Tocantins Roraima Piauí
Odontólogos/10mil habitantes	16,03	1,79	Distrito Federal São Paulo Rio de Janeiro Minas Gerais M Grosso Sul Paraná	Rondônia Maranhão Bahia Roraima Pará Amazonas
Leitos/mil habitantes	4,9	1,6	Goiás Maranhão Rio de Janeiro Paraíba Paraná Tocantins	Amazonas Pará Amapá Sergipe Distrito Federal Bahia

Fontes: Dados básicos: Ministério da Saúde, Indicadores de saúde (Internet) - 1998.

Elaboração: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Alocação de recursos financeiros

Às diferenças na distribuição da prestação de serviços, dos profissionais de saúde e de leitos hospitalares, acrescenta-se ainda a alocação desigual de recursos financeiros para custeio da assistência à saúde. A maior parcela de recursos públicos mobilizados para a assistência origina-se da esfera federal, daí que são os diferenciais do gasto federal os que têm maior impacto nas ações de saúde.

O gasto per capita federal com assistência à saúde¹⁹ em 1996 variou de R\$21,85 no estado do Amapá (região Norte) a R\$51,38 no Paraná (região Sul). A análise desse gasto possibilitou a discriminação de dois grupos de unidades federadas (tabela 7). Por um lado, situam-se todos os estados da região Norte, exceto Tocantins, que receberam menos de 70% do per capita médio do país que era de R\$41,88. Por outro lado, acima desse valor per capita nacional, posicionavam-se, em ordem decrescente, os Estados do Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Minas Gerais e Pernambuco (esse recebendo valor correspondente a apenas 101% da média do país). Assim, Sul e Sudeste, além do caso peculiar do Distrito Federal, compunham o grupo que concentrava também a maior parcela dos recursos federais para assistência médico-hospitalar.

A análise da participação dos governos estaduais e municipais no custeio da assistência à saúde, embora minoritária - 21,5% e 20,5%, respectivamente, contra 58% da esfera federal²⁰-, também aponta para desigualdades significativas intra-estados: o gasto público total varia de apenas R\$53,88 no estado de Tocantins na região Norte a R\$456,35 no Distrito federal (tabela 8). Entretanto, quando se considera a totalidade de despesas com saúde e não apenas aquelas destinadas ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, observa-se uma alteração no rank dos estados, favorecendo alguns estados localizados nas regiões mais carentes de recursos. Entre os 8 estados (Distrito Federal, Amapá, Roraima, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Minas Gerais e Rio Grande do Sul) que apresentam os mais elevados gastos per capita, acima da média nacional de R\$122,54, um se localiza na região Nordeste e dois na Norte que são as mais carentes de recursos. Entretanto, os outros 6 se localizam na Sul e Sudeste, além do Distrito Federal, confirmando a tendência a concentração de recursos de forma iníqua. Um grupamento de 13 Estados possuía gasto público com saúde inferior a 70% do per capita médio do país,

19 Esses dados referem-se aos recursos transferidos para os estados exclusivamente para despesas de custeio da assistência ambulatorial e hospitalar.

20 O conhecimento da dimensão e da estrutura do gasto em saúde das três esferas de governo (União, Estados e Municípios) foi possibilitado por estudo realizado pelo IPEA (FERNANDES e outros, 1998), ainda de caráter preliminar, considerando apenas do ano de 1995, no qual foi realizada a consolidação do gasto social público brasileiro, discriminado por áreas de atuação social. Esse mesmo estudo reforça a necessidade de melhoria na qualidade dos dados disponíveis, especialmente as informações sobre a participação das esferas estadual e municipal. Chamo atenção que esses dados referem-se ao total do gasto em saúde, diferentemente dos analisados anteriores que se referem ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar.

distribuindo-se entre as regiões Norte (3), Nordeste (6), Centro-Oeste (3) e apenas um no Sul. Ordenando-se o grupo com participação percentual no per capita médio, entre 43,97% a 69,75%, encontram-se os seguintes Estados: Tocantins, Pará, Goiás, Acre, Bahia, Maranhão, Sergipe, Mato Grosso, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Ceará e finalmente Santa Catarina. Em todos esses Estados, o governo federal respondia pela maior parcela do gasto, o que confirma a predominância da fonte federal.

A esfera estadual apresentou participação relativa muito variada entre os Estados. O Distrito Federal encontrava-se em uma situação bastante diferenciada, tendo o governo estadual uma participação relativa elevada, alcançando 65% dos gastos. Os demais Estados apresentaram um diferencial significativo nesses índices. Num extremo, encontravam-se Maranhão e Rio de Janeiro, onde a participação da esfera estadual restringia-se a 0,82% e 1,12%, respectivamente. No outro, Amapá e Amazonas, com 52,76% e 40,71%.

A esfera municipal também apresentou participação relativa variável, muito baixa nos Estados da Região Norte e mais elevada no Sudeste (São Paulo e Minas Gerais) e no Nordeste. Nesta Região, a participação percentual relativa à esfera municipal alcançou 32,5% no Estado do Maranhão.

A mensuração da equidade em saúde no Brasil do ponto de vista da concepção mais estreita

Conforme foi visto, no processo de implantação dos dispositivos constitucionais foi correndo na legislação um afunilamento da concepção de equidade que passou a ser concebida como a distribuição igualitária de recursos para assistência à saúde com vistas a garantir a universalidade de acesso. Assumindo essa concepção, a mensuração da equidade remete à análise que foi feita na seção anterior onde se comparou os recursos per capita recebidos pelos estados brasileiros.

Em função da mescla de critérios para repasse dos recursos federais para os estados, que conjugam critérios igualitários com outros que consideram as diferenças históricas, na prática, ainda se mantêm os diferenciais entre regiões, estados e municípios em função das variações históricas dos gastos com ações e serviços de saúde. Essas por sua vez refletem as diferenças na oferta de serviços que, por seu lado, se vinculam a outras formas históricas de concentração de recursos. É verdade que houve avanços nesse aspecto, demonstrando uma direção clara do processo decisório no sentido de alterar a distribuição de recursos entre estados. Como pode ser visto na tabela 9, no período de novembro de 1994, quando foi fixado o primeiro teto financeiro para os estados, destinado à assistência²¹, até junho de 1998 houve uma alteração no sentido de privilegiar os estados das regiões tradicionalmente com

21 Uma das características da forma de repasse de recursos federais para os estados consiste na definição de tetos financeiros para cada estado.

maior carência de recursos (Norte e Nordeste), em detrimento das demais. Entretanto, esses mesmos dados mostram que mesmo com a redução das diferenças observadas ao longo da década, a participação relativa dos estados e regiões no teto federal de custeio assistencial, à exceção da região Centro-Oeste, ainda não guarda relação direta com a população. A região Norte com cerca de 7% da população do país, recebe aproximadamente 5 % dos recursos federais para custeio; a Nordeste como 28 % recebe 25 %; a Sudeste com 42 % recebe 46 %; a Sul com 15 % recebe 16 % e a Centro-Oeste com cerca de 6 % da população recebe percentual correspondente dos recursos federais.

Quando se compara o gasto de origem federal efetivamente realizado com assistência ambulatorial e hospitalar, as desigualdades entre os estados são, todavia, muito acentuadas, conforme visto na seção anterior. O estado do Amapá (região Norte) que gastou menos, recebeu um valor correspondente a 52,16% do gasto per capita médio do país ao passo que no outro extremo, o estado do Paraná (região Sul) obteve o correspondente a 122,67%. Em todos os estados das regiões mais pobres – Norte e Nordeste – o percentual do gasto em relação ao total despendido com assistência no país foi inferior à população, com exceção apenas do estado de Pernambuco onde houve uma equivalência entre gasto e população. Em contrapartida, tendência inversa se verificou nos estados das regiões relativamente mais ricas – Sul e Sudeste -, onde dos 7 estados que as compõem, 5 receberam recursos federais em proporção maior que suas respectivas populações (Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo).

Grande desproporção foi também verificada quando se considerou a distribuição do total de gasto público com saúde e não apenas aquele realizado com recursos federais. Ao passo que o Distrito Federal recebeu o que equivalente a 372,41% da média do gasto público com saúde no país, o estado do Pará recebeu apenas 54,48%. A situação favorável em relação aos recursos recebidos por alguns estados localizados nas regiões com perfis de saúde relativamente piores parece indicar uma distribuição mais equitativa de recursos. Tendência, porém, que é contrabalançada pela concentração de recursos em estados de regiões mais favorecidas.

Considerações Finais

Do ponto de vista formal não há dúvida de que o direito constitucional à saúde constitui-se como uma igualdade básica fundamental assegurada aos brasileiros. Entretanto, após uma década de sua definição formal ainda está longe de traduzir-se em igualdade na situação de saúde da população. Pelo que os dados reafirmaram, essa desigualdade aponta para uma grande iniquidade em saúde no sentido de que aos perfis de saúde desiguais correspondem condições sócio-econômicas adversas que têm repercussões sobre a saúde. E ainda, na sua maior parte, os recursos destinados

à atenção à saúde consolidam diferenças históricas e se concentram prioritariamente nos estados e regiões mais favorecidas. De tal forma que, embora tenha se avançado no sentido de uma distribuição mais igualitária de recursos financeiros, na medida em que as necessidades de atenção são diferentes em função dos perfis de saúde diferenciados, a distribuição justa deveria privilegiar aqueles mais necessitados através de uma discriminação positiva. Respeitando o princípio da diferença, para usar a terminologia de Rawls.

Embora muito já se tenha feito no sentido da construção do sistema público de saúde, a sua consolidação esbarra com dificuldades de diferentes ordens, tanto internas quanto externas ao setor, se considerarmos apenas o esforço de buscar garantir o acesso universal à atenção à saúde, aspecto em que se restringiu a política de saúde no Brasil. Isso em função do ponto de partida muito desigual entre regiões, estados e municípios, caracterizado por concentração de recursos de diferentes ordens e que colocam enormes desafios para a descentralização e universalização dos serviços de saúde – tarefas que têm despendido as maiores energias no esforço de concretização do SUS no Brasil.

Retomando a perspectiva de Rawls, o que se pode concluir é que o contrato ou acordo público em torno de um princípio de justiça em saúde, que aparentemente parece ter se estabelecido no processo constituinte, ainda não logrou se objetivar, embora passos importantes tenham sido dados. A própria operacionalização do SUS ainda não favoreceu a constituição de instituições que possam ser consideradas justas do ponto de vista do princípio de justiça em saúde estabelecido na Constituição. As dificuldades para implementação do SUS são elementos importantes para a compreensão das inconsistências entre as diretrizes da política e seus resultados concretos. Entre essas dificuldades, algumas são de ordem operacional em um país das dimensões e carências históricas do Brasil; outras são financeiras, dadas as restrições colocadas para garantir pelo menos a universalização do acesso, quiçás a equidade; outras de caráter político apontam para a diversidade de objetivos e interesses que tem caracterizado a disputa interburocrática durante a execução da política. Nesse sentido, transformações político-ideológicas mais amplas no país, e ainda a sua tradução em transformações internas ao próprio setor de saúde apontam para a ruptura da relativa homogeneidade de princípios em torno da construção do SUS que o caracterizara durante os primeiros anos após a reforma de saúde. Ao que tudo indica, um novo acordo público em função de outros ou dos mesmos princípios ainda se faz necessário, no segundo caso com indícios de que a conjuntura política se tornou bem mais desfavorável. Acordo que, se levasse em consideração o princípio da equidade, deveria se concretizar em alterações institucionais que extrapolam os limites restritos do sistema de saúde e demandariam, de fato, um consenso em torno da saúde enquanto uma prioridade a ser perseguida no conjunto das ações públicas, o que ainda não se concretizou no Brasil.

Referências Bibliográficas

- ADAY, Lu-Ann e ANDERSEN, Ronald M. (1981) Equity of Access to Medical care: A Conceptual and Empirical Overview. *Medical Care*, Vol. 19, No. 12 (Suplement).
- COHN, Amélia e outros. (1991) A saúde com direito e como serviço. São Paulo: Cortez.
- FERNANDES, Maria Alice da Cunha (coord.), ROCHA, Denise C. C., RIBEIRO, José Aparecido C., AQUINO, Luseni M. C. (1998) Gasto Social das Três Esferas de Governo – 1995. Brasília: IPEA (Texto para discussão N° 598).
- FUNDAÇÃO João Pinheiro. (1997) Gasto federal com Assistência à Saúde em Minas Gerais: um estudo sobre a desigualdade na distribuição dos recursos financeiros. Belo Horizonte.
- GERSCHMAN, Silvia. (1995) A democracia Inconclusa – um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- HART, J.T. (1971) The Inverse Care Law. *The Lancet*, Londres February.
- LEWIS, Charles E., FEIN, Rashi E MECHANIC, David. A Right to Health- the problem of access to primary medical care. Awiley-interscience publication. John Wiley & sons, New York, London, Sydney, Toronto. S/D.
- MÊDICI, André. (1997) Perfil da Saúde no Brasil. Brasília: IPEA (Texto para discussão N° 472).
- Organização Panamericana de Saúde. (1981) Saúde para todos no ano 2.000. Estratégias. Washington, D.C. Documento oficial 173.
- Organização Panamericana de Saúde. (1982) Saúde para todos no ano 2000. Plano de ação para a instrumentalização das estratégias regionais. Washington, D.C. Documento oficial 179.
- Organização Panamericana de Saúde. (1983) “A Report on the Implications of Differences in the Availability of Health Services”. In: *Securing Access to Health Care*.
- PROGRAMA das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) - Fundação João Pinheiro (FJP) - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (1998) Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros. Coleção Desenvolvimento Humano. Brasília.
- RAWLS, John. (1992) “Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica”. *Lua Nova*. CEDEC, no 25.
- RAWLS, John. (1997) Uma Teoria da Justiça. São Paulo: Martins Fontes.
- SANTOS, Wanderley G. dos. (1979) Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Ed. Campos Ltda.
- SEN, A. K. (1997) Inequality reexamined. Massachusetts: Harvard University Press.
- SISTEMA de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). (1996).
- STARFIELD, Barbara. (1998) O desafio de atender as necessidades de saúde através da Atenção Primária. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias - Escola de Saúde de Minas Gerais.
- TANAHASHI, T. (1978) Health service coverage and its evaluation. *Bulletim of the World Health Organization*, 56 (2): 295-303.

- TURNER, Bryan. (1986) Equality. London and New York: Tavistock Publications.
- WHITEHEAD, Margaret. (1996) Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Centro de documentación e Información-CID. Programa de desarrollo de políticas de salud(HSP). Washington, D.C.
- World Health Organization/Regional Office For Europe. (1996) European health care reforms, analysis of current strategies. Copenhagen: WHO.

Marginación Social y Mortalidad Evitable en México

**Guillermo Julián González Pérez, María Guadalupe Vega López,
Carlos E. Cabrera Pivaral, Agustín Vega López,
Armando Muñoz de la Torre**

*Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano
CUCS, Universidad de Guadalajara, México*

Introducción

En décadas recientes, México ha logrado avances notables en el campo de la salud, que se han visto reflejados en el incremento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la tasa de mortalidad infantil; no obstante, existen todavía indudables contrastes en los logros alcanzados en este ámbito por los distintos estados del país, e igualmente, grandes diferencias al interior de cada uno de ellos, en indicadores como los mencionados previamente, o la mortalidad materna, por mencionar solo algunos; en tanto la relación entre condiciones socioeconómicas y estado de salud de la población ha sido ampliamente documentada en la literatura (Starfield, 2006), estas disparidades antes mencionadas parecen responder, en buena medida, a las notables desigualdades sociales y económicas que subyacen en el país.

De acuerdo con la información del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares 2008 (CONEVAL 2010), el 44.2 % de los habitantes de México vive en situación de pobreza multidimensional –entendida esta como aquella condición que existe cuando una persona no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y si sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere

para satisfacer sus necesidades en materia de educación, salud, seguridad social, alimentación y vivienda-. Asimismo, este estudio estima que el 37.5% de la población mexicana puede ser considerada como vulnerable por carencias sociales o por ingresos, lo que equivale a decir que apenas el 18% de la población de país tiene condiciones de vida satisfactorias (esto es, que no es ni pobre ni vulnerable).

Por otra parte, en el año 2005 el ingreso promedio del 5% más rico de la población mexicana era más de 50 veces superior al del 5% más pobre, cifra ésta aún más alta en estados como Guerrero, San Luis Potosí y Chiapas. Aunque esta situación ha mejorado relativamente en las últimas décadas –con la excepción de Chiapas y Nayarit– es obvio que tan elevados niveles de desigualdad socioeconómica repercuten negativamente en las condiciones de salud de la población mexicana (CONEVAL, 2009).

En el ámbito mexicano, una manera de abordar el estudio de las desigualdades sociales desde una perspectiva territorial es el análisis de la marginación. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) define a la marginación como un fenómeno estructural múltiple que toma en cuenta dimensiones (Educación, Vivienda, Ingresos Monetarios y la Distribución de la población), formas de exclusión y la intensidad de la exclusión en el proceso de desarrollo y el disfrute de sus beneficios (por ejemplo analfabetismo, hacinamiento, población ocupada, población rural; en total, 10 indicadores de exclusión) (CONAPO, 1993). Así, el índice de marginación calculado por CONAPO tanto a nivel estatal como municipal mide la intensidad global de la marginación socioeconómica en un área determinada, y por consiguiente, refleja en buena medida las condiciones de pobreza –y sobre todo– de exclusión social de cada área.

Si bien la marginación –en tanto se deriva de una condición de pobreza– implica estar al margen de un conjunto de opciones sociales, el concepto de exclusión social lleva implícito el hecho de quedar fuera de la dinámica social, de estar excluido de la participación en la toma de decisiones, en la creación y el disfrute de bienes y servicios, y es expresión y resultado de una determinada estructura social (Bel, 2002). Así, los indicadores calculados por CONAPO revelan que en numerosas áreas geográficas de México prevalecen altos niveles de marginación, pero también de exclusión social que impactan indudablemente en la salud de la población. (González-Pérez et al., 2008)

Dentro de los indicadores sanitarios, los indicadores de mortalidad han sido, tradicionalmente, los más utilizados para medir el nivel de salud de una comunidad y poner de manifiesto el efecto de las intervenciones sanitarias destinadas a mejorar la salud de la población. Ahora bien, no existe acuerdo acerca de cuál de los indicadores de la mortalidad es el más adecuado para cumplir con tales propósitos.

Aunque es un hecho cierto que la muerte es un evento biológico inevitable, muchas de las causas que conducen a ella son controlables por el individuo y por la sociedad. (Gómez-Arias, 2006) La posibilidad de controlar las enfermedades y postergar el momento de la muerte está relacionada no solo con la modificación de los estilos de

vida de las personas, sino también con el funcionamiento adecuado de los servicios de salud, con la implementación de políticas económicas y sociales que beneficien a la población y obviamente, con la capacidad del estado de propiciar un desarrollo socioeconómico adecuado que permita a sus ciudadanos llevar una vida digna y satisfacer sus necesidades básicas de forma adecuada.

En tal sentido, el estudio de la mortalidad evitable, desarrollado sustancialmente en la segunda mitad del siglo XX desde diferentes perspectivas, ha permitido evaluar la eficacia de las políticas sanitarias, así como poner de manifiesto la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la población si se pretende reducir los niveles de la mortalidad y prolongar la vida de la población.

En este contexto, el presente estudio pretende analizar el comportamiento de la mortalidad evitable en México según grado de marginación social en los años 2000 y 2008, así como los cambios acaecidos entre ambas fechas.

Aspectos Metodológicos

La información sobre mortalidad utilizada en este estudio proviene de las bases de datos disponibles en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2010) de la Secretaría de Salud; en especial, las bases de datos de mortalidad generadas por este organismo a partir de los datos recolectados por el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI) permiten un análisis de esta naturaleza, dado su grado de desagregación por causa, lugar de residencia y grado de marginación.

Se calcularon tasas de mortalidad según grado de marginación para los años 2000 y 2008, contando para ambos años estudiados con estimaciones de población municipales de CONAPO (CONAPO, 2002; CONAPO, 2006). El grado de marginación (clasificado como: muy alta, alta, media, baja, muy baja) ha sido establecido por CONAPO a partir del índice de marginación municipal, y en este estudio, se utilizan los índices elaborados por dicha institución en los años 2000 y 2005. (CONAPO, 2007) Esto significa que las tasas calculadas para 2008 se basan en el grado de marginación municipal identificado en 2005.

Específicamente, se estudiaron para 2000 y 2008 un conjunto de causas de muerte que podrían considerarse como potencialmente evitables de acuerdo con la literatura consultada (Taucher, 1978; Mackenbach, 1990; Holland, 1991; Gispert et al., 2006, Gómez-Arias, 2006), clasificadas de acuerdo con la X Clasificación Internacional de Enfermedades (WHO, 2007): Enfermedades Infecciosas Intestinales (A00-A09); Tuberculosis (A15-A19); Enfermedades vacunables (A33, A34, A35, A36, A37, A49.2, A70, A80, B05, B06, B15, B16, B17, B18.0, B18.1 B26); SIDA e infección por VIH (B20-B24); Tumores malignos del cuello y cuerpo del útero (C53-C55) Anemias carenciales (D50-D53); Desnutrición (E40-E46), de Dependencia del alcohol y drogas (F10-F19); Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonía e

Influenza (J00-J06, J10-J18, J20-J22); Enfermedad alcohólica del hígado (K70); Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio –muertes maternas- (O00-O99); Afecciones Perinatales (P00-P96) y Homicidios (X85-Y09, Y97.1).

Aunque esta lista no recoge todas las causas de muerte evitables que son factibles de analizar según los modelos propuestos por diferentes autores (Taucher, 1978; Mackenbach, 1990; Holland, 1991; Gispert et al., 2006, Gómez-Arias, 2006), sí incluye algunas de las causas más relevantes en el contexto mexicano, sobre las cuales la ejecución de acciones apropiadas de carácter preventivo, el diagnóstico y tratamiento médico oportuno, la aplicación de medidas adecuadas de saneamiento ambiental o la implementación de políticas sanitarias intersectoriales podrían tener un impacto sustancial para reducir el número de defunciones.

Además de las tasas de mortalidad por causas, se calculó el promedio de años de vida potencial perdidos (AVPP) entre 1 y 74 años por cada causa en los grupos de marginación extremos (muy alta y muy baja marginación) en ambos años estudiados. Tanto con las tasas de mortalidad por cada causa como con el promedio de AVPP se calculó la razón entre los valores observados del grupo de municipios con muy alta marginación y el de muy baja marginación para ambos años estudiados, lo que permitió conocer si las disparidades entre ambos estratos se han incrementado o reducido entre los dos momentos analizados.

Resultados

En el cuadro 1 se puede apreciar la distribución de los municipios mexicanos y de la población según grado de marginación en 2000 y 2008. Aunque en ambos años más de la mitad de los municipios del país estaba en condiciones de alta o muy alta marginación, la población que vivía en esta situación representaba el 18.6% en el año 2000 y el 15.4% en el 2008 (en particular, la que residía en municipios de muy alta marginación osciló entre 4 y 5%). Por el contrario, más de la mitad de la población –en los dos años- vivía en municipios de muy baja marginación, incrementándose esta proporción en 2008 con relación al año 2000.

Esta distribución poblacional debe verse también en el contexto de las características socioeconómicas de las categorías de marginación analizadas: la población residente en los municipios de muy alta marginación es sustancialmente rural, tiene un alto grado de analfabetismo, un alto porcentaje de población indígena y cerca de la mitad de las viviendas no tiene agua corriente en su interior, lo que contrasta drásticamente con las características de la población residente en los municipios de muy baja marginación, eminentemente urbanos, más densamente poblados, con mejores indicadores educativos y mejores condiciones de vivienda en sentido general. (Gómez-Arias, 2006)

Cuadro 1. Numero de municipios y de habitantes según grado de marginación. México, 2000 y 2008

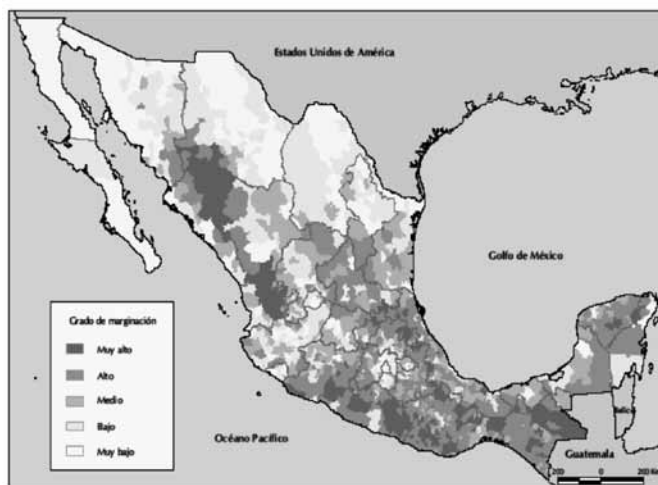
Grado de marginación	2000		2008	
	MUNICIPIOS	POBLACION	MUNICIPIOS	POBLACION
Muy bajo	247	52,326,142	279	62,037,218
Bajo	417	15,299,198	423	12,694,158
Medio	486	11,721,121	501	15,507,796
Alto	906	13,689,659	886	11,809,777
Muy alto	387	4,444,157	365	4,633,569
Total general	2,443	97,480,277	2,454	106,682,518

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CONAPO

En términos geográficos, la mayor parte de los municipios de alta y muy alta marginación se concentran en el sur y sureste del país, además de en algunas áreas montañosas de difícil acceso de la Sierra Madre Occidental. Por el contrario, los municipios con muy baja marginación se ubican predominantemente en el norte, además de en algunas áreas densamente pobladas y más urbanizadas del centro y el occidente de México. (Figura 1)

En el cuadro 2 se presenta un conjunto de 13 causas de muerte que pueden ser evitables ya sea con buenas condiciones de saneamiento, con medidas preventivas, con una atención médica oportuna o con la implementación de políticas sanitarias adecuadas.

Figura 1. Municipios según grado de marginación. México 2005



Fuente: Índices de marginación, 2005. CONAPO, México DF, 2006

Aunque ya se mencionó previamente que este no es un listado exhaustivo de causas evitables (por ejemplo, no se incluyen otras muertes violentas como los accidentes o el suicidio), los datos expuestos reflejan que mientras en el año 2000 una de cada 5 defunciones podría haber sido evitada, la cifra se reduce a casi el 16% en 2008. En casi todos los rubros las cifras de defunciones se reducen entre los dos momentos estudiados, con la excepción de Homicidios, SIDA e Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonía e Influenza. En los dos primeros casos, también la tasa de mortalidad se ha incrementado, en especial la tasa de homicidios, que ha aumentado casi un 20% entre ambos años. Por otra parte, aunque no ha crecido la cifra de defunciones, si ha aumentado la tasa de mortalidad materna.

Cuadro 2. Defunciones y tasas (por 100,000 habitantes) por causas de muerte evitables seleccionadas y porcentaje que representan del total de defunciones. México, 2000 y 2008

	2000	Tasa	2008	Tasa
Enfermedades Infecciones Intestinales	1,923	1.97	1,432	1.34
Tuberculosis	3,231	3.31	2,309	2.16
Enfermedades vacunables	616	.63	211	0.20
SIDA e infección por VIH	4,219	4.33	5,189	4.86
Cáncer cérvico-uterino	5,198	5.33	4,666	4.37
Anemias carenciales	1,019	1.05	834	0.78
Desnutrición	8,865	9.09	8,318	7.80
Dependencia de alcohol y drogas	4,490	4.61	2,770	2.60
Infecciones respiratorias agudas, Neumonía e Influenza	14,183	14.55	14,989	14.05
Enf. Alcohólica del hígado	13,647	14.00	13,361	12.52
Complicaciones del Embarazo, Parto y puerperio ¹	1,325	54.87	1,137	57.95
Afecciones Perinatales	19,394	19.90	14,768	13.84
Homicidios	10,743	11.02	14,007	13.13
Total	88,853	91.15	83,991	78.73
Defunciones totales	437,667	448.98	539,530	505.73
Porcentaje del total de defunciones	20.3		15.6	

¹ Por 100,000 nacidos vivos

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINAIS

La reducción más importante en números absolutos se observa en las afecciones perinatales –alrededor de 4600 defunciones menos en 2008 que en 2000–, aunque en términos relativos la disminución observada en las enfermedades vacunables es la más notable, pues la tasa se reduce casi en las dos terceras partes.

En los cuadros 3 y 4 se puede observar el comportamiento de la tasa de mortalidad por causa y grado de marginación en los dos años estudiados. Mientras que en el año 2000 en ocho de las 13 causas analizadas se observaba una clara sobremortalidad en la población que residía en el estrato de muy alta marginación con respecto a los que vivían en el de muy baja marginación, para 2008 esa cifra se incrementó a diez.

Cuadro 3. Tasas de mortalidad (por 100,000 habitantes) por causas de muerte evitable seleccionadas y grado de marginación municipal. México 2000

	Muy alta	Alta	Media	Baja	Muy baja	Razón ma/ mb
Enfermedades Infecciosas Intestinales	14.33	8.31	6.46	4.91	3.68	3.90
Tuberculosis	6.21	4.46	3.69	2.90	2.79	2.22
Enfermedades vacunables	.29	.36	.52	.50	.79	0.37
SIDA e infección por VIH	1.22	2.17	3.05	3.54	5.62	0.22
Cáncer cérvico-uterino	6.93	12.19	9.57	12.83	9.97	0.70
Anemias carenciales	2.54	1.73	1.70	1.55	.61	4.18
Desnutrición	18.81	12.68	12.84	9.03	6.50	2.89
Dependencia de alcohol y drogas	8.03	6.94	7.24	4.50	3.10	2.59
Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonía e Influenza	18.29	15.76	16.72	14.10	13.48	1.36
Complicaciones del Embarazo, Parto y puerperio ¹	11.75	19.96	17.96	13.84	11.75	1.00
Complicaciones del Embarazo, Parto y puerperio ¹	127.27	74.86	56.61	51.20	43.45	2.93
Afecciones Perinatales	16.49	19.76	21.35	18.74	20.16	0.82
Homicidios	19.42	12.79	10.07	9.63	10.22	1.90

¹ Por 100,000 nacidos vivos

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINAI5

En el año 2000, el mayor exceso de mortalidad se observó en las anemias carenciales y las enfermedades infecciosas intestinales: en ambos casos, la tasa del estrato de muy alta marginación prácticamente cuadruplicó la que presentaba el estrato de muy baja

marginación. Igualmente, las tasas de mortalidad materna y desnutrición del estrato de muy alta marginación casi triplicaron a las observadas en el estrato de muy baja marginación. En varias de estas causas se pudo apreciar un claro “continuum”: la tasa desciende en la medida que el grado de marginación se reduce.

Por el contrario, en causas como SIDA, cáncer cérvico-uterino y las enfermedades vacunables, las tasas del estrato de muy baja marginación eran evidentemente más elevadas que las del grupo de muy alta marginación: por ejemplo, la tasa de mortalidad por SIDA en el estrato de muy baja marginación casi quintuplicó la observada en el estrato de muy alta marginación.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad (por 100,000 habitantes) por causas de muerte evitable seleccionadas y grado de marginación municipal. México 2008

	muy alta	alta	media	baja	muy baja	Razón ma/ mb
Enfermedades Infecciosas Intestinales	12.52	5.15	4.00	2.78	2.31	5.42
Tuberculosis	4.75	2.60	2.18	1.88	1.95	2.43
Enfermedades vacunables	.19	.20	.22	.12	.21	0.92
SIDA e infección por VIH	2.09	3.87	4.61	4.37	5.44	0.39
Cáncer cérvico-uterino	7.30	9.92	7.59	11.45	8.09	0.90
Anemias carenciales	2.27	1.66	1.02	1.36	.43	5.33
Desnutrición	17.33	13.78	10.44	9.41	4.93	3.51
Dependencia de alcohol y drogas	6.97	5.04	3.92	2.87	1.44	4.84
Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonía e Influenza	15.60	14.65	14.76	11.99	13.74	1.14
Complicaciones del Embarazo, Parto y puerperio ¹	13.08	22.14	17.49	13.87	9.19	1.42
Complicaciones del Embarazo, Parto y puerperio ¹	156.81	78.57	52.10	50.09	46.67	3.36
Afecciones Perinatales	13.40	14.79	14.70	14.91	13.20	1.02
Homicidios	17.39	12.49	8.86	11.41	13.81	1.26

¹ Por 100,000 nacidos vivos

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINAIS

Por otra parte, al analizar el comportamiento de las tasas en el año 2008, se pone de manifiesto que nuevamente son las anemias carenciales y las enfermedades infecciosas intestinales las causas en las cuales se aprecia un mayor exceso de mortalidad en el estrato de municipios de muy alta marginación –con respecto al

estrato de muy baja marginación– pues sus tasas quintuplican las que exhibe este último.

Otras causas en las que se observan notorias diferencias son la dependencia de alcohol y drogas, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y la desnutrición, pues en todos estos casos las tasas del estrato de más alta marginación más que triplican al de muy baja marginación.

Aunque en la mayor parte de las causas estudiadas la mortalidad ha disminuido en todos los estratos de marginación entre el año 2000 y el año 2008, es de destacar como se ha incrementado la mortalidad materna en varios de dichos estratos, especialmente en el de muy baja marginación (en el cual la tasa creció en un 23%).

De igual forma, otros casos llamativos son el del SIDA, cuya tasa desciende solo en el estrato de muy baja marginación, observándose, por el contrario, un dramático incremento, superior al 70%, en los estratos de alta y muy alta marginación y el aumento en alrededor de un 10% de la tasa de mortalidad por enfermedad alcohólica del hígado, también en los estratos de alta y muy alta marginación. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino igualmente creció en el estrato de muy alta marginación.

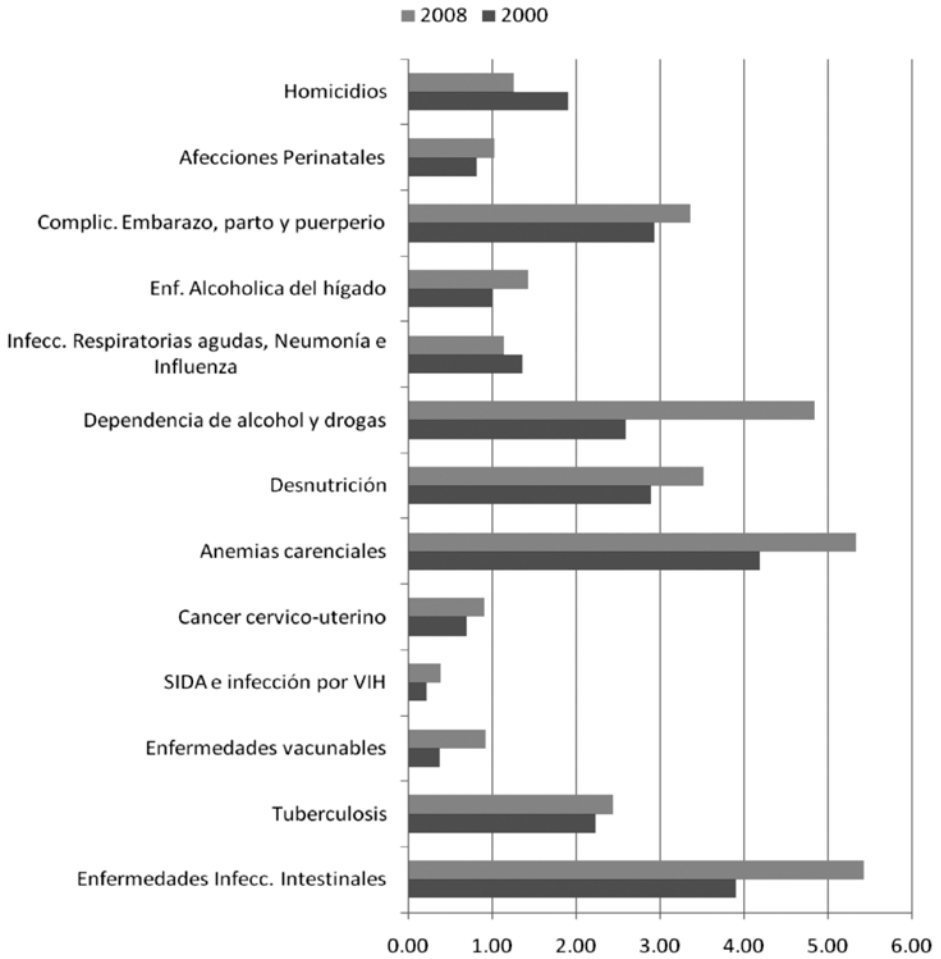
Por otro lado, llama la atención el caso de los homicidios, cuya tasa solo se incrementa en los estratos de baja y muy baja marginación, en este último de manera notoria, en un 35%.

Los resultados expuestos en la figura 2, donde se contrastan las razones calculadas para el año 2000 y el año 2008, permiten apreciar que en once de las 13 causas la razón del año 2008 es mayor a la observada en el año 2000. Esto es, se ha hecho más grande la brecha existente entre estos dos estratos sociales en siete de las causas (en especial en las enfermedades infecciosas intestinales, anemias carenciales y dependencia de alcohol y drogas). A su vez, en las causas donde esta razón es todavía en 2008 menor a 1 –lo que significa que las tasas del estrato de muy baja marginación son mayores a las del estrato de muy alta marginación, como son los casos del SIDA, el cáncer cérvico-uterino, las enfermedades vacunables o las afecciones perinatales-, la diferencia entre ambos estratos se ha reducido considerablemente.

El análisis del promedio de años de vida potencial perdidos –AVPP– (cuadro 5) permite constatar que en los dos años estudiados, en nueve de las 12 causas evaluadas –no se estudiaron las afecciones perinatales dado que los fallecidos por esa causa son menores de un año– la mortalidad prematura es claramente superior en el estrato de muy alta marginación en relación al de muy baja marginación.

Destacan en ese sentido causas como las anemias carenciales, la desnutrición y las enfermedades infecciosas intestinales: en 2000 y 2008, el promedio de AVPP observado en el estrato de muy alta marginación es por lo menos 8 y 5 veces, respectivamente, el del estrato de muy baja marginación.

Figura 2. Razon de tasas muy alta marginacion vs. muy baja marginación, por causas de muerte evitable seleccionadas. México 2000 y 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINAIS

Por el contrario, en lo concerniente al SIDA, el cáncer cérvico-uterino y las enfermedades vacunables, se puede apreciar que el promedio de AVPP es más elevado en el estrato de muy baja marginación: en particular en el caso del SIDA, este promedio fue cuatro veces el del estrato de muy alta marginación en el año 2000 y el doble en 2008.

Cuadro 5. Promedio de años de vida potencial perdidos (por 1,000 habitantes) por causas de muerte evitable seleccionadas y grado de marginación municipal extrema. México 2000 y 2008

						Razón ma/
	muy alta	alta	media	baja	muy baja	mb
Enfermedades Infecciosas Intestinales	4.26	.45	9.47	1.66	.29	5.72
Tuberculosis	1.57	.61	2.57	1.03	.45	2.29
Enfermedades vacunables	.10	.15	.65	.03	.05	.65
SIDA e infección por VIH	.50	2.06	.24	.86	1.92	.45
Cáncer cérvico-uterino	.64	.92	.69	.62	.68	.91
Anemias carenciales	.53	.05	10.60	.22	.02	11.00
Desnutrición	3.68	.44	8.36	2.54	.34	7.47
Dependencia de alcohol y drogas	1.81	.78	2.32	1.57	.34	4.62
Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonía e Influenza	3.61	1.23	2.93	2.62	1.24	2.11
Enfermedad Alcohólica del hígado	2.60	2.55	1.02	2.49	1.87	1.33
Complicaciones del Embarazo, Parto y puerperio ¹	3.34	0.99	3.37	3.43	0.74	4.64
Homicidios	7.20	4.06	1.77	5.96	5.52	1.08

¹ Por 100,000 nacidos vivos

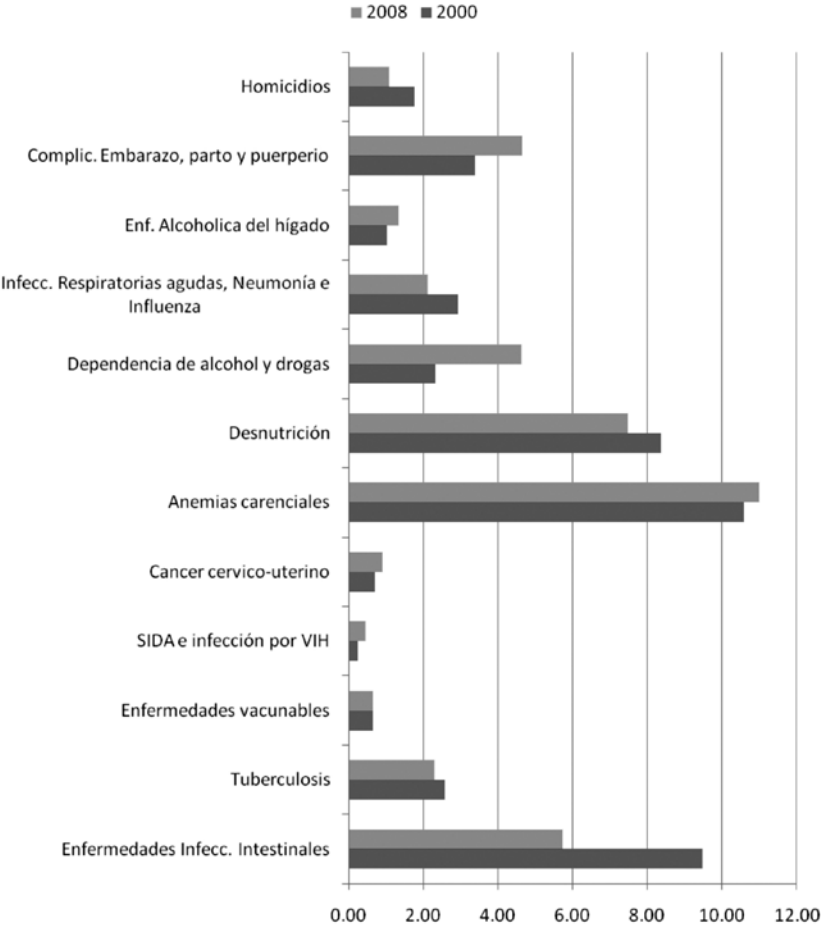
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINAIS

Aunque es evidente que en prácticamente todas las causas se ha reducido el promedio de AVPP entre el año 2000 y el 2008, debe mencionarse el ligero incremento que se observa en las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en el estrato de muy alta marginación (3%), y en los homicidios en el estrato de muy baja marginación (36%).

En cuatro de las 12 causas estudiadas la sobremortalidad prematura del estrato de muy alta marginación ha crecido entre el 2000 y el 2008 con respecto al de muy baja marginación (figura 3), en particular en el caso de la dependencia por alcohol y drogas, en la cual prácticamente el promedio se duplica. Asimismo, en dos causas (SIDA y cáncer cérvico-uterino) ha disminuido el exceso de mortalidad prematura que presenta el estrato de muy baja marginación.

Por el contrario, en cinco de las causas el exceso de mortalidad prematura del estrato de muy alta marginación ha disminuido, siendo los casos más relevantes el de las enfermedades infecciosas intestinales y el de los homicidios; en ambos casos, el exceso de mortalidad prematura en el estrato de muy alta marginación se ha reducido en alrededor del 40%.

Figura 3. Razón del promedio de años de vida potencial perdidos muy alta marginación vs. muy baja marginación, por causas de muerte evitable seleccionadas. México 2000 y 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINAIS

Discusión

Existen diferentes modelos para el estudio de la posible evitabilidad de las causas de muerte. (Taucher, 1978; Mackenbach, 1990; Holland, 1991; Gispert et al., 2006; Gómez-Arias, 2006) Por tanto, la elección de cualquiera de ellos dejaría fuera del análisis algunas causas que otro modelo sí incluiría, lo cual sería sin dudas una limitante del trabajo. Ahora bien, como se ha señalado previamente, esta exposición

no pretende ser un análisis exhaustivo de la mortalidad evitable en México; por consiguiente, tiene también la limitación de solo explorar algunas de las más relevantes causas de muerte cuyo impacto podría reducirse de forma notoria si se mejorara la calidad y cobertura de la atención médica y se implementara un conjunto de políticas sanitarias y de desarrollo social que permitiera mejorar las condiciones de vida de la población.

No obstante a ello, el análisis de la mortalidad realizado según grado de marginación permite entender como las disparidades sociales y en particular los niveles de exclusión, desempeñan un papel clave para explicar el comportamiento de las tasas en la mayoría de los rubros estudiados.

De acuerdo con Taucher (1978), las defunciones contempladas en este estudio son evitables no solo mediante la atención médica y el tratamiento oportuno de la enfermedad, sino también a través del control de los determinantes ambientales, sociales, económicos y culturales. Así, una muerte por alguna de estas causas puede reflejar fallas significativas en la calidad de la atención médica o de los servicios sanitarios, pero también carencias notables en las condiciones de vida de la población y en los mecanismos de control por parte del estado para paliar esta situación.

Este es el caso, por ejemplo, de las enfermedades infecciosas intestinales, las anemias carenciales o la desnutrición. Aún cuando la mortalidad por estas causas ha disminuido de forma importante entre 2000 y 2008, la brecha entre los estratos de marginación extremos (muy alta vs. muy baja marginación) ha crecido sustancialmente en este lapso –y en el caso de las anemias carenciales, también ha aumentado la brecha en la mortalidad prematura–. Aunado a lo anterior, es evidente que en la medida en que el grado de marginación social disminuye, también se reduce la mortalidad.

Es bien conocido lo mucho que han avanzado las ciencias de la salud para lograr que la muerte por estas causas pueda ser evitada con medidas preventivas adecuadas, con buenas condiciones de saneamiento ambiental y con un diagnóstico y tratamiento médico oportuno y pertinente; pero obviamente, si la población tuviera mejores condiciones de vida –educación, empleo, vivienda, alimentación adecuada– su exposición al riesgo de morir por estas causas sería mucho menor.

Que sean los estratos de alta y muy alta marginación quienes presentan las tasas más elevadas, y sobre todo, que sea tan evidente que la distancia entre los grupos extremos en vez de retroceder se acentúe, pone de manifiesto la existencia de “diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud, la educación, la nutrición y las condiciones de vida de las personas en el contexto de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica y/o geográficamente”. (ISEQH, 2005) Esto es, la presencia de graves inequidades en salud en el país, que hasta el momento no encuentran solución: vivir en un municipio de muy alta marginación en 2008 quintuplica el riesgo de morir por una enfermedad infecciosa intestinal –una causa que casi no provoca víctimas en

el mundo desarrollado— que posee una persona que reside en un municipio de muy baja marginación, y esta diferencia es mayor que la que existía ocho años atrás.

La tasa de mortalidad materna es, sin dudas, otro caso que ejemplifica el papel que desempeñan las condiciones sociales en los niveles de salud materna y en especial, en la posibilidad de evitar una muerte por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, pues es evidente que la falta de acceso a servicios sanitarios y de una atención prenatal oportuna, aunado a la deficiente calidad de vida de las mujeres residentes en los municipios con alta y muy alta marginación, conlleva que las tasas en estos estratos se eleven considerablemente.

Si las tasas observadas en el estrato de muy baja marginación ya son de por sí elevadas en el contexto mundial (son, por ejemplo, diez veces más altas que las de Alemania en 2005), (UNICEF, 2009) el exceso de mortalidad materna en el estrato de muy alta marginación —que más que triplica la tasa del estrato de muy baja marginación— indica la enorme distancia que separa a este indicador de los estándares internacionales: la tasa de este estrato es comparable, por ejemplo a la de República Dominicana, Ecuador o Paraguay en 2005. (UNICEF, 2009)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) ha considerado que la mortalidad materna está asociada a la marginación, la pobreza de las mujeres y las deficiencias en las políticas enfocadas a la salud sexual y reproductiva. De igual modo, en el contexto mexicano —en el cual la mortalidad materna se ha incrementado entre 2000 y 2008— la marginación social tiene una importancia clave para entender el comportamiento de esta problemática. La falta de acceso físico (distancia entre la paciente y la clínica), económico, de seguridad social y de atención prenatal hacen imposible el cuidado adecuado para las mujeres embarazadas, en especial en aquellos municipios más pobres y socialmente rezagados del país. En tal sentido, los datos son irrefutables: la disparidad entre los estratos extremos en el riesgo de muerte materno se ha incrementado entre 2000 y 2008, e inclusive, también la brecha en la mortalidad prematura.

Las muertes relacionadas con alcohol y drogas (enfermedad alcohólica del hígado, dependencia de alcohol y drogas) también reflejan un comportamiento claramente asociado a los niveles de marginación, poniéndose de manifiesto en ambos rubros un incremento de la distancia existente en la tasa de mortalidad entre los estratos extremos —muy alta vs. muy baja marginación— entre 2000 y 2008.

En lo referido a la enfermedad alcohólica del hígado, llama la atención que las tasas más elevadas en ambos años se presentan en el estrato de alta marginación, lo que sugiere que en los estratos más pobres la implementación de políticas intersectoriales para prevenir el alcoholismo o el tratamiento oportuno de la enfermedad no ha funcionado apropiadamente.

Por su parte, las muertes relacionadas con la dependencia a alcohol y drogas siguen en ambos años un patrón similar al de las enfermedades ligadas a las condiciones de pobreza y exclusión: a mayor marginación social, tasas más elevadas de mortalidad.

Indudablemente, la carencia de políticas eficaces para prevenir oportunamente el abuso del alcohol o el uso de otras drogas, o de acciones que permitan brindar una atención adecuada a estos problemas, parece más marcada en un contexto de alta o muy alta marginación, donde además predominan condiciones de exclusión social –falta de empleo, migración, desintegración familiar– que muchas veces conducen a un notable prevalencia en el consumo de estas sustancias (Reyes-Morales et al, 2009); esto lleva consigo que el riesgo de morir por esta causa sea definitivamente mayor en los estratos más marginados y con mayor rezago social del país.

Un caso sin duda llamativo es el referido a la mortalidad por SIDA e infección por VIH. Las muertes por el virus de la inmunodeficiencia humana se consideran evitables en buena medida –tanto por acciones preventivas como por un diagnóstico y tratamiento oportuno– desde fines de los años 80's, cuando se dispuso de terapia antirretroviral específica, la cual se ha mostrado efectiva para reducir la mortalidad. (Gómez-Arias, 2006) Es evidente en el caso mexicano que la mayor mortalidad por esta causa se presenta en el estrato de muy baja marginación; sin embargo, este es el único estrato donde se observa un descenso de la tasa entre 2000 y 2008, mientras que en los estratos de alta y muy alta marginación ha sido patente el incremento de la tasa.

Si bien el SIDA ha sido tradicionalmente visto como un problema de salud de carácter urbano (y los municipios que conforman el estrato de muy baja marginación tienen esa condición en su gran mayoría), los datos sugieren que dados los altos flujos migratorios existentes especialmente en las zonas rurales del país, la falta de información adecuada sobre el tema, la discriminación y estigma que representa una enfermedad de esta naturaleza en comunidades marginadas –además de los insuficientes recursos económicos y sanitarios para hacerle frente– la población en los municipios de mayor marginación es cada vez más vulnerable a esta causa y su probabilidad de morir por ella se ha incrementado sustancialmente.

Dado el marcado perfil rural (y en muchos casos indígena) de los municipios más marginados del país, estos resultados apuntan a confirmar la existencia de un proceso de ruralización del SIDA en México, ya señalado por algunos autores (Hernández-Rosete et al., 2008; Rangel MG et al., 2006) que obviamente va de la mano con las desigualdades sociales y la inequidad sanitaria existente en el país.

Por último, merece especial atención el caso de los homicidios, una causa de muerte a todas luces evitable no solo desde el punto de vista médico (al garantizar el acceso de las víctimas a una atención médica de urgencias de alta calidad), sino sobre todo alcanzando altos niveles de desarrollo y equidad social y de seguridad para la población. El control de la agresión y la violencia es sin dudas complejo; no obstante a ello, el hecho de que estas muertes sean excepcionales en muchos países indica que ello puede ser posible en los demás. (Uemura y Pisa, 1985), A pesar de esto, la tasa de homicidio en México se ha incrementado entre 2000 y 2008.

En primer lugar, los hallazgos de este estudio demuestran que tanto en 2000 como en 2008 es en el estrato de muy alta marginación donde se observan las tasas

de homicidio más elevadas, siendo también en este estrato donde se presentan las cifras más altas de años de vida potencial perdidos por esta causa, aspectos estos que contrastan con la idea extendida de que la violencia reciente en México (y en América Latina) es un hecho netamente urbano.

Indudablemente, las condiciones de ruralidad, inaccesibilidad y muy especialmente de exclusión social parecen ser elementos que ayudan a entender la presencia en muchas de estas zonas del crimen organizado (particularmente el narcotráfico), pero también del ejercicio de la violencia para la solución de conflictos en un contexto de creciente impunidad y corrupción.

A su vez, también se observa la disminución de las disparidades existentes en la tasa entre los estratos extremos, pues la tasa del grupo de municipios de muy baja marginación ha aumentado en 2008 con respecto al año 2000 (un incremento también observado en el estrato de baja marginación). En tal sentido, la reducción de esta brecha entre las tasas extremas parece responder no tanto a que hayan mejorado las condiciones de desarrollo socioeconómico de las áreas más marginadas del país, sino a la presencia cada vez mayor del crimen organizado en áreas urbanas y grandes ciudades, convertidas en escenarios de una brutal guerra entre cárteles del narcotráfico, y entre estos y las fuerzas armadas y policíacas, lo que ha propiciado en años recientes el crecimiento del número de víctimas por esta causa.

Los elementos expuestos hasta aquí ponen de manifiesto que la marginación y la exclusión social en México desempeñan un papel clave para explicar muchas de las muertes que el desarrollo científico y social ha convertido en evitables en los albores del siglo XXI.

Diversos autores, como Tobin (1970) y Sen (2002) han argumentado que las desigualdades en salud son especialmente inquietantes –más incluso que en otras esferas de la vida– en la medida que la salud y la atención a la salud son esenciales para la capacidad de las personas de funcionar y florecer como seres humanos. En este estudio se puede apreciar como las desigualdades en salud –medidas a través de la mortalidad por causas evitables– responden a evidentes desigualdades sociales: vivir en municipios de muy alta marginación conlleva una mayor vulnerabilidad y una mayor exposición al riesgo de morir –e incluso de morir prematuramente– por estas causas.

Así, estas desigualdades no deben ser vistas solo como simples desigualdades, sino como inequidades en salud, (O'Donnell O et al., 2008) dado que los indicadores analizados reflejan la existencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables, diferencias éstas que en muchas de las causas analizadas incluso se han incrementado en el lapso estudiado.

Aún cuando lograr una mayor equidad ha sido un objetivo explícito para el sector salud en México, persisten –e incluso en algunos casos se incrementan– las inequidades en salud. Si bien la respuesta de las instituciones sanitarias no ha sido siempre satisfactoria –políticas centralistas, irracionalidad en la distribución de

recursos, por ejemplo— debe entenderse que para modificar esta situación inequitativa en términos sanitarios también se necesitan profundos cambios estructurales que impulsen el desarrollo social, y permitan reducir las desventajas injustas a las que están expuestos importantes núcleos de población del país, en particular aquellos que residen en municipios de alta y muy alta marginación.

Referencias Bibliográficas

- BEL AC. (2002) Exclusión Social: origen y características. En Curso: “Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos”. Murcia. [Internet]. Disponible en: http://stepv.intersindical.org/enxarxats/nee/CE_exclusio.pdf Consultado: Septiembre 28, 2007.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1993) Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990. Primer informe técnico del proyecto Desigualdad regional y marginación municipal en México. México, Consejo Nacional de Población.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2002) Proyecciones de la población de México, 2000-2050. CONAPO, México DF.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2006) Proyecciones de la población de México, 2005-2050. CONAPO, México DF. [Internet]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/> Consultado: Septiembre 28, 2007.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2007) Índices de Marginación a nivel localidad 2005. CONAPO, México DF. [Internet]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005xloc.htm> (Consultado Septiembre 26, 2007)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2009) Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Resultados nacionales y por entidad federativa 2008. [Internet] Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/contenido/home/6595.pdf> Consultado Diciembre 14, 2009
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2010). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares 2008. [Internet] Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED_POBREZA,MED_POBREZA-med_multi Consultado Febrero 20, 2010
- GARCÍA C. (1995) Causas de muerte evitables y su contribución al incremento en la esperanza de vida: una interpretación sociodemográfica: el caso de la Frontera Norte, 1980-1990. *Estud Demogr Urbanos Col Mex*; 28; 10(1).
- GISPERT R et al. (2006) La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit.*;20(3):184-93
- GÓMEZ-ARIAS RD (2006) La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia. 1985-2001 Medellín: Universidad de Antioquia
- GONZÁLEZ-PÉREZ et al. (2008) Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un

- Análisis Socio-espacial. *Rev. Salud Pública*. 10 sup (1): 15-28
- HERNANDEZ-ROSETE D et al. (2008) Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. *Rev Saúde Pública* 2008;42(1):131-8
- HOLLAND W. (1991) European Community atlas of “avoidable death”. 2.^a ed. Oxford: Health Services Research (Oxford Medical Publications; N.o 6; Vol. 1).
- International Society for Equity in Health (ISEQH). [Internet]. Disponible en: http://www.iseqh.org/workdef_sp.htm Consultado Septiembre 27, 2005.
- MACKENBACH JP et al. (1990). «Avoidable» mortality and health services: a review of aggregate data studies. *J Epidemiol Community Health*; 44:106-111.
- O’DONNELL O et al. (2008) Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington: The World Bank
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2005) The World Health Report: Make Every Mother and Child Count. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- RANGEL MG et al. (2006) Prevalence of risk factors for HIV infection among Mexican migrants and immigrants: Probability survey in the North border of Mexico. *Salud Pública Mex*; 48:3-12
- REYES-MORALES H, et al.,(2009) . Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. *Rev Panam Salud Pública*. 25(4):328–36.
- SEN, A. 2002. “Why Health Equity?” *Health Economics* 11(8): 659–66.
- SISTEMA Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SINAIS). (2010) Base de datos de Mortalidad 1979-2008, [Internet]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html> Consultado Abril 26, 2010
- STARFIELD B. (2006) State of the Art in Research on Equity in Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*; 31(1): 11-32
- TAUCHER É. (1978) Mortality in Chile, 1955-1975: trends and causes. *Notas de Población*; 6(18): 113-42.
- TOBIN, J. (1970). “On Limiting the Domain of Inequality.” *Journal of Law and Economics* 13: 263–78.
- UEMURA K, PISA Z. (1985) Recent trends in cardiovascular diseases mortality in 27 industrialized countries. *World Health Stat Q*; 38(2): 142-62
- UNITED Nations Children’s Fund (UNICEF, 2009). El Estado Mundial de la Infancia 2010. Tablas Estadísticas; Nueva York: UNICEF
- World Health Organization, WHO (2007). "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007". [Internet]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (Consultado Abril 28, 2010)

América Latina: Disparidad Social, Cambios Poblacionales y Salud Infantil

**María Guadalupe Vega-López, Guillermo J. González-Pérez,
Carlos E. Cabrera-Pivaral**

*Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales,
Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México*

Introducción

Diversos autores han puesto de manifiesto la íntima relación existente entre condiciones sociales y salud en la infancia, haciendo énfasis en especial en como la pobreza y la exclusión social repercuten directamente en las condiciones de vida de la niñez, incrementando su vulnerabilidad a riesgos de todo tipo, que se traducen en importantes problemas de salud. (Lozano et al., 2001; Benach y Muntaner, 2010)

En particular, las desigualdades sociales afectan dramáticamente la salud y el bienestar de los niños, pues no poseen el bienestar material y social adecuado para disfrutar de una vida digna y sana. (Benach y Muntaner, 2010) Estas disparidades sociales pueden encontrarse tanto entre países como al interior de los mismos, provocando que infantes que vivan en ciertos países, regiones, o pertenezcan a determinados grupos sociales se encuentren en franca desventaja y tengan una mayor probabilidad de enfermar y morir, sin incluso tener la atención adecuada.

A la par de las claras diferencias socioeconómicas existentes entre los países latinoamericanos –y dentro de cada uno de ellos–, se vive en el área un proceso de cambios demográficos que condiciona no solo las necesidades de salud de la población sino también la forma como las instituciones sanitarias, y la sociedad como un todo, responden a las mismas. (Pol & Thomas, 1992).

Junto a la marcada disminución de las tasas de fecundidad observada a partir de las décadas de los años 70's y 80's, la mortalidad –en especial aquella que se produce en los primeros años de vida– se ha reducido de forma paulatina desde mediados del siglo XX, lo cual ha provocado tanto un descenso del ritmo de crecimiento poblacional como importantes modificaciones en la composición por género y edad de la población, que gradualmente comienza a envejecer en casi todo el continente.

Ahora bien, este proceso de envejecimiento –y las demandas y necesidades de todo tipo que este cambio poblacional lleva implícito para América Latina– ha motivado que diversos actores políticos y sociales hayan puesto mayor énfasis en los retos que representa atender a una población cada vez más vieja (lo cual es, a todas luces, un serio problema a resolver) que en atender a aquellos grupos poblacionales que tradicionalmente han sido mayoritarios en el continente, esto es, a los niños y adolescentes, así como a las mujeres en edad reproductiva.

Así, en la primera década del siglo XXI parecería existir cierta opacidad demográfica de la infancia: es más frecuente oír hablar sobre cuantos ancianos hay o habrá en los próximos años, que de las características de la población infantil o adolescente, cómo estas poblaciones evolucionarán en los años venideros o cómo se distribuyen geográficamente en el país, de qué mueren los niños, o si los indicadores de salud infantil se comportan de forma equitativa en América Latina o al interior de cada país.

En tal sentido, este estudio pretende analizar el presente y futuro demográfico de la población infantil en América Latina; relacionar condiciones demográficas, disparidad social e inequidad en salud en la infancia y esbozar los retos que las condiciones demográficas y la desigualdad social llevan implícitos para la salud de la población infantil de América Latina en los próximos años.

Métodos

A partir de los datos disponibles en las proyecciones de población del Centro Latinoamericano de Demografía, se analizó la estructura de población infantil presente y futura de América Latina, por países, así como la distribución de la población infantil en grandes grupos de edades. En particular, se analizaron los años 1990, 2020 y 2030. (CELADE, 2010)

Por otra parte, con la información sobre desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se agruparon los 20 países latinoamericanos en cuatro cuartiles (de 5 países cada uno) ordenados de acuerdo a su índice de desarrollo humano (IDH), donde el cuartil I corresponde a los países de menor desarrollo y el cuartil IV a los de mayor desarrollo.

El concepto de desarrollo humano desarrollado en el PNUD a partir de las ideas de Sen (1992), se basa en la existencia de un entorno en el que las personas puedan

desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses. Para el cálculo del índice por países que realiza el PNUD, se toman en cuenta aspectos que reflejan la duración de la vida (medida según la esperanza de vida al nacer), la educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria) y el nivel de vida digno (medido por el PIB per cápita –calculado de acuerdo con la paridad de poder adquisitivo- en dólares). (PNUD, 2009)

En este estudio se ha considerado que, sin ser el índice de desarrollo humano un indicador de exclusión social, si refleja en alguna medida las diferentes condiciones sociales que prevalecen en un determinado territorio, poniendo de manifiesto las disparidades existentes entre los mismos. Dado su uso estandarizado a nivel internacional, se ha empleado en este trabajo para clasificar a los países según su grado de desarrollo y relacionarlo con diversos indicadores relativos a la infancia.

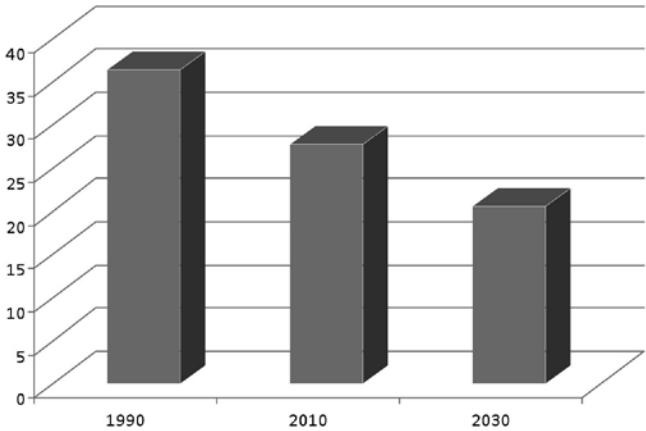
Tras la agrupación de los países en cuartiles, se procedió al cálculo de indicadores socioeconómicos, de salud infantil, de recursos y servicios sanitarios y de carácter social relativos a la infancia para cada uno de los cuartiles, para la fecha más reciente disponible en las estadísticas publicadas tanto en el Informe del Desarrollo Humano 2009 (PNUD, 2009) como en el Estado Mundial de la Infancia 2010 (UNICEF, 2008) y se calculó la razón entre cuartiles extremos para poner de manifiesto las diferencias existentes en el comportamiento de tales indicadores.

Finalmente se analizaron datos existentes sobre salud infantil obtenidos a partir de la base de datos de la OMS (2006) de países latinoamericanos seleccionados, con lo cual se tiene un panorama más completo de la relación entre disparidad social y salud en la infancia al interior de los países latinoamericanos.

Tamaño y Composición de la Población Infantil en América Latina

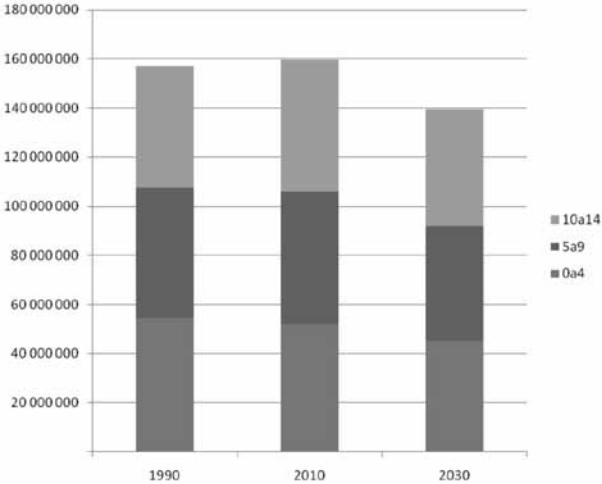
De acuerdo con la información disponible –en particular, las proyecciones de población del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)– en América Latina la población menor de 15 años ha disminuido sustancialmente su peso relativo en los últimos 20 años, y lo hará aún con mayor intensidad en las próximas dos décadas. Como se puede observar en la figura 1 y el cuadro 1, mientras que en 1990 algo más de la tercera parte de la población latinoamericana tenía menos de 15 años, en 2010 este porcentaje se redujo a alrededor del 28%, y para el año 2030, se prevé que apenas una quinta parte de la población se encuentre en este grupo de edades, una reducción del 43% con respecto a 1990. (CELADE, 2010)

Figura 1. Porcentaje de población menor de 15 años en América Latina. Estimaciones y proyecciones, 1990-2030



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2010)

Figura 2. América Latina: Población Infantil (en miles) por grupos quinquenales de edad. 1990, 2010 y 2030



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2010)

Aunque con notorias diferencias, esta disminución proporcional del peso de la población menor de 15 años se observa en todos los países de la región: mientras que en Brasil se prevé que la proporción de población menor de 15 años se reduzca

a la mitad (de 35,3% en 1990 a 17% en 2030), en Uruguay la reducción prevista es de alrededor del 27% (de 26,0% en 1990 a 19,0% en 2030).

Como puede apreciarse, el peso de la población infantil no era en 1990 (ni lo será en el 2030) similar en los países latinoamericanos: mientras que en países como Cuba, Uruguay y Chile ya en 1990 la proporción de población menor de 15 años era relativamente baja, en 7 países superaba el 40% -destacando en este sentido Nicaragua, Guatemala y otros países centroamericanos-; para el año 2030, las predicciones apuntan a que en Guatemala todavía casi un tercio de la población tendrá menos de 15 años, y que -en el otro extremo- Cuba tendrá en ese grupo de edades a menos del 15% de su población.

Cuadro 1. Países de América Latina, según porcentaje de población menor de 15 años en 1990, 2010 y 2030 (proyectado) y porcentaje de reducción entre 1990 y 2030

PAISES	1990	2010	2030	% REDUCCION
Argentina	30.7	25.0	20.8	32.41
Bolivia	40.9	35.8	26.7	34.70
Brasil	35.3	25.5	17.0	51.81
Chile	29.9	22.3	18.6	37.75
Colombia	36.6	28.8	22.5	38.59
Costa Rica	35.9	25.3	19.7	45.24
Cuba	22.6	17.3	13.8	38.79
Ecuador	39.0	30.6	23.0	40.90
El Salvador	40.9	31.5	25.0	38.88
Guatemala	45.4	41.5	31.8	29.97
Haití	43.2	35.9	28.4	34.23
Honduras	45.5	36.8	27.0	40.59
México	38.6	27.9	20.0	48.12
Nicaragua	46.0	34.5	25.7	44.13
Panamá	35.2	29.0	22.8	35.14
Paraguay	41.4	33.5	25.8	37.74
Perú	38.3	29.9	22.6	40.92
Rep. Dominicana	38.7	31.4	24.6	36.46
Uruguay	26.0	22.5	19.0	27.23
Venezuela	38.0	29.5	23.1	39.31
América Latina	36.4	27.7	20.6	43.29

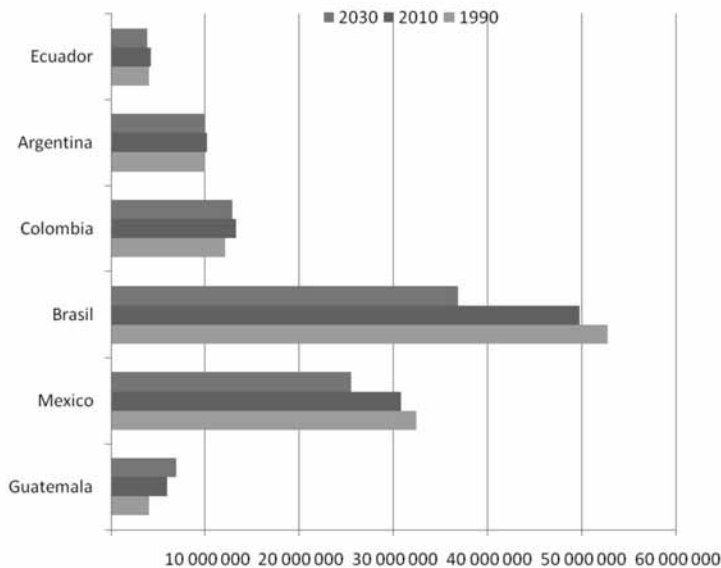
Fuente: Centro Latinoamericano de Demografía, 2010.

Ahora bien, estos cambios observados en términos relativos no deben ocultar algo que –para muchos- pudiera pasar inadvertido: en números absolutos, en la actualidad (año 2010) hay más niños en América Latina que en 1990, y para el año 2030 se espera que haya alrededor de 140 millones de menores de 15 años, una cifra inferior –pero no excesivamente lejana– a la observada en 1990 (157 millones aproximadamente). (Figura 2)

En particular, la mayor reducción en número absolutos se observa en el grupo de 0 a 4 años –el único que ya pierde efectivos para el año 2010– ; por el contrario, la cifra de niños en el grupo 10 a 14 es mayor en 2030 que en 1990, –y mayor que el grupo de 0 a 4– convirtiéndose así en el grupo predominante.

En términos absolutos, la situación no se vive de igual modo para toda América Latina; en la figura 3 se presentan datos de población menor de 15 años en países latinoamericanos seleccionados, y como puede apreciarse, se pueden identificar diferentes escenarios: algunos países verán disminuir su población infantil en los próximos veinte años –como los casos de Brasil y México–; en otros la cifra se mantendrá aproximadamente similar a la de 1990 (como en Ecuador y Argentina) y en otros, la población esperada en 2030 es claramente superior a la de 1990 e incluso, superior a la actual. El ejemplo más llamativo en tal sentido es Guatemala, cuya población menor de 15 años en 2030 casi podría duplicar la observada en 1990.

Figura 3. América Latina: Población Infantil en países seleccionados (en miles). 1990, 2010 y 2030

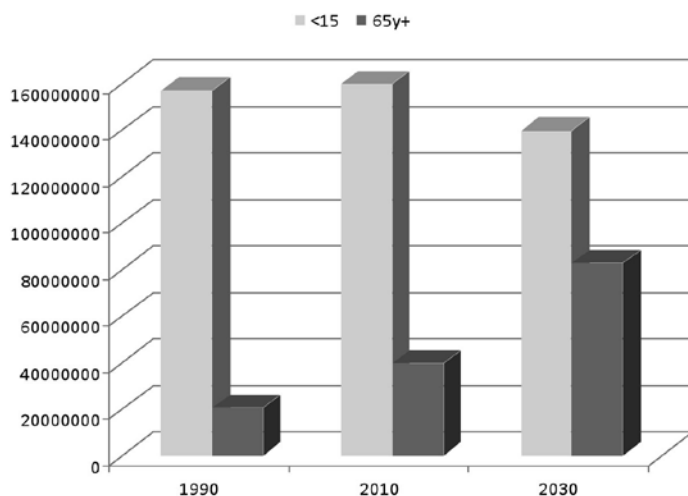


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2010)

Los datos también permiten constatar que es en la primera década del siglo XXI cuando en muchos de los países latinoamericanos se alcanzan las cifras más elevadas de población infantil (por ejemplo, en Argentina hay en 2010 alrededor de 10 millones de niños); por otro lado, se puede aseverar que en la actualidad en Brasil y México –vistos en su conjunto– reside la mitad de la población menor de 15 años de América Latina. Aunque esta proporción se reducirá en los próximos dos decenios, es indudable que entre ambos países seguirán teniendo la mayor cantidad de niños del continente.

Es innegable que la información mostrada refleja una realidad: la población infantil, en números absolutos, no ha disminuido hasta el momento en América Latina y aunque tenderá a disminuir en los próximos años, para 2030 cabe prever la existencia de una cifra considerablemente alta de niños. Aún en México y Brasil, a pesar de la disminución de efectivos, para el año 2030 cabría esperar más de 25 y 36 millones de niños respectivamente, una cantidad sumamente elevada.

Figura 4. América Latina: Población menor de 15 años y de 60 años y más, observada (1990, 2010) y proyectada (2030)



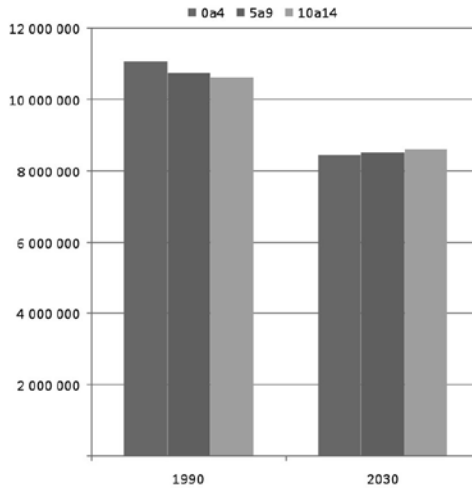
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2010)

Si a lo anterior se agrega que la población con 65 años y más –aunque es y seguirá siendo en las próximas décadas menor a la población infantil en casi todos los países (figura 4), quizá con la excepción de Cuba– continúa creciendo notablemente, se pone de manifiesto que América Latina vive un momento que puede identificarse como de “coexistencia de demandas” –demandas de atención de todo tipo, en particular de salud, de niños y ancianos de forma simultánea- que constituyen indudablemente

un desafío para los sistemas sociales en general y los servicios de salud en particular, los cuales tienen que buscar soluciones ahora a problemas acuciantes de naturaleza distinta que se agravarán con el transcurso de los años. (González-Pérez et al., 2004). En otras palabras, en términos sanitarios hay que incrementar la atención geriátrica sin desviar ni disminuir los recursos destinados al cuidado de la infancia.

Otro aspecto a resaltar en este análisis es el referido a los cambios internos en la estructura por edades de la población infantil, obviamente relacionados con el descenso observado en la fecundidad en cada uno de los países, y el momento en que este proceso se dinamiza. En 1990 en la gran mayoría de los países latinoamericanos (exceptuando a Cuba y Uruguay, donde el descenso de la fecundidad es anterior), predominaban los niños menores de 5 años en el conjunto de menores de 15 años; para el año 2010, se puede apreciar un mayor equilibrio entre los tres grupos de edades (0-4, 5-9 y 10-14) y en algunos casos, incluso un mayor peso de los niños entre 5 y 9 años. Según las proyecciones para el 2030, en muchos países se esperaría una marcada preponderancia de los niños y adolescentes comprendidos en el grupo de 10 a 14 años de edad, y en tal sentido, México es un ejemplo notable (figura 5), aunque no el único.

Figura 5. México: Población menor de 15 años por grupos de edad, observada (1990, 2010) y proyectada (2030)



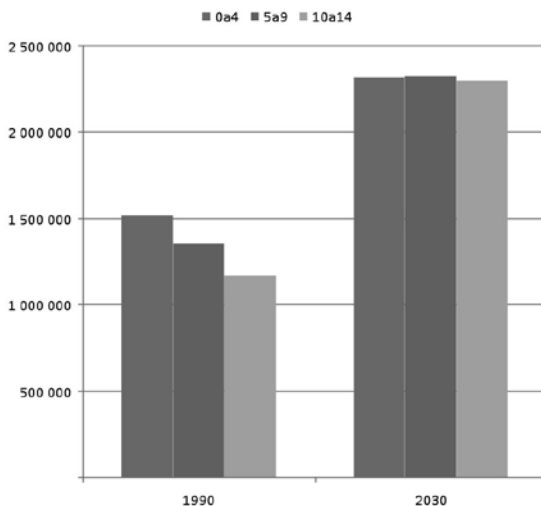
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2010)

Sin embargo, en la mayoría de los países centroamericanos –exceptuando a Costa Rica– estos cambios estructurales se darán de forma más lenta; en Guatemala, por ejemplo, el país con mayor población infantil de la región, aún en el año 2025

cabría esperar que la cifra de niños en el grupo de 0 a 4 años fuera solo ligeramente menor a la observada en el grupo de 5 a 9, y todavía mayor a la del grupo de 10 a 14. (Figura 6)

Este cambio estructural que gradualmente se está dando en la mayoría de las naciones latinoamericanas cobra especial relevancia, pues lleva implícito un nuevo desafío para las instituciones: la necesidad de implementar estrategias novedosas y oportunas para la atención y protección a la infancia en áreas como la salud y la educación, en tanto se está pasando paulatinamente de tener una mayor demanda de lactantes y niños pequeños a aquellas derivadas de una creciente población adolescente precoz (o sea, en las primeras edades de la adolescencia), con necesidades propias de su edad y totalmente diferentes a las que genera la primera infancia.

Figura 6. Guatemala: Población menor de 15 años por grupos de edad, observada (1990, 2010) y proyectada (2030)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2010)

Disparidad Social y Poblacion Infantil en América Latina

Los aspectos comentados en el acápite anterior deben ser analizados en el contexto del desarrollo socioeconómico de la región y las disparidades sociales existentes en las mismas. Así, en el cuadro 2 se muestra información sobre el índice de desarrollo humano (IDH) y el producto interno bruto (PIB) per cápita –además de la proporción de población menor de 15 años– para los países latinoamericanos, correspondiente a 2007.

Cuadro 2. Países de América Latina, ordenados y agrupados en cuartiles según Índice de Desarrollo Humano (IDH); Producto Interno Bruto (PIB) per cápita (paridad de poder adquisitivo en USD) y Porcentaje de Población menor de 15 años, fecha más reciente disponible

	PAÍSES	IDH 2007	PIB 2008	% <15 2010
CUARTIL I	Haití	0.532	1,155	35.9
	Nicaragua	0.699	2,570	34.5
	Guatemala	0.704	4,562	41.5
	Bolivia	0.729	4,206	35.8
	Honduras	0.732	3,796	36.8
CUARTIL II	El Salvador	0.747	5,804	31.5
	Paraguay	0.761	4,433	33.5
	Rep. Dominicana	0.777	6,706	31.4
	Perú	0.806	7,836	29.9
	Ecuador	0.806	7,449	30.6
CUARTIL III	Colombia	0.807	8,587	28.8
	Brasil	0.813	9,567	25.5
	Panamá	0.840	11,391	29
	Venezuela	0.844	12,156	29.5
	Costa Rica	0.854	10,842	25.3
CUARTIL IV	México	0.854	14,104	27.9
	Cuba	0.863	6,876	17.3
	Uruguay	0.865	11,216	22.5
	Argentina	0.866	13,238	25
	Chile	0.878	13,880	22.3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe de Desarrollo Humano 2009 (PNUD)

Los datos, ordenados según IDH y divididos en cuartiles, evidencian que en el primer cuartil, aquel que agrupa a los cinco países con menor IDH, se ubican también los países con una mayor proporción de población infantil: Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Bolivia. Estos países también exhiben los más bajos PIB per cápita de la región (excepto Guatemala). Por el contrario, en el cuartil IV –donde se concentran las naciones con más elevado IDH– se encuentran los países con mayores PIB per cápita (con la excepción de Cuba), los que a su vez presentan los menores porcentajes de población menor de 15 años, salvo México.

Cuadro 3. Indicadores socioeconómicos seleccionados de países de América Latina, agrupados por cuartil según IDH. Valores ponderados por cuartil, fecha más reciente disponible

	Índice de Desarrollo Humano (2007)	PIB Percápita (Paridad de poder adquisitivo en USD, 2007)	Razón de ingreso 10% más rico/ 10% más pobre (2007)	%población que gana menos de 2 USD al día (2000-2007)	% que representan las remesas del PIB (2007)	% población < 15 años (2010)
CUARTIL I	0.676	3392.4	54.52	37.55	14.16	37.50
CUARTIL II	0.792	7062.1	30.28	16.57	5.78	30.77
CUARTIL III	0.816	9715.0	41.45	14.94	0.76	26.49
CUARTIL IV	0.860	13383.0	24.01	6.09	1.99	25.97
Razón IV/I	1.27	3.95	-	-	-	-
Razón I/IV	-	-	2.27	6.17	7.12	1.44

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe de Desarrollo Humano 2009 (PNUD) y Estimaciones y Proyecciones de Población del CELADE (2010)

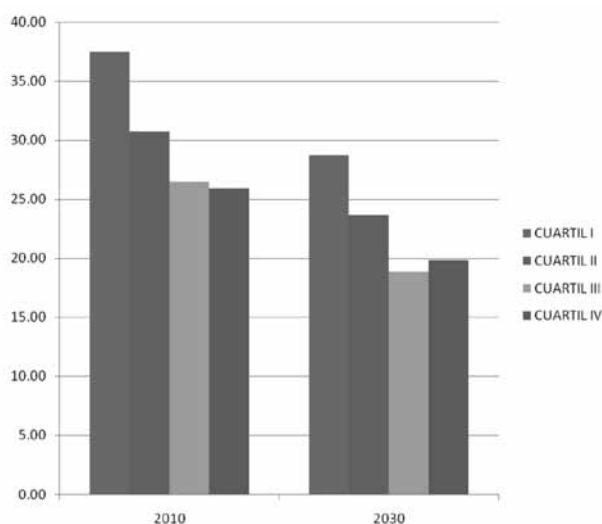
Tras la estimación de los indicadores ponderados por cuartil (cuadro 3), se pone de manifiesto que el IDH del cuartil IV es un 27% superior al IDH del cuartil I y su PIB per cápita casi cuadruplica el que posee el cuartil I; sin embargo la proporción de población infantil del cuartil I excede en más del 40% la que presenta el cuartil IV. A pesar de las posibles limitaciones de indicadores como el IDH y el PIB per cápita para reflejar las verdaderas condiciones de vida de una población, es indudable que, por una parte, el IDH es un indicador que refleja los avances de un territorio en función de dimensiones básicas del desarrollo humano tales como la expectativa de vida, la educación y el nivel de vida (PNUD, 2009), y por otra, el PIB per cápita (también empleado en el cálculo del IDH) brinda una idea aproximada del bienestar económico promedio alcanzado por un país.

Otros indicadores reflejan todavía con mayor precisión las desigualdades sociales existentes dentro de cada uno de estos países: en los países ubicados en el cuartil I la brecha existente entre el 10% más rico de la población y el 10% más pobre duplica la que presentan los países ubicados en el cuartil IV –ya de por sí muy elevada–, y la proporción de personas que vive en condiciones de pobreza, con menos de 2USD al día, la sextuplica. Igualmente, la dependencia económica de las remesas que provienen de trabajadores emigrados es seis veces más elevada en los países de este cuartil que en los ubicados en el cuartil IV.

En tal sentido, los resultados hallados permiten afirmar que es en los países más pobres y socialmente desiguales de América Latina donde la población infantil representa en la actualidad un mayor porcentaje de la población total. Si se asume que

para el año 2030 se prevé que en los países ubicados en el cuartil IV esta proporción seguirá siendo cercana al 30% (figura 7), esta realidad parece se mantendrá en los años venideros, mas si se conoce que superar la notable fisura existente entre el desarrollo socioeconómico de los países situados en los cuartiles extremos sería sumamente complejo.

Figura 7. Proporción de población menor de 15 años por países de América Latina agrupados por cuartil según IDH. 2010 y 2030



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2010)

Por otro lado, el análisis del comportamiento de indicadores de salud infantil revela las enormes distancias existentes entre los países latinoamericanos según su grado de desarrollo. (Cuadro 4)

En todos los indicadores –como la tasa de mortalidad infantil, neonatal y en menores de 5 años– la tasa observada en el conjunto de países ubicados en el cuartil I más que duplica la que presentan los países del cuartil IV. Además, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer es un 72% mayor y el porcentaje de niños menores de 5 años con bajo peso para la edad más que triplica la cifra que exhibe el cuartil IV. Además es evidente la existencia de un gradiente: a mayor grado de desarrollo humano (y obviamente de mejores condiciones sociales y de vida para la niñez), mejores indicadores de salud infantil.

Cuadro 4. Indicadores seleccionados de salud infantil de países de América Latina, agrupados por cuartil según IDH. Valores ponderados por cuartil, fecha más reciente disponible

	Tasa de mortalidad infantil (2008)	tasa de mortalidad neonatal (2008)	tasa de mortalidad en < de 5a.(2008)	% bajo peso al nacer (2003-2008)	% niños <5 bajo peso para edad (2000-2006)
CUARTIL I	36.40	22.04	43.58	12.95	16.57
CUARTIL II	22.29	12.73	25.14	8.91	7.81
CUARTIL III	17.25	12.64	20.77	7.75	6.06
CUARTIL IV	13.94	9.98	16.15	7.53	4.43
Razón I/IV	2.61	2.21	2.70	1.72	3.74

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Estado Mundial de la Infancia 2010 (UNICEF) y del Informe de Desarrollo Humano 2009 (PNUD)

Cuadro 5. Indicadores seleccionados de recursos y servicios sanitarios en países de América Latina, agrupados por cuartil según IDH. Valores ponderados por cuartil, fecha más reciente disponible

	Gasto público en salud per cápita (en USD, 2006)	% Población que utiliza una fuente de agua potable mejorada (2006)	% embarazadas con al menos 1 consulta prenatal (2003-2008)	% partos institucionales (2003-2008)	% niños <1 vacunados contra la polio (polio3) (2008)	% niños <1 vacunados contra la tuberculosis (BCG) (2008)
CUARTIL I	104.89	81.79	84.67	50.81	80.01	91.31
CUARTIL II	159.22	89.93	91.69	79.09	87.71	94.88
CUARTIL III	381.78	91.66	96.22	96.32	93.48	96.20
CUARTIL IV	428.35	95.06	95.44	90.63	96.86	98.92
Razón IV/I	4.08	1.16	1.13	1.78	1.21	1.08

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Estado Mundial de la Infancia 2010 (UNICEF) y del Informe de Desarrollo Humano 2009 (PNUD)

Por el contrario, los peores indicadores de recursos y servicios sanitarios, en particular algunos relacionados con la salud infantil, se observan en el cuartil I. (Cuadro 5) En los países de este grupo, el gasto público en salud per cápita es cuatro veces menor que el que presentan los países del cuartil IV, la proporción de partos en instituciones de salud apenas rebasa el 50%, y el porcentaje de menores de un año vacunados contra la polio y la tuberculosis es francamente menor que el que presentan los países con mayor grado de desarrollo.

Ante este panorama, es lógico esperar en los países menos desarrollados los indicadores de salud infantil más negativos: la mortalidad en la niñez, por ejemplo, está íntimamente ligada a las condiciones de vida que prevalecen en la sociedad y a la capacidad de respuesta que tienen el estado y en particular las instituciones de salud para atajar oportunamente los problemas.

Pero junto a los indicadores sanitarios, otros indicadores sociales relativos a la niñez (cuadro 6) ponen de manifiesto las condiciones deplorables y el grado de vulnerabilidad al que están expuestos los niños que viven en los países ubicados en el cuartil I: en ellos hay casi un 60% más de huérfanos que en el cuartil IV, hay una proporción de niños que trabajan muy superior a la observada en el resto de los cuartiles, y los indicadores referidos a la educación son los peores, evidenciando una elevada proporción de niños no escolarizados y un alto grado de deserción escolar.

Cuadro 6. Indicadores sociales relativos a la niñez en países de América Latina, agrupados por cuartil según IDH. Valores ponderados por cuartil, fecha más reciente disponible

	Trabajo infantil (%) (1999-2008)	% matriculados en educación primaria (5-14a) (2003-2008)	% sobrevivientes al último grado de primaria (2003-2008)	% población <18a huérfana (2007)
CUARTIL I	22.28	79.26	64.87	6.31
CUARTIL II	13.62	94.52	77.73	4.91
CUARTIL III	5.99	92.55	80.81	5.05
CUARTIL IV	12.49	98.32	91.66	3.97
Razón IV/I	-	1.24	1.41	-
Razón I/IV	1.78	-	-	1.59

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Estado Mundial de la Infancia 2010 (UNICEF)

Inequidad en Salud Infantil en América Latina

La inequidad en salud fue definida por Whitehead (1992) hace ya casi dos décadas como aquellas diferencias en salud que son innecesarias, inevitables e injustas; más recientemente, Braveman (2003) ha señalado que la equidad puede ser definida como la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos con diferentes niveles de ventaja o desventaja social –en términos de poder, bienestar o prestigio social-; a partir de estos conceptos esenciales, la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud (2005) ha definido la

equidad como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud, la educación, la nutrición y las condiciones de vida de las personas en el contexto de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica y/o geográficamente. Así, equidad es un concepto más cercano a la noción de justicia distributiva como respuesta a necesidades y demandas de ciertos grupos o poblaciones.

Al enfocar un concepto de esta naturaleza a la población infantil, se estaría hablando de equidad en la infancia cuando no existan diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud, la educación, la nutrición y las condiciones de vida de la niñez en contextos definidos social, económica o geográficamente. En este caso particular, se hace especial referencia a la equidad en salud, vista tanto desde los grupos sociales como en términos geográficos.

Aunque diversos autores han documentado importantes disparidades sociales en salud en países desarrollados –en particular en lo concerniente a salud materno-infantil–, (Braveman 2004), estas alcanzan su mayor expresión en América Latina, región en la cual se ha observado la mayor desigualdad en el ingreso a nivel mundial: mientras que el 30% más pobre de la población recibe apenas el 7.5% del ingreso, el 5% más rico recibe el 25% del total de ingresos de la región (CEPAL, 2001). En un continente donde predominan los bajos ingresos, esta desigualdad impacta desfavorablemente en las condiciones de vida de la población, especialmente de la niñez, pues los hogares carecen de recursos suficientes para satisfacer necesidades básicas.

Cuadro 7. Tasa de mortalidad de menores de 5 años por quintiles de ingreso extremo en países seleccionados de América Latina, años recientes

País	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón entre quintil más pobre/más rico
Brasil(1996)	98,9	33,3	3,0
Bolivia(2003)	105,0	32,0	3,3
Colombia(2005)	39,0	16,0	2,4
Perú(2000)	92,6	17,6	5,3
Guatemala(1999)	77,6	39,3	2,0
Haití(2000)	163,9	108,7	1,5
Nicaragua(2001)	64,3	19,2	3,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la base de datos de la OMS (2006)

Cuadro 8. Tasa de desnutrición de menores de 5 años (altura para la edad) , en nueve países seleccionados de América Latina y el Caribe, por quintil de ingreso, años recientes

País	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón entre quintil más pobre/más rico
Brasil(1996)	23,1	2,4	9,6
Bolivia(2003)	41,8	5,4	7,7
Colombia(2005)	19,8	3,3	6,0
Perú(2000)	47,0	4,5	10,4
Guatemala(1999)	65,3	7,5	8,7
Haití(2000)	30,8	7,4	4,2
Nicaragua(2001)	35,2	4,5	7,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la base de datos de la OMS (2006)

Esta desigual distribución de la riqueza ha creado condiciones favorables para la existencia de notables inequidades en el interior de la mayoría de los países de la región en lo relativo a la salud infantil, que muchas veces se ocultan detrás de los indicadores promedios nacionales; así, en los cuadros 7 y 8 se puede apreciar como la mortalidad en menores de 5 años y la desnutrición (sobre todo esta última) es mucho más elevada en el quintil de menor bienestar que en aquel de mayor bienestar: en el caso de Perú, la tasa de mortalidad en menores de 5 años en el quintil más pobre quintuplica la del quintil más rico, y en casi todos los países el riesgo de muerte en los menores de 5 años del quintil más pobre al menor duplica al del quintil más rico.

En lo concerniente a la desnutrición en menores de 5 años-evaluada según altura para la edad-, la situación es aún más grave, pues, el porcentaje de niños con desnutrición en el quintil más pobre, como mínimo cuadruplica el del quintil más rico.

Al analizar estos mismos indicadores según niveles extremos de escolaridad materna (cuadros 9 y 10), la inequidad permanece: ser hijos de madres sin ninguna educación incrementa sustancialmente el riesgo del niño de morir antes de los 5 años, o de ser desnutrido. En Colombia, por ejemplo, el riesgo de desnutrición es casi 7 veces mayor entre los hijos de madres sin educación que entre aquellos cuya madre posee educación superior.

Cuadro 9. Tasa de mortalidad de menores de 5 años según niveles de escolaridad materna extremos en países seleccionados de América Latina, años recientes

País	Madres sin escolaridad	Madres con educación superior	Razón entre madres sin escolaridad / madres con educación superior
Brasil(1996)	119,1	37,0	3,2
Bolivia(2003)	144,5	48,0	3,0
Colombia(2005)	43,7	22,5	1,9
Perú(2000)	106,0	35,1	3,0
Guatemala(1999)	78,5	42,3	2,0
Haití(2000)	150,5	74,0	1,5
Nicaragua(2001)	71,8	24,9	2,9
Rep. Dominicana(2002)	81,5	29,5	2,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la base de datos de la OMS (2006)

Cuadro 10. Tasa de desnutrición de menores de 5 años (altura para la edad) según niveles de escolaridad materna extremos en países seleccionados de América Latina, años recientes

País	Madres sin escolaridad	Madres con educación superior	Razón entre madres sin escolaridad / madres con educación superior
Brasil(1996)	21,2	5,9	3,6
Bolivia(2003)	44,4	12,7	3,5
Colombia(2005)	27,3	3,5	7,8
Perú(2000)	51,6	12,6	4,1
Guatemala(1999)	64,4	12,7	5,1
Haití(2000)	27,9	9,7	2,9
Nicaragua(2001)	35,7	8,7	4,1
Rep. Dominicana(2002)	12,8	5,5	2,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la base de datos de la OMS (2006)

Si se toma en cuenta que en América Latina una gran parte de la población se ubica por debajo de la línea de pobreza, y que muchas madres no han podido alcanzar niveles educativos elevados, los aspectos previamente presentados alcanzan mayor relevancia, pues es obvio que una gran parte de la población infantil latinoamericana

se encuentra entonces expuesta a los mayores riesgos de mortalidad y desnutrición, evidenciándose la existencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en cuanto a la salud infantil.

Por otra parte, sin dejar de reconocer los avances que han existido en los países latinoamericanos en cuanto a salud infantil, es un hecho cierto que –desde una perspectiva territorial- las disparidades permanecen y que son los estados y provincias más pobres y desiguales los que no solo tienen mayores problemas de salud en la infancia, sino también menos apoyos y recursos para revertir la situación. Esto sucede en México, en donde los estados más pobres del país tienen la mayor población infantil, los índices de mortalidad y desnutrición en la infancia más elevados y, sin embargo, cuentan con menos pediatras y menos recursos para la atención a la infancia (Gonzalez-Pérez et al 2010), y también en Brasil, donde a pesar de la reducción de alrededor del 30% experimentada por la tasa de mortalidad infantil en los años 90's, las diferencias entre la tasa de la tradicionalmente más pobre región Nordeste (la más elevada) y la del desarrollado Sudeste (la más baja) se incrementaron –el exceso de mortalidad pasó de 40 en 1991 a 50% en el año 2000-(Machinea, 2005).

Consideraciones Finales

Los elementos anteriormente expuestos llaman la atención sobre el papel del estado en la protección de la infancia y los recursos destinados a este fin. De acuerdo con datos de la CEPAL (Machinea, 2005), son los países que destinan un mayor porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) al gasto social los que presentan mejores indicadores de salud infantil; en tal sentido, Cuba, Uruguay, Argentina y Costa Rica, por citar algunos, destinaron en el bienio 2002-03 entre el 29, 2% y el 18.8% del PIB al gasto social, y exhiben tasas de mortalidad infantil comparables con las de los países desarrollados. Sin embargo, Guatemala, Nicaragua, Perú destinaron menos del 10% del PIB al gasto social, y sus indicadores de salud infantil dejan mucho que desear. Incluso México dedica apenas 10.6%, cuando la media ponderada regional es de 15,1%.

Aunque la inversión en programas sociales y económicos parece tener un impacto favorable en las condiciones de vida de la población infantil -al menos a nivel general-, no queda claro si para todos los gobiernos de la región invertir en salud infantil sea considerado como una prioridad; sin embargo, dadas las inequidades que persisten en este sentido en la mayoría de los países latinoamericanos, no bastaría con destinar más recursos a la niñez, sino que se necesitaría implementar un conjunto de acciones dirigidas a los grupos sociales y a las regiones en condiciones desventajosas y en franca exclusión social, y buscar alternativas para una distribución de la riqueza mucho más justa, que permitiera reducir las disparidades en salud en la infancia.

Si se considera –como se ha expuesto previamente– que en los próximos veinte

años el número absoluto de niños no disminuirá, y que buena parte de la población menor de 15 años vive en los países más pobres o en las regiones más pobres al interior de cada país, la reducción de las inequidades en salud de la población infantil latinoamericana es sin dudas un desafío mayúsculo para las instituciones involucradas en la atención y protección de la infancia y para todos aquellos encargados del diseño de políticas sociales, sanitarias y educativas que tienen como propósito mejorar las condiciones de vida de los niños y adolescentes latinoamericanos.

Referencias Bibliográficas

- BENACH J, Muntaner C (2010) Desigualdad Social, Vigilancia Epidemiológica y Salud Disponible en: <http://sociologias-com.blogspot.com/2010/05/desigualdad-social-vigilancia.html> Accesado el 12 de mayo de 2010.
- BRAVEMAN P & Gruskin S, 2003. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 57: 254-258
- COMISIÓN Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2001. Construir Equidad desde la Infancia y la Adolescencia en América Latina. CEPAL-UNICEF-SECIB, Santiago de Chile
- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 2010. Estimaciones y Proyecciones de Población. Disponible en: http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
Accesado el 17 de mayo de 2010
- GONZÁLEZ-PÉREZ GJ, Vega-López MG, Muñoz A, et al., 2004. Retos Demográficos para el Sistema de Salud en México. En González-Pérez GJ, Vega-López MG, Romero-Valle (coord.) *Los Sistemas de salud en Iberoamérica, de cara al siglo XXI*. Edit. Universidad de Guadalajara-OPS, Guadalajara
- GONZÁLEZ-PÉREZ et al. (2008) Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un Análisis Socio-espacial. *Rev. Salud Pública*. 10 sup (1): 15-28
- LOZANO R, Zurita B, Franco F, Ramírez T, Hernández P (2001) México: Marginality, need, and resources allocation at the county level. En: *Challenging Inequities in Health. From Ethics to action*, Oxford University Press.
- MACHINEA JL, 2005. CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2005. Santiago de Chile
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006. WHOSIS (WHO Statistical Information System), Inequities in Health. disponible en: http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?countries=all&indicators=child_mort Accesado el 7 de octubre de 2006.
- POL LG & Thomas RK, 1992. *The Demography of Health and Health Care*. Plenum Press, New York.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2009. Informe sobre Desarrollo

- Humano 2009. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid.
- Sen A. 1992. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press.
- Sociedad Internacional para la Equidad en Salud, 2005. Definiciones de trabajo. Disponible en: http://www.iseqh.org/workdef_sp.htm Accesado el 12 de marzo de 2005.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), 2008. *El Estado Mundial de la infancia 2010: Derechos del niño*. New York: UNICEF
- WHITEHEAD M, 1992. The concepts and principles of equity in health. *Int. J. Health Services*; 22:429-445

■ PARTE IV

educación, políticas sanitarias y
equidad en salud

Equidad, Educación en Salud y Salud Pública

**Carlos Enrique Cabrera Pivaral^{1,2},
Guillermo Julian González Pérez²,
María Guadalupe Vega López²**

¹*Centro Médico de Occidente, Hospital de Especialidades, IMSS,*

²*Centro de Estudios en Salud Población y Desarrollo Humano, Universidad de Guadalajara*

LA SALUD PÚBLICA, en el sentido más amplio, se refiere al conjunto de medidas empleadas por la sociedad para mantener, mejorar el estado de salud de cada individuo y de la colectividad con el propósito de acercar en los indicadores de igualdad en la sociedad. (Petro, 1983)

Esta como ciencia, como patrimonio invaluable de la comunidad y como responsabilidad de los Gobiernos, apenas tiene poco más de un siglo de existencia. Pero, como manifestación del instinto de conservación de los pueblos, (Salleras, 1989) existe probablemente desde los comienzos de la humanidad.

Actividades colectivas organizadas de protección a la salud, las han habido desde tiempo inmemorable, ya desde la época precristiana. Y por el contrario, la inclusión de la restauración de la salud entre las funciones de la salud pública, es una adquisición relativamente reciente. Así mismo sanidad es una idea expuesta por Peter Frank y respaldada por Newman cuando la era bacteriológica estaba bastante avanzada.

Salud pública, es conseguir en la colectividad prevenir la enfermedad, prolongar la vida, proteger y promover la salud y el bienestar, a través de los esfuerzos organizados de la comunidad para la aplicación práctica de disposiciones legislativas dentro de la cual se incluye a los servicios de asistencia médico social que dependen del Estado. (Piédrola, 2000)

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS. Salud pública es la "ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia

mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad".

Salud pública se utiliza hoy en sentido amplio y se interesa por los problemas que afectan la salud de una población, los servicios y su administración, por la medicina preventiva y por la educación en salud de la población.

El que los estados asuman cada vez más la responsabilidad en materia de salud pública da lugar a que la asistencia sanitaria se reorienta más hacia el área de la medicina preventiva, la epidemiología y el fomento de la salud.

El salubrista será un funcionario público y formado para ello pertenecerá a un sector de la administración pública y en esa calidad desempeñará roles de administrador, de clínico especialista, de médico, educador y promotor, en otras palabras guardián de la salud.

Los profesionistas de la salud pública tienen como paciente y objeto de estudio a la comunidad, enfatizando que últimamente se ha incorporado al equipo de salud el psicólogo social, el sociólogo, el economista, el demógrafo entre otros.

Piédrola (2000), en su texto sobre Salud Pública, plantea tres factores fundamentales de los cuales depende el estado de salud de una nación: la nutrición, las infecciones y el saneamiento ambiental. Y cuatro condiciones básicas: la herencia, el nivel de vida, la educación y la acción sanitaria. Agregando que la salud del pueblo constituye la base en que descansa su felicidad y su poderío como estado. Los factores que definen un estado de salud colectiva se caracterizan por ser: determinantes, los cuales están relacionados a la estructura económico-político y social del estado; los condicionantes, factores que vienen a generar un ambiente propicio para el desarrollo de los procesos de la salud y la enfermedad, como: la cultura, la educación y el acceso a los servicios básicos y finalmente los que ocasionan la apreciación objetiva del fenómeno sanitario, caracterizados por ser de orden biológico y psicológico individual. Todos estos factores necesarios para poder explicar el fenómeno de la salud enfermedad desde la salud pública.

Durante la evolución de la salud pública y en la búsqueda de estrategias alternas para la atención a la salud la participación comunitaria busca dar un paso al involucrar los servicios de salud con la organización de la comunidad y además de otros beneficios mejorar la accesibilidad de los servicios de salud comunitarios. Dentro de dicho proceso es necesaria una adecuada planeación y administración, como también la gestión y control de las acciones que llevarán a la comunidad a un óptimo estado de salud. La participación comunitaria en salud genera un proceso independiente del estado, dando capacidad de control de la realidad sanitaria a la propia comunidad y permitiéndole la atención de sus principales necesidades sentidas y expresadas. Dicha participación requiere de un proceso de educación popular que involucre a los medios de comunicación social como instrumentos del propio proceso participativo.

Equidad

Los importantes cambios tecnológicos y sociales vividos en las últimas décadas han ocasionado profundas transformaciones en las sociedades de nuestro entorno. Uno de estos cambios sociales ha sido la multiplicación de la diversidad cultural de sus componentes, diversidad que, en ocasiones, es usada como legitimación de la exclusión social que padecen determinados colectivos minorizados. (Duarte, 1983; Calero, 1999)

El crecimiento del número de los miembros de estos colectivos, que va a continuar según la opinión de casi todos los expertos, ha planteado nuevos problemas al mismo tiempo que ha desenterrado otros, no tan nuevos, referidos a la exclusión social en educación y cultura.

Ante una falta de marcos teóricos consolidados y de modelos de intervención ajustados al aquí y al ahora para favorecer la equidad, se requiere de acortar la distancia frente a los problemas educativos y sociales que promueven la exclusión social crecientes en nuestra sociedad y que nos permita distinguir la causa de la disfunción (Ponce, 1987). Se requiere el discernimiento necesario para que las cuestiones urgentes no nos hagan descuidar las importantes como la educación en salud y cultura sanitaria.

El reto educativo en salud no sería conseguir la aceptación de la diversidad cultural en sí misma, sino como educar las actitudes y las convicciones para la salud que no se utilice esta diversidad cultural como legitimación de la exclusión social. No se trataría de poner el acento sobre la diversidad cultural en salud, sino sobre el hecho de ser iguales en dignidad y derechos sanitarios.

Uno de los documentos más importantes de estos últimos años, por lo que se refiere al análisis del hecho educativo y más específicamente todavía a sus expectativas de futuro, es el llamado «Informe Delors». Realizado para la UNESCO por la Comisión Internacional sobre Educación para el Siglo XXI, este informe plantea los retos y las prioridades a tener en cuenta en el nuevo siglo. (Delors, 1984; Bouneveau, 1997; Chauveau, 2000)

- a) Compromiso de toda la comunidad educativa y en salud.
- b) Consolidar procesos educativos en salud de tipo formativo y participativo y así acabar con las aproximaciones paternalistas equívocas y folclóricas a estos temas, que ahogan y ocultan los objetivos fundamentales.

Los objetivos fundamentales de una educación en salud que busque la igualdad serán, pues, los procesos de enseñanza de las habilidades personales y sociales necesarias para alcanzar competencias en salud, y modificar actitudes y actuaciones en la línea de una mayor implicación personal en la lucha contra toda forma de exclusión social y en pro de la solidaridad. Estas podran ser aprender a conocer su salud, aprender a hacer por su salud, aprender a participar en salud y aprender a ser un educador en salud.

Poner a un mismo nivel de importancia estos cuatro objetivos adquiere una especial significación, aquí y ahora, en unas sociedades postindustriales que progresivamente, y como consecuencia del increíble desarrollo de las técnicas de la información y de la comunicación, se encuentran inmersas en procesos de complejización crecientes. Máxime si tenemos en cuenta el hecho paradójico que este mayor desarrollo tecnológico ha colaborado –o por lo menos no lo ha impedido– en el hecho objetivo de que se haga todavía más ancha y profunda la fractura entre riqueza/pobreza, salud/enfermedad.

Por todo ello, estas sociedades de la «tercera revolución industrial» no sólo han visto aumentar en su seno las desigualdades sociales, sino que han visto crecer nuevas formas de desigualdad y de exclusión social, relacionadas con el aumento de la diversidad cultural de sus miembros. Efectivamente, los profundos cambios tecnológicos a que nos hemos referido y que hemos vivido principalmente en las tres últimas décadas, están facilitando y estimulando los desplazamientos de una a otra parte del mundo.

No sólo de las mercancías y de los recursos, sino también de las ideas, de las imágenes, de los mensajes... y de las personas, en ocasiones cuasi enajenadas por el deseo de vivir en aquellos paraísos del consumo compulsivo que ofrecen las seductoras imágenes de la publicidad y de los medios de comunicación masivos que hoy se difunden por todo el planeta.

Ante la evolución de la desigualdad en salud y educación en estos nuevos contextos sociales, da la impresión que por la inevitable lentitud con que reaccionan las instituciones de salud y educación una vez más, no han sido ellas, hasta ahora, las que han conducido los problemas, sino que todos hemos ido un poco a remolque de éstos. Además, hay que tener en cuenta que la opinión pública empieza a ejercer una considerable presión; a través de los medios de comunicación social sobre los distintos grupos sociales y políticos, que actúan y toman decisiones con el freno de mano bloqueado por la falta de modelos de educación en salud. (Salleras, 1989; Duarte, 1983)

Da la impresión que, en estos temas, se cumple también aquella sentencia que afirma que si te preocupan en exceso las cuestiones urgentes, corres el riesgo de descuidar las importantes. Así, uno de los principales déficits que presentan muchas de las propuestas de educación en salud es su reiterado olvido de los condicionantes sociopolíticos que la posibilitan o la impiden. Es todavía demasiado frecuente, como decíamos antes, la ingenua tendencia de algunos pedagogos a creer, por encima de todo, en el enriquecimiento automático, per se, que supone la diversidad, y en la fuerza de la virtud de la tolerancia para garantizar la futura convivencia y la paz social.

Probablemente olvidamos que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; quizás las lentejuelas de la diversidad cultural nos lo ocultan con su brillo y resplandor. Confundimos la palabra diversidad (que no es el término

que significa lo contrario de igualdad) con desigualdad. Y ahí reside, precisamente, uno de los peligros mayores de la educación intercultural, ya que la insistencia en la aceptación de la diversidad (cultural) lleva implícita tácitamente, casi siempre, una invitación a la aceptación de la desigualdad (social), como una manifestación más, como otra consecuencia natural de la diversidad cultural.

Son pobres porque son distintos, y hay que aceptar esta diversidad /desigualdad, sin intentar hacerles como somos nosotros, ya que en el fondo esta diversidad nos enriquece a todos, sería la caricatura del mensaje que se difunde en los medios de comunicación y en las escuelas, con un indudable efecto tranquilizador de nuestras conciencias, exculpándonos de cualquier responsabilidad, gracias al fatalismo del planteamiento.

Decía un antiguo adagio del mundo de la educación: Nada hay en el intelecto que primero no haya pasado por los sentidos. No presenta ninguna duda para los educadores la consideración de que son los sentidos, la palabra y el razonamiento las herramientas básicas para cualquier aprendizaje. Pero lo cierto es que si la diversidad es tan evidente que solamente hay que querer verla para descubrirla y valorarla (a través de los procesos cognitivos asociados a aquel «primer pilar», aprender a conocer); la igualdad no es algo tan evidente, ya que no puede percibirse, ni puede demostrarse científicamente que seamos iguales, ni siquiera es evidente que podamos llegar a ver su necesidad por el camino del razonamiento intelectual.

La igualdad de los seres humanos es una convicción, un axioma moral indemostrable, un punto de partida innegociable de nuestra civilización; y educar en este convencimiento y en los valores que a él van asociados, es una tarea mucho más difícil que la valoración de la diversidad o de la tolerancia. Una tarea que se vincula mucho más profundamente con los pilares aprender a convivir y aprender a ser, los dos pilares quizás con menos tradición escolar, con menos modelos y métodos de enseñanza-aprendizaje. Con mayores dificultades para los profesionales, también, en su transmisión y educación, ya que exigen una madurez, un saber convivir y un saber ser, presentes y consolidados en el mismo educador. Porque como sabemos, estos aprendizajes se transmiten mucho más eficazmente (o quizás sólo se transmiten) por los canales socioafectivos y emocionales, por imitación de las actitudes de las personas que elegimos como modelo conductual. Y en esta transmisión, aquellos auxiliares privilegiados de los aprendizajes, los sentidos, la palabra y el razonamiento, pueden jugar un papel importante pero mucho más secundario que en los aprendizajes de conceptos, conocimientos y habilidades manuales.

Es muy importante, en este terreno de la educación y para la convivencia, movilizar todos los recursos y estrategias disponibles de la pedagogía social. Planificar, por ejemplo, campañas impactantes en los medios de mayor audiencia, para cambiar las actitudes no favorables en salud dominantes.

Debe generalizarse la convicción que, si sólo desde la igualdad es posible el diálogo, sólo será posible el diálogo intercultural desde el reconocimiento de idéntica

dignidad humana e idénticos derechos cívicos, políticos y sociales en el otro. Sin esta labor colectiva de pedagogía social a través de todos los medios, condenamos la labor de los centros educativos a ser una burbuja desconectada de la realidad. En estas campañas de pedagogía social debe tenerse en cuenta que no será suficiente una educación tendente sólo a la sensibilización y al compromiso por el indispensable reconocimiento de la igualdad. Por eso, el objetivo no es simplemente aumentar la información de los alumnos o de los ciudadanos. Ni siquiera incidir en su formación. Debemos ser realistas respecto a nuestras posibilidades, pero utópicos en nuestros objetivos, y lo que debemos pretender como educadores en salud es una transformación en nuestros alumnos, que suponga su implicación personal en estos temas sociales. Una toma de conciencia real de que la lucha contra la exclusión social no incumbe sólo a los profesionales de la educación o de los servicios sociales, sino que todos debemos sentirnos concernidos, y todos debemos buscar la coherencia personal entre los principios que defendemos y nuestras actuaciones cotidianas. (Ibarrola, 2000)

También esta exteriorización forma parte esencial de este aprendizaje del saber convivir, (Delors, 1984), con los que debieran poder seguir siendo distintos, si así lo deciden, pero que es preciso que dejen de ser desiguales por el mero hecho de ser diferentes. Es por todas estas razones que debemos ser muy precavidos con todas aquellas actuaciones en el terreno de las relaciones interculturales, que, como señalábamos anteriormente, centran su atención en la diversidad, en el hecho diferencial, y además, casi siempre en los aspectos más folclóricos de esta diversidad. Especialmente si tienen una intencionalidad educativa explícita o implícita. Con este concepto de la pedagogía intercultural, con estas fiestas de la diversidad y semanas interculturales (y también con eslóganes tan equívocos como aquel: «somos iguales, somos diferentes», o «igualdad para vivir, diversidad para convivir», etc.) muy a menudo, a veces de manera involuntaria y poco consciente, se contribuye decididamente a aumentar la confusión, a esconder, a negar, el conjunto de relaciones conflictivas, reales, de poder y de marginación, de dominación y de sumisión existentes entre el grupo mayoritario y los grupos minorizados. Y esta negación es uno de los componentes más importantes de la mayor parte de los conflictos de relación intercultural, y el núcleo duro del currículum oculto con que se transmite esta ideología en muchos centros docentes.

Por lo tanto, si se da por supuesto que lo que pretende una educación intercultural, en último término, es conseguir una sociedad integrada, sin excluidos ni conflictos graves de convivencia, capaz de respetar la diversidad cultural de todos sus miembros, capaz de hacer compatibles la libertad de las personas con el debido respeto a las normas comunitarias y legales, cualquier propuesta de educación intercultural no puede obviar el definir de manera unívoca y explícita qué entiende por integración.

Educación Para la Salud

Como disciplina se alimenta del cúmulo de teorías y métodos que ofrecen las ciencias médicas y las de la educación, las cuales analizan el proceso de la salud enfermedad y su relación con los comportamientos humanos buscando encontrar elementos que favorezcan la salud positiva y eleven la cultura de la salud. Como proceso trata de la explicación de como mediante el proceso de enseñanza aprendizaje en salud-enfermedad, las comunidades mejoran su estado de salud y de vida, y como utilizan los medios y técnicas de enseñanza aprendizaje.

Trata la educación para la salud de que la comunidad se encuentre con la salud desde un punto de vista positivo.

La educación para la salud se cristaliza mediante el ejercicio que desarrolla el Estado a través de las instituciones que integran el sector salud y el sector educativo. La educación para la salud, o también llamada educación sanitaria o fomento de la salud, es un proceso de enseñanza-aprendizaje que sustentados en el enfoque de riesgo, organiza a la comunidad en grupos con el fin de modificar los hábitos y comportamientos riesgosos para la salud, de lograr definir perfiles y estilos de vida positivos y que a mediano plazo propugnen modificaciones en los factores estructurales y coyunturales de la salud.

A pesar de los grandes logros de la medicina preventiva, esta ha encontrado limitaciones relacionadas con los factores culturales y educativos de la comunidad, entre estos vale la pena resaltar a los elementos que forman el proceso de comunicación (emisor, medio, receptor) así también los aspectos técnicos en la producción, envío de los mensajes y la tenencia y manejo de los medios de comunicación social, que en su conjunto son factores que se traducen en ventajas o limitantes de la cultura popular en salud.

Proceso Educativo

Por educación integral entendemos la apropiación de conocimientos susceptibles de ser aplicados en la vida colectiva social e individual, a través de una práctica social que incluya los conocimientos fundamentales de las disciplinas básicas de la naturaleza y de la sociedad, de una manera interdisciplinaria que permita desarrollar al individuo como una unidad formada por la razón, la afectividad, la voluntad y las aptitudes que propician la vinculación entre el trabajo intelectual y el manual así como el desarrollo de su sensibilidad e imaginación.

Todo esto busca al final del proceso educativo en salud, la transformación de la realidad concreta y objetiva, cuya finalidad última sea la propia transformación de dicha realidad, y que ofrezca la superación integral de la colectividad y por consiguiente un mejor nivel de vida.

Dentro de este proceso educativo existe una interrelación entre los que participan del fenómeno de la enseñanza aprendizaje, o sea entre los maestros y los alumnos (modelo tradicional) o el facilitador y los ejecutores (modelo alterno).

Dentro de esta relación se explicitan objetivos por alcanzar, que bajo un esfuerzo continuo y de todos los participantes se constituyan modelos sociales que favorezcan el desarrollo de actitudes críticas y reflexivas.

La educación para la salud, surge como disciplina que se nutre de la salud y de la educación; y como tal no puede ser definida universal y estáticamente, sino debe de conceptualizarse en base a un contexto histórico y social determinado.

La educación, es un proceso social, cuya concepción se liga a determinantes socio-históricas. Ha sido un instrumento de gran valor en la reproducción ideológica del sistema social dominante, sin embargo también es considerada como un instrumento de búsqueda y consolidación de la transformación de las condiciones de vida.

La forma de concebir, planear e instrumentar la educación esta determinada por elementos estructurales y superestructurales. Cada etapa histórica ha dado origen a corrientes teóricas bajo las cuales se interpreta y ejecuta la educación.

Entre dichas corrientes que interpretan la educación tenemos: La perspectiva funcionalista, la perspectiva estructural funcionalista y la teoría de la reproducción social. (Salomón, 1990)

Sin embargo varios autores coinciden en señalar que la educación como proceso social, busca la transformación de la realidad en beneficio de la colectividad, y debe considerar las siguientes características:

- 1.- La educación es una instancia social objetiva, distinta al análisis parcial y fragmentario, que se limita a lo pedagógico, o al estudio de las técnicas que favorecen el conocimiento desligadas de un contexto social limitando su atención a lo individual y negando incrementar el horizonte social.
- 2.- La educación como fenómeno social, no reduce su accionar a la relación directa entre el educador y el educando, Ya que estos son solo un elemento terminal de la estructura social. Ya que sociológicamente la participación de la estructura económica, jurídico, política e ideológica esta implícita.
- 3.- Desde luego el fenómeno educativo no es una resultante fría de dichos componentes sociales, sino un factor que contribuye a su propia definición y a su interrelación, es pues resultante y condicionante a la vez de un conjunto de determinaciones sociales que definen su característica y su naturaleza.
- 4.- El objeto de estudio de la educación, puede abordarse como un sistema en sí, cuyas relaciones interesan estudiar. Pero también como un subsistema en la cual interesan sus interrelaciones.

5.- El campo de acción de la educación rebasa la estructura escolarizada, ya que considera las actividades realizadas por los grupos primarios: familia, clases sociales etc. y los grupos secundarios: grupos políticos, grupos culturales, religiosos, etc.

Hay que rescatar que el proceso educativo, visto socialmente, toma en consideración los factores psicológicos que intervienen el proceso de la enseñanza y del aprendizaje y de esta manera contribuye a la explicación global e integral de dicho fenómeno.

Otro modelo mediante el cual se aborda la educación lo constituye el binomio: central (formal institucional), y el periférico (no formal). Entre el primero tenemos las instituciones dedicadas a la educación escolarizada y entre los segundos a la familia, a la comunidad, a los medios masivos de comunicación, al sistema de salud, a la educación de los adultos y a la educación popular. En particular a la educación para la salud se le aborda desde ambas perspectivas definiendo así sus campos de acción.

La educación para la salud, dentro de las instituciones del sector salud se fundamentan en muchos casos por la corriente funcionalista, la cual busca a partir de un cúmulo de información teórica modificar la realidad, la cual solo viene a reproducir el modelo de la Educación bancaria (Freire, 1980).

La educación desde la perspectiva transformadora, es un proceso teórico-practico de creación y recreación del conocimiento, donde el aprendizaje es grupal y activo, en el que se deben generar los elementos necesarios para asumir en lo individual y en lo colectivo una conciencia social que posibilite la reflexión, la crítica, la creatividad y la acción transformadora.

Es así como la educación para la salud hace alusión al proceso educativo, pero también retoma los elementos y la conceptualización de la salud y la enfermedad.

La actual situación de educación para la salud en México, especialmente en nuestra región; requiere, por parte de los profesionales de la salud, un alto nivel de responsabilidad y compromiso, de una sólida fundamentación teórica-metodológica y de una actitud crítica y creativa.

En la actualidad se reconoce a la educación para la salud como un campo bastante complejo, es considerada como una área en donde el objeto de estudio e investigación es la comunidad (área laboral, escolar, marginada, entre otras) además de ser un pilar en los programas sanitarios del sector salud.

La Educación Para la Salud

Es a partir de la declaración de Alma Ata en 1978, sobre atención primaria en salud que, se señala como inaceptable la desigualdad en los niveles de salud entre los países y su carácter socio-político y económico, planteándose una estrategia que

exige y fomenta la auto responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo.

Esto marca un avance progresista en el discurso. La educación para la salud adquiere así una connotación particular introduciéndose como elemento necesario para lograr la participación de los individuos.

Paralelo a este proceso histórico de evolución de una educación para la salud oficial se generan movimientos alternativos vinculados al desarrollo de la Educación popular y la participación comunitaria.

De acuerdo a la evolución histórica en que se van dando diferentes maneras de interpretar y efectuar la educación para la salud con finalidades distintas. Estas formas son enmarcadas dentro de una corriente teórica o un modelo metodológico.

Entre estos modelos podemos mencionar los siguientes:

- 1.- Modelo basado en las creencias de salud. Este modelo basado en la teoría psicosociológica surgida en los años 50 y 60 en donde las acciones educativas están dirigidas al individuo para la modificación de sus conductas inadecuadas en relación con la promoción y restauración de su salud. Este modelo asume que las variables sociodemográficas y estructurales no ejercen una influencia directa sobre la conducta. (Morton-Green, 1999)
- 2.- Modelo basado en la Comunicación Persuasiva. Este modelo, se conoce como K.A.P. (Conocimientos, actitudes y prácticas), pretende el cambio de hábitos mediante la otorgación informativa de conocimientos lo que cambiará actitudes y estos los hábitos se sobreestima la capacidad real de los medios de comunicación y se toma en cuenta que la actitud es solo uno más de los factores que determinan el comportamiento. (Gallardo, 1984; Cabrera, 1991)
- 3.- Modelo basado en la Política Económica. Este modelo parte de reconocer el fracaso de los anteriores modelos los cuales están dirigidos sólo al individuo y al cambio de sus conductas (Torres, 2003). Plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales y ambientales así como la desigual situación económica con respecto a las condiciones de salud de las clases sociales. La propuesta de este modelo en cuanto a las acciones educativas es que, estas deben de ser dirigidas hacia los manejos del poder.
- 4.- Modelo basado en la Intencionalidad de la Educación. Para este modelo, la Educación no puede entenderse como una práctica social neutra, esta determinado socio históricamente y relacionado con un proyecto de clase (Nuñez, 1985). Existiendo dos tipos de educación: Uno alienante, promovido por la clase dominante y otro popular crítico y liberador.
- 5.- Modelo según los propósitos de la Educación. Se pueden identificar tres niveles: diagnóstico, formativo y evaluatorio. En el diagnóstico se pretende identificar condiciones educativas en salud, en lo formativo se ind-

- aga sobre el proceso enseñanza aprendizaje y en lo evaluatorio se busca la obtención que permita la toma de decisiones en forma oportuna, eficaz y efectiva. (Zarzar, 2000)
- 6.- Modelo basado en la educación popular. En este modelo el proceso de formación y capacitación que se da dentro de una perspectiva política de clase y que forma parte o se vincula con la acción organizada del pueblo. Requiere de una actitud crítica, una mentalidad social democrática, un proyecto social de la definición de una postura ideológica política y de la toma de consciencia. Las acciones educativas se basan en la libertad y en el trabajo. (Nuñez, 1985)
 - 7.- Modelo según los campos de acción. El campo de acción de la educación para la Salud es ilimitado puede estar en relación a individuos sanos o enfermos, escuelas, grupos sociales específicos, al ámbito laboral, a la comunidad, a los trabajadores de la salud, las áreas marginadas, entre otras. (Morton-Green, 1999)

Siendo importante señalar que si el campo de acción no es limitado, la postura teórico metodológico y el abordaje de un modelo si puede limitar los alcances de la educación para la salud.

Educación Popular

Actualmente se habla mucho de educación popular y el término se aplica a una gran variedad de acciones educativas. El termino educación popular al socializarse y generalizarse pierde muchas veces su sentido original convirtiendose en acciones y formulas vacías que en la mayoría se aplica de manera mecánica, repetitiva y alienada.

Sin embargo paralela a estas formas populares se genera en los países del tercer mundo, principalmente en América Latina experiencias de educación ligadas a los sectores populares desarrollados por mediadores intelectuales comprometidos y por organismos de base popular.

En México un antecedente importante de la educación popular radica en el proyecto de educación socialista durante el gobierno del General Lázaro Cárdenas, originando cuatro tendencias: La identificación de la educación popular con la con la postura revolucionaria y su carácter laico. La educación racionalista o científica de fundamentación histórica. La de carácter masivo denominada instrucción pública y el intento de construir una pedagogía socialista nacional.

La educación popular requiere para ser conceptualizada, de diferenciarla de otros movimientos mal llamados populares, como: la educación no formal, educación para adultos, educación funcional educación permanente, extensión cultural y educativa,

educación para el desarrollo de la comunidad y educación de masas. (Torres, 2003; Nuñez, 1985)

Educación popular "es un proceso de formación y capacitación que se da dentro de una perspectiva política de clase y que forma parte o se vincula a la acción organizada del pueblo, es cuando las clases populares aprenden a partir de su propia política, a leer su propia historia, es esencialmente una actividad de un sujeto que se manifiesta mediante un proceso de profundización en la vida personal y social, que se traduce en una participación consciente y libre de cada individuo. La educación popular es aquella que se logra en la acción y para la acción, en donde la acción es simultánea a la reflexión, a la crítica y a la creatividad.

Lo popular no alude a la pobreza o a la marginalidad sino a los grupos y movimientos sociales que comparten una situación de dominio socioeconómico, son sectores a quienes se les ha negado la calidad de sujetos políticos y mantienen una posición subalterna en el trabajo, en el poder y en la cultura.

La educación popular requiere para llevarse a efecto de varios elementos:

- a.- Una actitud crítica y problematizadora ante la realidad por parte de los actores sociales.
- b.- Una mentalidad social no individualista y de tipo democrática.
- c.- Una definición ideológico-política, no hay práctica educativa y política neutra. El educador debe preguntarse a favor de quien y de que se halla en el servicio educativo.
- d.- Planteamientos mínimos sobre el tipo de sociedad a la que aspira no tratando de construir para el futuro, sino de construir el futuro.
- e.- Educar en el trabajo luchando por superar la educación abstracta, intelectual y desarraigada de la práctica y de las necesidades del país.
- f.- Educar en la libertad, sin libertad no hay educación. solo en la libre posibilidad de elegir se construye el educando su propia e inconfundible conciencia. La que, como dice Paulo Freire, (1980) no se transforma a través de cursos y discursos, sino por la acción de los seres humanos sobre el mundo.

La educación popular debería llevar a asumir una postura autogestionaria, lo que exige un cambio de actitudes, y un proceso de socialización que conlleve a formas asociativas o de estructura social, a través de las cuales se pueden atacar los problemas generales.

Educación Popular y Participación Comunitaria

En los últimos años, se ha manejado el concepto de participación comunitaria con gran insistencia. Los gobernantes, en el momento actual, están convencidos de que

no pueden ir más allá en sus determinaciones y que la diferencia entre la toma de decisiones y la acción concreta está fundada en la participación comunitaria.

Sin embargo, este concepto se ha ido desgastando, se abusa de él dándole diferentes connotaciones que van desde el pago de impuestos, hasta la intervención directa de los ciudadanos en los asuntos públicos. Desafortunadamente, en la gran mayoría de los casos, la participación se ha reducido a meras descargas hormonales o a servir de termómetro de resistencia social. La resistencia social es una acción que tiene como característica la de no coincidir con algunas de las metas propuestas por la actividad estatal. De ahí que muchas acciones del estado, se vean sometidas a la negociación.

La participación comunitaria en cambio, cuando es auténtica, ha partido de una larga historia de luchas sociales, donde la gente ha cobrado conciencia del poder de organización y ha trabajado de manera cotidiana y consistente por lograr la resolución de sus problemas.

La práctica y el ideal del desarrollo de la propia comunidad mediante la ayuda mutua y la acción conjunta es, en algunos aspectos casi tan vieja como la humanidad misma.

A lo largo de la historia han existido continuos intentos que por vías y formas diferentes han procurado lograr el bien común por el esfuerzo comunitario.

Los llamados países subdesarrollados, muestran muchas y diversas formas de acción conjunta que se mantienen mientras la evolución de la sociedad bajo el modelo liberal capitalista no las introduce en las relaciones interhumanas de tipo competitivo.

En los mismos países industrializados y aún en las sociedades de consumo existen acciones de tipo comunitario que buscan alcanzar metas que trascienden los intereses individuales.

En la década de los años 70 a partir de la conferencia internacional de Alma Ata (en la antigua URSS), en 1978 se genera la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Esta estrategia contempla que la población participa en el diagnóstico de salud de su propia comunidad que intervenga activamente en la priorización de la problemática que le afecta y en la planificación, organización, integración, ejecución y control de los programas de atención sanitaria que se elaboren en beneficio de la comunidad en que viven.

Se distingue las siguientes características. (Rodríguez,1989)

- a) El estado debe reconocer su participación obligada en tal actividad comunitaria.
- b) La comunidad pasa de ser objeto en otros programas comunitarios a ser sujeto de los mismos y se le reconoce tal posición.
- c) La comunidad asume responsabilidad al respecto de su propia salud y la de sus conciudadanos.
- d) Los individuos que forman el personal que labora en el programa deben

tomar parte de la comunidad, en ocasiones son elegidos o designados por la misma población.

Con la existencia de participación comunitaria en los términos expresados con anterioridad, el modelo plantea, en teoría al menos; una horizontalidad en el devenir de sus acciones.

El surgimiento de la participación comunitaria como alternativa no es causal, obedece a circunstancias históricas sociales y económicas concretas, los fundamentos teóricos de esta concepción parten de las siguientes consideraciones: (Gajardo, 1989)

- 1.- La actual sociedad se encuentra en una crisis que es necesario superar, no reacondicionándola sino transformarla.
- 2.- En el proceso de transformación, la clase trabajadora es la más interesada en su realización.
- 3.- En las sociedades dependientes no coexisten las relaciones de producción sino se sobreponen unas regiones a otras basadas en la explotación, aunadas a las que se expresan entre las clases sociales; las zonas atrasadas no se rezagan o marginan porque se encuentren desligadas de las avanzadas, sino porque existe un desarrollo desigual.
- 4.- Como las zonas avanzadas o "modernas" representan el sector de la sociedad más colonizado por la economía e ideología mundial capitalista no pueden ser por lo tanto, el modelo a seguir por las zonas atrasadas, porque además hay que preguntarse si están capacitadas para asimilar (otorgar trabajos, educación, vivienda) a las otras regiones no modernizadas.

Siendo que precisamente el rezago de aquellos se debe a las relaciones de explotación impuestos sobre su economía, y al mismo tiempo a la incapacidad de la sociedad global dirigente o moderna para prestar todos los servicios resultando que no se proponga incorporar a las zonas marginadas al consumismo haciendo que ellos mismos se costeen su mejoramiento. De ahí que las comunidades rurales o urbanas empobrecidas, deben buscar nuevos caminos para lograr el bienestar, utilizando las técnicas y métodos elaborados por las Ciencias Sociales orientadas hacia el cambio social, existen 2 formas principales de participación como forma de efectuar la acción:

1. Fundamentada en el funcionalismo estructural, utilizando modelos de armonía integración y modernización.
2. Fundamentada en el materialismo histórico trabajando con modelos de conflictos, movilización y transformación de las estructuras sociales y partiendo de un compromiso en los grupos populares.

La primera corriente o la línea oficial utiliza la participación como un medio para

legitimizar, mantener, desarrollar y reproducir el sistema, para mejorar la cobertura asistencial, compartir la responsabilidad de atención y mejorar los niveles de salud de la población en general.

La línea alternativa que surge de los movimientos populares reivindicadores, tanto de los países desarrollados como subdesarrollados, en donde prioritariamente América Latina surgieron el mayor número de modelos participativos.

En ésta línea alternativa la participación comunitaria no es tan solo un medio sino también un fin, buscan posibilitar la toma de conciencia, la reflexión, la crítica y la acción, socialmente organizada en pro de una transformación estructural, educativa, científica y social.

Esta visión transformadora de participación comunitaria confiere al proceso Salud-Enfermedad un ámbito social amplio, reconoce que la estructura y la superestructura de un sistema es determinante para la situación de salud de un pueblo, pero no descarta ni desatiende los aspectos condicionantes a nivel particular: trabajo y consumo, ni los del nivel individual psicobiológico.

Además los planificadores esperan que la salud sea prioridad de los miembros de la comunidad, como para dedicar tiempo y energía especialmente entre los pobres, a mejorar los servicios y la asistencia.

Los planificadores que piensan que la Participación Comunitaria es decisiva para la Atención Primaria a la Salud suelen llegar a esa conclusión mediante hipótesis poco consistentes acerca de la comunidad y acerca de sus actitudes: hipótesis que han creado problemas tanto para describir como para alcanzar los objetivos de sus programas, proceden sin un acuerdo general sobre los criterios o sin datos suficientes para definir claramente sus objetivos. (Ibarrola, 2000; Wit y Gianotten, 1989; Fals, 2000)

Estrategia Educativa en Salud Búsqueda de la Equidad

La educación como parte inherente de toda sociedad, es un proceso en constante evolución, que consiste en apropiarse de la realidad y modificarla a beneficio de la misma colectividad. En ella se desarrollan aptitudes, se enriquecen los conocimientos así como también se mejoran las destrezas, las habilidades y los comportamientos.

La educación para la salud, debe verse como un proceso de enseñanza aprendizaje orientado a formar-educar en el auto cuidado de la salud, sabiendo el que hacer y como hacerlo y que influya en las actitudes y en los comportamientos humanos.

La educación para la salud, retoma los principios básicos y metodológicos de la educación y los principios técnicos del fenómeno de la salud y de la enfermedad. Y conjugandolos busca crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud, orientada más al área preventiva que a la curativa.

Con este enfoque, cultura de la salud, es más factible modificar hábitos y

costumbres que logren cambios de comportamiento que permitan mejorar la calidad de vida y de salud de la comunidad.

Para la construcción de la cultura de salud es importante el papel que juegan los medios y técnicas de comunicación. El primero se define como el instrumento que acompaña a la técnica que busca el logro de una meta o de un objetivo. Estos se clasifican en visuales, auditivos, o mixtos. Las técnicas son definidas como las acciones o tipo de actividades y características que se realizan para el logro de los objetivos o metas con la única finalidad de favorecer el proceso de aprendizaje.

El educador para la salud debe contar con nociones generales y prácticas de los principios básicos que rigen el manejo de los medios y las técnicas de enseñanza aprendizaje. Ya que dicho dominio le facilitara su que hacer cotidiano y sus habilidades para una manera más efectiva de educar en salud a la población.

La importancia de las técnicas de enseñanza aprendizaje radica en que estas permiten regular y razonar las condiciones del proceso de enseñanza aprendizaje y compartir la responsabilidad respecto al logro del objetivo. Estas se caracterizan en ser receptiva y participativas. Las primeras son utilizadas para difundir en corto tiempo una gran cantidad de información a un grupo numeroso de individuos, más sin embargo los receptores del mensaje se convierten en seres pasivos, generando por tanto un proceso de enseñanza aprendizaje basado en la acumulación de la información, además de su poca motivación intrínseca. Las técnicas de tipo participativo ofrecen todo lo contrario, ya que ellas buscan la involucración consciente y activa de todos los participantes, "grupos pequeños", aunque estas requieren de mas tiempo y permiten generar procesos en los que cada participante se apropia de la realidad y la transforma en su beneficio.

La expresión oral ha constituido el principal medio de comunicación desde inicios de la especie humana y es la forma más simple y completa de transmisión de rasgos tradicionales y culturales de los grupos sociales, todo esto con el fin de perpetuar sus experiencias y su historia.

El educador para la salud, (estomatólogo, dietista, médico, trabajador social, ingeniero, psicólogo, etc.) tiene la ventaja de que mediante las entrevistas individualizadas se adentra en la problemática comunitaria para detectar las necesidades reales o sentidas, y así efectuar acciones de educación sanitaria en conjunto con los líderes naturales y formales e interrelacionarse con el resto de miembros de la comunidad de aprendizaje, que en conjunto son el núcleo social comunitario.

Las técnicas participativas para la educación popular tienen una relación muy estrecha a los planteamientos que desarrollo Paulo Freire, especialmente con respecto al uso de los códigos los cuales provocan un diálogo y una reflexión a la vez que desarrolla un proceso educativo. Las técnicas se utilizan para que la gente participe; o para animar, desinhibir o integrar a los participantes; o para hacer más sencillos o comprensibles los temas o contenidos a trabajar. Pero en especial para un proceso de organización y concientización popular.

Al hablar de un proceso educativo popular es hablar de una forma especial de adquirir conocimientos, de una metodología lógica entre los objetivos, contenidos en que se plasman los objetivos, los métodos y las técnicas con que se pretende lograr la apropiación de los contenidos con el fin de generar acciones transformadoras. Las técnicas se dividen en:

- 1.- Dinámicas de presentación y animación; el objetivo es desarrollar la participación al máximo y crear un ambiente fraterno y de confianza.
- 2.- Técnicas de análisis general; el objetivo es colectivizar ideas, resumir o sintetizar discusiones, promover la discusión amplia sobre un tema, o también hacer relaciones o interpretaciones.
- 3.- Ejercicios de abstracción; su objetivo es establecer una relación de la realidad mediante ejercicios de abstracción y concreción pasar de la memorización al análisis de los contenidos.
- 4.- Ejercicios de comunicación; buscan discutir y reflexionar sobre la importancia y utilización que se hace de la comunicación.
- 5.- Dinámicas de organización y planificación; están dirigidas a grupos de personas que trabajan colectivamente, estas dinámicas contribuyen a analizar y mejorar la organización, a ubicar la organización del trabajo y el papel de cada miembro, a realizar una planificación seria del trabajo en forma participativa y democrática.

Si bien es cierto que cualquiera de las técnicas mencionadas son de gran utilidad para transmitir la información, para establecer un lazo de afectividad (aceptación o rechazo) sobre un fenómeno, o para lograr un dominio, control o capacidad para realizar una actividad respecto al proceso de enseñanza aprendizaje, es necesario que el educador para la salud analice cual es el procedimiento didáctico que le permitirá lograr los objetivos propuestos, tomando siempre en cuenta el nivel cultural de la comunidad, sus propios objetivos, sus necesidades sentidas y reales, y así también sus recursos disponibles.

El educador para la salud debe tener capacidad para autocriticarse y con esto identificar sus cualidades y sus debilidades para el correcto uso de los medios y las técnicas de enseñanza aprendizaje, los aspectos de su propia personalidad, pues hay que reconocer que cada educador tiene su forma particular de combinar las técnicas con el método de enseñanza aprendizaje "estrategia de comunicación".

Consideraciones Finales

En la búsqueda de lograr que la educación en salud y para la salud favorezcan la igualdad entre los seres humanos, las instituciones deben proclamar su genuino interés de formar recursos humanos para la educación en salud; a través de programas

formales y a través de los medios de comunicación y así contar con una masa crítica que se reconozca como LOS EDUCADORES PARA LA SALUD; y cuyo principal objetivo sea el de facilitar y coordinar la apropiación del conocimiento en salud al grupo de la comunidad, en relación a un planteamiento de sus necesidades básicas o sentidas y que dicho logro le permita transformar su realidad, condición de vida y de igualdad social. El educador requerirá orientar la selección de los temas o contenidos junto con la comunidad de aprendizaje, y elegir las técnicas y medios más idóneos para agilizar los procesos educativos y que estos correspondan a los objetivos trazados y permitan concluir los productos esperados del proceso educativo.

Para la elaboración de los recursos materiales debe de tomar en cuenta a la comunidad ya que la construcción de los mismos favorece la concientización y sensibilización de la comunidad.

Los contenidos a manejar al haber sido elegidos en conjunto con la comunidad de aprendizaje serán de uso adecuado, y además consideran las características más generales del grupo; como edad, sexo, nivel socioeconómico, cultural, etc.

En el proceso de grupo deberá propiciar y facilitar la participación de cada uno de los miembros de la comunidad, tanto en su elaboración como en su utilización. Lo que le permitirá un mejor convencimiento de la actividad a realizar y visualizar las ventajas del proceso de grupo en la educación para la salud, popular y comunitaria.

Al ejercitar el proceso de comunicación con la comunidad es necesario utilizar un lenguaje claro y sencillo especialmente adaptado al proceso cultural e histórico de dicha comunidad, y buscar siempre el utilizar varios canales de comunicación (diálogos, pláticas, discusiones, carteles, debates, sociodramas, teatro, talleres, etc.)

Si es necesario, luego del diseño de cualquier material educativo, efectuará una práctica de prueba que permita valorar la opinión de la comunidad sobre la utilidad del mensaje, su presentación, sus símbolos y su lenguaje.

El educador para la salud, debe reunir algunas de las características siguientes; ser creativo ante los fenómenos que intenta abordar, desarrollando capacidades para utilizar con frecuencia su imaginación y objetividad de la realidad y buscar favorecer la igualdad social mediante procesos de educación en salud.

Debe reunir facilidades para el uso de los medios y técnicas de enseñanza aprendizaje. Ser hábil para el uso del lenguaje mediante el adecuado proceso de la comunicación humana, siendo siempre amable y gentil y mostrar actitud de cambio ante los fenómenos que aborda, sin descuidar la seguridad en la manera de conducirse y en la toma de las decisiones en conjunto con la comunidad de aprendizaje.

Su habilidad para conducirse con la comunidad se traducirá en un sujeto de cambio, motivador y de equilibrio social para el logro de los compromisos del grupo, que empujarán para el logro de los objetivos grupales y luego se traducirán en la mejor integración del grupo y cohesión del mismo.

El educador para la salud debe entender y comprender su realidad y la de su comunidad, elementos que le serán útiles para el proceso de comunicación. Idealmente

el educador para la salud debe reunir tres tipos de aptitudes; la social, la psicológica y la técnica. Las cuales le favorecerán en la toma de decisiones y por consiguiente a actuar.

La actividad más sustantiva de un educador para la salud es ser un facilitador y un agente de cambio en la búsqueda de la igualdad; lo cual será favorecido mediante los procesos de educación en salud, y que permita una modificación de los comportamientos humanos y estilos de vida con el interés de detectar riesgos y enriquecer la salud mediante el trabajo de grupo.

Referencias Bibliográficas

- BOUNEVEAU P. (1997) *Entre Ecole et societe*, Paris.
- CABRERA PIVARAL CE. (1991) Conocimientos, actitudes y prácticas. *Salud Pública de México*; 33(2):33-38
- CALERO FERNÁNDEZ ÁNGELES. (1999). Equidad, sexismo lingüístico análisis y propuestas ante la discriminación sexual en el lenguaje. Nancea, España.
- CHAUVEAU G. (2000) *Vers des zones d excellence pedagogique*, Paris.
- DELORS, J. (1984) *Los cuatro pilares de la Educación*. Paris
- DUARTE, N. (1983) *Tendencias de la Ciencias sociales en salud en America Latina*. Universidad de Quito.
- FALS BORDA, Orlando. (2000) *Por la Praxis. El problema de como investigar la realidad para transformarla*. Mecanograma de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara.
- FREIRE, P. (1980) *Pedagogía del oprimido* Ed. Siglo XXI , 34a Ed.
- GAJARDO M. (1989) *En torno a la teoría y la practica de la Educación popular*. PREDEGEA-CREFAL. México.
- GALLARDO, L. (1984) *Algunas tendencias de la educación y participación comunitaria en salud en America Latina*. *Bol Of Sanit Pan*.
- IBARROLA. M. (2000) *Sociologia de la Educación*. Colegio de Bachilleres. México D.F.
- MORTON-GREEN, E. (1999) *Educación para la salud*. Ed. Interamericana. México D.F.
- NÚÑEZ, C. (1985) *Educación para Transformar. Transformar para educar*. IMDEC México.
- PETRO, M. (1983) *La salud pública en Checoslovaquia*. Ed. Orbis. Praga : pp. 7-15.
- PIÉDROLA, R. (2000) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ed. Salvat Madrid: pp:39-45
- PONCE, A. (1987) *Educación y lucha de clases*. Ed. Unidos 8a ed. México D.F.
- RODRÍGUEZ B.C. (1989) *La participación de la investigación en los trabajos de Educación popular*. CREFAL: México.
- SALOMON, M. (1990) *Panorama de las principales corrientes de interpretación de la educación como fenómeno social*. Mecanograma de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara.
- SALLERAS, S.M. (1989) *Educación Sanitaria*. Ed. Diaz de Santos. Madrid: pp:22-45.

- TORRES R. M. (2003) Educación popular: Un encuentro con Paulo Freire. Ed. Tarea. Lima, Perú.
- WIT Y GIANOTTEN. (1989) Investigación Participativa en un contexto de Economía Campesina (Holanda). en Investigación Participativa en América Latina. Retablo de papel 10. CREFAL. Pátzcuaro Michoacán.
- ZARZAR CHARUR C.(2000) Habilidades básicas para la docencia. Patria, México D.F.

A Necessidade de uma Educação Política para um Novo Olhar -como ler as Desigualdades Enxergando as Iniquidades e Definindo uma Nova Direcionalidade para a Ação Política– Construir Políticas Públicas Orientadas pela Equidade

Uma exploração conceitual

Dr. Armando De Negri Filho¹

¹Médico, epidemiologista, de Porto Alegre - Brasil. Consultor do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração – HCor de São Paulo – Brasil e consultor especialista em temas de equidade do Observatório de Equidade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – Brasília – Brasil.

A diferença de conceito entre desigualdade e iniquidade está justamente em que reconhecer a desigualdade não implica necessariamente em um julgamento ético sobre as diferenças que encontramos na realidade social, enquanto que as iniquidades apontam desde sua definição para um juízo de valor sobre desigualdades que não deveriam existir pois são injustas, desnecessárias e evitáveis (Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya, A.,2001).

Nesta perspectiva a equidade busca projetar-se como um sentido ou forma superior de justiça. E as políticas orientadas pela equidade buscariam construir igualdade mediante a superação dessas injustiças (Sen, 2007).

Olhando desde os direitos humanos, as iniquidades são inaceitáveis desde um ponto de vista ético, onde o desejável - a máxima felicidade para todos e para cada um, denuncia o limite imposto por uma realidade social onde as desigualdades injustas se reproduzem de forma sistemática, perpetuando a estrutura que produz e reproduz essas mesmas iniquidades. Nesta perspectiva ética, o necessário, pois bom,

justo e assim desejável, não se limita ao marco legal nem a uma regressividade ao histórico em uma dada sociedade (pensando em avanços relativos em uma linha de tempo), mas sim ao que a Humanidade já conquistou e assim demonstrou que é possível alcançar e que passa a ser o patrimônio referencial de todas e todos.

Ou seja, nossos parâmetros devem posicionar-se desde os melhores desempenhos do Mundo e desde aí medir a distância com nossa realidade, para assim definir as brechas de equidade que persistem em nosso entorno e que merecem ser tratadas desde o imperativo ético de sua superação. Para materializar este enfoque político na forma de ação política, necessitamos enunciar as iniquidades como o centro de nossa agenda política e, portanto, definidora do sentido e compromisso de nossas ações. O que nos obrigará a buscar os elementos conceituais, metodológicos e de técnica capazes de solidamente plantarem no fazer das políticas públicas e da organização do Estado e da Sociedade, esta intenção sustentada pela ética e justificada pelos seus resultados humanos.

Este artigo recolhe elementos trabalhados desde a condição de consultor técnico sobre o tema equidade junto ao Observatório de Equidade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social do Brasil, órgão de aconselhamento e de diálogo social e político da Presidência da República do Brasil, criado pelo Presidente Luis Inácio Lula da Silva no início do seu mandato em 2002, com o objetivo de estabelecer um diálogo propositivo sobre os rumos do desenvolvimento brasileiro com um coletivo convidado de lideranças sindicais, políticas, empresariais, acadêmicas e de movimentos sociais, tendo resultado em um espaço ativo de formulação e construção de concertações que se materializaram na Agenda Nacional para o Desenvolvimento, em 2005, a qual aponta para um Desenvolvimento com Equidade (Agenda Nacional de Desenvolvimento do Brasil, 2005).

O texto que segue busca aportar uma reflexão sobre os principais desafios conceituais que políticas e ações orientadas pela equidade terão que enfrentar. Espero que sua leitura suscite muitas questões e que estimule em suas respostas o urgente compromisso de construir um mundo mais justo e portanto orientado por e para a equidade.

O Conceito de Classe Social e sua Utilização na Análise das Iniquidades, a Determinação Social das Iniquidades e sua Reprodução

O trabalho de colocar em debate o conceito político de equidade e portanto de iniquidades, substituindo o lugar do lugar comum das desigualdades, nos obriga a uma aproximação crítica da forma de representar as iniquidades, o que implica defini-las de cada quem em relação aos outros, representando e definindo os objetos de análise vistos desde um enfoque orientado pela equidade.

O primeiro desafio sendo em relação a quem, nos coloca a questão da caracterização de quem queremos localizar em termos de seu acesso a determinadas condições que são objeto das mensurações de equidade / iniquidade.

Por exemplo, é freqüente que os informes sobre educação caracterizem as diferenças em termos de quintis de renda, idade, gêneros e raças, ademais de comparar o meio urbano e rural e entre macro regiões (Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2006, 2007 e 2009). No entanto a abordagem apenas descreve o panorama encontrado, sem avançar em uma análise crítica da sua origem e persistência. E o mais importante: não temos clara a distinção de condição social dos indivíduos que compõem os sub-grupos caracterizados nessas descrições, gerando um conjunto de identidades que não necessariamente se caracterizam por uma explicação estrutural e relativizando assim a identidade de classe social em favor de uma identidade de gêneros, etnias, níveis de renda ou local de residência.

Interessados na origem e persistência da estrutura dos fenômenos de exclusão educacional observados, nos interessamos em entender como ocorre a reprodução dessas condições e portanto porque persistem diferenças injustas na exclusão e aproveitamento escolares.

A maior capacidade explicativa dessas diferenças aparece quando se constroem categorias que historicamente refletem maior ou menor fragilidade social, a saber os quintis de renda, o patrimônio educativo, o patrimônio material e sobretudo a condição de inserção sócio-ocupacional do indivíduo ou do seu referente familiar (Observatório das Metrópoles, 2008).

Ou seja, ao analisarmos os fenômenos sociais, como no caso da educação, categorizando ou classificando o pertencimento dos indivíduos a essas categorias, vemos que existe um gradiente de resposta consistente com a estrutura da condição social por elas representadas. Podemos então dizer que há um elemento comum que correlaciona essas dimensões e as faz coerentes na maneira como se comportam, ou seja haverá maior exclusão na escolarização quanto mais baixa a renda familiar, maior desescolarização segundo o nível de pobreza da macro região, maior exclusão social se os indivíduos pertencem a raça de maior exclusão social, ou seja de menor renda e de menor patrimônio...

Mas o fato é que todas essas representações estabelecem finalmente uma grande colinearidade, ou seja representam mediante diferentes variáveis um mesmo fenômeno: a condição predominante de classe social dos indivíduos analisados em comparação com outros indivíduos pertencentes a outras classes sociais, porém perdemos a capacidade de discriminar classe social no interior de categorias como gêneros, etnias e local de residência (regiões, campo-cidade, estados).

Se aceitamos a categoria classe social como um constructo, formado por um conjunto associado de variáveis que se comportam com um perfil coerente em relação à própria condição de classe, podemos começar a entender a relação entre essas variáveis definidoras do constructo classe social e então buscar uma forma consis-

tente de representar a condição de classe como uma categoria analítica capaz de explicar o comportamento dos fenômenos sociais em sua historicidade e portanto em sua reprodução e persistência. Interessa-nos explorar a idéia de reprodução e persistência para entender como se comportam os remanescentes sociais, ou seja a persistente e crescente presença na base da pirâmide social de contingentes populacionais que persistem em uma condição estrutural de exclusão, apesar de melhoras relativas em seus ingressos, níveis de emprego ou de acesso educacional, mas sem que esses avanços relativos signifiquem saltar o fosso das iniquidades sociais.

E' muito ilustrativo como nos últimos anos os estudos nacionais apontam na America Latina uma diminuição da pobreza com aumento da iniquidade e o aumento de pobres em números absolutos apesar da diminuição percentual dos mesmos. Para entender esta aparente contradição e' necessário entender a reprodução social que se reflete na reprodução de níveis persistentes de fragilidades sociais (De Negri Filho, 2006). Estas fragilidades sociais correspondem às características estruturantes das classes sociais e não são tocadas de forma efetiva por políticas econômicas e sociais que não incidem na forma e qualidade como as pessoas acedem a sua inserção sócio-ocupacional e as conseqüentes garantias e suficiências de renda, educação e patrimônio, com impacto em sua emancipação, entenda-se poder político na tomada de decisões que as afetam em sua vida cotidiana (para que pudessem ir superando a condição de classes subalternas na sociedade).

O grau de fragilidade social explica portanto de forma configurativa uma condição estrutural – com a inserção sócio-ocupacional sustentando a explicação, mas por sua vez constituída e amparada em sua expressão completa, pela interação com o nível e regularidade da renda auferida pela mesma condição sócio-ocupacional, pela condição causal e também de conseqüência do patrimônio educativo sobre a situação sócio-ocupacional (tanto para a entrada no mercado profissional como para os processos de re-profissionalização que se façam necessários) e também pelo efeito de segurança econômica que geram as expressões de patrimônio material como forma de garantia de acesso aos ativos na forma de créditos e rendas adicionais e de propriedade de meios de produção.

A fragilidade social como categoria, portanto passa a ser uma expressão da condição de classe social dos indivíduos, se entendemos classe social como uma identidade que reflete as condições estruturais que caracterizam a inserção e identidade do indivíduo e seu coletivo em uma determinada sociedade.

A fragilidade social se diferencia conceitualmente da vulnerabilidade por tratar dos elementos persistentes e estruturantes da condição social, enquanto a vulnerabilidade caracteriza os eventos que se apresentam sobre a estrutura social sem questioná-la. O escopo da abordagem desde as vulnerabilidades reduz consideravelmente o objeto de intervenção e conduz a uma gestão de riscos como probabilidade de sofrer o dano social, enquanto a abordagem da fragilidade propõe um olhar sobre o que caracteriza e reproduz a condição social e, portanto, dialoga com a determinação

social da condição e localiza os eventos como consequência da exposição social inerente a condição de classe social como condição estruturante.

No exercício de análise das iniquidades buscamos portanto encontrar a forma de expressar a condição de classe social mediante a elaboração de um constructo que tenha como eixo central a caracterização da condição sócio-ocupacional. Inspiramo-nos na experiência inglesa, sueca e canadense, as quais utilizam a condição sócio-ocupacional como um “proxy” de classe social para as representações e análises feitas sobre as iniquidades encontradas na qualidade de vida da população (de fato estas categorizações sócio-ocupacionais presidem todas as representações analíticas das estatísticas populacionais que buscam caracterizar as iniquidades sociais). Nos quadros abaixo vemos como em dois exemplos se expressam os gradientes de fragilidade social através do impacto da perda de capacidade para o trabalho segundo condição de inserção sócio-ocupacional na Suécia e como se distribui de forma diferencial, a mortalidade segundo as condições sócio-ocupacionais na serie histórica da Inglaterra e País de Gales (Naidoo e Wills, 2000).

Categoria social-profesional	Riesgo Relativo		Pérdida severa de capacidad de trabajo y fuera de la fuerza de trabajo
	Enfermedad de Larga Duración	Con Reducción de la Capacidad de Trabajo	
Profesional	1.0	1.0	1.0
Intermediario No Manual	1.1	1.4	1.8
Rutinario No Manual	1.5	2.2	3.8
Manual Calificado	1.7	3.3	6.0
No Calificado	1.8	3.2	6.2
% Pobl. 25-64	39.7	20.8	6.0

Suecia, 1999

Combinar a identidade racial com classes sociais, gêneros e classes sociais, territorialização com classes sociais, renda, educação e patrimônio com classes sociais, seria um caminho analítico para, desde o efeito ordenador de um elemento estrutural – classe social, chegar a entender e representar com mais precisão onde estão os grupos que persistentemente estão excluídos e que reproduzem esta exclusão entre os seus membros, mas sobretudo para buscar entender como promover políticas de desenvolvimento orientadas pela equidade que pudessem chegar e afetar favoravelmente estes grupos.

Aceita a tese da necessidade da análise desde a categoria classe social e de sua representação mediante a utilização da “proxy” categoria de inserção sócio – ocupacional, nos restava verificar se isto seria possível de realizar mediante os dados disponíveis nos censos e amostras de domicílios realizados no Brasil. A resposta

e' afirmativa e foi corroborada pelos trabalhos realizados pelo Observatório das Metr6poles com sede no IPPUR da UFRJ, onde atraves da Professora Luciana Lago tivemos a oportunidade de avaliar as categorias sócio-ocupacionais construídas a partir da variável ocupação e ver a colinearidade que esta categoria guarda com níveis de renda, patrimônio educativo e patrimônio material – habitação e meios de produção, além de permitir uma projeção espacial / territorial de um padrão de presença territorial dessas “classes sociais” e correlacionar perfil de “classes” com estruturas familiares tipo.

Clase Social	1959 - 1963		1970 - 1972		79/80	82/83
	H	M	H	M	H	M
I. Profesional	76	77	77	82	66	75
II. Intermediario	81	83	81	87	76	83
III. N-Calificado No Manual	100	103	104	109	106	107
III. M-Calificado Manual	100	103	104	109	106	107
IV. Semicalfificado	103	103	114	119	129	133
V. No Calificado	143	141	137	135	129	133

Razón de Mortalidad Padronizada -SMR- % del promedio. Diferencias en mortalidad de adultos 15-64a., Inglaterra y Gales

A verificação da factibilidade de obter informação das bases nacionais para um primeiro exercício aplicado desta análise de representação das classes sociais mediante a “proxy” de condição de inserção sócio-ocupacional, animou a intenção de buscar uma análise mais fina do ponto de vista estatístico, permitindo apontar o uso de equações multi-nível que representem as hierarquias das determinações sociais derivadas da condição de classe. Seria particularmente interessante analisar a dispersão e tendência dos registros para entender os perfis de classe social a partir de condição sócio-ocupacional e suas tendências, evitando o uso exclusivo de medidas de tendência central, as quais geram médias e portanto representações espaciais que perdem o sentido da discriminação das diferenças e portanto das iniquidades. Deriva desta preocupação a necessidade de buscar uma escala de representação territorial das iniquidades que seja compatível com esta sensibilidade requerida, e que hoje seriam os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Nesta perspectiva, e seguindo o proposto por Diderichsen e Halqvist (2003) e adaptado pelo autor (2004) no modelo abaixo, estaríamos trabalhando na caracterização da condição social dos indivíduos – como classe social, buscando caracterizar as exposições sociais decorrentes desta condição determinante – tais como as barreiras a educação e dimensionando então as condições de dano: desescolarização, repe-

tência, etc. e chegando a uma caracterização do efeito social do dano, o qual reforça a própria condição estrutural de classe, onde o baixo patrimônio educativo afeta diretamente a condição sócio-ocupacional e, portanto a condição de classe social.

Figura 1.



O sentido de buscar uma representação de classe social no exercício das análises propostas, caracteriza-se como a busca de uma representação orgânica da fragilidade social, com objetivo de superar a mera descrição do não-igual para passar a uma problematização das iniquidades que não deveriam existir e que, portanto devem ser objeto de intervenções que cheguem aos que estão sofrendo essa situação de iniquidade, já não mais caracterizados de formas dispersas por variáveis colineares mas por um constructo capaz de orientar a necessária transetorialidade da intervenção orientada a afetar a dimensão estrutural das formas de reprodução da fragilidade social.

As Medidas de Iniquidades em Relação ao Justo, Bom e Desejável ou os Padrões de Referência da Materialidade dos Direitos Humanos como Parâmetros para a Medição das Diferenças Injustas

Tendo explorado no capítulo anterior o uso do constructo classe social vertebrado pela inserção sócio-ocupacional, como elemento articulador da identidade dos indivíduos e seus coletivos como aqueles que serão objetos de análise de iniquidades

ou seja de diferenças sistemáticas e injustas frente a outros padrões de qualidade de vida e inclusão social, nos vemos agora frente a tarefa de construir um padrão não relativizável do que poderia ser a referência para estabelecer a distancia que separam os indivíduos e seus coletivos em relação ao que seria bom, justo e desejável.

Neste caso o desejável deveria buscar uma materialidade dos direitos humanos como referencia do mais alto nível de realização dos mesmos segundo o estado de avanço encontrado para este direito na humanidade. Porém este nível de máximo avanço encontra sempre em sua expressão um limite imposto por sua racionalidade – ou seja o bom e justo significam do ponto de vista coletivo não que todos sejam milionários o tenham acesso ao luxo ou ao supérfluo, mas sim a busca dos parâmetros do que permite uma existência digna. Neste sentido a busca de que todos tenham uma renda suficiente para cobrir suas necessidades de alimentação adequada, vestuário, moradia, educação, acesso a cultura, lazer, esportes, transporte e energia, dentre outros requisitos para a vida, expressam uma visão radicalmente distinta do que estamos acostumados a adotar acriticamente, pois se institui desta maneira uma busca de definição material de parâmetros que levem a uma existência sem ameaças a qualidade de vida. Seria este pensamento uma utopia? Pensemos que o gênio humano sempre encontrou frente aos desafios as formas de superá-los, bastando para isso romper o impedimento ideológico que não permite ver como desejável o que é necessário para o bem estar de todos.

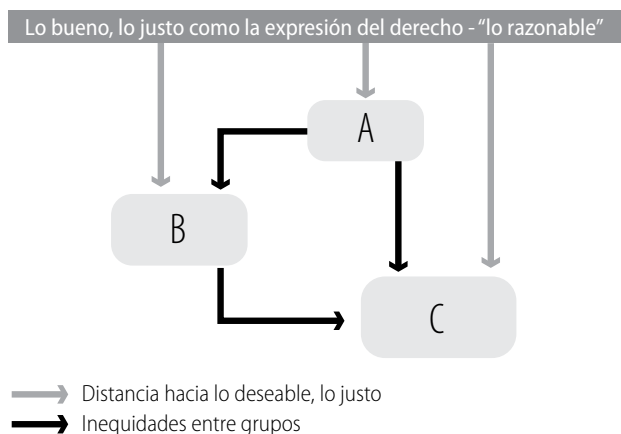
Por isso me arrisco a dizer que a ruptura da aceitação passiva do que hoje entendemos como “possível” para a adoção do imperativo ético do que é necessário, nos permite aceitar não só os direitos humanos como parâmetro para pensar o necessário como também nos motiva a definir isto que é justo e bom, desejável, porém razoável no sentido de alicerçado pela razão ética como caminho para a construção de sua possibilidade política e portanto de sua materialidade.

Ao assumir esta possibilidade, a mesma tem um impacto imediato na forma de medir as iniquidades, pois deixaremos de vê-las como a condição relativa dos indivíduos ou coletividades frente a uma determinada condição, por exemplo a condição educativa segundo etnias ou gêneros – distancia relativa que hoje medimos pelo desempenho comparativo entre o melhor e pior, para começarmos a tomar como parâmetro de iniquidade a distancia de cada quem em relação ao padrão que seria bom, digno e assim desejável para todos, passando então a medir apenas de forma complementar a distancia relativa entre os grupos.

Isto significa, por exemplo, interpretar desde um novo olhar o que descreve o relatório da Comissão Brasileira de Determinantes Sociais da Saúde, publicado em 2008, que ao descrever o gradiente da mortalidade infantil entre quintis de renda por região, demonstra que a taxa de mortalidade do pior quintil da região Sul é equivalente ao desempenho do melhor quintil do Nordeste (Comissão Brasileira de Determinantes Sociais da Saúde, 2008). Se aplicamos um olhar desde a equidade em relação ao que seria justo e desejável, devemos medir o desempenho em termos de

mortalidade infantil em relação ao que seria desejável, porque é razoável, neste caso razoável por que social e biologicamente já alcançado pela humanidade – a menor mortalidade infantil nacional do mundo é de 3 por mil nascidos vivos, neste caso esta taxa passa a ser o desejável e é justo por que expressa a máxima realização a que podemos aspirar, ou seja eticamente o que já é alcançável para uns deve o ser para todos, para que deixe de ser um privilégio. Neste caso a distancia entre os 3 por mil nascidos vivos e o desempenho dos diferentes quintis de renda faria com que os quintis de pior e melhor desempenho no Brasil fossem julgados não por seu desempenho relativo entre eles mas por seu desempenho absoluto em relação ao melhor resultado já alcançado pela Humanidade. Esta ruptura com a performance relativa entre desempenhos não justos ou desejáveis, permite usar o critério da equidade em sua máxima potencia e assim ganhar força em termos de orientação de políticas públicas orientadas pelos direitos humanos.

Figura 2.



Elaboração do Autor

Isto implica em termos de análise que, estabelecida a meta qualificada – o melhor padrão já alcançado pela Humanidade, se estabelece uma tensão sobre o que consideramos aceitável / desejável, estabelecendo também o que não é aceitável, ou os intoleráveis. Nesta perspectiva podemos adotar o conceito de “meta zero” ou “visão zero”, para caracterizar tudo aquilo que já não é aceitável justamente por que temos o conhecimento, os meios e a evidencia da experiência da Humanidade para afirmar que podemos, e devemos erradicá-lo (De Negri Filho, 2004). Assim é que tomando o exemplo anterior passa a ser intolerável qualquer mortalidade infantil acima de 3 por mil nascidos vivos e portanto se torna imperativo reunir todos os meios para eliminar esta sobre-mortalidade, gerando um outro comportamento político frente

as iniquidades expressas na exposição das pessoas às condições que geram a mortalidade infantil – tais como a pobreza, a falta de acesso a educação, o desemprego, os baixos salários, as casas inabitáveis, as carências alimentares, a falta de garantias de seguridade social...

Mas poderíamos a raiz de esse exemplo, ficar com uma idéia de aplicação das mensurações de iniquidades apenas sobre os eventos conseqüentes a inserção social dos indivíduos, quando de fato queremos ir além e englobar também uma qualificação mais ampla do que seria o bom, justo e desejável e logo “razoável” através de uma exploração mais estrutural do que seria o sistema de direitos humanos.

Em primeiro lugar destacando os direitos humanos como um conjunto não hierarquizado, evitando as categorizações em direitos fundamentais e das gerações de direitos para assumir o marco dos direitos de forma sistêmica – os direitos civis e políticos, econômicos, sociais e culturais de forma articulada, compondo um sistema de proteções sociais (Castel, 2008).

Figura 3 . Matriz de direitos



Elaboração do Autor

Assumindo os direitos humanos como um caminho para compor um painel dos elementos necessários para uma vida digna, para a qualidade de vida e não priorizando uns sobre outros e considerando a todos como de imediata provisão, ainda que progressivos em termos de sua plenitude de aplicação. A idéia de considerar

todos os direitos como igualmente importantes reflete uma idéia configurativa dos mesmos, sendo impossível construir uma idéia absoluta do que seria mais importante, pois isto irá variar segundo os indivíduos e o grau de materialidade dos direitos que já desfrutam.

Em um trabalho realizado desde 2008 junto à Secretaria de Integração Social do Governo Distrital de Bogotá – Colômbia, chegamos a construir uma matriz com 14 núcleos de direitos (veja figura abaixo), tratando de operacionalizar o conjunto dos direitos reconhecidos onde tratamos de inovar nas ênfases de leitura, destacando núcleos como de segurança econômica, livre e pleno desenvolvimento da personalidade, direito ao acesso a justiça, juntamente com direitos mais clássicos como o direito a educação, a saúde, a habitação... Sendo que o grande desafio foi e é materializar cada um desses direitos enquanto sua representação do que seria o bom, o justo, o desejável, o razoável.

A idéia de um sistema de direitos igualmente importantes entre si, fala de uma totalidade que sendo configurativa, nos obriga a considerar que a ausência de um direito é suficiente para comprometer o todo.

Para os fins do debate sobre equidade, medir cada um dos direitos em termos de sua materialidade para indivíduos ou coletivos em relação ao desejável e logo entre grupos, constrói um painel capaz de interpretar quais as condições que afetam a condição de reprodução social das iniquidades e assim em sua persistência, indicando quais os direitos que ausentes em sua materialidade afetam a vida dos indivíduos através do impacto em sua condição de classe social – fragilidade social estrutural, seja na forma de determinantes sociais expresso na inserção social dos indivíduos, seja nas exposições sociais decorrentes da condição de determinação, ou ainda na expressão dos danos e finalmente na consequência social dos danos, sempre medindo em relação à condição de classe social e seus componentes, complementados por geração, gênero e etnia, o grau de materialidade dos direitos e suas consequências para os indivíduos e suas coletividades de pertencimento, onde reside o poder explicativo das classes sociais.

A materialidade dos direitos, gerado pelo mapa sistêmico dos mesmos, não pode ignorar as quatro dimensões a observar em sua garantia por parte dos Estados, segundo a Declaração de Quito de 24 de julho de 1998, baseada na Observação Geral 3 de 1989, do Comitê DESC:

1. Disponibilidade – o direito ser assequível, ou seja, encontrar meios para sua execução, mediante políticas e recursos públicos;
2. Acesso ao sistema – acessibilidade;
3. Qualidade – obrigação de aceitabilidade;
4. Permanência – obrigação de adaptabilidade.

Estas quatro dimensões devem orientar as funções do Estado de respeitar, realizar e proteger os direitos.

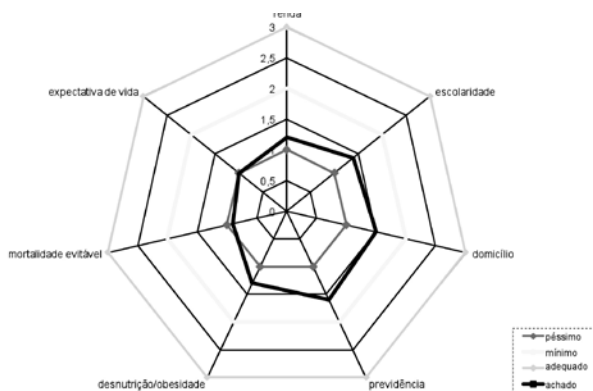
Assim posto a idéia de materializar cada um dos direitos no marco de um sistema nos desafia a materialidade e seus níveis de realização.

Por materialidade entendemos o cumprimento de parâmetros que estabelecem a efetividade do direito, por exemplo, o direito a habitação digna demanda um conjunto de parâmetros como o da propriedade da habitação, a permanência e resistência do material de construção frente às demandas do clima e do solo, a existência de acesso a água tratada no interior da residência, o acesso ao saneamento em termos de coleta e tratamento das águas servidas, a existência de espaço suficiente para o número de habitantes na casa em termos de metragem e número de pessoas por quarto, acesso a serviços públicos, existência de bens duráveis, segurança patrimonial e pessoal, adaptação para pessoas com limitações físicas. Se uma dessas condições está ausente em termos de sua existência ou com parâmetros não alcançados, isto é suficiente para que se considere o direito não garantido posto que não se materializa a condição integral do direito.

Podemos ler configurativamente as varias dimensões do direito e apontar suas deficiências para fins de uma intervenção direcionada capaz de alcançar a integridade, lembrando sempre que nosso objetivo é promover a melhoria da qualidade de vida da população e portanto superar a distancia em que se encontram as pessoas em relação ao que é bom e desejável.

No quadro abaixo podemos visualizar a multidimensionalidade que se pode construir avaliando de forma configurativa os níveis de ameaça ou proteção aos direitos mediante leitura de indicadores lidos individualmente ou em conjunto em relação ao nível de sua materialidade.

Figura 4. Expressão da multidimensionalidade dos direitos



Elaboração do Autor

Neste caso, a leitura deve dirigir-se a combinação equilibrada entre todas as dimensões do direito objeto da análise e por outro lado deve verificar o nível de realização da materialidade do direito mediante o comportamento das variáveis / indicadores, em termos do seu comportamento frente a níveis considerados essenciais – nada poderia estar debaixo deste limite – representado na figura acima pela linha vermelha (note-se que cada variável tem escala própria, alinhada com o nível do essencial), ou seja por debaixo da linha vermelha estão os que vivem em condição intolerável para aquele item, e que devem ser alvo de ações imediatas, emergenciais. A linha amarela demarca um nível intermediário de materialidade do direito e a linha verde define uma meta alinhada com o melhor desempenho do direito no âmbito mundial e deveria ser incorporada como meta a ser alcançada (como ilustra Márcio Pochmann (2005) em seu Livro “Por uma Agenda Não Neoliberal para o Brasil).

Aplicado ao objetivo de medir e analisar as iniquidades, esta utilização de parâmetros para caracterizar o que deveria ser entendido como o desejável / necessário, desde o sistema dos direitos humanos, abre caminho para uma avaliação diferenciada das iniquidades a superar e aponta uma direção para a construção das políticas públicas pro-equidade.

Sobre a Abordagem da Complexidade da Realidade e sua Representação na Análise das Iniquidades

O conceito complexo proposto pela Agenda Nacional de Desenvolvimento do Brasil elaborada pelo CDES em 2005, de “desenvolvimento com equidade”, tem como obstáculos a fragmentação setorial, as agendas políticas tendentes ao específico setorial de curto prazo, e a necessidade não almejada de uma nova arquitetura social, materializada em uma sociedade radicalmente democrática ou seja socialmente equitativa em um marco de garantias de liberdade política e portanto não orientada a criminalizar os protestos sociais.

Nossa sociedade, no marco de um desenvolvimento multidimensional seria, portanto, outra sociedade e para construí-la necessitamos desconstruir analiticamente o que historicamente foi estabelecido como “normal”, ou seja estamos convocados a desnaturalizar o iníquo ao mesmo tempo em que temos que reconstruir ou construir uma representação do que é eticamente desejável por ser justo e razoável (racional).

Para esse exercício será necessário lidar com a complexidade do hoje existente para poder apontar a complexidade do que é desejável, estabelecendo contrapontos críticos e referências afirmativas.

Vimos na segunda parte deste documento, onde destacamos o marco dos direitos humanos em sua materialidade, que uma forma de abordar e representar a comple-

xidade e' através de uma matriz configurativa de direitos humanos que represente o seu caráter sistêmico. Com o objetivo de (re)disciplinar nosso olhar para o exercício da complexidade desde a natureza sistêmico do postulado dos direitos humanos.

Nesta perspectiva vale a pena resgatar o proposto pelo Dr. Ronaldo Garcia Coutinho, no ano 2006, quando membro do IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Ministério do Planejamento do Brasil, ao abordar o tema da equidade aplicada ao exercício da Agenda Nacional de Desenvolvimento do Brasil.

Ronaldo Garcia propôs um debate sobre o Patamar Mínimo (que proponho adotar como “Patamar Necessário para uma Materialidade dos Direitos Humanos”) para uma Existência Digna - PMED, a partir dos elementos propostos pela Agenda Nacional de Desenvolvimento para o Brasil, tomando a perspectiva da complexidade de Edgar Morin (Hors Serie - Le Monde, 2010), as necessidades configurativas e as respostas configurativas no planejamento e no desenrolar das ações políticas.

Ronaldo Garcia explorou a complexidade mediante duas dimensões articuladas do necessário para uma existência digna (existência digna como expressão articulada da complexidade sistêmica dos direitos), sendo as suas dimensões expressas como patrimônio material e imaterial necessários.

Patrimônio material mínimo necessário (PMMN)

Idealmente, deveria considerar o ativo fixo de propriedade das famílias (terra produtiva, domicílio permanente, meios de produção) e os bens duráveis. (No entanto, não estão disponíveis informações quantitativas sobre a posse de meios de produção pelas famílias e, tampouco, informações anuais sobre a propriedade fundiária rural.) Essas informações não disponíveis hoje deveriam ser recomendadas para compor um sistema regular de informações capaz de caracterizar a posse e exercício dos meios descritos.

“Assim, ter-se-à de reduzir o patrimônio material à propriedade de domicílio permanente e de bens duráveis essenciais. Nas áreas rurais, a propriedade de domicílio permanente será um indicador da titularidade de domínio das terras de produção por parte das famílias agricultoras. Tomando o domicílio como unidade básica de investigação, é possível averiguar tanto a condição de ocupação (a qualidade da habitação) como o acesso aos serviços públicos e outras características relevantes.

Será considerado como Patrimônio Material Mínimo Necessário a ingressar e a ultrapassar o PMED, a propriedade de: domicílio permanente; situado em aglomerado normal; construído com material durável (paredes e cobertura); com densidade de até dois moradores por dormitório; dispendo de abastecimento de água com canalização interna, banheiro e esgotamento sanitário por meio de rede coletora ou fossa séptica; com o lixo sendo coletado direta ou indiretamente (exceto área rural); com iluminação elétrica e telefone (todos os conceitos adotados são os utilizados

pela PNAD). Comporia ainda o PMMN a posse dos seguintes bens duráveis: fogão, filtro de água, rádio, televisão e geladeira.” (García, 2006)

Observa-se aqui a idéia de necessidades / respostas configurativas correspondentes, caracterizando uma idéia de totalidade correspondente aos direitos humanos e assim caracterizando uma totalidade articulada de critérios de satisfação dos direitos relacionados e que apontaria finalmente a um conceito complexo e totalizante de qualidade de vida, neste caso exemplificado pelo direito a habitação digna como parte elementar de uma existência digna.

Patrimônio não material

O Patrimônio Não Material mínimo necessário (PNM) a ingressar na cidadania e a assegurar a liberdade de escolher o que é valorizado deveria ser composto dos atributos indispensáveis à participação ativa e direta das famílias (e indivíduos que as integram) na sociedade atual, em suas diversas dimensões. Haveria de incluir uma escolaridade mínima que habilitasse a lidar com a realidade complexa e com os processos de produção mais exigentes em conhecimento.

Deveria propiciar saúde pública e higidez pessoal, garantidoras de uma vida saudável, prazerosa e produtiva, em condições ambientais sustentavelmente adequadas.

Deveria exigir algum grau de associativismo (sindicato, partido, associações comunitárias ou de interesse), o amplo acesso à informação (posse de rádio e televisão, assinatura de jornais e revistas) e ao lazer. Incluiria o acesso fácil e rápido à justiça e à segurança pessoal e à pública e a algum tipo de proteção previdenciária, a liberdade de expressão e produção cultural, entre outros. Todavia, as informações disponíveis, periódicas e confiáveis não permitem tanto. A redução que se impõe faz possível, apenas, lidar com a escolaridade e a proteção previdenciária. Nada impede, no entanto, a incorporação de outras variáveis à medida que informações apropriadas se tornem disponíveis.

“Esse patamar mínimo de existência digna seria alcançado quando as famílias se apropriassem de um patrimônio material e não material e de uma renda mensal que, supostamente, lhes permitissem a liberdade de escolher o que valoram. E isso estaria assegurado quando simultaneamente dispusessem das condições constituidoras do Patamar Mínimo de Existência Digna (PMED), possível de ser apurado com as PNAD:

- domicílio próprio adequado (situado em aglomerado normal; construído com material permanente; com densidade de até dois moradores por dormitório; abastecimento de água com canalização interna, banheiro e esgotamento sanitário feito por rede coletora ou fossa séptica e coleta direta ou indireta de lixo, se urbano; iluminação elétrica e telefone; com fogão, geladeira, filtro de água, rádio e televisão);

- renda familiar per capita igual ou superior a 1,5 salário-mínimo;
- escolaridade adequada (crianças entre zero e 5 anos em educação infantil; as entre 6 e 14 anos freqüentando o 1o grau; os jovens entre 15 e 17 anos com oito ou mais anos de escolaridade e os com idade entre 18 e 24 anos com onze ou mais anos de escolaridade);
- cobertura previdenciária (todos os indivíduos ocupados protegidos por algum tipo de seguro previdenciário).

PMED = Famílias c/ domicílio próprio adequado, renda familiar per capita = 1,5 SM, escolaridade adequada e cobertura previdenciária.

A simultaneidade é uma exigência forte para tentar apreender a dignidade como uma condição abrangente em relação à natureza multidimensional do ser humano e às inúmeras inserções impostas para viver sob a complexidade crescente das sociedades contemporâneas.

As quatro características utilizadas para definir o PMED nem de longe atendem a uma conceituação mais completa do que seria uma existência digna. É uma aproximação pobre com o intuito de dimensionar a iniquidade e tentar uma avaliação global da ação governamental, que diz ter como objetivo combatê-la.

A adoção da simultaneidade tem uma implicação que deve incomodar o formalismo quantitativista, pois fica atribuído o mesmo peso a todas as variáveis - quando o conceito de patamar mínimo é levado à prática -, permitindo a apuração do indicador. É sabido que, subjetivamente, tais variáveis têm valores distintos para as pessoas/famílias. Não obstante, na ausência de pesos obtidos pela valorização (inevitavelmente média) das famílias/pessoas que não dispõem do acesso às variáveis consideradas, defende-se a fórmula adotada.

Neste caso os “mínimos” alcançam a condição de “necessários, obrigatórios a serem alcançados para a universalização da equidade, com o objetivo de gerar uma resposta configurativa suficiente para alcançar uma existência digna”.

Sendo a existência digna uma totalidade complexa, situacionalmente referida, não há por que adotar simplificações arbitrárias, seja a partir da nossa própria subjetividade, ou mesmo de uma intersubjetividade entre pares não fundamentada na privação de qualquer dos modestos atributos do PMED.

Como lembra Edgar Morin, “o problema da complexidade não é o da complexidade, mas da incompletude do conhecimento”. Tentar pensar uma complexa totalidade situacional é lutar contra o pensamento disjuntivo que separa, isola, mutila, criteriosamente ou não; que sempre deixa de lado o importante não perfeitamente conhecido, não enquadrável nos nossos esquemas formais reducionistas e segmentadores da realidade.

Ao buscarmos conhecer uma realidade mediante procedimentos analíticos que separam e isolam as partes constitutivas de um todo, perderemos, inevitavelmente, as qualidades emergentes que o fazem diferente da simples soma (ponderada ou

Finalmente, podemos ilustrar (como vemos na figura 3), a idéia de composição configurativa da representação da complexidade e de sua abordagem propositiva, onde possamos compor uma harmonia na materialidade das respostas as necessidades derivadas dos direitos e compondo a desejada Existência Digna, expressa em um alinhamento das variáveis que caracterizam os seus componentes materiais e imateriais, gerando um perfil virtuoso de qualidade de vida, diminuindo assim as iniquidades de uma forma consistente e equilibrada a partir de enunciados que representam a complexidade.

Os Territórios Sociais e a Representação Espacial das Iniquidades

Escalas de Análise e Sensibilidade / Especificidade Territorial

No exercício de análise das iniquidades, ganha enorme importância a análise das diferenças injustas em termos de sua distribuição territorial ou sua espacialização. Isto porque a forma como se ocupa o território reflete a historicidade das relações políticas e sociais, as relações de poder, que definem quem e como se ocupam e utilizam os territórios.

Nesta perspectiva de análise, compreender o padrão social de ocupação dos territórios equivale a entender como as iniquidades sociais se distribuem e portanto como se expressam na relação território / perfil social das populações, permitindo ainda entender o perfil da reprodução social ao identificar a persistência de fragilidades nos territórios e o conseqüente padrão de ocupação de classe social nos mesmos.

Nesta direção foi extremamente ilustrativo conhecer o trabalho do Observatório das Metrôpoles liderado pelo IPPUR da UFRJ, onde os trabalhos de identificação da ocupação territorial por perfis de classes sociais projetados pelos agregados de inserção sócio-ocupacional ilustram de forma precisa a dinâmica social das cidades.

Igualmente interessante foi conhecer o trabalho desenvolvido pelo Projeto “Territórios da Cidadania” do Ministério do Desenvolvimento Agrário, o qual articula 22 Ministérios e Secretarias Nacionais, além dos governos municipais e estaduais, e projetou uma outra dimensão do Brasil, o Brasil rural finalmente mapeado em seus 45 milhões de habitantes, em 160 territórios da cidadania concebidos como espaços sociais e não como divisões administrativas, pois que muitas vezes cruzam limites municipais e estaduais (MDA, 2010).

Além disso é interessante destacar os trabalhos de espacialização que vem sendo feitos pelo Instituto de Pesquisas Espaciais – INPE, o qual assumindo os setores censitários do IBGE como os menores agregados para fins de análise conseguem compor um processo de monitoramento de tendências e dinâmicas espaciais / populacionais que permitirão uma leitura mais fina do território / população, e que já estão sendo explorados em estudos no campo da saúde em termos da estruturação de redes de

serviços e da dinâmica das necessidades populacionais.

Combinando esta dimensão de micro territórios explorada pelo INPE, e os espaços metropolitanos e rurais do País representados pelo Observatório das Metrôpoles e os Territórios da Cidadania, temos em mãos um cenário sumamente interessante para explorar nos trabalhos futuros, como os do Observatório da Equidade do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social do Brasil – OE / CDES.

Em primeiro lugar se trata de orientar-se a uma análise mais fina em termos de dimensões territoriais, saindo dos macro-agregados e dirigindo-nos aos menores agregados possíveis desde um observatório nacional, neste caso os setores censitários do IBGE. Claro que este caminho exigirá muitos ajustes técnicos e acordos políticos para poder ser exercido e a constituição de uma rede de atualização da informação de base municipal (talvez o anunciado projeto de uma rede nacional de fibra óptica para fines públicos facilite este processo). Mas o importante é buscar ativamente um agregado que seja mais fino que a representação por macrorregiões ou estados e que aponte aos municípios, até chegar aos territórios sociais intra municipais, onde justamente se expressam os setores censitários e onde os gradientes de iniquidade costumam ser maiores devido a maior homogeneidade interna alcançada pelos segmentos dos micro-territórios sociais, revelando abismos entre populações que estão geograficamente próximas, mas muito distantes em termos de qualidade de vida e que neste caso com agregados internamente mais homogêneos não vêem suas iniquidades serem atenuadas pelas médias heterogêneas dos grandes agregados.

A importância de assumir esta escala muito mais próxima ao espaço real das comunidades é a de que as maiores iniquidades em termos de distancia das populações em relação ao que é bom, justo e desejável se encontra nas escalas mais finas em termos de homogeneidade de condição da população em territórios. Ou seja, por maiores que sejam as brechas de equidade entre populações de diferentes países, possivelmente encontraremos iniquidades ainda maiores entre bairros de uma mesma cidade, isto porque em escalas menores as diferenças tendem a se apresentar não como médias entre grandes populações onde os valores extremos se diluem, mas sim como aglomerados mais homogêneos onde a média, a mediana e o “range” de distribuição estão muito mais próximos.

Isto implica que teremos valores muito diferenciados entre territórios relativamente contíguos, porém mais homogêneos. Isto se pode verificar quando comparamos setores censitários em uma mesma cidade e encontramos, no caso brasileiro de forma muito freqüentes, que uns poucos quilômetros ou uma rua separam condições sociais extremadamente diferentes.

Por isso a “riqueza” metropolitana quase sempre é o produto de uma média entre uma concentração de ricos e pobres, em escalas importantes e, portanto gerando uma falsa percepção da situação quando comparamos cidades em escalas muito distintas. Uma grande cidade brasileira concentra ao mesmo tempo um enorme contingente de classes médias e de populações muito pobres, vista como território ho-

mogêneo esta cidade terá um comportamento médio da condição de seus habitantes, mas se a analisamos segundo a expressão mais homogênea de seus territórios sociais constitutivos chegaremos a identificar enormes brechas de equidade. Isto mascara a condição de pobreza das grandes cidades exatamente por que por sua escala elas nunca chegarão a ser homogeneamente pobres e não são assim eleitas como prioridades para a intervenção das políticas sociais ou políticas pró-equidade, embora contribuam com um enorme contingente de pobres para o perfil de exclusão social do País, coisa que ademais poderíamos visualizar utilizando os padrões do que seria bom, justo e desejável para avaliar a condição dos indivíduos e de seus coletivos territorializados, burlando a media convergente para fazer uma análise de dispersão de perfis, ou seja, evitando a análise de tendência central para verificar a tendência da dispersão e portanto da distancia entre perfis de concentração e desconcentração de condições favoráveis e/ou desfavoráveis.

Como fator adicional há que considerar a ausência de um conceito que ordene políticas públicas de caráter metropolitano, existindo uma frágil identidade do metropolitano como orientador de agendas políticas estratégicas para o desenvolvimento brasileiro.

Nas metrópoles, mais precisamente na periferia das grandes cidades se concentra boa parte dos remanentes sociais da população brasileira, da delinqüência, da exclusão social mais abjeta, o que exige identificar e dimensionar a população metropolitana nos seus territórios sociais.

Mas também é nas áreas metropolitanas que se encontra, de forma concentrada, a oportunidade para o trabalho, estudos e lazer.

Portanto se adotássemos uma outra escala de representação das grandes cidades ou metrópoles e as projetássemos para uma análise comparativa com municípios de tamanho equivalente, poderíamos chegar a uma outra percepção da pobreza e da exclusão social nas grandes cidades, e muitos bairros ou favelas dessas cidades se transformariam em prioridades equivalentes as cidades mais pobres do País e que em geral, pela mesma razão da análise descrita, ao serem menores e terem uma variância de distribuição da condição social menos extremada, terminam entrando na análise de forma prioritária apesar de não terem uma escala populacional substantiva.

O meio rural em geral exerce um viés de representação equivalente, mas em sentido contrário, ou seja, os que mais têm no meio rural se mimetizam em umas médias em que os que têm pouco terminam por ganhar mais visibilidade, com isso as iniquidades dentro do ambiente rural se fazem pouco visíveis e ganha mais proeminência as diferenças entre o meio urbano e o meio rural. O paradoxo é que nesta comparação rural – urbano os pobres do meio urbano se diluem e os ricos do meio rural sofrem o mesmo efeito.

Por essas razões a representação da população e de sua condição social e econômica em termos da distancia relativa referente ao que é bom, justo e desejável, necessita um marco de análise territorial social que busque identificar espaços mais

homogêneos (setores censitários?), e desde aí permita uma análise mais precisa das brechas que de fato existem e a dimensão demográfica que implicam.

O sentido maior desta ênfase na territorialização da análise da equidade e' justamente poder orientar as políticas públicas com a perspectiva de transformar estas iniquidades, tendo um endereço mais preciso para as intervenções, atingindo assim as populações em seus territórios, buscando afetar a reprodução social das fragilidades sociais a partir da intervenção sobre os fatores que se identifiquem como presentes nesses territórios e em suas projeções espaciais.

Qualquer território pode ser representado por uma multiplicidade de escalas, pois as escalas correspondem ao que queremos explicitar na análise e, portanto na representação almejada. Temos uma forte tendência a utilizar como escalas de representação aquelas relacionadas com a organização administrativa do Estado ou aquelas relacionadas com as áreas de cobertura de serviços ou ainda as áreas de exploração econômica, eixos de transporte, etc., mas raramente projetamos os territórios desde sua dinâmica social, desde o valor de uso nas relações de produção e reprodução sociais, e é justamente nesta perspectiva que reivindicamos um conceito de territórios sociais, que inscritos na tradição da geografia política e humana de Milton Santos (1994), nos permita pensar as iniquidades em suas dimensões territoriais e assim chegar a uma escala analítica muito mais potente em termos de orientação de políticas públicas para um desenvolvimento com equidade.

A formulação de Políticas Públicas Orientadas pela Equidade

Existe um conjunto de desafios a enfrentar para poder formular políticas públicas orientadas pela equidade. São fundamentalmente desafios de ordem política, pois o obstáculo principal se localiza no plano dos conceitos que se utilizam para definir a equidade como forma superior de justiça e portanto obrigar aos governantes a enfrentar as complexidades do processo de gerar impacto sobre a matriz de reprodução dessas injustiças, o que os levará invariavelmente a deparar-se com a necessidade de incidir sobre a estrutura de classes da sociedade e examinar as alternativas para diminuir as distancias injustas que hoje separam os coletivos humanos e seus territórios sociais.

1. O primeiro desafio se localiza na construção de uma estrutura discursiva para as políticas públicas, capaz de apontar os elementos estruturais a enfrentar, ou seja os fatores que incidindo na estratificação social reproduzem a ordem social hegemônica: qualidade da inserção sócio-ocupacional, renda, patrimônio educativo e patrimônio material. Ao que se poderia agregar a identidade coletiva e o grau de emancipação política dos sujeitos O que fala do estado da arte da democracia política em uma sociedade, enquanto que os elementos anteriores

falam do estado da arte da democracia social, ou seja coloca em evidencia que a democracia somente deixa de ser uma formalidade se de fato gera justiça social, como o expressa Boaventura de Sousa Santos (2006). O discurso política teria que enunciar a necessidade ética de equidade e sistematicamente indicar os fatores a afetar com o objetivo de romper a reprodução social das injustiças sociais e assim granjear apoio político da base social para as mudanças a realizar.

Outra necessidade discursiva é criar uma referencia de tipologia política para os atos do governo, ou seja gerar uma leitura orientada a valores que orientem a apreensão de toda e qualquer ação que o governo realize, fortalecendo uma subjetivação baseada em valores coerentes com o principio da equidade – tais como a solidariedade, a progressividade de aportes e a igualdade de direitos, o horizonte de futuro de uma sociedade mais harmônica pois mais justa.

2. No marco de estruturação discursiva se impõe a construção de um objeto comum para a ação do governo e que comunique a complexidade da intenção em algo tangível para os cidadãos em geral. Sugiro que a qualidade de vida, o bem viver como produto de uma existência digna, sejam os marcadores deste objeto comum da ação governamental e traduzam o que deveriam ser os resultados sociais e econômicos de uma política orientada pelo principio da equidade. Entendendo a qualidade de vida como uma expressão configurativa da satisfação das necessidades sociais derivadas do marco sistêmico dos direitos humanos e expressando-se em cinco esferas: (De Negri Filho, 2004 e 2006)

–uma esfera individual ordenada pelo conceito de autonomia definida esta em três componentes: a. a independência funcional com a preservação e desenvolvimento das capacidades físicas, cognitivas, sensoriais e psicológicas correspondentes a cada etapa da vida biológica, b. a capacidade de provisão as necessidades socioeconômicas mediante capacidades próprias do individuo e aquelas originadas por políticas de proteção e de inclusão social e, c. a autonomia como emancipação política representada pela consciência e ação livres de sujeitos de direitos / exercício pleno de cidadania;

–uma esfera coletiva ordenada pelo conceito de equidade entre os estamentos ou classes sociais, mediante a ausência de diferenças injustas entre os coletivos em relação ao que se considera o bom, justo e desejável para todos e projetada politicamente na existência de espaços públicos, segundo o conceito político democrático que os justifica, onde a emancipação política dos sujeitos seja construída, exercida e respeitada pelos demais e pelo Estado;

-uma esfera institucional ordenada pelos conceitos de democracia participativa como condição de transparência e sensibilidade popular das políticas do Estado, pela orientação da garantia dos direitos mediante respostas integrais e transeitoriais que ordenem a ação do estado em torno ao imperativo das necessidades humanas derivadas dos direitos, e assim reorganize o que fazer institucional em torno a territórios sociais / populações mediante uma gestão social integral transeitorial e territorializada;

-uma esfera ambiental orientada pelo princípio da sustentabilidade, onde se envolvam os ambientes naturais, naturais modificados, sociais, tecnológicos, econômicos e simbólicos em torno a uma aposta de desenvolvimento humano com respeito aos direitos da natureza, freando o despojo e o desperdício e recolocando a função do consumo em relação ao bem estar;

-uma última, mas fundamental esfera da subjetividade, pautada pelo processo de construção de valores e sentidos públicos, disputando a construção de imaginários sociais de futuro baseados na inclusão social de todos e todas e na afirmação de valores que se expressem em bens e espaços públicos para o usufruto e participação de toda população. A disputa dos valores que regem a subjetivação hegemônica tem especial importância na estruturação de um novo discurso que proponha uma contra-hegemonia sustentada em solidariedade social e sentido coletivo do desenvolvimento e distribuição da riqueza. A equidade se inscreve como valor neste esforço de uma nova subjetivação que faça com que as iniquidades passem a ser consideradas intoleráveis pela maioria da sociedade, instalando outro conceito de justiça social no âmbito societário e assim questionando a ordem do bloco histórico hegemônico.

Qualquer política que almeje produzir equidade em qualidade de vida terá que considerar o avanço necessário a alcançar na vida dos indivíduos, em seus núcleos familiares ou comunitários e portanto em seus territórios sociais, promovendo o deslocamento em direção aos padrões desejáveis de justiça ao mesmo tempo que diminui a distancia entre os melhor e pior colocados em termos de qualidade de vida.

A combinação entre uma disciplina de respostas as necessidades sociais derivadas do sistema de direitos humanos e metas de melhorias reais nos padrões estruturais de classe dos indivíduos e populações pode apontar uma transformação profunda na forma de produzir e reproduzir em sociedade e deveria ser a aspiração de qualquer política de fato comprometida com a equidade.

Nesta perspectiva o planejamento, a programação e a avaliação das políticas

deverão estar estruturados em torno aos impactos em termos de equidade e sua persistência mediante uma intenção explícita de afetar a determinação econômica e social da ordem hegemônica na sociedade. Se não for assim concebida a intenção da equidade terminara capturada pela lógica da focalização excludente, que foi a maneira pela qual a hegemonia apropriou o termo equidade, dissociando-o da universalidade integral e, portanto bloqueando qualquer aspiração de justiça social baseada nos direitos humanos.

3. Com o intuito de estruturar o planejamento e alcance das políticas públicas usamos novamente o esquema de Diderichsen e Halqvist de 1998, adaptado em 2004 (figura 1), para ilustrar o ciclo de retroalimentação negativa ou positiva das intervenções originadas pelas políticas públicas, na medida em que elas se localizem mais altas ou mais baixas em suas aspirações de incidir na fragilidade social, mas tendo consciência que independente do nível de intervenção no esquema o que define seu alcance e sua direcionalidade no sentido de proteger os indivíduos de uma maior fragilização, ou ao contrário reproduzindo sua fragilidade social.

Se observamos as linhas pontilhadas na figura 1., vemos que a letra A indica políticas com capacidade de afetar a condição social / condição de classe, pois objetiva incidir nos elementos que sustentam a estratificação social – qualidade da inserção sócio-ocupacional, renda, patrimônio educativo e patrimônio material, além do seu empoderamento como sujeito de direitos emancipado e organizado.

A linha B indica as intervenções que ainda que não tenham como alvo direto a determinação da condição social tentam evitar que a determinação gere exposições específicas que deteriorem a condição de autonomia dos sujeitos, se trata de garantir um conjunto de ações que eliminem exposições que impactam de forma iníqua nos grupos sociais, como por exemplo a exposição a trabalhos que deteriorem a saúde e desgastem os indivíduos em situação de precarização laboral, baixos salários e baixa sindicalização. A resposta neste exemplo pode dar-se pela garantia de condições de trabalho, eliminação de substâncias e ambientes nocivos, participação na gestão, garantia de seguridade social e liberdade sindical, ainda que isto não afete necessariamente a condição de inserção sócio-ocupacional, renda, patrimônio educativo e material, mas evitará o deterioro e permitirá alguns avanços ou preservações na condição social.

A intervenção da linha C sobre os danos busca evitá-los mesmo na persistência das exposições e se refere à prevenção clássica que sem afetar a determinação e eliminar ou afetar o gradiente da exposição pode conseguir evitar o dano através de proteções individuais e ambientais, mas que não afeta a reprodução da exposição social e termina transferindo aos indivíduos varias responsabilidades sobre a prevenção, através dos chamados hábitos pessoais ou estilos de

vida. Evitar o dano certamente é importante, mas a persistência das exposições decorrentes das determinações sociais deixa muita margem para a existência e persistência dos danos. Sobretudo quando esta prevenção chega tarde e abre passo a cronicidade do dano e as políticas públicas se restringem então a mitigar os efeitos ou reduzir danos cumulativos.

Evitar o dano tem efeito imediato na linha de intervenção D, pois ao evitar os impactos sociais do dano, esvazia função da linha D, a qual existe para gerenciar os efeitos dos danos. Devemos reconhecer que chegamos tarde em relação a instalação de muitos danos e suas conseqüências sociais e individuais são importantes justamente porque quanto mais desprotegidos os indivíduos, mais duradouros são os efeitos dos danos gerando uma cascata de efeitos que irão retroalimentar negativamente o modelo da figura 1 e incidir diretamente na maior precarização da posição social.

A proposta de uma política pro equidade deve portanto, buscar incidir o mais alto possível – mediante as linhas A e B e de todos modos elevar sua condição de intervenção em C e D, pois a existência de um enorme passivo social e de uma fragilidade social persistente demandam intervenções potentes também frente ao dano e suas conseqüências, o que por si só já tem efeitos, limitados por certo, mas ainda assim efeitos sobre a retroalimentação negativa da condição social evitando sua deterioração.

O modelo da figura 1 serve assim tanto para avaliar as intervenções das políticas hoje existentes com para projetar os efeitos das políticas a adotar e assim simular os efeitos sobre as iniquidades hoje existentes.

Para uma maior efetividade das intervenções propostas em torno da Figura 1, podemos adotar uma perspectiva de ciclo vital social, onde os momentos ao longo da vida dos indivíduos quando se apresentam as maiores possibilidades de instalação de equidade ou iniquidades passam a ser os momentos privilegiados para uma intervenção muito mais exigente em termos de proteção social e de garantias de qualidade de vida. A proteção mediante políticas públicas convergentes, evitando as perdas de autonomia e agindo contra a instalação de situações que impactem no ciclo ilustrado pela figura 1, gerando atrasos sociais ou danos irreparáveis que deterioram a condição social são, portanto prioridades, mas exigem uma caráter configurativo e transetorial posto que as ameaças em momentos vitais como a concepção, o nascimento, a primeira semana de vida, o primeiro ano, a entrada na pré-escola, a entrada e saída da escola, a profissionalização e entrada no mercado de trabalho, o desemprego e a reprofissionalização, os casamentos e os divórcios, o nascimento dos filhos, a aposentadoria... enfim um conjunto de momentos que exigem o cruzamento de intervenções disciplinadas por um único objeto: a equidade em qualidade de vida e o bem viver ao longo de toda a vida.

A exigência de políticas pro equidade que efetivamente funcionem, possui o desafio de superar a fragmentação das políticas que hoje sofrem de um corporativismo profundo. Construir uma intenção – a equidade, e um objeto comum – a qualidade de vida, significam um avanço fundamental que permitiria construir um marco integrado de ação. Isto exige um debate que estabeleça o marco político e os valores que orientam todos os setores, o que permitiria politizar o debate sobre as políticas públicas.

Porem esta integração necessita um espaço para materializar-se, daí decorre a importância que atribuímos ao território social, o território de pertencimento das pessoas e seus coletivos, como aquele espaço base para qualquer política pela equidade, pois sobre a materialidade do território em suas relações econômicas, sociais, políticas e culturais / simbólicas é que se reproduzem as bases da iniquidade e aí que teremos que construir as bases para o seu enfrentamento. Agora reivindicar o territorial não significa despolitizar o local em sua relação estratégica com o nacional e o mundial, mas significa justamente entender como o local se insere e é determinado pela dimensão nacional / mundial e daí politizar as respostas as necessidades locais em lugar de descontextualizá-las e isolá-las.

Um sistema de informação capaz de representar a realidade dos territórios sociais em sua configuração de complexidade e construir os indicadores de metas e portanto de resultados para a população sob a égide da equidade, se transforma em uma prioridade como ferramenta de planejamento e gestão, e suporte fundamental para uma avaliação que se desenvolva em fina conexão com a realidade da população e seus avanços ou estancamentos.

Finalmente, o fato de colocar no centro da construção da política pública as necessidades a satisfazer desde a premissa de garantia dos direitos humanos por parte do Estado Republicano e assim orientar as respostas a estas necessidades, nos permite sair da ditadura da escassez de recursos para colocar em debate quanto será necessário dispor e como dispor de recursos para poder pagar a dívida social e enfrentar a evolução das necessidades em uma perspectiva de promover a equidade em qualidade de vida, como forma de materialização dos direitos e portanto de afetação das determinações da fragilidade estrutural dos indivíduos e dos seus coletivos em nossa sociedade, permitindo emergir políticas publicas capazes de transformar a rigidez da estrutura social em favor da justiça social.

Referências Bibliográficas

- Agenda Nacional de Desenvolvimento do Brasil (2010), www.cdes.gov.br.
CASTEL, Robert (2008). Inseguridade Social. Paidós, Buenos Aires.

- Comissão Brasileira de Determinantes Sociais da Saúde (2008). www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf
- Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, (2006, 2007 e 2009). Informes sobre desigualdades na Educação. Brasília. www.cdes.gov.br.
- DE NEGRI Filho, Armando. (2004) “Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas”. En: Girotti Sperandio, A.M. O Proceso de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS.
- DE NEGRI Filho, Armando. (2006) Construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2004- 2005. Investigaciones en seguridad social y salud. Secretaria Distrital de Salud, Bogotá.
- Declaración de Quito (1998) www.derechos.org/nizkor.
- DIDERICHSEN, Finn. (2003) “An Ethical and Epidemiological Framework and Targets for a New National Health Policy in Sweden” in Oliver A (Ed.) “Health Care Priority Setting”. The Nuffield Trust London.
- DIDERICHSEN, Finn.; Timothy E.; Whitehead Margaret. (2001) ”The Social Basis of Disparities in Health” in Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuia, A. “Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action. New York, Oxford University Press”.
- EVANS T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuia, A. (2001). “Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action. New York, Oxford University Press”.
- GARCIA COUTINHO, Ronaldo (2006). Patamar Mínimo para uma existência digna. Conselho Nacional do desenvolvimento Econômico e Social, Brasília.
- HORS-SERIE Le Monde (2010). Une Vie, Une Oeuvre - Edgar Morin Le Philosophe Indiscipliné.
- Ministério do Desenvolvimento Agrário do Brasil – MDA, 2010. www.comunidades.mda.gov.br
- MOLINA, Nancy y De Negri Filho, Armando (2008). Elementos filosóficos, programáticos y de gestión para la formulación del proyecto estratégico de la Secretaria de Integración Social en Documento Estratégico Institucional, Alcaldía Mayor de Bogotá.
- NAIDOO, Jennie e Wills, Jane (2000). Health Promotion – Foundations for Practice. 2nd Edition, Bailliere and Tindall. London.
- Observatório das Metrôpoles (2008). www.observatoriodasmetrosoles.ufrj.br
- POCHMAN MARCIO y outros (2005). Atlas da exclusão social, volume 5. Agenda Não liberal da inclusão social no Brasil. Cortez Editora. São Paulo.
- SANTOS MILTON (1994) Por una economía política da Cidade. Hucitec/Educ, Sao Paulo.
- SEN AMARTYA (2007) “¿Por que la Equidad en Salud?” en Primero La Gente, Amartya Sen y Bernardo Klisberg. Deusto, Barcelona.
- SOUSA SANTOS, Boaventura de (2006). A Gramática do Tempo. Cortez Editora, São Paulo.

**Desigualdad Social y Equidad en Salud:
Perspectivas Internacionales**
se terminó de imprimir en Octubre del 2010
en los talleres de Morfotec
Leandro Valle #1021, Guadalajara, Jalisco

La edición consta de 1000 ejemplares

El diseño gráfico y la diagramación se llevó a cabo en

púrpura
EDICIONES



El presente libro es resultado del trabajo conjunto que el Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano" del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México, ha desarrollado con diferentes grupos de investigación latinoamericanos que estudian el impacto de las desigualdades sociales en la salud de la población, y en particular, las inequidades sanitarias en nuestro continente.

En el mismo, académicos de Argentina, Brasil, Colombia, Chile y México abordan diferentes tópicos de interés, agrupados en cuatro ejes básicos: los aspectos metodológicos en el estudio de la equidad en salud, la relación entre género, discapacidad y desigualdad en salud, las desigualdades sociales y la inequidad en salud en países de la región y la educación, las políticas sanitarias y la equidad en salud.

Este libro aporta información, puntos de vistas y consideraciones metodológicas novedosas para el estudio de la equidad en salud en Latinoamérica; es la intención de los autores que el mismo contribuya -por una parte- a poner en evidencia las diferencias injustas, sistemáticas pero remediabiles que en materia de salud agobian a nuestro continente, y por otra, a la lucha para que estas inequidades desaparezcan.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD