

Equidad en los sistemas de salud

*Carissa F. Etienne*¹

La Región de América Latina y el Caribe (ALC) ha experimentado un notable progreso en cuanto a desarrollo económico y resultados en materia de salud, y ostenta una posición relativamente buena en el contexto del mundo en desarrollo. Lamentablemente, esta posición aparentemente privilegiada en cuanto a logros se basa en los promedios regionales, que ocultan las inquietantes y persistentes desigualdades entre países y dentro de ellos. Estas desigualdades están relacionadas estrechamente con la marginación política y el acceso escaso y desigual a los servicios de atención de salud pública, que amenazan los avances en materia de salud de los últimos decenios, y ponen en peligro el crecimiento y el desarrollo.

Las tasas de mortalidad y morbilidad difieren enormemente según los factores económicos y sociales y las fronteras geográficas, tanto entre los países de la Región como dentro de ellos, y se concentran en las poblaciones desfavorecidas, que también experimentan una aparición más temprana de las enfermedades crónicas y niveles más elevados de discapacidad. Las desigualdades en la esperanza de vida pueden observarse cuando se comparan los valores de Haití (62,2 años, en promedio) con los de Costa Rica (79,4 años). La mortalidad infantil en Guyana alcanza una tasa de 22 por cada 1 000 nacidos vivos, mientras que en Cuba es solo de 5 por cada 1 000 nacidos vivos (1). Dentro de los países, existen diferencias similares. En Bolivia, las tasas de mortalidad materna en las zonas rurales, de población predominantemente indígena, doblan las de la población residente en las zonas del valle (2). La tasa de mortalidad infantil del estado brasileño de Amapá es de 25,4 por cada 1 000 nacidos vivos, más de dos veces la tasa de Rio Grande do Sul, que es de 11,3 por cada 1 000 nacidos vivos (3).

Varios países de América Latina y el Caribe han implantado políticas y programas dirigidos hacia la cobertura sanitaria universal y el acceso equitativo a los servicios de salud, y han optado por proporcionar a sus ciudadanos los servicios de salud necesarios sin riesgo de empobrecimiento. Este nivel de compromiso subraya la necesidad de contar con datos probatorios y comprender qué políticas se han mostrado eficaces para reducir o eliminar las desigualdades en los sistemas de salud y cómo los diferentes métodos de organización y financiamiento de los sistemas de salud afectan a su desempeño.

Los estudios que componen esta sección especial incluyen un artículo metodológico cuyo objeto es evaluar la repercusión de las desigualdades en cuanto a ingresos en los resultados en materia de salud y en la utilización de los servicios de atención de salud, y evaluar los posibles determinantes con el transcurso del tiempo en seis países: Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México, y Perú. Estos estudios aportan datos probatorios importantes que permiten basar las políticas en la evolución de la repercusión de estas desigualdades de ingresos en los resultados en materia de salud y en la utilización de los servicios de salud y el acceso a ellos en los sistemas de salud de estos países.

Sin excepción, los seis países que han finalizado este estudio han implantado políticas, han elaborado programas específicamente orientados, e incluso han enmendado constituciones con objeto de ampliar la cobertura o mejorar el acceso de los ciudadanos más vulnerables a la atención de salud gratuita en el punto de servicio. Este nivel de compromiso los ha acercado a la cobertura universal. Cinco de estos seis países han alcanzado niveles de cobertura de la atención de salud

¹ Directora, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

superiores a 90%. Los métodos empleados para ampliar la cobertura y mejorar el acceso son diversos. Algunos han empleado la descentralización (Brasil, Perú), unida al seguro de salud pública financiado con fondos públicos para proporcionar cobertura a las personas con bajos ingresos (Perú), o el reconocimiento del derecho constitucional a la atención de salud universal y la extensión del Programa de Salud Familiar ya existente (Brasil). Ampliaciones, tales como la del sector privado (Colombia), un conjunto garantizado de servicios (Chile) y el Seguro Popular de Salud de México, también han contribuido a alcanzar niveles más elevados de cobertura y un mejor acceso a los servicios de salud necesarios (4).

El valor añadido de los siguientes estudios es la disponibilidad de datos probatorios para arrojar luz sobre qué procesos y políticas orientados hacia la cobertura universal de salud han llevado a una mayor equidad en cuanto a resultados en materia de salud y utilización de los servicios de atención de salud.

REFERENCIAS

1. Pan American Health Organization. Health Information and Analysis Project. Regional Core Health Data Initiative. Washington DC, 2010.
2. Pan American Health Organization. PAHO Today. Mothers and Children: Make Them Count. Disponible en: http://www.paho.org/english/dd/pin/ptoday01_apr05.htm Acceso el 12 de febrero de 2013.
3. Indicadores e Datos Básicos Brasil 2011. Ministerio da Saude. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/c01b.htm> Acceso el 25 de enero de 2013.
4. Pan American Health Organization. Health in the Americas, 2012 Edition. Washington, DC: PAHO 2012. Pp 209-11.

Nota de agradecimiento

La *Revista Panamericana de Salud Pública* desea expresar su agradecimiento a Tania Dmytraczenko y André Medici, Economistas Seniors (Salud), Banco Mundial, así como a los revisores anónimos, por su contribución en la revisión de los manuscritos que forman parte de la sección especial sobre equidad en los sistemas de salud. Agradece asimismo a Guillermo Padrón y Heitor Werneck por su colaboración durante el proceso editorial.