

Desigualdad y equidad en el acceso a los servicios de salud en Argentina

Mariana De Santis y Verónica Herrero

Contenido

- Introducción
- Antecedentes
- Principales conceptos teóricos
- Objetivos del estudio
- Modelo utilizado
- Estrategia empírica
- Resultados
- Conclusiones

Introducción

- Entre fines de los '90 y los primeros años de esta década, amplios sectores de la sociedad empeoraron sus condiciones de vida (aumento de la pobreza), y se deterioró el acceso a servicios de atención de la salud (desempleo e informalidad).
- Cambios desde proveedores de salud privados hacia el sector público.

Antecedentes

- Colina *et al* (2004)
- Bertranou (1993, 1998 y 1999)
- Trías (2004)
- Alves (2004)
- De Santis (2004)
- De Santis y Herrero (2006)

Desigualdad e inequidad

- Gravelle et al (2005) distinguen:
 - **Desigualdad**: Cuando individuos con diferentes características obtienen distintas cantidad en el consumo o utilización de servicios de salud.
 - **Inequidad**: Cuando los individuos reciben cantidad diferentes a las que necesitan.

Desigualdad e inequidad

- En cuanto a la inequidad, deben distinguirse:
 - **Variables de necesidad**: Factores o características que podrían afectar el uso de servicios de salud. Ej.: estar enfermo, requerir consultas preventivas –edad, embarazo-, etc.
 - **Variables de no necesidad**: Factores que no deberían afectar la cantidad de servicios consumidos. Ej.: ingreso personal, facilidad de acceso a un centro de salud, poseer cobertura de salud, entre otras.

Inequidad horizontal

- Cuando el consumo está determinado por variables de “no necesidad”, y esto determina que **individuos con el mismo nivel de variables de “necesidad” usan cantidades diferentes del servicio.**

Equidad vertical

- Cuando individuos con **diferentes niveles de variables de "necesidad"** reciben apropiadamente **diferentes niveles de servicios** de atención de salud.

Objetivos del estudio

- Medir la desigualdad en el acceso a servicios médicos en Argentina en 2001, a través de un indicador.
- Separar el impacto de variables de necesidad y no necesidad en el indicador de desigualdad.
- Obtener una medida de desigualdad depurada de los aspectos no modificables por políticas.

Modelo utilizado

- A partir del desarrollo de Gravelle (2001)

$$h = \beta_0 + \beta_y y + \beta_z z + \beta_x x + \varepsilon$$

Modelo utilizado

- El Índice de Concentración de la salud respecto del ingreso [Wagstaff, Paci y van Doorslaer (1991)], se utiliza para medir la desigualdad en salud.

$$C_{hy} = \frac{2Cov(h, r)}{\mu_h}$$

Modelo utilizado

- El índice puede ser descompuesto de la siguiente manera

$$C_{hy} = \frac{\beta_y \mu_y}{\mu_h} C_{yy} + \frac{\beta_z \mu_z}{\mu_h} C_{zy} + \frac{\beta_x \mu_x}{\mu_h} C_{xy}$$

Pueden obtenerse curvas de concentración similares a las conocidas para estudiar la concentración del ingreso (Curva de concentración en el acceso a servicios de salud)

Modelo utilizado

- El índice de concentración, pese a su difundida utilización, presenta ciertas limitaciones:
 - Si las variables z y x están correlacionadas con el ingreso, los índices de concentración de estas variables contra el ingreso (C_{zy} y C_{xy}) no serán cero, y reflejarán no sólo la desigualdad atribuida al nivel de ingreso, sino también a la correspondiente a las variables x y z .
- Gravelle (2001) propone despejar el efecto de las variables que no pueden ser alteradas a través de políticas. Este procedimiento se denomina "estandarización".

Modelo utilizado

- A través de un procedimiento (presentado en detalle en el trabajo), se obtiene el índice de concentración estandarizado (a través del método directo)

$$I_{hy}^D = \hat{C}_{hy} - \frac{\bar{h}^b}{\bar{h}} \hat{C}_{h^b y}$$

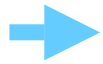
Estrategia empírica

- Los datos provienen de la Encuesta de Condiciones de Vida (Siempre, 2001).
- La población analizada corresponde a los adultos (mayores de 18 años). Se analizaron sub-poblaciones:
 - Hombres
 - Mujeres
 - Mujeres en edad fértil
- Se estudiaron como variables de acceso a servicios de salud: consultas al médico y consultas al dentista.
- Se detallan resultados sólo para población adulta total, en relación con las consultas al médico.

Variables independientes

- Haber sufrido un malestar
- Nivel educativo (individual y del jefe del hogar)
- Sexo
- Edad
- Cobertura médica
- Ser pobre y residir cerca de un centro de salud
- Ingreso familiar
- Hacinamiento crítico
- Región del país donde reside

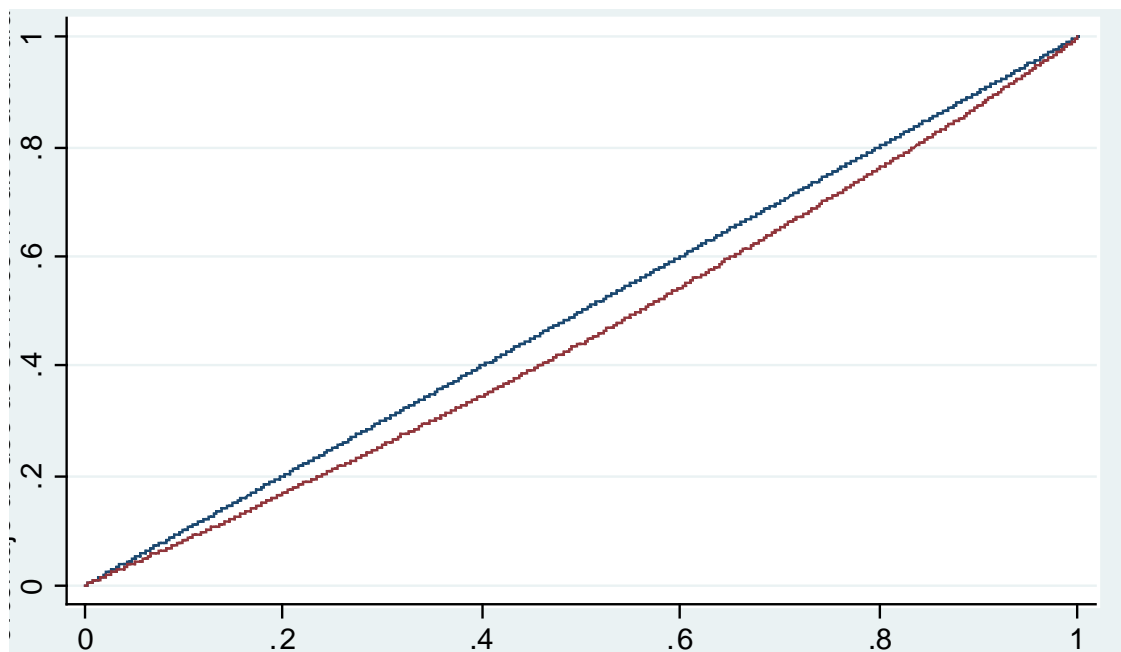
Resultados



En todos los casos hay concentración a favor de quienes tienen más ingresos, aunque es menor entre las mujeres (más aún si se consideran sólo aquellas en edad fértil), y menor en el caso de consultas al médico que al dentista.



Resultados



REF.:

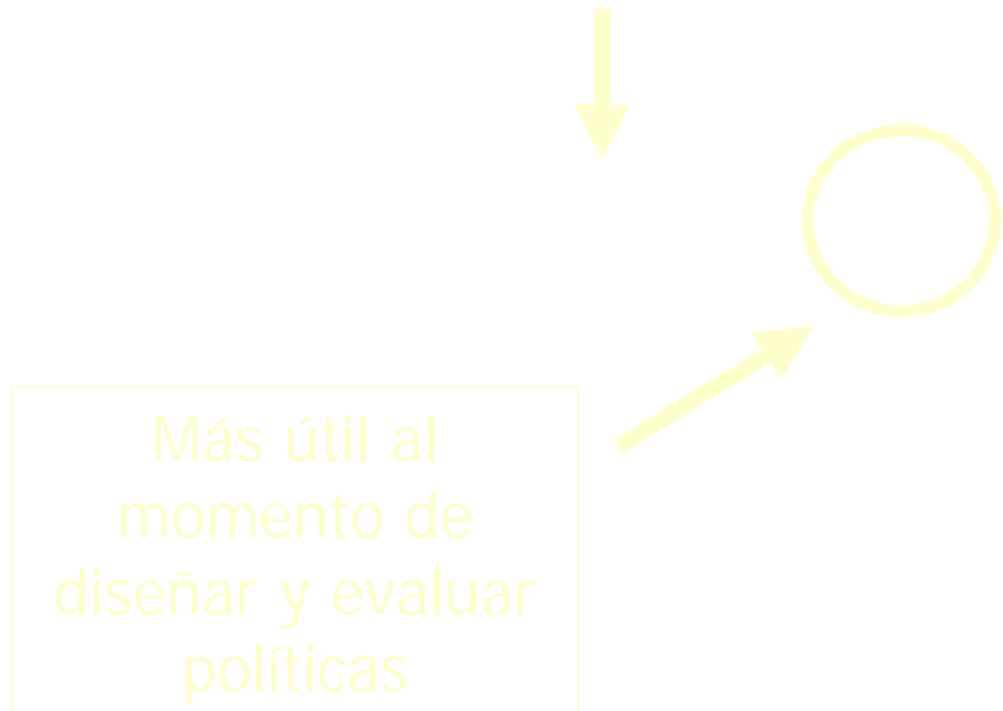
- Porcentaje de población acumulada (ordenada según el ingreso)
- Porcentaje de utilización de servicios de salud acumulado

Resultados

- Edad (35.5%)
- Ingreso per capita familiar (32.6%)
- Poseer cobertura de salud (19.9%)
- Haber sentido un malestar (9.3%)

Junto con otras de "no necesidad" determinan una **inequidad horizontal** de 0.044 (55.2% de la concentración en el uso)

Resultados



Conclusiones

- Los resultados sugieren la existencia de desigualdad en el acceso a consultas al médico, en Argentina en 2001, en los diferentes grupos poblacionales considerados.
- Los índices de concentración obtenidos fueron relativamente bajos, pero en todos los casos a favor de los individuos más aventajados.

Conclusiones

- La desigualdad observada puede atribuirse principalmente a la edad, al ingreso y a la posesión de cobertura médica. Estos últimos factores revelan la existencia de inequidad horizontal.
- Cuando se refinó la medida de desigualdad del efecto de factores no evitables (estandarización), la desigualdad a favor de los grupos de mayores ingresos persiste, aunque en menor medida.

Desigualdad y equidad en el acceso a los servicios de salud en Argentina

Mariana De Santis y Verónica Herrero