

Desiguales avances en las políticas de equidad

La Dra. Beatriz González López Valcárcel –Ph. D. en Economía, consultora del Ministerio de Salud de España y última presidenta de la AES de ese país– habla sobre las diferencias en materia de equidad, las dificultades para medirla y la necesidad de encontrar soluciones locales contra las desigualdades sociales.

¿Sirven para todos las innovaciones tecnológicas?

–¿Cuáles son actualmente las mejores herramientas para medir la equidad?

–Yo diferencio entre herramientas para diagnosticar el grado de inequidad que hay en una sociedad o sistema de salud de las que hay para medir el efecto de las políticas sobre equidad. Diferencio desde herramientas muy sencillitas, muy baratas y que apenas requieren base informativa más allá de los indicadores habituales –por ejemplo algo tan simple como comparar el ratio del quintil que mejor está con el del peor en una sociedad– hasta todo lo que es la medición de la equidad en el grupo de Kuichi. Este es un proyecto europeo que intenta medir y comparar la equidad horizontal entre personas en toda Europa, que se extendió luego a todos los países desarrollados de la OCDE. Permite medir, por ejemplo, la equidad

en el acceso a la atención sanitaria entre ricos y pobres. Es muy fácil medir las diferencias de utilización, pero cuando tienen que estar estandarizadas por necesidad es un poco más complicado metodológicamente. Este grupo lo que hace es medir el grado de inequidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud pero estandarizada por necesidad con base en diferencias de ingresos. Es una herramienta extrapolable a otros ámbitos.

–¿Qué factores conspiran contra la medición de la equidad?

–Las herramientas de medición de la equidad necesitan una base informativa muy rica, y por tanto muy costosa. Se mide con grandes encuestas generales a la población, con cuestionarios muy costosos. En Europa hay un panel que sigue longitudinalmente a las mismas familias en cada país por años. Eso es mucho dinero y requiere métodos econométricos sofisticados, que tampoco son tan fáciles de implementar. Otro inconveniente son los sesgos. Por ejemplo, la forma de

medir la salud en las encuestas es muy rudimentaria. Se mide a través de auto percepción de la salud en una encuesta ordinal: “¿Usted cómo se encuentra?: muy mal, mal, regular, bien, muy bien”. Esto, si bien ha demostrado que pronostica la evolución de la salud en el futuro, no es lo mismo que tener una medida médica. Es completamente subjetivo. Y de hecho hay diferencias sistemáticas en grupos de población en los cuales, estando igual de salud objetiva, unos se puntúan muy bien y otros regular. Ese es un inconveniente. Otro sesgo en la metodología es, por ejemplo, las personas que dejan de contestar la encuesta después del primer año, desaparecen, se cansan o se mudan. Si esas personas que dejan de contestar fueran una muestra representativa del colectivo no pasaría nada, pero qué pasa si son las más enfermas, o las más necesitadas, o tienen alguna característica especial. Los datos están sesgados. Otro inconveniente es que un proyecto se base demasiado en los ingresos como medida: equidad e



inequidad en relación con los ingresos económicos. Y las inequidades tienen fuentes muchísimo más allá de los meros ingresos: el nivel educativo, la clase social, la ocupación, el género, la geografía. Hay muchos más elementos que sólo los ingresos. Con todo, hay un avance metodológico muy importante que se puede exportar y extrapolar a otros contextos en los que son necesarios.

–Hay experiencias claras del impacto de las políticas sobre la equidad...

–Muchísimas. Fuera del sector salud, todas las políticas contra la pobreza, la exclusión social, las políticas de una renta mínima; son políticas con efectos inmediatos, visibles. Y dentro del sector salud, las políticas que mejoran el acceso son primordiales. El Dr. Edward Green presentó en el congreso AES-ABRES cosas muy interesantes en ese sentido como la iniciativa que han tomado ya cinco países del Caribe, y probablemente tomará el resto, de garantizar cobertura universal de tratamiento de los pa-

cientes que tienen HIV. Es impresionante pensar que el 20% por ciento de las personas adultas en el Caribe se mueren de esa enfermedad, algo absolutamente impensable en otros contextos como el europeo. Es inconcebible pensar que en esa región sólo el 10% de las personas que necesitan tratamiento tienen acceso a él. Una política de cobertura universal de atención médica a estos pacientes es necesaria y equitativa. Hoy en día el HIV en Europa y en países desarrollados se ha convertido en una enfermedad crónica más, como una cardiopatía, una hipertensión, y se vive toda la vida, muchos años, con la enfermedad bajo control. Ya no es esa cosa de los primeros años de enfermedad mortal. Sin embargo en el Caribe sigue siendo una enfermedad mortal. Y en África más todavía, mata uno de cuatro adultos. Un disparate.

–¿Cómo ve a Europa en materia de equidad?

–Por poner un ejemplo: uno tiene que alimentarse y para ello puede tomar un trozo de carne hervida o

Todas las políticas contra la pobreza y la exclusión social, las de una renta mínima, tienen efectos inmediatos, visibles, sobre la equidad. En la salud, las que mejoran el acceso son primordiales.

ir a un restaurante gourmet de alta cocina. En la Unión Europea estamos en la alta cocina gourmet. Nos quejamos porque hay problemas de equidad, pero esos problemas son de matiz. Sí está demostrado que las consultas de médicos de familia, de médicos generales, tienen acceso pro pobre -los pobres las utilizan más que los ricos, incluso después de ajustar por necesidad-; mientras que las consultas a especialistas son más pro rico: a igual necesidad son más utilizadas por los ricos que por los pobres. Probablemente la educación está jugando allí, hay barreras de acceso no monetarias. Por ejemplo, saber navegar por el sistema de salud, porque tiene mucho de burocrático. Los ricos quizás navegan mejor en esos mares. Pero es cosa de matiz, no es un problema grave. Unos países están mejor que otros, pero hablamos de pequeñas diferencias. La cobertura de la atención sanitaria es universal, está garantizada y, en general, es gratuita. No hay grandes problemas de inequidad en el sector salud. Las grandes inequidades se producen fuera del sector salud, en el tema educativo, en el tema de pobreza. Hay pobres, pero tienen cobertura de salud. Hay un escudo de protección social del Estado de Bienestar que ayuda mucho y tiene efectos secundarios.

–¿Qué análisis hace de las políticas de equidad en América latina?

–En el Caribe el 10% de las muertes se producen por violencia y más del 20% son jóvenes que mueren asesinados. Es una de las primeras causas de mortalidad y más en edades tempranas donde existe mucha esperanza de vida. La solución no está en el sistema sanitario. No se puede poner una Unidad de Cuidados Intensivos móvil en las playas por si a al-

guien le pegan un navajazo. La solución es claramente empezar por resolver las desigualdades sociales que se producen. Si se elimina la marginación, la pobreza extrema, la desesperación, seguramente se ataca a las causas de la violencia. Este es un problema en Brasil también. Entonces, las políticas pro equidad, en el fondo, son políticas que mejoran la salud a través de esta vía. Lo mismo ocurre con las muertes por accidentes de tránsito –la solución no está en el sector salud–; y con una gran parte de la mortalidad que depende de que cada uno va forjando su propia muerte poco a poco a través de estilos de vida poco saludables que aumentan los factores de riesgo. Gran parte de las políticas no están en el sector salud, están fuera, son de todo un gobierno. Por ejemplo, la ley antitabaco afecta también al ministerio de Economía. Si se prohíbe fumar se recaudan menos impuestos y bajan las finanzas públicas. Ahí se produce un cierto conflicto generalmente entre las áreas de Salud y Economía. Para Economía el tabaco es bueno, en el sentido de que contribuye a recaudar y para Salud es una causa de muerte. Entonces ahí hay transacciones que se tienen que hacer en un gobierno para que las políticas de salud acaben venciendo a las políticas de negocios. En América Latina hay grandes desigualdades sociales que también se producen en los servicios de salud, pero no sólo en los servicios de salud. El sector salud tiene una capacidad importante para mejorar la equidad, pero seguramente las grandes políticas pro equidad se producen fuera de esta área. Políticas contra la exclusión social, contra la marginalidad, contra la pobreza extrema...



Por desgracia, gran parte de los avances tecnológicos tienden a aumentar las desigualdades, a ir en contra de la equidad, y eso es grave.

–¿Cree que hay avances en ese sentido?

–La verdad es que no soy quien para juzgarlo, pero creo que sí, hay algunos avances. El problema es que sin dinero no es muy fácil mejorar las cosas. Las políticas pro equidad, que deben atender a millones de pobres son muy costosas y hay que aprovechar momentos como éste en que la economía no va mal para darle empujones. Lo primero es ponerse de acuerdo en que la equidad es un problema grave, uno de los principales. Creo que ese es el momento en que estamos. Aumentar la cobertura de la sanidad y su universalización es una de las grandes soluciones del futuro. La cuestión es tener un rumbo y dirigirse hacia él. Eso es lo importante. No desviarse del rumbo. Si uno va un poquito más despacio en una época, bueno; si no hay recursos, bueno. Pero no desviarse, eso sería lo peor. Yo creo que el rumbo es hacia la cobertura universal.

–¿En materia de innovaciones tecnológicas qué es lo más novedoso?

–Yo planteo que las innovaciones tecnológicas tienen un ying y un yang. Es decir, por un lado suponen un potencial enorme de mejo-

ras de salud de la población si son aprovechadas, pero por otro lado son también una presión alcista importante del gasto sanitario para los gobiernos. Y además, desgraciadamente, gran parte de los avances tecnológicos tienden a aumentar las desigualdades, tienden a ir contra la equidad y eso también es grave. Los gobiernos pueden aprovechar lo que tiene de positivo el avance tecnológico en sanidad sin sufrir demasiado los costos de la esclavitud por las nuevas tecnologías, y lo que supone de presión sobre el gasto y sobre la inequidad. Por otra parte, el avance tecnológico se produce fuera de nuestros países, fundamentalmente en los Estados Unidos. No es casualidad que este año todos los premios Nobel de ciencias fueron para estadounidenses. Hay una concentración del avance tecnológico en sanidad fuertísima en ese país y un poquito en Alemania, en Francia. Esto significa que el avance tecnológico se produce en la dirección en que resuelve los problemas de salud de los Estados Unidos, que no son precisamente los que tenemos en el resto del mundo, y desde luego no en Latinoamérica. De alguna manera los gobiernos de Latinoamérica deberían intentar aprovechar lo que tenga de bueno el avance tecnológico producido afuera, pero también deberían intentar buscar sus propias soluciones tecnológicas a los problemas locales. Soluciones tecnológicas que a veces son organizativas. La tecnología no es sólo máquinas. También es cómo organizar los recursos para que funcionen mejor, cómo manejar los flujos de información, cómo organizar el sistema de salud. Eso también es tecnología. No sirve copiar lo que hay fuera, hay que pensar en los problemas de cada uno, las soluciones son locales.