

Pobreza e indicadores de salud

Federico Tobar
Buenos Aires, 2001

Introducción

Necesidades sociales y necesidades de salud no son sinónimos. El concepto de necesidades de salud corresponde a una noción instrumental que indica que determinado individuo precisa recibir (consumir) cuidados para mejorar su estado de salud. No existe consenso en la literatura respecto a la definición, sin embargo una taxonomía muy utilizada consiste en la distinción entre tres tipos de necesidad:

- a) las necesidades sentidas (identificadas como tal por lo propios individuos),
- b) las necesidades expresas (aquellas registradas como demanda poblacional desde los servicios de salud),
- c) las necesidades normativas (definidas e identificadas por los profesionales de salud).

El presente documento analiza la relación entre las necesidades de salud de la población y los indicadores de pobreza. Se consideran los indicadores tradicionales de Necesidades Básicas Insatisfechas, Línea de Pobreza, indigencia y pauperizados. El principal propósito de ese análisis consiste en detectar sus fortalezas y debilidades para la formulación de políticas de salud y en particular para la focalización de programas de cobertura médica desde los municipios y gobiernos locales.

Indicadores de pobreza y necesidades de salud

¿En qué medida los indicadores de pobreza tradicionales dan cuenta de las necesidades de salud? Se puede analizar esta cuestión a través de las tres modalidades de necesidad de salud:

- a) El indicador de NBI mide condiciones básicas que están directamente relacionadas con la calidad de vida. Aunque se centra en condiciones estructurales y con un fuerte sesgo hacia la infraestructura, connota también aspectos culturales. Los pobres estructurales tienen una menor percepción de sus riesgos sanitarios. En otros términos sus necesidades sentidas son inferiores a las de los nuevos pobres y no pobres.
- b) Desde hace muchos años la sociología de la salud ha demostrado que existen estrategias diferenciales de demanda para cada estrato social:

"El pobre hace un alto uso de servicios de emergencia, en segundo lugar de servicios curativos, y, esporádicamente, de los servicios preventivos. En contraste, los pacientes de clase media son típicos usuarios de servicios curativos, secundariamente de servicios preventivos y, excepcionalmente, usuarios de servicios de emergencia"¹

Diversos estudios² demuestran que existe un patrón diferenciado de demandas por parte de los nuevos pobres en

¹ KOSSA, J & ZOLA, I (1976). *Poverty and Health, a Sociological Analysis*. Boston. Harvard University Press.

² Ver por ejemplo: GERSHANICK, A ("Salud de los niños y empobrecimiento: su atención". En: MINUJIN, A et.al, *Cuesta abajo*. Buenos Aires. Unicef-Losada. 1992.) KESSLER, G & MINUJIN, A. 1995 (*La nueva pobreza en Argentina*. Buenos Aires. Planeta) y 1993 (*Del progreso al abandono*. Buenos Aires. Unicef)

Argentina. Aunque no hay patologías³ exclusivas de este segmento los mismos registran comportamientos diferenciales ante los servicios. Prefieren recorrer distancias mayores para acudir a servicios de mayor complejidad a pesar de los costos en tiempo y dinero que esto involucra⁴. Pero a su vez, tratarán de mantenerse en zonas con mayor accesibilidad a servicios sanitarios y explotarán aptitudes y conocimientos adquiridos en relación con la higiene y cuidado de la salud⁵.

c) ¿Se cuenta con criterios técnicos suficientes como para determinar cuales son las necesidades de salud de cada grupo dentro de la taxonomía tradicional de la pobreza?. La respuesta es no. Existe suficiente evidencia empírica respecto a que la necesidad de servicios (medida de diferentes formas) es inversamente proporcional al nivel de ingresos y que la distribución y accesibilidad tiende, en todos los países, a ser directamente proporcional al nivel de ingresos. Pero no se cuenta aún con pautas, normas o procedimientos que permitan distinguir las necesidades específicas de los pobres estructurales en relación a los indigentes o pauperizados. De esta manera, el conocimiento acumulado no permite pensar en un diseño consistente de modelos prestacionales diferenciados para cada modali-

³ Estudios recientes sobre pobreza y salud han demostrado que "aún no son individualizables cuadros clínicos que expresen la pauperización" (GERSHANICK, 1992. *Op. Cit.* página 155)

⁴ Este aspecto ha sido registrado como una tendencia mundial en un estudio comparativo sobre reformas de servicios de salud y financiación en países en desarrollo realizado por Joseph KUTZIN (1995 - *Experiences With Organizational and Financing Reform of the Health Sector*. Ginebra. OMS. Division of Strengthening of Health Services. Paper n° 8. Enero).

⁵ MURMIS & FELDMAN (1992 - "La heterogeneidad social de las pobreza", en MINUJIN. *Op Cit.* Página 62)

dad. Antes bien, lo recomendable es preservar la idea de un modelo prestacional único que busque avanzar progresivamente y desde abajo en la incorporación de los diferentes grupos poblaciones.

Por otro lado, cuando se plantea estimar la demanda de servicios de salud de un determinado grupo, el análisis poblacional no solo debe tomar en cuenta aspectos sociales sino también demográficos. Los padrones de necesidad varían según la estructura demográfica.

Indicadores de accesibilidad a los servicios de salud

Por accesibilidad en salud se entienden dos aspectos básicos. Por un lado el contar con cobertura de sistemas de protección o aseguramiento (obras sociales o prepagas). Por otro, el grado de dificultad con que se enfrenta un usuario que necesita proveerse de un servicio de salud. Es decir las barreras en términos de tiempo, espacio y dinero que condicionan la realización de una efectiva atención médica.

Cabe observar que aunque el NBI es un indicador directo de pobreza constituye un indicador indirecto de accesibilidad sanitaria. Si el criterio para la focalización de las acciones de un programa de cobertura médica radica en lograr igualdad de acceso, utilizar el NBI como criterio de reclutamiento no resulta suficiente. Esto se debe a que se incluye dentro de la categoría NBI a los hogares (y sus miembros) que cumplan con uno solo o más de los requisitos anteriormente mencionados y todos ellos guardan muy baja o ninguna relación con el acceso a la salud. En otros términos, existe la probabilidad de que haya hogares en condiciones de NBI pero que cuenten con cobertura de obras sociales o prepagas ni se enfrenten con grandes barreras para concretar su asistencia médica.

Por el contrario, la LP constituye un indicador directo aunque no exclusivo de accesibilidad sanitaria. Esto se debe a que uno

de sus componentes, la CNA, incluye bienes y servicios de salud. Como se ha mencionado, en la literatura especializada existen múltiples estudios sobre la relación entre el nivel de ingresos (que en definitiva es lo que mide el método de LP) y el acceso a los servicios de salud. La conclusión es categórica, en todos los casos se verifica que a menor nivel de ingresos menor nivel de acceso.

En conclusión, cuando se atiende al criterio de equidad centrado en la accesibilidad se verifica que el método de LP resulta mucho más adecuado que el de NBI. ***Se podrían utilizar criterios complementarios tales como cruzar NBI con condición de cobertura***⁶. Ello presenta la dificultad de contar *a priori* con un registro o padrón exhaustivo de beneficiarios de obras sociales y prepagas. Además de contarse con este registro carecería de sentido utilizar el de NBI ya que la información sobre condición de afiliación resultaría suficiente por sí sola para focalizar un programa de cobertura médica en función de la equidad en el acceso. Sin embargo, puede ser conveniente no descartar esta alternativa puesto que es posible que en algunas localidades ambos de utilización indistinta de alguno de estos criterios involucre grupos de población objetivo muy grandes, o superiores a la capacidad local de sustentar su asistencia médica. Por este motivo, la consideración del subconjunto configurado por la intersección de los dos criterios puede resultar conveniente, al menos en una fase inicial.

⁶ En la literatura argentina no se registra ningún trabajo que practique un cruce de ambas variables (condición de afiliación a obra social o prepaga y NBI). Aunque no es conclusiva, esta afirmación se basa en un relevamiento de los diez mayores centros de documentación del país en materia de salud pública y en el análisis de más de cien trabajos de investigación. Ver: TOBAR (1997- *Investigaciones en Economía y gestión en salud. Bibliografía comentada de la producción Argentina*. Buenos Aires. Cuadernos Isalud n°1, 160 páginas.

Por último, independientemente de los criterios de pobreza o vulnerabilidad utilizados para focalizar las acciones, cabe resaltar que aún con un mismo criterio de focalización, se registrarán demandas diferenciales en cada municipio de acuerdo a las estructuras demográficas de la población. Aspectos tales como el peso proporcional de la tercera edad y de la infancia, la composición según sexo y la edad promedio de las madres son más determinantes del tipo de demanda a ser satisfecha que la proporción de población NBI, bajo LP o pauperizada.

Indicadores de resultados de salud

La equidad en los resultados de salud es la forma más radical de equidad y la más difícil de alcanzar. Supone que independientemente de condiciones sociales y económicas, de donde nacieron, viven o trabajan; todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultados de salud medidos por indicadores clásicos como esperanza de vida y tasas de morbilidad⁷. Si se prioriza focalizar las acciones de un programa de cobertura médica con el objetivo de alcanzar la equidad en los resultados probablemente lo más conveniente sería iniciar las acciones sobre aquellos que cumplan simultáneamente⁸ con las condiciones de indigentes y NBI ya que sin duda se trata de aquellos segmentos de la población que tienen sus niveles de salud más deteriorados o amenazados.

Cuando se busca la equidad en los resultados sanitarios del programa se está incorporando un modelo de evaluación y monitoreo centrado en la meta de conseguir que los niveles de morbilidad de la población objetivo se aproximen a los niveles promedio del municipio. Es importante distinguir esta situación ya que son muchos los

⁷ GONZÁLEZ GARCÍA & TOBAR. *Más Salud por el mismo dinero*. Buenos Aires. Ediciones Isalud-Nuevo Hcer. 1997. Página 36.

⁸ Esta alternativa se refiere al subconjunto configurado por la intersección de ambos grupos poblacionales (NBI \cap Indigentes)

programas que se plantean este tipo de metas pero no los alcanzan debido a que los resultados de salud de un determinado grupo poblacional son determinados por un conjunto de factores sociales, ambientales, genéticos, y culturales. El sistema de cobertura médica tiene un peso residual entre los determinantes de la situación de salud⁹ de modo que exigirle metas de este tipo al programa en cuestión puede resultar exagerado.

Focalización en base a criterios sanitarios

Existen otras alternativa para focalización de las acciones de un programa de cobertura médica en sus fases iniciales. Si el programa en cuestión se trata de un seguro público de salud debe priorizar como criterio de inclusión a aquellos que carezcan de cobertura. La utilización de este criterio constituiría sin duda una situación óptima. Sin embargo, el problema radica en identificar quienes serían los beneficiarios legítimos. Cuando se interroga a las personas acerca de su condición de afiliación se obtiene un notable subregistro. Es decir, ante la posibilidad de contar con un beneficio adicional financiado por fondos públicos las personas no declaran su cobertura. Esta situación es idéntica a la que se constata en los hospitales inscriptas en el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión¹⁰.

Se dispone en la actualidad de un Padrón Nacional de Beneficiarios de Obras Sociales elaborado por la Administración Nacional de la Seguridad Social -ANSES, y el mismo es accesible incluso en versión mag-

⁹ Ver: DEVER, Alan. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Maryland. OPS.OMS. 1991.

¹⁰ Según un estudio del Hospital de Autogestión, en 1995 alrededor del 5% del gasto hospitalario de todo el país fue sustentado con recursos recaudados por prestaciones brindadas a personas que declararon poseer Obra Social. Ver. Tobar, Federico. "Financiación Hospitalaria", documento elaborado para el posgrado en Economía de la Salud del Instituto Torcuato Di Tella.. 1997

nética. Sin embargo se restringe solo a las Obras Sociales bajo la esfera de la ANSSAL, es decir no incluye a los beneficiarios de las obra sociales provinciales, de regímenes especiales ni a de las empresas de medicina prepaga. Es muy poco probable que en el corto plazo se pueda avanzar hacia un padrón único que incluya todos los esquemas de aseguramiento y protección en salud. Por ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires, la utilización conjunta de los padrones de la ANSSAL y del IOMA permitiría detectar hasta un 80% de las personas que poseen cobertura social.

En realidad este problema de detección de los beneficiarios legítimos no es exclusivo del criterio de centrado en la condición de afiliación ya que cuando se interroga a las personas sobre su nivel de ingresos también se registra una fuerte propensión a la subdeclaración. No obstante, es existen más criterios adicionales para verificar las condiciones asociadas a la pobreza que la no afiliación a obras sociales y prepagas.

Otro criterio de base sanitaria podría consistir en incluir dentro del Programa a portadores de determinadas patologías prevalentes que involucren altas externalidades, tales como infectocontagiosas. En este caso la detección de los beneficiarios legítimos no resultaría difícil ya que bastaría con un examen médico de cada aspirante. Sin embargo, esta estrategia descaracterizaría los objetivos de este hipotético programa ya que lo constituiría prácticamente en un mecanismo de reaseguro y, en muchos casos, en un subsidio indirecto a las obras sociales y prepagas al drenar una parte de la demanda que les correspondería absorber.

Criterios de Focalización

El concepto de focalización surge como alternativa a las políticas sociales de cobertura universal. Se han distinguido dos modelos de focalización, la grupal y la indivi-

dual¹¹. Desde el punto de vista de la selección de beneficiario, la cobertura individual (o mínima) corresponde a aquellas políticas donde las características propias del individuo determinan su selección como beneficiario. Por el contrario, tanto las coberturas grupales como las nacionales (o máxima -equivalente a la universalidad) corresponden a aquellas políticas donde las características del entorno de un individuo determinan que este sea o no seleccionado como beneficiario.

Aunque la focalización en base a criterios individuales se aproxima más al modelo de inclusión del mercado (donde el beneficiario es aquel que puede pagar por los beneficios). En los últimos años se ha comenzado a expandir los seguros sociales de salud basados en tales criterios. Un claro ejemplo lo constituye el seguro nacional de salud para menores de 15 años que actualmente se está tramitando ante el Congreso de los Estados Unidos de América.

En la Argentina el Programa Pueblo de la Provincia de Buenos Aires ha optado en su enunciación por un modelo de focalización grupal centrado en las condiciones de pobreza o carencia para extenderse progresivamente hacia la universalización. En este sentido, el programa contempla como posibilidades que la focalización de la fase inicial se centre en indicadores como Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y/o población pauperizada (definida como aquella que no tiene cobertura de obra social, y que no puede afiliarse a empresas de medicina prepaga por carecer de capacidad de pago)¹².

En conclusión, la focalización según edad podría constituir un mecanismo complementario para avanzar gradualmente hacia la universalidad de un Programa de cobertura

¹¹ Ver: MENDICOA, 1997. *La Planificación de las Políticas Sociales*. Buenos Aires. Espacio editorial, páginas 35-6.

¹² Como se puede constatar en las definiciones vertidas más adelante, el concepto de población pauperizada utilizado en el documento que enuncia el Programa Pueblo no se corresponde con el uso corriente del término.

médica. Es decir, una vez identificado un criterio grupal para focalizar las acciones en la fase inicial se puede avanzar paulatinamente hacia las fases subsiguientes extendiendo la cobertura primero a los niños, luego a los ancianos, etc...

En las siguientes secciones se analizarán las fortalezas y debilidades de los diferentes métodos de medición de la pobreza como criterios de focalización de un hipotético-programa que busca garantizar el acceso de la población a los cuidados médicos.. Posteriormente se abordará a manera exploratoria la utilización de otros criterios complementarios o alternativos de focalización.

Focalización a través de métodos de medición de la pobreza

En Argentina, como en otros países de América Latina, se utilizan criterios de focalización de los programas sociales basados en dos métodos de medición de la pobreza: el directo y el indirecto.

Necesidades Básicas Insatisfechas

El directo, más conocido como Método de las Necesidades Básicas Insatisfechas califica a una persona u hogar como pobre observando directamente los grados de satisfacción de ciertas necesidades consideradas esenciales. La definición de estas necesidades se realiza a través de indicadores de carencias en el habitat, en el nivel de escolaridad, en las condiciones de saneamiento y en la capacidad económica del hogar.

En Argentina un hogar se identifica como pobre NBI cuando presente carencias en alguno de los siguientes indicadores:

- a) Vivienda deficitaria
- b) Hacinamiento (más de tres personas por cuarto)
- c) Condiciones sanitarias (hogares que no tengan ningún tipo de retrete)
- d) Asistencia escolar (hogares que tengan algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela)
- e) Capacidad de subsistencia (hogares que tengan 4 o más personas por miembro)

ocupado y donde el jefe de hogar nunca asistió a la escuela o lo hizo sólo hasta 2º grado del primario)

El método NBI define a la condición de pobreza para una persona o un hogar cuando este cuenta con al menos una de las carencias mencionadas. Como los hogares que tienen este tipo de carencias no pueden cambiar su situación a corto plazo, la pobreza por NBI también se denomina pobreza estructural.

Línea de Pobreza

El método de "línea de pobreza" (LP) es un método indirecto de determinación de la pobreza, dado que a partir de un ingreso que permite acceder a un consumo mínimo de bienes alimentarios y no alimentarios, se deduce la satisfacción potencial de las necesidades básicas. Esta metodología supone un nivel mínimo de consumo que, de no ser alcanzado, califica a una persona o un hogar como pobre. El método de LP consiste en comparar los ingresos de una persona u hogar con un nivel establecido de acuerdo a una canasta básica de consumo que tiene dos componentes: una canasta básica alimentaria (CBA) y otra de bienes y servicios no alimentarios (CNA).

La línea de pobreza equivale a un nivel de ingresos mínimo a partir del cual un hogar es capaz de adquirir los bienes y servicios que integran la CBA y la CNA..

Indigencia

La CBA es una lista de alimentos establecida de forma normativa de acuerdo a los requerimientos calóricos y proteicos fijados por organismos internacionales. Cuando se valoriza la CBA se establece un nivel mínimo de ingresos denominado línea de indigencia. En otros términos, se denomina indigentes a los hogares que perciben ingresos insuficientes como para adquirir los bienes incluidos en la canasta básica alimentaria.

Esto significa un nivel de vulnerabilidad mayor que el establecido por la LP. Todos los indigentes son LP aunque no todos los LP son indigentes.

Pauperización

Los "nuevos pobres" o "pauperizados" son comprendidos por aquellos hogares o personas cuyo patrimonio y/o nivel de ingresos ha registrado un proceso de retracción y hoy se sitúan por debajo de la línea de pobreza pero no registran necesidades básicas insatisfechas. El incremento de este grupo poblacional constituye el mayor problema social registrado en la Argentina de los noventa.

Evaluación de factibilidad de los criterios de focalización

El modelo de focalización más adecuado para un programa que busca garantizar el acceso de la población a los servicios de salud será aquel que mejor respete los objetivos y valores del Programa. En especial el principio de equidad. En este caso la equidad perseguida se puede entender en tres dimensiones¹³: a) tratamiento igual para necesidades iguales, b) igualdad de acceso a los servicios, c) igualdad de resultados de salud.

- a) Los criterios de focalización en función de las necesidades.
- b) Los criterios de focalización en función de la accesibilidad.
- c) Los criterios de focalización en función de los resultados de salud.

Indicadores de necesidades de salud

Necesidades sociales y necesidades de salud no son sinónimos. El concepto de necesidades de salud corresponde a una noción instrumental que indica que determinado individuo precisa recibir (consumir) cuidados para mejorar su estado de salud. No existe consenso en la literatura respecto a la definición, sin embargo una taxonomía muy utilizada consiste en la distinción entre tres tipos de necesidad: a) las necesidades sentidas (identificadas como tal por lo pro-

¹³ Esta clasificación es planteada por PORTO, S (1995 -"Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde". En: PIOLA &VIANNA. *Economía da Saúde: Conceito e contribuição para a gestão em saúde*. Brasília. IPEA. Página 131)

prios individuos), b) las necesidades expresas (aquellas registradas como demanda poblacional desde los servicios de salud), d) las necesidades normativas (definidas e identificadas por los profesionales de salud).

Conclusiones

En conclusión, en función de las necesidades de salud la población si se focalizan las acciones sobre:

- a) La **población NBI**: La demanda espontánea por servicios será muy baja ya que aunque se pueda hipotetizar que en la actualidad existe una demanda reprimida, estos sectores de la población tiene una cultura que induce a la baja utilización de servicios y aun bajo riesgo o abuso moral¹⁴. A su vez, la gestión local contará con altas posibilidades de control de la demanda puesto que la tendencia demográfico - social marca una retracción relativa de la población en condiciones de NBI y la metodología de medición de la población en estas condiciones es relativamente sencilla.
- b) La **población bajo la LP**: La demanda espontánea por servicios será relativamente mayor ya que se incluirá a los nuevos pobres que se caracterizan por ser portadores de una cultura de alta utilización de servicios. La gestión local contará con una menor amplitud de control sobre las demandas puesto que la tendencia es hacia el incremento de este amplio segmento poblacional y la metodología utilizada para le medi-

ción de la población en estas condiciones presenta complicaciones y dificultades que exigen contar con personal calificado.

- c) **Indigentes**: Las acciones estarían indiscutiblemente focalizadas sobre aquellos más necesitados. Al tratarse de un subconjunto dentro de las personas que están por debajo de la LP en la mayoría de los casos el número de beneficiarios sería inferior al que se registraría de optarse por la alternativa anterior. De idéntico modo, la metodología para detectar los beneficiarios presenta complicaciones y dificultades que exigen contar con personal calificado. La experiencia indica que en estos casos tiende a quedar un margen de decisión sobre la inclusión o no de un beneficiario en la punta del servicio.
- d) **Pauperizados**: Al tratarse de un subconjunto dentro de las personas que están por debajo de la LP pero no son NBI en la mayoría de los casos el número de beneficiarios sería inferior al que se registraría de optarse por las dos alternativas anteriores. De idéntico modo, la metodología para detectar los beneficiarios presenta complicaciones y dificultades que exigen contar con personal calificado.

¹⁴ En la literatura de Economía de la salud se designa *moral hazard*, cuya traducción sería riesgo o abuso moral, a una falla de los mercados aseguradores que consiste en la tendencia por parte de los beneficiarios a sobreconsumir servicios estimulados por la presencia de un tercer pagador que carga con los costos de las prestaciones. Esta falla es una de la mayores responsables por el incremento de los costos sanitarios.