



UNDÉCIMO INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA NACIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

Informe final

Desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la Región Brunca*

**Investigador:
Leonel Fonseca**



POSGRADO EN ECONOMIA



* Este estudio fue financiado por la Maestría en Economía de la Salud del Posgrado en Economía de la Universidad de Costa Rica, el cual contó con el apoyo de una beca parcial sin condiciones de la Merck Company Foundation, brazo filantrópico de Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey, USA.

Introducción

La región Brunca ha sido por años una de las zonas que presenta mayores desventajas en cuanto a condiciones socioeconómicas, reflejado esto en la cantidad de población que emigra constantemente de ella. A pesar de sus ya conocidas condiciones de pobreza y de falta de oportunidades para las personas, se ha deseado saber si dentro de la propia región existen diferencias que marquen aún más las divisiones entre esta ya desprotegida región. Es de particular interés la situación relacionada con la salud y la provisión de servicios, por ello se ha dirigido este esfuerzo a investigar la situación de equidad en el acceso a los servicios de salud.

La equidad relacionada con la salud ha sido fuente de discusión entre investigadores y administradores de las políticas públicas (Culyer y Wagstaff, 1993). Algunos la han definido como igualdad de gasto por persona, otra definición es igualdad en la distribución de acuerdo con la necesidad de los individuos, una tercera la define como igualdad en el acceso a los servicios y la cuarta la especifica como igualdad de salud para las personas. Cada una de estas definiciones tiene sus ventajas y limitaciones, por ejemplo, la igualdad de gasto implicaría que todas las personas, indiferentemente de su situación de salud estarían recibiendo la misma inversión en salud. La distribución con base en la necesidad de los individuos presenta la dificultad de definir lo que es “necesidad”, en tanto precisar “acceso” también tiene problemas. Por último, igualdad de salud tiene el problema de medición de la salud.

El presente estudio pretende centrarse en la equidad en el acceso, particularmente en el primer nivel de atención, pero sin dejar de lado el objetivo primordial para acceder a los servicios de salud, esto es, recobrar la buena salud y prevenir el deterioro de esta; es decir, el acceso a los servicios es un medio y no un fin en sí mismo. Por esta razón se escogieron cuatro grupos de indicadores que contemplen varias facetas del acceso: calidad o situación de los servicios ofrecidos en términos de su infraestructura y funcionamiento, resultados intermedios del desempeño de los servicios, utilización de los servicios y resultados finales de la atención, es decir, de impacto en la salud.

Es importante hacer énfasis en la falta de información más desagregada que permita identificar con mayor precisión dónde se encuentran las mayores desigualdades, sin embargo, eso no es posible en este momento debido a que las estadísticas que se tienen disponibles en relación con la provisión de servicios de salud solo llega al detalle de áreas de salud, que en el caso de la región Brunca son solo 6. Una desagregación por lo menos a nivel de sectores o EBAIS daría mejor evidencia de las prioridades que se deben de tener para mejorar la condición de las personas que viven en los lugares más con mayores desventajas; solo así se podrá conocer la verdadera situación de equidad en el país, principio este que es pilar del sistema de salud nacional.

Datos y Métodos

Debido a la disponibilidad de información, el análisis se basó tomando como unidad de estudio las áreas de salud que componen la Región Brunca, el cual es el máximo nivel de desagregación disponible actualmente. Se utilizó información que para caracterizar a cada una de las áreas de salud, tales como tamaño de la población, incidencia de pobreza, índice de desarrollo social, densidad de población, escolaridad y distribución de la población en zona urbana y rural; también se incluyeron aspectos que pudieran incidir en el acceso y utilización de los servicios de salud, tales como condición de aseguramiento, número de EBAIS, condición media de funcionamiento de estos, médicos generales por habitante; en términos de utilización de los servicios, se utilizó información sobre número de consultas de medicina general y egresos hospitalarios, por último, en relación con los resultados de la atención, la información considerada está relacionada con la cobertura de los programas de nivel primario, tal como atención a menores de 6 años, vacunación, atención odontológica, atención prenatal y posparto, hipertensos, diabéticos, adulto mayor, así como mortalidad infantil y general, incidencia de infarto de miocardio, tuberculosis y tumores malignos.

La información utilizada fue recopilada de varias fuentes, entre ellas la Dirección Regional de Servicios Médicos y la Dirección de Compras de la CCSS, la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Planificación y Política Económica.

Con esta información se calcularon indicadores para determinar si en estas variables existían diferencias entre las áreas de salud. El indicador utilizado fue el coeficiente de Gini, en términos generales definido por Jones y van Doorslaer (2002) como:

$$G = \frac{2}{\mu} \cdot \sum_{i=1}^N w_i \cdot y_i \cdot R - 1 \quad (1)$$

con:

$$\mu = \sum_{i=1}^N w_i \cdot y_i \quad (2)$$

$$R_i = \frac{1}{N} \cdot \sum_{j=1}^{i-1} w_j + \frac{1}{2} w_i \quad (3)$$

Siendo y_i el valor de la variable a analizar para la observación número i , w_i es el peso relativo de la observación i , esto cuando por el diseño de los instrumentos de medición utilizados incluyen ponderaciones para considerar la estructura de la población a estudiar, otorgando un nivel de importancia a cada observación dentro de la muestra; cuando esta consideración de diseño no se incluye, $w_i=1$ para todas las observaciones, tal es el caso de la información utilizada en el presente análisis. Cuando no existen diferencias en la distribución de la variable en estudio, el coeficiente de Gini será igual a cero (igualdad total), en tanto un valor de uno indicará una distribución absolutamente desigual.

La inequidad que se pueda presentar es el resultado de uno o varios factores, cuando se conoce la existencia de una relación entre la variable que presenta una distribución desigual (variable dependiente) y otras variables (independientes), es importante analizar en qué grado estas últimas influyen en la distribución de la primera. Si la relación es lineal, tal como la planteada en la ecuación (4), van Doorslaer et al (2002) proponen que es posible hacer una descomposición utilizando la ecuación (5):

$$y_i = \alpha + \sum_k \beta_k \cdot x_{ki} + \varepsilon_i \quad (4)$$

$$G = \sum \left(\frac{\beta_k \cdot \bar{x}_k}{\mu} \right) \cdot G_k + \frac{GC_\varepsilon}{\mu} \quad (5)$$

En la ecuación (4) y_i es la variable dependiente, β_k es un vector de coeficientes lineales, x_{ki} es un vector de variables independientes, ε_i es el término de error. En la ecuación (5) μ es la media de la variable y , \bar{x}_k es la media de la k -ésima variable independiente, G_k es el coeficiente de Gini para la variable x_k y GC_ε es el coeficiente de Gini para el término del error ε_i .

De esta última ecuación se puede notar que el coeficiente de Gini se compone de dos elementos, el primero está relacionado con la distribución de las variables independientes x_k , el cual explica cómo la variable y_i , medido con el coeficiente de Gini, se distribuye en razón de las primeras. El segundo elemento está relacionado con la distribución de los residuos ε_i , los cuales se sabe que no son observables y por tanto analizables en términos de la contribución al coeficiente de Gini de la variable dependiente.

Contexto social y económico de las Áreas de Salud

La región Brunca está compuesta por seis áreas de salud, cada una de ellas circunscritas a los cantones que la conforman, a saber: Buenos Aires, Corredores, Coto Brus, Golfito, Osa y Pérez Zeledón. De acuerdo con la estimación contenida en los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de cada una de estas áreas, la población para el 2004 de esta región era de 303.374 habitantes, la gran mayoría en el área rural. El cuadro 1 presenta la distribución de la población por las áreas de salud y el porcentaje de población rural y urbana, el área con mayor proporción de población urbana es Pérez Zeledón, con casi una tercera parte, lo cual se explica por ser en esta donde se encuentra la ciudad más grande la región, que a la vez está más cercana a la capital San José.

Cuadro 1: Población por área de salud

Área de Salud	Población	% urbano	% rural
Buenos Aires	42.657		
Corredores	38.657	30	70
Coto Brus	35.838	0	100
Golfito	33.397	14	86

Osa	23.400	1,6	98.4
Pérez Zeledón	129.425	31	69

Fuente: Dirección Regional Brunca, CCSS

La situación de desarrollo social, así como los índices de pobreza de la región son bastante precarios, siendo en este sentido una de las regiones con mayor desventajas del país. Ninguno de los cantones, recordando que para esta región cada área de salud corresponde a un cantón, tiene índices de desarrollo menores a 50, siendo Buenos Aires el menor con 22,2 y Pérez Zeledón el de mayor IDS con 48,9. Por otro lado, la incidencia de pobreza fluctúa de 0,640 (Buenos Aires) a 0,407 (Corredores) y la de extrema pobreza de 0,160 (Pérez Zeledón) a 0,349 (Buenos Aires). En el cuadro 2 se muestran estas estadísticas, además del Índice de Rezago Social (IRS).

Cuadro 2: Población por área de salud

Área de Salud	IDS	Incidencia de pobreza	Incidencia de extrema pobreza	IRS
Buenos Aires	22,2	0,640	0,349	9,00
Corredores	35,4	0,407	0,172	7,63
Coto Brus	30,9	0,586	0,246	8,13
Golfito	44,0	0,455	0,204	9,25
Osa	41,3	0,523	0,235	8,25
Pérez Zeledón	48,9	0,464	0,160	6,50

Fuente: Carmona, Ramos y Sánchez (2005) y MIDEPLAN

El porcentaje de personas aseguradas, ya sea directa, indirectamente o por el Estado es relativamente bajo, en promedio solo el 84% cuentan con el seguro de salud, situación en la cual parece no existir mayores diferencias entre las seis áreas (ver cuadro 3).

Cuadro 3: Aseguramiento de la población por área de salud

Área de Salud	Porcentaje población asegurada
Buenos Aires	86,3
Corredores	85,2
Coto Brus	85,9
Golfito	71,6
Osa	86,6
Pérez Zeledón	88,5

Fuente: Dirección de Compras, CCSS

Situación de los servicios de salud

De acuerdo con la Dirección de Compras de la CCSS, la región cuenta con 61 sedes de EBAIS instaladas, sin embargo, llama la atención que ninguno de estos establecimientos

cuenta con la habilitación[†] del Ministerio de Salud, condición que según la ley es indispensable cumplir para que un servicio de salud esté autorizado para funcionar. En promedio, cada EBAIS tiene una población de 4.707 personas que atender, que es un poco menos que lo que se espera que estos servicios tengan a cargo (5.000 personas/EBAIS), sin embargo, para los de Pérez Zeledón la población en promedio es de 8.089, en tanto para Osa es de 2.600 personas. Esto último podría explicarse en que la población del primero está más concentrada y por tanto sería más fácil, al menos en términos de distancia, para las personas acceder a las sedes de EBAIS, sin embargo, este argumento pierde fuerza al observar que el área de Buenos Aires debe atender 6.094 personas; quiere decir que existe una clara diferencia entre el número de personas que tiene a cargo cada uno de los EBAIS de las áreas de salud. El cuadro 4 muestra esta distribución para cada área de la región.

Cuadro 4: Población a cargo de cada por área de salud

Área de Salud	Población por EBAIS
Buenos Aires	6.094
Corredores	4.295
Coto Brus	2.987
Golfito	4.175
Osa	2.600
Pérez Zeledón	8.089

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Regional de la CCSS

La cantidad de médicos en el primer nivel de atención también varía para cada una de las áreas, Pérez Zeledón tiene 20 médicos, en tanto Buenos Aires, Corredores y Osa cuentan con 10; sin bien es cierto que la primera área de salud cuenta con más cantidad de médicos, también debe atender a más personas, por lo que la relación de médicos por cada 10.000 habitantes la sitúa en la posición más desventajosa, con apenas la mitad del promedio de la región, esta situación se puede observar en el cuadro 5.

Cuadro 5: Médicos en el primer nivel de atención

Área de Salud	Médicos	Médicos por 10.000 habitantes
Buenos Aires	10	2,34
Corredores	10	2,59
Coto Brus	12	3,35
Golfito	13	3,89
Osa	10	4,27
Pérez Zeledón	20	1,55

[†] Según el Decreto N° 30571 del Ministerio de Salud, la habilitación es requisito obligatorio para que un servicio de salud pueda instalarse y funcionar, siendo esta la autorización que otorga el Estado para su operación.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Regional y la Dirección de Compras de la CCSS

Otro aspecto importante para caracterizar la situación de los servicios de salud del primer nivel en la región Brunca es la evaluación que el Ministerio de Salud realiza, esta actividad se realiza anualmente, sin embargo, tiene la limitación de que no logra evaluar a todos los EBAIS (en promedio una tercera parte) que comprenden la región. Teniendo presente esta condición, en este estudio se utilizaron los resultados de la evaluación del 2004.

En la evaluación general de los EBAIS, todos alcanzan una calificación por encima del 80%, a excepción del área de Buenos Aires (76,1%) lo cual en esta etapa del proceso se considera aceptable. A pesar de este buen promedio general, se presentan serias deficiencias en el área de Participación Social, en la que el área de Pérez Zeledón tiene la mejor calificación con un 72,5% mientras el área de Osa solo alcanza un 32%, lo cual indica un nivel de desempeño muy deficiente en un aspecto que se considera vital en el concepto de producción social de la salud, es decir, la participación de las personas en la promoción y mejoramiento de su salud. Este hecho llama la atención, pues de alguna manera es contradictorio con el aspecto de Educación, en el cual todas las áreas tienen una calificación superior al 80%. Los otros aspectos evaluados que tienen una calificación promedio menor al 80% son: Planta Física (78,8%), Recursos Humanos (67,6%), Programación y Administración (77,3%). En cuanto a Recursos Materiales y Suministros, la región logró calificaciones por encima del 90%, mientras en Normas y Procedimientos la calificación fue de 82,1%. El cuadro 6 muestra las calificaciones obtenidas por cada área de salud en los aspectos mencionados.

Cuadro 6: Resultados de evaluación de EBAIS (2004)

Área de Salud	Planta física	Recursos material	Recursos humano	Normas y procedimientos	Planificación y administración	Suministros	Educación	Participación social	Total
Buenos Aires	81,9	79,6	59,8	78,0	69,9	90,0	96,7	46,4	76,1
Corredores	81,0	92,5	72,0	84,8	62,0	92,5	88,3	70,0	80,3
Coto Brus	87,5	95,4	74,6	83,9	78,8	90,0	95,0	64,1	84,7
Golfito	75,0	87,7	68,8	74,1	90,9	100,0	86,7	50,0	81,0
Osa	75,3	97,8	59,3	86,0	76,1	86,0	80,3	32,0	81,3
Pérez Zeledón	72,1	95,3	71,2	84,8	86,3	96,0	90,0	72,5	86,1

Fuente: Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud

Como se sabe, los EBAIS fueron creados para brindar servicios del primer nivel de atención, en este sentido, la CCSS ha definido una serie de acciones, agrupados en subprogramas que los EBAIS deben cumplir, estas actividades son evaluadas por la Dirección de Compras en el marco de los Compromisos de Gestión. Básicamente se

tienen definidos subprogramas para la atención de niños y niñas, vacunación, odontología, atención prenatal, atención posparto, atención de hipertensos, atención de diabéticos y atención del adulto mayor. Estas actividades de los EBASIS se miden básicamente por medio de la cobertura a la población, según las metas definidas en los Compromisos de Gestión; se consideraron aquí las coberturas ajustadas por calidad, es decir, los datos aquí presentados combinan el porcentaje de personas a las que se les brindó la atención además del cumplimiento de las normas de atención vigentes.

En términos de la cobertura pactada, las áreas de salud de la región presentan un desempeño muy deficiente, pues en 8 tiene coberturas menores al 75%. Es notable que en atención de niños y niñas de 1 a 6 años, odontológica, posparto y adulto mayor la cobertura con calidad no llega al 50%; siendo el caso extremo el área de Buenos Aires, que tiene coberturas de 30,2%, 15,0%, 2,14% y 4,0% respectivamente, lo cual claramente marca diferencias en la atención dentro de la región.

Por otro lado, la cobertura de vacunación es comparativamente alta en todo el esquema básico de inmunizaciones (*Haemophilus influenzae*, DPT, Polio, Hepatitis y SRP) con un mínimo de un 79% y un máximo de 100%. Este hecho llama la atención precisamente con los resultados de la cobertura en la atención de niños y niñas, ya que es a estos a los que principalmente se les aplican las vacunas y en el caso de la influenza también a los adultos mayores.

Cuadro 7: Cobertura con calidad por subprogramas (%)

Área de Salud	Menor es 1 año	1 a 6 años	Vacunación	Odontología	Prenatal	Posparto	Hipertensos	Diabéticos	Adulto mayor
Buenos Aires	51,72	30,24	93,00	15,00	48,80	2,14	58,97	65,49	4,00
Corredores	65,99	36,77	87,40	52,50	58,80	33,09	65,37	68,56	30,00
Coto Brus	56,67	40,20	80,80	40,90	59,40	13,05	67,47	58,66	53,00
Golfito	70,40	51,20	84,60	56,20	66,00	68,89	45,37	71,93	50,00
Osa	100,00	46,06	100,00	43,00	56,70	44,78	58,71	62,94	56,00
Pérez Zeledón	76,70	33,01	93,00	30,80	53,70	46,55	47,66	61,70	43,00

Fuente: Dirección de Compras, CCSS

Adicionalmente, se puede observar la dimensión del acceso a los servicios en relación con la utilización de estos. Para este caso, se tiene el número de consultas por habitante y los egresos hospitalarios. En el caso de las consultas, a nivel regional, para el año 2004 se ofrecieron 1,46 consultas por habitante siendo el área de Pérez Zeledón la que presentó una menor utilización con 0,88 y Osa la mayor con 2,03 consultas por habitante; se notaron aquí bastantes diferencias (ver Cuadro 8). En tanto el número de egresos por habitante osciló entre 14,29 (Corredores) y 8,01 (Buenos Aires); en términos relativos las diferencias en la distribución de estos dos indicadores es similar, sin

embargo no siguen el mismo comportamiento cuanto a cuál es el de mayor o menor utilización.

Cuadro 8: Médicos en el primer nivel de atención

Área de Salud	Consultas por habitante	Egresos hospitalarios por habitante
Buenos Aires	1,02	8,01
Corredores	1,55	14,29
Coto Brus	1,58	9,41
Golfito	1,73	13,41
Osa	2,03	12,92
Pérez Zeledón	0,88	9,02

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Regional y la Dirección de Compras de la CCSS

Una dimensión esencial que se debe examinar cuando se estudia el acceso a los servicios de salud es el efecto que estos tienen en la población. Se sabe que la función esencial de los servicios es restablecer la salud de las personas que atiende y prevenir que esta se deteriore; para analizar esta fase, por ello se buscaron algunos resultados (outputs), que si bien es cierto pueden estar influenciados por factores adicionales, también están relacionados con el acceso a los servicios; tal es el caso de la mortalidad infantil (tasa cuatrianual 2000-2003), mortalidad general (2003), incidencia de infarto de miocardio (2003), incidencia de tuberculosis (2003) e incidencia de tumores malignos (2003).

Para la mortalidad infantil, las áreas de Buenos Aires, Golfito, Osa y Pérez Zeledón presentan una tasa menor que la nacional (10,62) para el cuatrienio 2000-2003, no obstante, Corredores y Coto Brus muestran una diferencia considerable, aproximadamente un 50% mayor a la tasa nacional. En tanto, la mortalidad general no presenta diferencias tan marcadas, aunque la tasa mayor se da en el área de Golfito con 4,46 (muertes por 100.000 habitantes) y la menor en Buenos Aires con 2,36.

En cuanto a la incidencia de infarto de miocardio, se presentan diferencias importantes, pues Pérez Zeledón tiene una tasa de 32 (por 100.000 habitantes) mientras que Buenos Aires tan solo presenta una tasa de 2,0; Corredores, Golfito y Osa tienen una tasa de 10,0, por último la tasa para Coto Brus fue de 15,0. Para la incidencia de tumores malignos, también es Pérez Zeledón el que presenta una tasa excesivamente alta en comparación con las demás áreas, siendo de 120,0 (por 100.000 habitantes); todas las otras tienen una incidencia menor a 40,0. Esta situación desventajosa para esta área se invierte cuando se trata de la incidencia de tuberculosis, pues solo llega a 4,63 (por 100.000 habitantes), mientras las demás tienen tasas de más de 15,00, hasta llegar a Buenos Aires con 25,80. Toda esta información, presentada en el Cuadro 9, evidencia

la existencia de diferencias en los resultados de salud entre las diferentes áreas de la región.

Cuadro 9: Mortalidad infantil, general e incidencia de algunas problemas de salud

Área de Salud	Mortalidad infantil	Mortalidad general	Incidencia infarto de miocardio	Incidencia de tuberculosis	Incidencia de tumores malignos
Buenos Aires	10,4	2,36	2,00	25,80	19,00
Corredores	15,5	4,06	10,00	16,28	18,00
Coto Brus	16,4	3,39	15,00	20,07	28,00
Golfito	10,3	4,46	10,00	20,79	36,00
Osa	9,1	3,69	10,00	15,98	11,00
Pérez Zeledón	9,3	3,37	32,00	4,63	120,00

Fuente: Dirección de Compras, CCSS

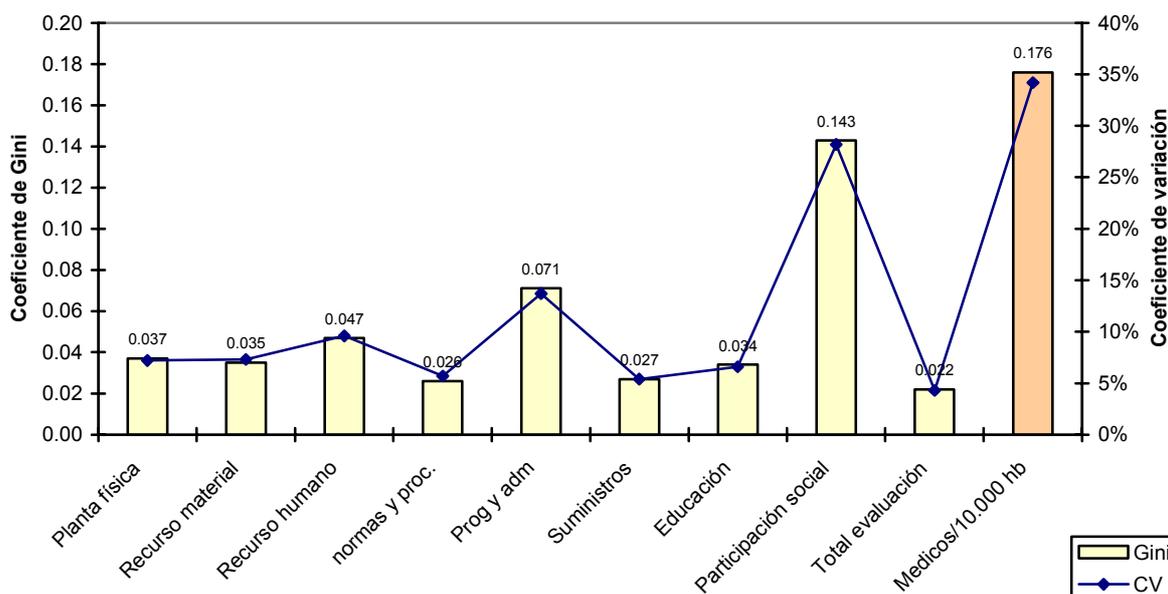
Determinación de desigualdades en el acceso a los servicios de salud

El coeficiente de Gini será utilizado como indicador básico para determinar la presencia de desigualdades, adicionalmente, se agrega el coeficiente de variación con el fin de mostrar el nivel de variabilidad en los escogidos para estudio. El análisis se divide en los diferentes aspectos desde los que se puede estudiar el acceso a los servicios de salud, a saber, situación de los servicios de salud desde el punto de vista de estructura, desempeño en las actividades que desarrollan, utilización y resultados en la salud.

Situación de los servicios

En este apartado se utilizaron como variables para el análisis los resultados de la evaluación del primer nivel de atención que realiza el Ministerio de Salud. Se calculó el índice de Gini tanto para el resultado total como para los aspectos considerados en la evaluación, además se realizó estos cálculos para el número de médicos por cada 10.000 habitantes.

Gráfico 1: Coeficientes de Gini y de Variación para los aspectos evaluados en las sedes de EBAIS y número de médicos en el primer nivel por 10.000 habitantes



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y de la Dirección Regional Brunca de la CCSS

Como se puede observar en el gráfico 1, existen diferencias en cuanto a las características de los servicios del primer nivel a los que pueden acceder las personas en la región Brunca. Esta diferencia es especialmente notoria para el aspecto de Participación Social y Programación y Administración, además, el número de médicos en este nivel de atención presenta desigualdades marcadas entre las áreas de salud. Estas desigualdades se espera que generen diferencias en el tipo de atención que reciben las personas en las diferentes áreas de salud, esto debido a que por ejemplo cada uno de las y los médicos tendrán que atender más personas en algunas áreas, que incide en la carga de trabajo y por tanto en la disponibilidad para ofrecer consulta de cierta calidad por la limitación de tiempo. Esto también se refleja en la desigualdad presente en el aspecto de Recurso Humano que se evalúa en este tipo de establecimientos.

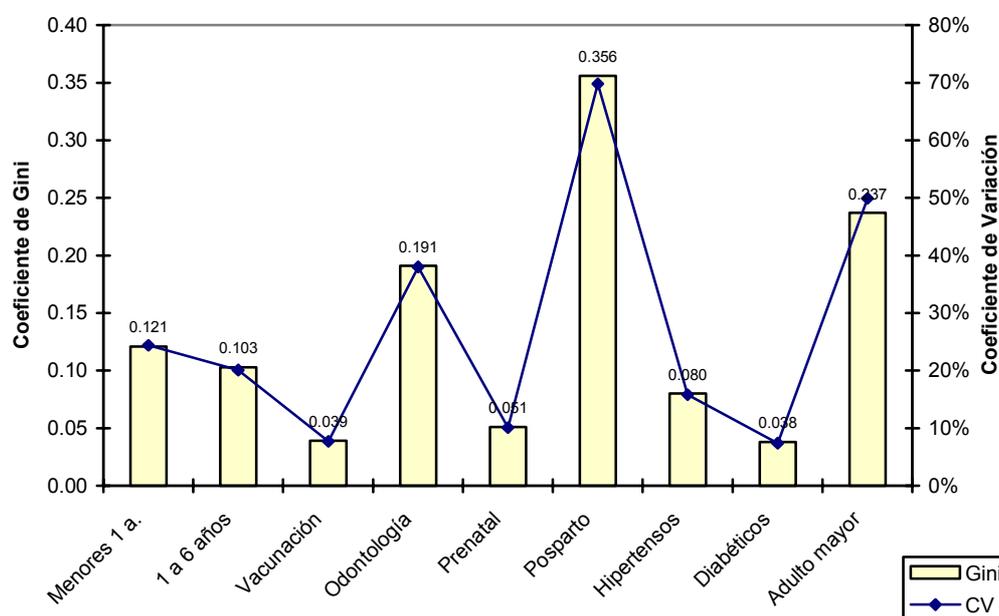
Desempeño en la atención

Se tiene que existen fuertes diferencias entre las áreas de salud en cuanto al desempeño de las acciones que realizan, este medido con las coberturas ajustadas por calidad (ver Gráfico 2). Es relevante notar la diferencia existente entre la atención prenatal y la posparto, pues la diferencia es demasiado elevada, siendo que a pesar de que de estar dividido en estos componentes, la atención se le brinda a las mismas mujeres, sin embargo y por tanto las desigualdades, si las hay, deberían ser de la misma magnitud; dicho de otra manera, la atención durante el embarazo es relativamente igual (vista como cobertura con calidad), pero posterior al parto el servicio no se da con la misma intensidad. De hecho, el coeficiente de Gini aumenta en la cobertura de la atención del posparto 6 veces en comparación con el periodo prenatal.

Otro aspecto que pareciera no concordar con lo esperado es la cobertura de vacunas y la cobertura de menores de 6 años y la atención del adulto mayor. Se puede observar que las desigualdades en la cobertura de vacunación son relativamente pequeñas, pero cuando se mira la atención a los niños y niñas (mismos a los que se les aplican las vacunas), las desigualdades surgen a un nivel que es un poco menos del doble de la vacunación; y en el caso de la atención al adulto mayor la inequidad en la cobertura se refleja en un índice de Gini de 0,237 y un coeficiente de variación del 49,9%.

La otra actividad que presenta un nivel de inequidad importante es la atención odontológica, la cual presenta un coeficiente de Gini de 0,191 y un CV de 38,0%.

Gráfico 2: Coeficientes de Gini y de Variación para las coberturas de los subprogramas



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Regional Brunca de la CCSS

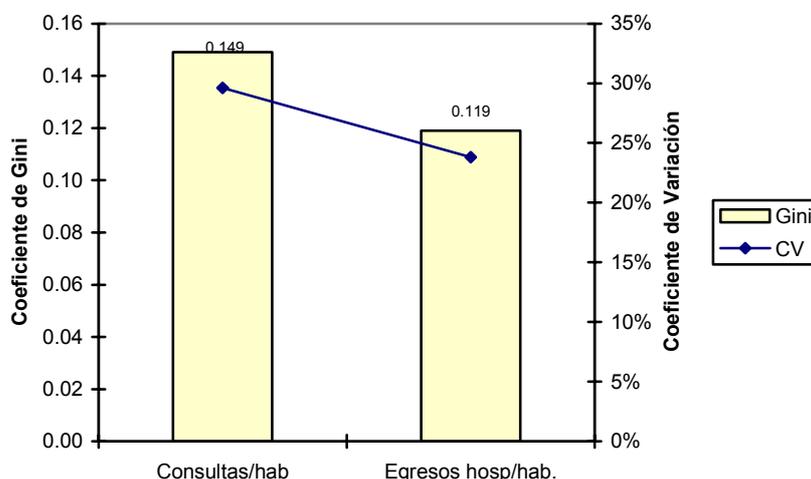
Todo esto evidencia la existencia de inequidad en cuanto a lo que los EBAIS de las áreas de salud están ofreciendo a las poblaciones que atienden.

Utilización de los servicios de salud

Los dos indicadores que se utilizaron para medir la utilización de los servicios fueron el número de consultas y los egresos hospitalarios por habitante. En estos también se puede observar la existencia de desigualdades, las personas no utilizan los servicios de salud con la misma intensidad en las diferentes áreas de salud de la región, esto se refleja en un coeficiente de Gini de 0,149, en tanto los egresos hospitalarios también muestran diferencias entre las áreas (Gini=0,119), esto quiere decir que las personas tienden a acudir de diferente manera a los servicios según el área de salud en la cual se encuentren. Esto puede ser consecuencia de las diferencias en el acceso que se les

presentan, ya sea por la disponibilidad de ellos o el costo en que deben incurrir (monetario y de tiempo) para poder asistir a ellos.

Gráfico 3: Coeficientes de Gini y de Variación para utilización de servicios



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Regional Brunca de la CCSS

Resultados en la salud

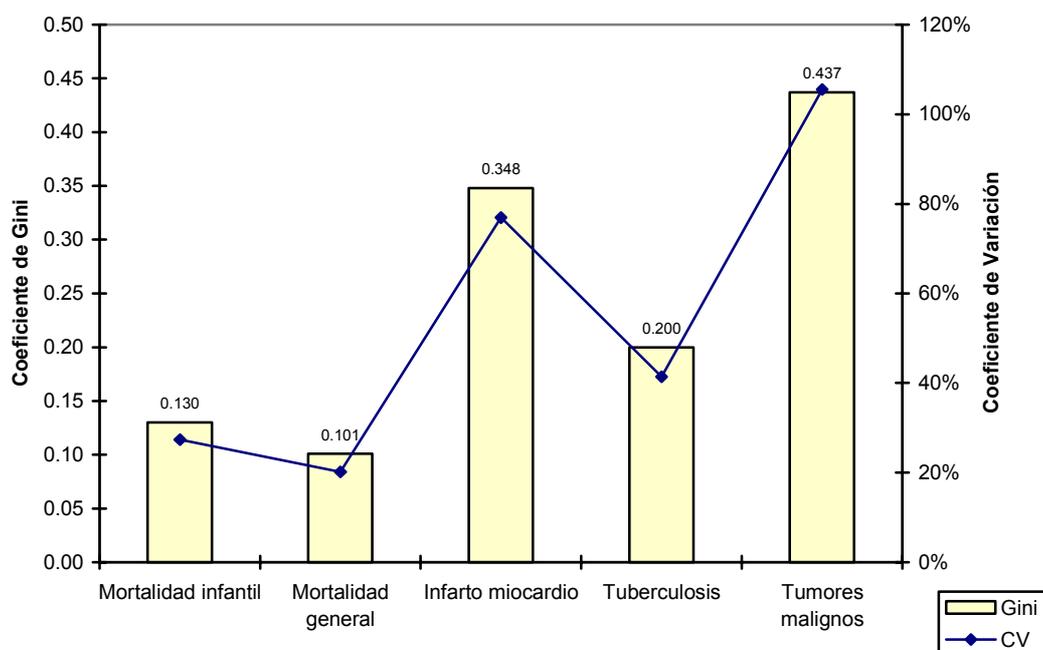
De los aspectos en que se dividió el análisis, el que presenta mayores desigualdades es el de los resultados en la salud de la población, medido por medio de la mortalidad infantil y general e incidencia de infarto de miocardio, tuberculosis y tumores malignos.

Este hecho es importante, pues es el producto, entre otros factores, del acceso a los servicios de salud. Puede observarse como la mortalidad infantil presenta diferencias, medidas con el coeficiente de Gini de 0,130, desigualdades que están provocadas especialmente por las altas tasas presentadas en Corredores y Coto Brus. La mortalidad general también presenta desigualdades pero no tan marcadas.

Los aspectos que sí deben llamar la atención son los de la incidencia de tuberculosis, infarto de miocardio y tumores malignos, los cuales tienen coeficientes de Gini de 0,200, 0,348 y 0,437 respectivamente. Estos dos últimos son importantes de mencionar pues la labor del nivel primario de atención es vital para la prevención y la detección de estos problemas, también hay que recordar la situación con respecto a la participación social que puede jugar un papel en el mejoramiento de la situación; sin embargo, se notaron aquí amplias diferencias entre las áreas de salud, con una clara desventaja para Pérez Zeledón, que es la que tiene mayor población, pero también la menor cantidad relativa de médicos atendiendo el nivel primario, además de que estos dos problemas de salud se les ha relacionado con estilos de vida urbanos.

En cuanto a la tuberculosis, se sabe que esta enfermedad está claramente asociada con las condiciones de vida, por lo que las desigualdades en la incidencia de la tuberculosis reflejan sobre todo las diferencias en aspectos socioeconómicos en las áreas y alguna medida también el acceso a los servicios de salud que se dan a nivel primario.

Gráfico 4: Coeficientes de Gini y de Variación para resultados de la atención



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Regional Brunca de la CCSS

Conclusiones

La región Brunca presenta marcadas desigualdades en lo referente a la calidad de los establecimientos de nivel primario que opera. Esto se refleja en el hecho de que ninguno de los 61 EBAIS ha cumplido con el trámite de habilitación que exige la ley para su funcionamiento. Existen también diferencias significativas entre las áreas estudiadas en aspectos relacionados directamente con la gestión de los servicios, tal es el caso de la Planeación y Administración y de la Participación Social (definidas según los instrumentos de evaluación del Ministerio de Salud), las cuales, en principio al menos, no requieren de elevadas inversiones en recursos materiales.

Las actividades que desarrollan los EBAIS de la región tienen coberturas relativamente bajas cuando se ajustan por el factor calidad. Se presentan serias desigualdades entre las áreas de salud, especialmente en atención posparto, atención del adulto mayor y atención odontológica. También se notaron resultados que no se esperarían, como las

diferencias entre la atención prenatal y de posparto, así como la cobertura de vacunación y la atención de niños y niñas.

Se determinó la existencia de inequidades en cuanto a la utilización de los servicios del primer nivel y hospitalario, sin que estos sigan un patrón relacionado con las áreas de salud.

Se presentaron fuertes desigualdades entre las áreas de salud en el resultado de las acciones de atención de salud, medido por mortalidad e incidencia de tuberculosis, infartos de miocardio y tumores malignos.

El análisis que es posible realizar actualmente se ve bastante limitado por el grado de desagregación de la información de los servicios de salud; es difícil precisar problemas de equidad de manera específica si no se tiene estadísticas relacionadas con las unidades más pequeñas de análisis, en este caso los sectores o EBAIS. Una tarea que debe emprender el país es comprender la utilidad de tener mejor información, incluso hasta llegar al nivel individual; en muchos casos esta se recopila, pero por los sistemas de generación de informes actual la potencial riqueza de la información se pierde.

Para realizar investigaciones que arrojen mayor detalle y orienten mejor la toma de decisiones en relación las políticas nacionales de salud dirigidas a mejorar la situación de equidad en salud, distribución de recursos y necesidades de salud de la población entre otros, es necesario que se diseñe y empiece a aplicar una encuesta a nivel de individuos, exclusivamente para el área de la salud. Actualmente es difícil realizar muchos estudios por la falta de cierta información imprescindible para aplicar las técnicas de investigación específicas.

Referencias:

- CCSS, *Perfil Región Brunca*, Dirección de Compras de Servicios de Salud, CCSS, San José 2005
- Culyer A., Wagstaff A., *Equity and equality in health and health care*, en *Journal of Health Economics*, Vol. 12, p4731, 1993
- Fonseca L., Jones A., *Inequalities in self-assessed health in the health survey of England*, Working paper, ECuity Project, Rotterdam 2003
- Jones A., van Doorslaer E., *Inequalities and self-reported health: validation of a new approach to measurement*, Discussion paper, University of York 2002
- SINAMI, *Informe Anual 2003 de mortalidad infantil y mortalidad materna*, Ministerio de Salud, San José 2004
- van Doorslaer E., Wagstaff A., *Measuring and testing for inequity in the delivery of health care*, en *The Journal of Human Resources*, Vol. 35 Issue 4, p716, 2000
- van Doorslaer E., Wagstaff A., Watanabe N., *On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam*, Working paper 2002
- Witter S. et al, *Health Economics for Developing Countries, A practical guide*, MacMillan Education Ltd, London 2000