

## **La reducción de las desigualdades en salud y la acción del estado desde la percepción de la población en la Provincia de Córdoba, Argentina.**

### **Resumen corto**

Como diferentes informes señalan respecto de América Latina, los progresos alcanzados en los últimos años en el campo de la salud a nivel nacional ocultan diferenciales entre distintos grupos poblacionales. Tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenible como el Consenso de Montevideo, instrumentos que se basan en el enfoque de derechos humanos, reconocen la importancia de reducir las desigualdades en salud, entre otras desigualdades. Es así que los países asumen el compromiso de implementar políticas públicas que apunten a elevar el nivel sanitario de la población más desfavorecida de manera de reducir las brechas entre diferentes grupos sociales. A la hora de ejecutar este tipo de políticas, resulta importante conocer cómo percibe la población tanto la existencia y magnitud de estas desigualdades como las responsabilidades del estado respecto a ella, ya que la implementación efectiva y duradera de políticas redistributivas dependerá, en gran parte, del apoyo de la opinión pública.

En base a una encuesta probabilística en Córdoba, Argentina, analizamos la percepción de la población respecto a las desigualdades atención sanitaria, las opiniones respecto a las obligaciones y acciones que el Estado realiza y los factores que inciden en ellas, cuestiones que pueden implicar un apoyo político activo a políticas tendientes a reducir tales desigualdades. Encontramos que más de la mitad de la población percibe las desigualdades en atención médica como altas o muy altas, que la mayoría de la población acuerda con que el Estado debe realizar acciones para reducir las desigualdades, pero también considera que no las está llevando adelante o no son suficientes. Se definieron además perfiles que podrían apoyar este tipo de políticas y podemos decir, que la viabilidad política será mayor si: i) los funcionarios apuntan a movilizar en apoyo de estas políticas a sectores de altos ingresos (y, dentro de ellos, sobre todo mujeres que participen en asociaciones voluntarias); ii) la apelación a estos grupos se hace con una retórica que enfatice los aspectos solidarios implicados en tales esquemas y iii) estos esquemas consisten, principalmente, en la provisión de servicios básicos a los sectores menos favorecidos.

### **Presentación del problema y objetivos**

Como diferentes informes señalan respecto de América Latina, los progresos alcanzados en los últimos años en el campo de la salud a nivel nacional ocultan diferenciales entre distintos grupos poblacionales. Es decir que dichos progresos se dieron manteniendo, aumentando o, al menos, no reduciendo suficientemente, las brechas entre habitantes del campo y la ciudad, entre regiones periféricas y centrales, entre mujeres y varones, entre pueblos originarios y descendientes de inmigrantes europeos y entre sectores de bajos ingresos y aquellos de ingresos más altos.

Tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como el Consenso de Montevideo (CM), entre otros instrumentos internacionales que se basan en el enfoque de derechos humanos, reconocen

que estas desigualdades se encuentran entre los más importantes obstáculos que enfrenta hoy el objetivo de mejorar sustancialmente la salud poblacional y que el desafío latinoamericano consiste en reducir la aún elevada desigualdad que se verifica no sólo en salud sino también en múltiples dimensiones como ingreso, trabajo, vivienda, educación, entre tantas otras, lo que hace de la región la más desigual del mundo. Por este motivo, ambos instrumentos, definen lineamientos de política pública así como recomendaciones a los países para superarla.

De manera que la temática es reconocida ampliamente por los estados, quienes asumen el compromiso de implementar políticas públicas que apunten a elevar el nivel sanitario de la población más desfavorecida. La pregunta es cómo percibe la población la existencia y magnitud de estas desigualdades y acuerda con este tipo de políticas, ya que la implementación efectiva y duradera de políticas de reducción de desigualdades en salud dependerá, en gran parte, de la opinión pública.

Es así que, sobre la base de una encuesta poblacional representativa realizada en la provincia de Córdoba, Argentina, analizamos la percepción de la población respecto a las desigualdades en atención sanitaria, las opiniones respecto a las obligaciones y acciones que el Estado realiza y los factores que inciden en ellas, cuestiones que pueden implicar un apoyo político activo a políticas tendientes a reducir tales desigualdades.

## **Datos y métodos**

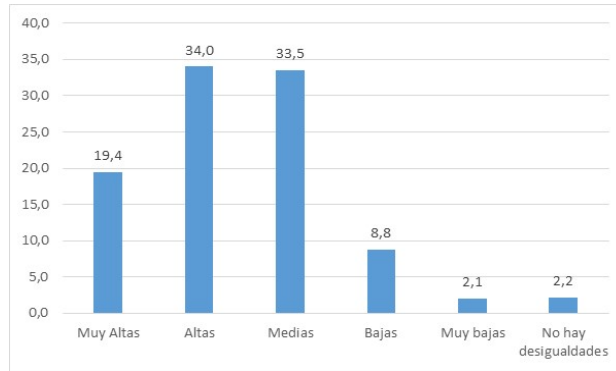
Los datos sobre percepción de las desigualdades y opinión sobre las acciones del estado respecto de ellas provienen de una encuesta diseñada en su totalidad con el fin de captarlas en la provincia de Córdoba. Se implementó en Julio-Agosto de 2016 en el marco del Programa de Estudio e Incidencia sobre las Desigualdades Sociales (PRESIDES), del Instituto Federal de Gobierno, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Católica de Córdoba. Se realizó sobre una muestra probabilística de 800 casos, representativa de las personas de 18 años y más, de las ciudades de la Provincia de Córdoba de 10.000 y más habitantes.

En el desarrollo de la versión final del artículo, el primer apartado presentará evidencias de la evolución de las desigualdades de salud “objetiva”, es decir, basada en la lectura de indicadores de desigualdad en salud en el contexto latinoamericano, argentino y de la provincia de Córdoba. Luego se presentarán los resultados de la encuesta. Para su lectura se utilizan técnicas de estadística descriptiva e inferencial. Se aplican tablas de contingencia y modelos de regresión logística.

## **Principales resultados**

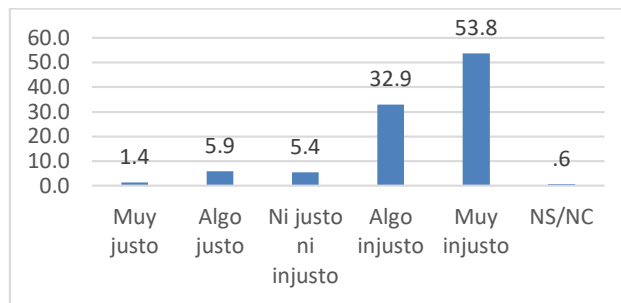
(por las limitaciones en la extensión del resumen ampliado los resultados se presentan solamente los gráficos)

*Gráfico 1: Percepción de desigualdad en posibilidades de recibir atención médica adecuada en la provincia de Córdoba. En porcentajes. n=800.*



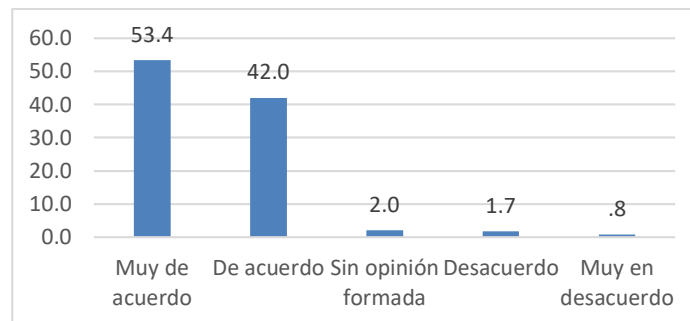
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta PRESIDES. 2016.

*Gráfico 2: Percepción de justicia-injusticia respecto a situaciones de desigualdad en posibilidades de recibir atención médica adecuada en la provincia de Córdoba. En porcentajes. n=800.*



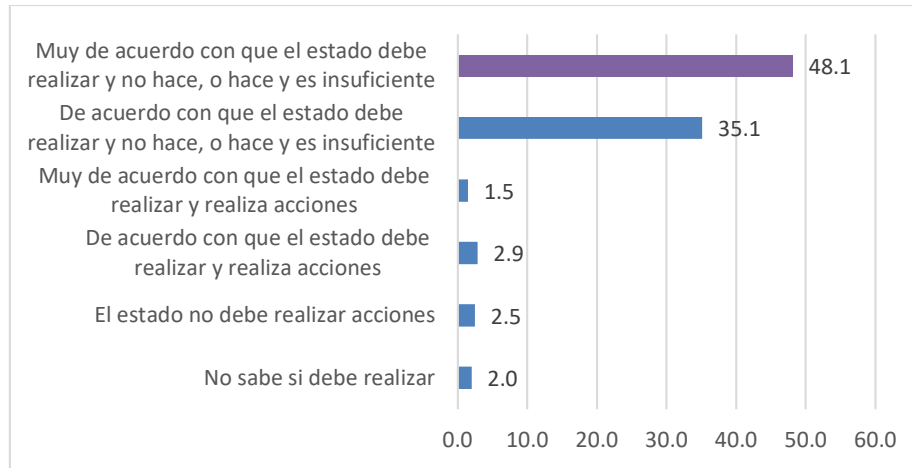
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta PRESIDES. 2016.

*Gráfico 3: Percepción de la población respecto a la necesidad de que el Estado realice acciones para reducir la desigualdad en salud. Provincia de Córdoba. En porcentajes. n=800.*



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta PRESIDES. 2016.

*Gráfico 6: Percepción respecto a lo que el estado debe hacer y hace en relación a la desigualdad en salud. Provincia de Córdoba. En porcentajes. n=800.*



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta PRESIDES. 2016.

Tabla 1: Modelos de regresión logística. Coeficientes  $\exp(b)$ . Variable dependiente: Preferencia redistributiva políticamente activa (muy de acuerdo con que el estado debe realizar acciones y no realiza, o realiza y son insuficientes).

	Mod1	Mod2	Mod3	Mod4	Mod5	Mod6	Mod7	Mod8	Mod9
<b>Constante</b>	0,78*	,870	1,84***	0,82*	0,39**	0,8**	0,69***	,670	<b>,730</b>
<b>Ideología</b>									
Izquierda	2,04***							1,88**	<b>1,79**</b>
Centro	1,4*							1,310	<b>1,330</b>
(Derecha)	1							1	<b>1</b>
<b>Estado de Salud</b>									
Muy Bueno y Bueno		1,085							
(Regular, Malo y Muy malo)		1							
<b>Ingresos</b>									
Menos de \$5.000			0,37***					0,38**	<b>0,35***</b>
\$5.000 a \$10.000			0,37***					0,35***	<b>0,34***</b>
\$10.001 a \$20.000			0,48**					0,48**	<b>0,47***</b>
\$20.001 a \$30.000			0,53**					0,45**	<b>0,45**</b>
(\$30.001 y mas)			1					1	<b>1</b>
<b>Desigualdad genera problemas al grupo familiar</b>									
Si genera problemas				1,180				1,56**	<b>1,61***</b>
(No genera problemas)				1				1	<b>1</b>
<b>Educ</b>									
(Primario Incompleto)					1			,960	

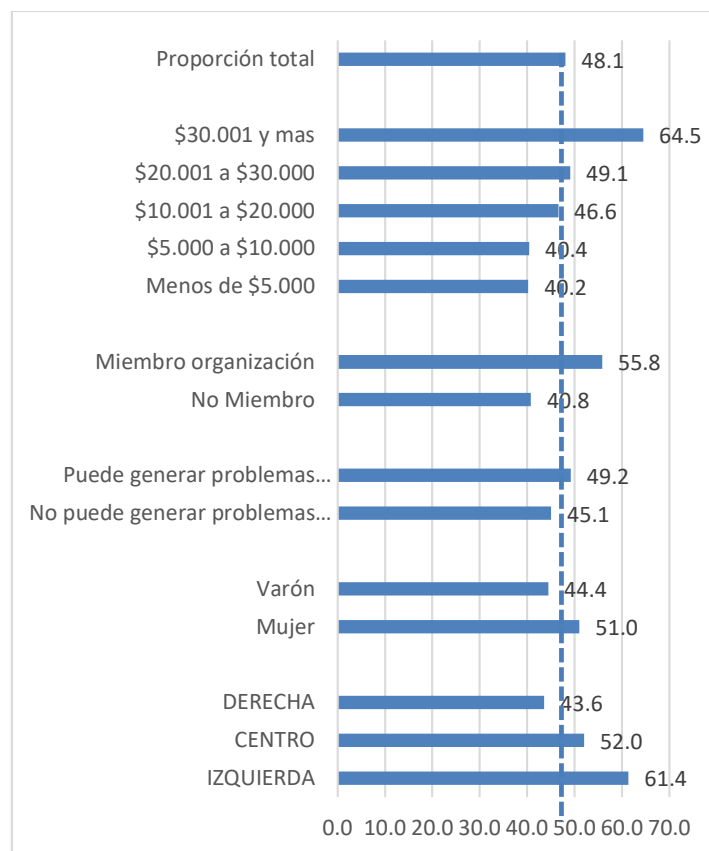
Primario Completo					1,600			,978	
Sec.Incompleto					1,360			,726	
Sec.Completo					1,940			1,211	
Superior Incompleto					3,1**			1,148	
Superior Completo					3,07**			1	
<b>Sexo</b>									
Mujer						1,31*		1,54**	<b>1,51**</b>
(Varón)						1		1	<b>1</b>
<b>Miembro organización voluntaria</b>									
Miembro							1,83***	1,83***	<b>1,84***</b>
(No miembro)							1	1	
-2 Log likelihood	887,6 <sup>a</sup>	1102,1 <sup>a</sup>	963,6 <sup>a</sup>	1069,6	1044,0 <sup>a</sup>	1102,6 <sup>a</sup>	1089,6	716,4 <sup>a</sup>	<b>740,8</b>
Cox & Snell R Square	,016	,000	,021	,002	,029	,004	,022	,079	<b>,072</b>
Nagelkerke R Square	,021	,000	,027	,002	,039	,006	,030	,105	<b>,096</b>

\* p<0,1; \*\*p<0,05; \*\*\*p<0,01

Entre paréntesis y cursiva la categoría de referencia.

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta PRESIDES. 2016.

*Grafico 7. Proporción de población con preferencias redistributivas altas activas (que está muy de acuerdo con que el estado debe realizar acciones y no realiza, o realiza y son insuficientes) según diferentes factores: ingresos, miembro de organización, nivel educativo, sexo e ideología. Provincia de Córdoba. n=800.*



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta PRESIDES. 2016.

## Conclusiones

El caso de Córdoba analizado ofrece una primera aproximación en este campo, con algunos resultados sustantivos que, si bien no son automáticamente generalizables al resto de la Argentina y la región, constituyen un aporte relevante para la caracterización de las percepciones de desigualdad y las preferencias redistributivas en atención sanitaria en el contexto latinoamericano.

Uno de nuestros hallazgos relevantes, en este sentido, es que más de la mitad de la población percibe las desigualdades en atención médica como altas o muy altas, lo que indica que las desigualdades que se expresan en indicadores objetivos, como por ejemplo las brechas en mortalidad infantil, tienen un reflejo subjetivo en la mayoría de la población.

Un segundo hallazgo es que una abrumadora mayoría de la población están muy de acuerdo o de acuerdo con que el Estado debe realizar acciones para reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica adecuada, pero también considera que o no está llevando adelante acciones de este tipo o las que lleva adelante no son suficientes. Esto implica que potenciales políticas orientadas a reducir la desigualdad tendrían un amplio apoyo social.

No obstante, dado que el tener preferencias redistributivas no necesariamente implica que se apoyará *activamente* políticas de este tipo (apoyo activo que es crucial en los momentos del ciclo

de políticas en los cuales operan con más fuerza las resistencias a las mismas, esto es, las fases de decisión e implementación), hicimos una distinción en estas preferencias relativas a la intensidad de las mismas. Introdujimos, así, la noción de *preferencias redistributivas activas* que corresponde a quienes están *muy de acuerdo* con que el estado debe llevar adelante políticas redistributivas y creen que el Estado no hace nada al respecto o que lo que hace no es suficiente. Asumimos que estas personas están más dispuestas a apoyar activamente, que quienes sólo están de acuerdo o, al menos, a estar más atentos respecto a su existencia o no y a actuar (así más no sea electoralmente) de acuerdo con estos registros. Casi la mitad de la población tiene este tipo de preferencia redistributiva activa. Consideramos a este nuestro tercer hallazgo de importancia.

Un cuarto hallazgo de relevancia refiere a los factores determinantes de este tipo de preferencia redistributiva. De acuerdo con los resultados de nuestros modelos econométricos, los factores que inciden significativamente sobre la existencia o no de preferencias redistributivas son el ingreso (los individuos de mayores ingresos tienen más chances de tener estas preferencias que los de menores ingresos), el sexo (las mujeres tienen más chances que los hombres), el considerar que la desigualdad puede generar problemas al grupo familiar (quienes así lo consideran tienen más chances que quienes no lo creen así) y la pertenencia a una organización voluntaria (quienes integran una organización tienen más chances que quienes no).

Según entendemos, este hallazgo nos permite caracterizar al grupo poblacional en el que habrá mayor prevalencia de preferencias activas. Podemos decir, entonces, que la viabilidad política de esquemas redistributivos en la provincia de Córdoba será mayor si: i) los funcionarios apuntan a movilizar en apoyo de estas políticas a sectores de altos ingresos (y, dentro de ellos, sobre todo mujeres que participen en asociaciones voluntarias); ii) la apelación a estos grupos se hace con una retórica que enfatice los aspectos solidarios implicados en tales esquemas y iii) estos esquemas consisten, principalmente, en la provisión de servicios básicos a los sectores menos favorecidos.