

Investigación original / Original research

Análisis de la evolución y los determinantes de las desigualdades relacionadas con los ingresos en el sistema de salud de Brasil, 1998–2008*

Gisele Almeida,¹ Flavia Mori Sarti,² Fernando Fagundes Ferreira,³ Maria Dolores Montoya Diaz³ y Antonio Carlos Coelho Campino³

Forma de citar (artículo original)

Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MDM, Campino ACC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):90–7.

RESUMEN

Objetivos. Analizar la evolución y los determinantes de las desigualdades relacionadas con los ingresos en el sistema de salud brasileño entre 1998 y 2008.

Métodos. Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 1998, 2003 y 2008. La salud se midió según el estado de salud autoevaluado, las limitaciones físicas y las enfermedades crónicas. Las hospitalizaciones y las consultas médicas y odontológicas se usaron como medición indirecta de la utilización de la atención sanitaria, y los ingresos para estimar el nivel socioeconómico. Los índices de concentración para todas las variables dependientes se calcularon antes y después de su estandarización. Se empleó análisis de descomposición para identificar los principales determinantes de desigualdad en la utilización de la atención sanitaria.

Resultados. En los tres períodos analizados, las personas con menor nivel socioeconómico informaron un peor estado de salud, mientras que las de mayor nivel informaron más enfermedades crónicas y tuvieron una mayor utilización de la atención sanitaria (servicios médicos y odontológicos). A pesar de esto, la desigualdad en la utilización de la atención sanitaria relacionada con los ingresos ha ido disminuyendo. El seguro de salud privado, la educación y los ingresos son los principales factores que contribuyen a las desigualdades identificadas.

Conclusiones. Las desigualdades en la utilización de los servicios médicos y odontológicos relacionadas con los ingresos han disminuido gradualmente en Brasil. Esta disminución se asoció con la aplicación en el país de políticas y programas que favorecen la equidad, como el Programa de Agentes de Salud Comunitarios y el Programa de Salud Familiar.

Palabras clave

Equidad en el acceso; equidad en salud; sistemas de salud; política de salud; Brasil.

Desde los comienzos del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) a fines de la década de 1980, se han realizado

esfuerzos para garantizar un modelo de sistema público de salud inclusivo, basado en la descentralización, con el fin de lograr la democratización y promover la rendición de cuentas. Se han realizado inversiones y puesto en marcha planes para descentralizar el control de los servicios de salud hacia los gobiernos estatales y municipales, con el objetivo de dar a los gobiernos locales más poder y recursos, y así puedan brindar una mejor

atención y promover el acceso equitativo y universal a los servicios de salud (1–4).

Se ha observado en la literatura una tendencia a mejorar el estado de salud de la población y el acceso a los servicios de atención sanitaria (5–7). Sin embargo, estas mejoras no han beneficiado de igual manera a todos los brasileños y todavía es amplia la brecha entre el estado de salud y la utilización de los servicios de salud de los pobres y los ricos. Resulta

¹ Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. La correspondencia se debe dirigir a Gisele Almeida. Correo electrónico: almeidag@paho.org

² Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

*Traducción completa del artículo publicado en la sección especial sobre equidad en los sistemas de salud del número de febrero de 2013 de la Revista Panamericana de Salud Pública.

tados de un estudio realizado en 2001, que empleó un enfoque metodológico similar al propuesto aquí, indican que la distribución de la utilización de la asistencia sanitaria no guarda proporción con las necesidades de salud, y beneficia más a los que se encuentran en el quintil de ingresos más alto. En otras palabras, las personas ubicadas en los quintiles de ingresos más bajos utilizan menos los servicios de salud que lo esperado por sus niveles de necesidad de atención sanitaria, en comparación con las personas de los quintiles más altos (8). Estos resultados muestran, además, la existencia de importantes barreras socioeconómicas para acceder y utilizar los servicios de salud, que siguen siendo un desafío para el sistema sanitario, a pesar de su universalidad (4, 6).

El seguimiento y la evaluación de la magnitud y las tendencias de las desigualdades en el estado de salud y la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos, así como la determinación de las posibles causas de esta desigualdad, son elementos cruciales para fundamentar las políticas de salud existentes, que tienen como objetivo promover el acceso equitativo y eliminar las constantes e injustas diferencias en materia de salud existentes entre los diferentes grupos poblacionales. La implementación de políticas que aborden las brechas existentes en el sistema sanitario es un camino importante para lograr las metas de equidad, pero no un fin en sí mismo. Para garantizar que se cumplan estos objetivos y que las políticas se modifiquen según sea necesario, se debe mantener una estrecha vigilancia y una evaluación permanente tanto de los resultados asociados con esas políticas como de las características del sistema de salud que están vinculadas con estos objetivos.

Un hito en la conceptualización del sistema de salud de Brasil fue la Ley de Eloy Chaves, de 1923, que regulaba los fondos de retiro y pensión existentes, que también financiaban servicios de salud a los beneficiarios y sus dependientes como beneficios del empleo. En la década de 1930, la provisión de servicios de salud seguía financiada principalmente de manera privada y fragmentada, a pesar de la unión de los fondos individuales en varios institutos de pensión y retiro. La creación del Ministerio de Salud en la década de 1950 no logró resolver la enorme desconexión existente en

el país entre las prioridades del sistema de salud nacional y las necesidades de salud de la población (1, 9–11).

El Sistema de Salud Nacional, establecido durante el gobierno militar, se caracterizó por la creación del Instituto Nacional de Previsión Social en 1966, una institución pública que centralizaba los fondos de pensiones y seguridad social para financiar los servicios médicos privados dirigidos a los trabajadores formales de las zonas urbanas. En la década de 1970, el pago de los servicios de salud privados por parte del gobierno mediante “pagos por servicios” se convirtió en una importante fuente de corrupción (9). Se propuso realizar importantes cambios en las políticas de salud, con la reforma del sistema de salud y la aplicación de un sistema de asistencia sanitaria universal.

A mediados de la década de 1980 comenzó un proceso de redemocratización en el país, pero no se hicieron cambios significativos en el sistema de salud hasta la aprobación de la nueva Constitución de Brasil, que creó el SUS y definió la salud como un derecho de los ciudadanos y una obligación del gobierno. Esto llevó a la adopción de políticas sociales y económicas destinadas a reducir el riesgo de enfermedad y promover el acceso universal y equitativo a servicios de salud que fomentaran, protegieran y contribuyeran a recuperar la salud (1, 11).

Antes del establecimiento del SUS, las responsabilidades del Ministerio de Salud estaban estrictamente relacionadas con la promoción sanitaria, las actividades de prevención de enfermedades en la población —como las campañas de vacunación— y la atención médica y hospitalaria para unas pocas enfermedades, dirigida principalmente a los más pobres y a las personas sin acceso a la atención sanitaria a través del Instituto Nacional de Previsión Social (9, 11). El modelo de atención médica que existía en ese momento estaba orientado a la enfermedad, lo que explica la ausencia casi total de cuidados preventivos en el sistema de provisión de servicios.

En la actualidad, el sistema de salud brasileño consta de un subsistema público y uno privado, que están interrelacionados y son complejos. Los servicios de salud que se brindan a través del SUS son gratuitos en los lugares de servicio, mientras que los proveedores privados atienden a las personas que

poseen un seguro pagado, ya sea por el empleador o por el propio interesado. Para complementar estos servicios, el SUS contrata servicios a los proveedores privados para brindar atención sanitaria con financiamiento público a la población.

El SUS, en principio, ofrece acceso a la atención sanitaria universal para toda la población, incluida la atención primaria, la secundaria y la terciaria, los servicios odontológicos, los medicamentos controlados por recetas, y los servicios de diagnóstico y tratamiento. El control, la ejecución y la administración del SUS es compartido a nivel federal, estatal y municipal, según el proceso de descentralización y con el apoyo de la participación comunitaria, y están regulados por leyes y normas operativas. Estos elementos normativos se establecieron a fin de crear una estructura de financiamiento y obligaciones para el sistema, en los niveles federal, estatal y municipal, sobre la base de un modelo de descentralización e incentivos según el rendimiento (12–14).

Debido a una infraestructura inadecuada, la escasez de recursos humanos especializados y las diferencias en la financiación entre las diferentes regiones de Brasil —que existieron durante décadas antes de la implementación del SUS—, el proceso de descentralización no ha logrado reducir las grandes disparidades en la oferta y la calidad de la atención médica que se le brinda a la población. Estas disparidades regionales siguen siendo un desafío para la administración del sistema y la provisión de servicios (2, 15–17).

En las últimas tres décadas, ha habido un aumento generalizado en la cobertura de los seguros privados (18). Aproximadamente 76% de la población recibe servicios de salud financiados exclusivamente por el estado a través del SUS, que también brinda servicios públicos a los que cuentan con la cobertura de un plan privado, especialmente en el caso de procedimientos complejos y costosos. El porcentaje de la población cubierta por un seguro privado, ya sea pagado por su empleador o por los propios interesados, es de alrededor de 24%. La distribución de los seguros privados es irregular, y 60% del total se concentra en la región suroriental, la más rica del país (7). Aproximadamente 83% de los hogares brasileños con mayores ingresos per cápita (que ganan más de 5 veces

el salario mínimo⁴) están cubiertos por un seguro de salud privado, mientras que solo 2% de los hogares con menores ingresos (que ganan un cuarto del salario mínimo) tienen cobertura privada (19).

El mejoramiento de la información disponible, que podría servir de base a estos procesos y a la identificación de las tendencias y las áreas a mejorar, contribuirá en gran medida a una planificación más efectiva y al desarrollo de políticas más acertadas. En este estudio se analiza la evolución de las desigualdades en el estado de salud y la utilización de la atención sanitaria de la población relacionadas con los ingresos, así como sus determinantes, a partir de los datos de encuestas nacionales representativas realizadas entre 1998 y 2008, a fin de medir la magnitud de la equidad y examinar su direccionalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio de país se emplearon los métodos descritos en el artículo metodológico publicado en esta sección especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública* y los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (PNAD), realizada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. La PNAD recopila información tanto de los hogares como de las personas y se realiza anualmente desde la década de 1960. Cada cinco años, a partir de 1998, la encuesta a la población se acompaña de un módulo temático, diseñado para recabar información sobre las condiciones de salud de la población. En este estudio se utiliza la información sobre la situación demográfica y socioeconómica, así como sobre el estado de salud y la utilización de la atención sanitaria de las encuestas correspondientes a 1998, 2003 y 2008, que incluían un módulo de salud.

La muestra de hogares evaluada es representativa del país y se basa en las proyecciones demográficas del Censo Demográfico Brasileño, de manera que puede ampliarse mediante factores de expansión para representar a la pobla-

ción. Se utilizó un muestreo probabilístico en tres etapas: los municipios, los sectores del censo y la muestra de hogares. Cada año, la muestra varía según los factores de expansión aplicados (estrato, peso de la muestra y conglomerado) y la definición legal de los entornos urbanos o rurales, que se basan a su vez en el censo demográfico anterior (20).

En cuanto al módulo de salud, hubo cambios en la recopilación de datos relacionados con las enfermedades crónicas con respecto a la encuesta de 1998. Ese año, los encuestados notificaban las enfermedades crónicas sin necesidad de tener un diagnóstico por parte de un profesional de la salud. En las encuestas de 2003 y 2008, la pregunta se cambió de manera que las personas notificaran solamente las enfermedades crónicas con diagnóstico médico previo. Este cambio en la formulación de esa pregunta comprometió la comparabilidad de esta variable entre 1998 y los años siguientes, dado que los patrones de respuesta de los quintiles de menor nivel socioeconómico y de mayor nivel socioeconómico también han cambiado, probablemente debido a un acceso diferencial a los servicios de atención sanitaria en estos grupos. Por consiguiente, aunque las enfermedades crónicas se analizan en este estudio, no se incluyen como variable de necesidad en la medición de la inequidad en la utilización de la atención sanitaria.

La base de datos de la PNAD de 1998 abarca información de 344 975 personas de 90 913 hogares, mientras que las bases de datos de la PNAD de 2003 y 2008 contienen información de 384 834 y 391 868 personas de 107 846 y 118 138 hogares, respectivamente (20). Las variables seleccionadas de esas tres bases de datos para el análisis de la equidad son: edad, sexo, raza/etnia, nivel de educación alcanzado, actividad económica, ingresos del hogar, número de residentes en el hogar, tipo de familia, área rural o urbana, región de residencia, cobertura por un seguro de salud, estado de salud autoevaluado, limitaciones físicas, enfermedades crónicas, probabilidad y número de consultas médicas, probabilidad de consultas odontológicas, probabilidad de hospitalización y número de días de hospitalización (cuadro 1).

Los datos de los hogares se fusionaron con la base de datos individuales de cada período analizado, mediante variables clave de asociación. Todas las variables con valores numéricos faltantes se re-

codificaron como datos perdidos. Los ingresos del hogar se transformaron en ingresos del hogar per cápita de adultos equivalentes. Para evitar dificultades en el análisis y mejorar la comparabilidad entre los países, que recopilan los datos de diferentes grupos de edad, solo se utilizaron los datos de personas de 18 años de edad o más.

RESULTADOS

Para cada variable de estado de salud y utilización de servicios de salud estudiada se presenta la distribución por quintiles, la curva de concentración y el índice de concentración. El análisis de las bases de datos del PNAD y de las variables mostradas en el cuadro 2 confirma las tendencias demográficas, ya publicadas, en el sentido de que la población está envejeciendo, está mejor educada y disfruta de mayores tasas de empleo (21).

En cuanto al estado de salud, las personas de los quintiles de menores ingresos, en general, informaron peor estado de salud y dificultades físicas graves más frecuentemente que las personas con mayores ingresos (cuadro 3). Se debe resaltar que todos los grupos de ingresos informaron haber tenido peor estado de salud en 2008 que en 2003; por su parte, las personas de los grupos de mayores ingresos informaron más enfermedades crónicas que las personas de menores ingresos en 2008 con respecto a 2003 (cuadro 3). Posiblemente, un mejor acceso a la atención sanitaria y una mejor percepción de su estado de salud han contribuido a que la tendencia haya sido a la disminución en el informe de enfermedades crónicas en los grupos de mayores ingresos y al aumento en los grupos de menores ingresos. En 1998, en contraste, los de menor nivel socioeconómico notificaron más enfermedades crónicas que los de mayor nivel socioeconómico. Esta discrepancia probablemente se debe al cambio en la pregunta de la encuesta, que en 1998 no requería de un diagnóstico médico, como sí se requería en 2003 y 2008, y se sabe que las personas de menores ingresos tienden a tener menos acceso a los profesionales de la salud para el diagnóstico.

Las curvas de concentración para los resultados en materia de salud, disponibles en el [material suplementario](#), ilustran claramente los cambios en esta variable. Las curvas de 1998 muestran

⁴ El concepto de salario mínimo se creó con la Constitución Brasileira de 1934 para proteger a los trabajadores frente a los salarios demasiado bajos. En 1988, la nueva Constitución redefinió como salario mínimo el que cubre las necesidades esenciales de una familia, incluidos el alojamiento, la comida, la educación, la salud, la diversión, la ropa, la higiene, el transporte y la seguridad social, y llamó a su ajuste periódico para preservar el poder adquisitivo.

CUADRO 1. Descripción de las variables para el análisis de la equidad en salud, Encuesta Nacional de Hogares, Brasil, 1998, 2003 y 2008

Variable	Descripción
Estado de salud	
Estado de salud autoevaluado	Categoría: En general, ¿cómo considera su estado de salud?: 1) muy bueno, 2) bueno, 3) regular, 4) malo, 5) muy malo
Limitaciones físicas	Categoría: En general, tiene dificultad debido a algún problema de salud para: 1) comer, tomar un baño o ducha, o usar el baño; 2) correr, levantar objetos pesados, practicar deportes o trabajar en una tarea extenuante; 3) empujar una mesa o arreglar cosas en el hogar; 4) caminar en subida o subir escaleras; 5) agacharse o arrodillarse; 6) caminar más de 1 km; 7) caminar 100 m Para cada pregunta las posibles respuestas eran: 1) no puedo hacer la tarea, 2) fuerte limitación, 3) alguna limitación, 4) sin limitación
Enfermedades crónicas	Categoría: ¿Tiene alguno de los siguientes problemas crónicos de salud física o mental? 1) dolor de espalda, 2) artritis o reumatismo, 3) cáncer, 4) diabetes, 5) bronquitis o asma, 6) hipertensión, 7) enfermedad cardíaca, 8) enfermedad renal crónica, 9) depresión, 10) tuberculosis, 11) tendinitis, 12) cirrosis. Sí o no.
Utilización de la atención sanitaria	
Consultas médicas	Categoría: ¿Tuvo alguna consulta médica en los últimos 12 meses? Sí o no. Numérica: ¿Cuántas veces fue a una consulta médica en los últimos 12 meses?
Consultas odontológicas	Categoría: ¿Cuándo fue su última consulta odontológica? 1) el último año, 2) hace 1–2 años, 3) hace 3 años o más, 4) nunca
Hospitalización	Categoría: ¿Tuvo alguna hospitalización durante los últimos 12 meses? Sí o no. Numérica: Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo internado en su última hospitalización?
Nivel de vida	
Ingresos	Continua: ingresos del hogar por mes por adulto
Raza/etnia	Categoría: autoinforme de raza/etnia: 1) blanca, 2) negra, 3) mixta, 4) oriental, 5) indígena
Nivel de educación	Categoría: ¿Cuál es el nivel más alto de educación alcanzado? 1) ninguno, 2) primario, 3) secundario, 4) escuela superior o más
Años de educación	Numérica: ¿Cuántos años de educación recibió?
Región geográfica	Categoría: área geográfica de residencia: 1) norte, 2) noreste, 3) sur, 4) sudeste, 5) centro oeste
Área de residencia	Categoría: área de residencia: 1) urbana, 2) rural
Tipo de familia	Categoría: tipo de familia: 1) pareja sin hijos, 2) pareja con hijos, 3) hogar monoparental, 4) otro tipo de familia
Actividad económica	Categoría: 1) empleado, 2) desempleado, 3) empleado por cuenta propia, 4) trabajo en el hogar, 5) retirado, 6) estudiante, 7) otro
Seguro de salud privado	Categoría: Sí o no
Tamaño del hogar	Numérica: número de personas que viven en el hogar

una distribución a favor de las personas con menor nivel socioeconómico (encima de la línea de igualdad) para las tres variables de resultados: presencia de limitaciones físicas, estado de salud autoevaluado peor que bueno y presencia de al menos una enfermedad crónica. En 2003 y 2008, la distribución de las enfermedades crónicas cambió y las curvas para esos años quedaron muy cerca de la línea de igualdad. En 2008, la curva de enfermedades crónicas cruzó la línea de igualdad en la marca correspondiente al 40% de menor nivel socioeconómico. Los índices de concentración para las variables estado de salud autoevaluado peor que bueno y limitaciones físicas no resultaron estadísticamente significativos

(cuadro 4). Por su parte, los índices de concentración para enfermedades crónicas fueron significativos y favorecieron a las personas de mayor nivel socioeconómico en 2003 (0,0514) y en 2008 (0,0482), pero la diferencia entre 2008 y 2003 no resultó estadísticamente significativa.

En el período analizado, disminuyeron lentamente las diferencias en la probabilidad e intensidad de la utilización de las consultas médicas, días de hospitalización y probabilidad de consultas odontológicas en las personas de diversos niveles socioeconómicos. Las curvas de concentración para la utilización de la atención sanitaria en 1998, 2003 y 2008 ilustran esta disminución (ver [material suplementario](#)). Salvo en la probabilidad

de hospitalización, todas las otras variables de utilización muestran curvas de distribución a favor de las personas con mayor nivel socioeconómico, por debajo de la línea de igualdad. La curva para la probabilidad de hospitalización está muy cerca de la línea de igualdad y cruza la línea de igualdad en todos los años. Se debe mencionar que entre 1998 y 2008 se redujo la distancia entre todas las curvas de utilización de la atención sanitaria y la línea de igualdad, lo que indica que se redujo la desigualdad en ese período. La tendencia observada en las curvas de concentración se confirmó con los índices estandarizados de concentración (IH) para 1998, 2003 y 2008 (cuadro 4), lo que refleja cambios históricos en la reducción de las desigualdades en la utilización de los servicios de atención sanitaria relacionadas con los ingresos en ese período, específicamente para la probabilidad de consultas médicas (0,072; 0,065; 0,052, respectivamente), el número total de consultas médicas (0,120; 0,103; 0,087, respectivamente) y la probabilidad de consultas odontológicas (0,227; 0,199; 0,159, respectivamente). Excepto para los IH de los días de hospitalización y la probabilidad de hospitalización, que no fueron estadísticamente significativos en los tres años estudiados, los IH de las otras variables de utilización resultaron significativas, lo mismo que sus diferencias, en todo el período de estudio (cuadro 4).

En la figura 1 se presentan los resultados del análisis de descomposición para todas las variables de utilización estadísticamente significativas, que demostró que los principales determinantes de las desigualdades en la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos (IH) fueron el tener un seguro de salud privado, los ingresos del hogar y el nivel de educación alcanzado en general. Tener un seguro de salud privado fue el principal determinante de la inequidad para la probabilidad y la intensidad de las consultas médicas, seguido de los ingresos y la educación. En el caso de la probabilidad de consultas odontológicas, los principales factores que contribuyeron a la inequidad fueron los ingresos y la educación, seguidos por la cobertura con un seguro de salud privado. La región del país y el área de residencia también contribuyeron a la inequidad en la utilización de la atención sanitaria, especialmente para las consultas médicas. Esto probablemente se

CUADRO 2. Estadísticas descriptivas de la Encuesta Nacional de Hogares, Brasil, 1998, 2003 y 2008

Variable	1998		2003		2008	
	No.	%	No.	%	No.	%
Edad (años)						
18–34	95 168	45,6	110 185	44,8	108 687	41,7
35–44	44 668	21,4	51 477	20,9	53 719	20,6
45–64	49 746	23,8	61 146	24,8	70 875	27,2
65–74	12 368	5,9	14 818	6,0	16 875	6,5
≥ 75	6 628	3,2	8,493	3,4	10 293	4,0
Sexo						
Masculino	99 399	47,6	117 174	47,6	123 864	47,6
Femenino	109 210	52,4	129 012	52,4	136 585	52,4
Estado de Salud						
Muy malo	1 955	0,9	1 989	0,8	2 578	1,0
Malo	9 194	4,4	9 684	3,9	10 623	4,1
Regular	48 706	23,4	57 670	23,4	62 482	24,0
Bueno	104 101	49,9	128 700	52,3	137 618	52,8
Muy bueno	44 598	21,4	48 118	19,5	47 148	18,1
Limitaciones físicas						
Ninguna	144 572	69,3	174 777	71,0	179 180	68,8
Moderada	51 858	24,9	57 480	23,3	63 349	24,3
Grave	12 179	5,8	13 929	5,7	17 920	6,9
Enfermedad crónica						
Ninguna	115 878	55,5	148 295	60,2	156 612	60,1
Alguna	92 731	44,5	97 891	39,8	103 837	39,9
Raza						
Blanca	110 927	53,2	121 847	49,5	119 728	46,0
Negra	13 280	6,4	16 830	6,8	21 171	8,1
Oriental	950	0,5	1 007	0,4	1 365	0,5
Mixta	82 981	39,8	105 956	43,0	117 308	45,0
Indígena	471	0,2	546	0,2	877	0,3
Educación						
Sin educación	44 391	21,3	53 477	21,7	47 353	18,2
Primaria	101 619	48,7	104 185	42,3	97 108	37,3
Secundaria	20 163	9,7	25 760	10,5	31 000	11,9
Escuela superior o más	42 436	20,3	62 764	25,5	84 988	32,6
Actividad laboral						
Empleado	200 154	95,9	234 260	95,2	250 568	96,2
Desempleado	8 455	4,1	11 926	4,8	9 881	3,8
Trabajo en el hogar	11 863	5,7	14 667	6,0	14 878	5,7
Por cuenta propia	29 770	14,3	35 050	14,2	36 254	13,9
Otro	344	0,2	380	0,2	643	0,2
Estudiante	9 914	4,8	14 143	5,7	10 976	4,2
Retirado	21 569	10,3	26 387	10,7	28 271	10,9
Seguro de salud privado						
No	153 253	73,5	182 465	74,1	190 654	73,2
Sí	55 338	26,5	63 709	25,9	69 795	26,8
Localización						
Urbana	173 772	83,3	213 195	86,6	222 256	85,3
Rural	34 837	16,7	32 991	13,4	38 193	14,7
Región geográfica						
Norte	14 558	7,0	25 173	10,2	31 251	12,0
Noreste	62 706	30,1	77 411	31,4	81 757	31,4
Centro oeste	22 553	10,8	26 791	10,9	28 758	11,0
Sur	36 619	17,6	40 612	16,5	40 065	15,4
Sudeste	72 173	34,6	76 199	31,0	78 618	30,2
Tipo de familia						
Pareja sin hijos	25 059	12,0	32 397	13,2	40 411	15,5
Pareja con hijos	133 606	64,0	149 645	60,8	149 869	57,5
Madre con hijos	29 957	14,4	38 427	15,6	40 628	15,6
Otro	19 987	9,6	25 717	10,4	29 541	11,3
Tamaño del hogar	3,90		3,68		3,51	

DISCUSIÓN

Los resultados de las distribuciones por quintiles, presentadas en el cuadro 3, indican que la población brasileña informó un peor estado de salud y más limitaciones físicas en 2008 en comparación con 2003. Los índices de concentración para estas variables durante todos los años estudiados (cuadro 4) no resultaron estadísticamente significativos, lo que reduce las posibilidades de interpretar las tendencias para estas variables en cuanto a la equidad en el período estudiado. La distribución de las enfermedades crónicas en quintiles muestra un aumento en los tres primeros y una disminución en el cuarto y quinto quintiles entre 2003 y 2008. También, los índices de concentración de la variable enfermedad crónica para ambos años favorecen a las personas de mayor nivel socioeconómico, si bien la tendencia entre 2003 y 2008 no está clara, dado que la diferencia entre estos dos años no fue significativa.

Se observa una tendencia positiva en relación con la equidad en la utilización de los servicios de salud entre 1998 y 2008, probablemente debido a la consolidación del sistema público de salud con cobertura universal, que parece haber alcanzado mayor madurez después de dos decenios de implementación (1988–2008). La disminución observada en las desigualdades en la utilización de los servicios médicos y odontológicos relacionadas con los ingresos puede deberse, en parte, al mejor acceso a estos servicios por parte de la población, principalmente de las personas con menor nivel socioeconómico, gracias a iniciativas públicas, como el Programa de Agentes de Salud Comunitaria (PACS) y el Programa de Salud Familiar (PSF). Estos programas se han aplicado en la mayoría de los municipios del país y buscan promover un mejor acceso a la atención sanitaria, mejores condiciones de vida y la atención preventiva. De 1994 a 2002, en Brasil se verificó una expansión agresiva en la cobertura del PACS y del PSF, que llegó a 53% y 34% de la población, respectivamente. Las coberturas de estos programas continuaron creciendo entre los años 2002 y 2008, pero a una tasa mucho menor, hasta llegar a 61% y 49%, respectivamente. Esta expansión se relacionó inversamente con las tasas de mortalidad infantil en el país, que se redujeron de 34 por 1 000

debió a las diferencias en la infraestructura de las diferentes regiones y entre las zonas urbanas y rurales, tal como se planteó en la hipótesis. Los modelos que evaluaron la influencia de los estados

dentro de cada región, como factores determinantes de las desigualdades en la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos, no mostraron diferencias significativas.

CUADRO 3. Distribución estandarizada por quintiles de las variables de salud y atención sanitaria, Encuesta Nacional de Hogares, Brasil, 1998, 2003 y 2008

Variable	Año	Media	Quintil				Mayor nivel socio-económico
			Menor nivel socio-económico	Segundo	Tercero	Cuarto	
Estado de salud							
Peor que buena por autoevaluación	1998	0,2870	0,3586	0,3640	0,2997	0,2461	0,1666
	2003	0,2817	0,3485	0,3380	0,3140	0,2458	0,1622
	2008	0,2906	0,3630	0,3410	0,3227	0,2545	0,1718
Cualquier limitación física	1998	0,3070	0,3467	0,3679	0,3110	0,2739	0,2354
	2003	0,2901	0,3047	0,3202	0,3170	0,2721	0,2363
	2008	0,3120	0,3263	0,3436	0,3429	0,2985	0,2489
Cualquier enfermedad crónica	1998	0,4445	0,4704	0,4817	0,4476	0,4216	0,4014
	2003	0,3976	0,3537	0,3965	0,4130	0,4098	0,4151
	2008	0,3987	0,3621	0,3986	0,4202	0,4086	0,4040
Utilización de la atención sanitaria							
Cualquier consulta médica	1998	0,5848	0,5185	0,5598	0,5685	0,6006	0,6763
	2003	0,6459	0,5742	0,6088	0,6346	0,6668	0,7452
	2008	0,6964	0,6339	0,6660	0,6911	0,7134	0,7774
Número total de consultas médicas	1998	2,3928	2,0079	2,2932	2,3360	2,4912	2,8358
	2003	2,7156	2,3643	2,5415	2,6607	2,8029	3,2088
	2008	3,0332	2,7120	2,8667	3,0265	3,0919	3,4691
Cualquier hospitalización	1998	0,0839	0,1014	0,0929	0,0794	0,0730	0,0728
	2003	0,0807	0,0926	0,0825	0,0780	0,0732	0,0770
	2008	0,0794	0,0891	0,0816	0,0776	0,0731	0,0757
Número total de días de internación	1998	0,5409	0,6241	0,6460	0,5644	0,4551	0,4150
	2003	0,5086	0,5761	0,4933	0,5292	0,4740	0,4701
	2008	0,5557	0,5967	0,5882	0,5818	0,5093	0,5027
Cualquier consulta odontológica	1998	0,3316	0,1991	0,2337	0,2947	0,3817	0,5489
	2003	0,3771	0,2518	0,2868	0,3297	0,4247	0,5927
	2008	0,3900	0,2917	0,3108	0,3464	0,4260	0,5749

nacidos vivos en 1994 a 16 por 1 000 en 2006 (19).

Otros estudios respaldan los resultados presentados aquí (5, 22, 23). Es importante resaltar que, si bien estos resultados demuestran que las desigualdades en la utilización de los servicios médicos y odontológicos relacionadas con los ingresos están disminuyendo lentamente en el país, todavía son significativas. En otras palabras, la brecha entre las personas con mayor nivel socioeconómico

y las de menor nivel socioeconómico todavía es grande y estos últimos informan tener un peor estado y más problemas de salud que los primeros, a pesar de que utilizan menos los servicios de atención sanitaria. Dada la universalidad del sistema de salud brasileño, puede sugerirse equivocadamente que el comportamiento de las personas frente a la atención sanitaria puede contribuir a la desigualdad existente. No obstante, el comportamiento de las personas está

estrechamente vinculado a algunas características del sistema de salud, como la calidad, el suministro y la distribución de los servicios de salud (24). Si se toma en cuenta que los problemas de acceso son en realidad mencionados por la población como una barrera para registrarse en los programas de protección social, el comportamiento de las personas frente a la utilización de la atención sanitaria no parece ser la explicación más verosímil para la brecha existente (25, 26).

Los resultados de este estudio también arrojaron alguna luz sobre las condiciones existentes bajo la promoción del acceso pseudouniversal a la atención de salud. Aproximadamente 75% de la población depende exclusivamente del sistema público de salud, mientras que solo 25% de la población, que está en el estrato más alto de ingresos, está cubierto por un seguro de salud privado. Esta situación ilustra el grado de segmentación del sistema de salud brasileño, que contribuye a las desigualdades en la salud y la utilización de atención sanitaria relacionadas con los ingresos. Las desigualdades encontradas en el suministro y la utilización de los servicios de salud, que benefician a las personas con mayor nivel socioeconómico y a las que cuentan con un seguro de salud privado, confirman los resultados de otros estudios (22, 27).

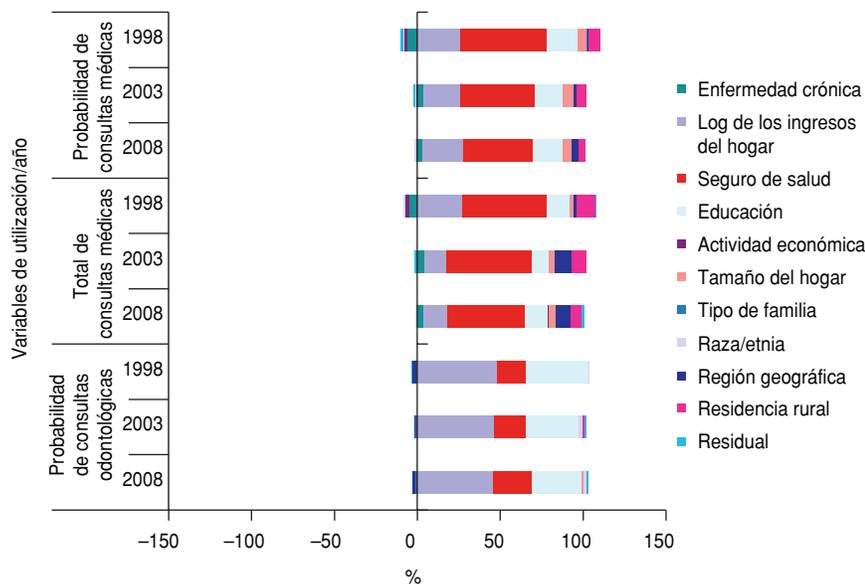
Esta investigación presenta importantes limitaciones que deben tomarse en cuenta, entre ellas que se usó información proveniente de autoinformes, específicamente para los resultados de salud y las medidas de utilización de la atención sanitaria; los cambios efectuados en la pregunta de la encuesta para enfermedades crónicas dificultaron la

CUADRO 4. Índices de concentración para las variables de estado de salud y utilización de la atención sanitaria, Encuesta Nacional de Hogares, Brasil, 1998, 2003 y 2008

Variable	1998		2003		2008		Diferencia en el IH	
	IC	IH	IC	IH	IC	IH	1998–2003	2003–2008
Estado de salud autoevaluado (peor que buena)	-0,1460	-0,1064	-0,1432	-0,1333	-0,1408	-0,1312	-0,0270 ^a	0,0022 ^a
Limitaciones físicas (cualquiera)	-0,0880	-0,0398	-0,0591	-0,0420	-0,0571	-0,0385	-0,0022 ^a	0,0035 ^a
Enfermedad crónica (cualquiera)	-0,0397	0,0028	0,0252 ^a	0,0514 ^a	0,0185 ^a	0,0482 ^a	0,0486 ^a	-0,0032
Consulta médica (probable)	0,0514 ^a	0,0724 ^a	0,0518 ^a	0,0653 ^a	0,0398 ^a	0,0518 ^a	-0,0071 ^a	-0,0135 ^a
Consultas médicas (total)	0,0656 ^a	0,1200 ^a	0,0581 ^a	0,1030 ^a	0,0429 ^a	0,0868 ^a	-0,0170 ^a	-0,0162 ^a
Hospitalización (probable)	-0,0767	-0,0104	-0,0470	0,0128	-0,0411	0,0189	0,0231 ^a	0,0061
Hospitalización (días)	-0,0856	0,0239	-0,0367	0,0623	-0,0413	0,0430	0,0383 ^a	-0,0192 ^a
Consulta odontológica (probable)	0,2228 ^a	0,2266 ^a	0,1873 ^a	0,1988 ^a	0,1472 ^a	0,1590 ^a	-0,0278 ^a	-0,0398 ^a

IC: índice de concentración; IH: índice de inequidad horizontal.

^a Diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

FIGURA 1. Descomposición de la inequidad en la utilización de la atención sanitaria, relacionada con los ingresos, Encuesta Nacional de Hogares, Brasil, 1998, 2003 y 2008

comparación entre los años estudiados; y la falta de variables para evaluar la calidad de la atención sanitaria afectó el análisis del acceso y la utilización de los servicios de atención sanitaria. Las medidas de salud que se obtienen por autoinforme están determinadas, en sí mismas, por la utilización de la atención sanitaria. Por consiguiente, las personas con niveles bajos de utilización tienen menos probabilidad de informar problemas de salud —como las enfermedades crónicas— que, de otro modo, se diagnosticarían. También puede haber sesgo por posibles diferencias entre el estado de salud real de las personas y el que informan, que se pueden deber a diferentes expectativas de salud, procesos cognitivos diversos, variaciones entre los grupos socioeconómicos, diferencias en las normas culturales, conocimientos, información, género o cualquier otro fac-

tor que pueda influir en las percepciones y la comprensión que el entrevistado tiene sobre sus problemas de salud (28). Si bien la encuesta suministra abundante información sobre las características personales y del hogar, no estaba diseñada específicamente para evaluar la equidad relacionada con la salud y la atención sanitaria. Los datos disponibles y los métodos empleados para este estudio se limitan a la información sobre diferencias en la utilización de la atención sanitaria; por consiguiente, no se puede evaluar la calidad o lo adecuado de esa atención. Dada la importancia de la calidad de la atención sanitaria para el acceso y la utilización de los servicios de salud, deben investigarse las dimensiones relacionadas con la calidad de los servicios de salud. Lamentablemente, la PNAD no busca suficiente información sobre la calidad para hacer esa evaluación.

A pesar de los posibles sesgos, el empleo de una muestra tan grande en este estudio garantiza estimados con alta precisión. Además, estos resultados se deben interpretar como una única dimensión de las desigualdades socioeconómicas en la salud y la utilización de la atención sanitaria. Deben aplicarse otros métodos para complementar y apoyar estos resultados.

Desde la perspectiva de las políticas sanitarias, este artículo brinda datos probatorios importantes sobre la dirección de la equidad en el sistema de salud brasileño en el período 1998–2008, que pueden ayudar en la toma de decisiones para que se amplíen o modifiquen las políticas y programas que pueden reducir, aun más, las grandes desigualdades en la salud y la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos que todavía persisten en el país. Aunque el sistema público de salud parece haber tenido una repercusión positiva sobre la equidad en la salud y la atención sanitaria desde su creación, todavía queda mucho por hacer si se quiere garantizar el ideal del acceso universal a la atención sanitaria.

Para mejorar la información científica relacionada con la equidad y la universalidad del sistema de salud brasileño, estos resultados se deben complementar con estudios sobre la calidad de la atención sanitaria, el financiamiento de los sistemas de salud, el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico de los hogares brasileños.

Financiamiento. Este estudio fue financiado por el Proyecto de Equidad en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe (EquiLAC) de la Organización Panamericana de la Salud.

Conflictos de interés. Ninguno.

REFERENCIAS

- Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. En: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, eds. *Saúde e democracia—história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. Pp. 27–58.
- Costa NR. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. En: Negri B, Di Giovanni G, eds. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001. Pp. 307–21.
- Mobarak A, Rajkumar A, Cropper M. The political economy of health services provision and access in Brazil. Working paper. Washington, D.C.: World Bank; 2004.
- Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra M. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv*. 2000;30(1):129–62.
- Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Colet*. 2006;11(4):975–86.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C. Género, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2002;7(4):687–707.
- Pan American Health Organization. *Health in the Americas*. Vol. II. Washington, D.C.:

- PAHO; 2002. (Scientific and technical publication 587).
8. Campino A, Diaz M, Paulani L, Oliveira R, Piola S, Nunes, A. Health system inequalities and poverty in Brazil. En: Investment in health: social and economic returns. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2001. Pp. 143–60. (Scientific and technical publication 582).
 9. Rodrigues P, Santos I. Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. 1.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2008.
 10. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Saude Soc. 1994;3(2): 5–21.
 11. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. En: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, eds. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. Pp. 59–81.
 12. Brasil, Ministério da Saúde. Norma operacional básica do sistema único de saúde (NOB-SUS 1996). Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 13. Brasil, Ministério da Saúde. Pacto pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 14. Negri B, Viana ALD. O sistema único de saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002.
 15. Bahia L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. En: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, eds. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. Pp. 407–50.
 16. Arretche M, Marques E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. En: Hochman G, Arretche M, Marques E, eds. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. Pp. 173–204.
 17. Rinne J. Mejorando el desempeño del sector salud en Brasil: comparación entre distintos modelos de hospitales. Rev CLAD Reforma Democracia. 2007;37:101–40.
 18. Diniz BPC, Servo LMS, Piola SF, Eirado M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. En: Silveira FG, Servo LMS, Menezes T, Piola SF, eds. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Vol. II. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007. Pp. 143–67.
 19. Medici A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. En: Bacha EL, Schwartzman S, eds. Brasil: A nova agenda social. Rio de Janeiro: Editora LTC; 2011. Pp. 21–88.
 20. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Disseminação de Informações/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1998, 2003, 2008.
 21. Nishijima M, Biasoto G Jr. The health financing patterns in American countries. En: Biasoto G Jr., Silva PLB, Dain S, eds. Health sector regulation in Americas: relations among public and private in a systemic approach. Brasília: Pan American Health Organization; 2006. Pp. 107–140.
 22. Guanais FC. Progress in a land of extremes. Br Med J. 2010;341:1198–201.
 23. Cataife G, Courtemanche C. Is universal health care in Brazil really universal? Working Paper. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economical Research; 2011. Disponible en: http://www.uncg.edu/bae/people/courtemanche/documents/papers/brazil_HE.pdf Acceso el 22 de febrero de 2011.
 24. Paim J, Travassos C, Almeida C, MacInno J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377:1778–97.
 25. Brasil, Instituto Polis. Pesquisa de opinião com beneficiários do Programa Bolsa Família. En: Vaitzman J, Paes-Sousa R, eds. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados. Vol. II. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2007.
 26. Brasil, Ministério da Saúde, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2008.
 27. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. The public-private mix in the Brazilian Health System: financing, delivery and utilization of health services. Cienc Saude Colet. 2008;13(5): 1431–40.
 28. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJ, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. Geneva: World Health Organization; 2000.

Manuscrito recibido el 1 de marzo de 2012. Versión revisada aceptada para publicación el 29 de noviembre de 2012.

ABSTRACT

Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008

Objective. To analyze the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system between 1998 and 2008.

Methods. Data from the National Household Sampling Surveys of 1998, 2003, and 2008 were used to analyze inequalities in health and health care. Health was measured by self-reported health status, physical limitations, and chronic illness. Hospitalization and physician and dentist visits were proxies for health care utilization. Income was a proxy for socioeconomic status. Concentration indices were calculated before and after standardization for all dependent variables. Decomposition analysis was used to identify the main determinants of inequality in health care utilization.

Results. In all three periods analyzed, the poor reported worse health status, while the wealthy reported more chronic diseases; health care utilization was pro-rich for medical and dental services. Yet, income-related inequality in health care utilization has been declining. Private health insurance, education, and income are the major contributors to the inequalities identified.

Conclusions. Income-related inequality in the use of medical and dental health care is gradually declining in Brazil. The decline is associated with implementation of pro-equity policies and programs, such as the Community Health Agents Program and the Family Health Program.

Key words

Equity in access; equity in health; health systems; health policy; Brazil.