

Investigación original / Original research

Medición e interpretación de las desigualdades en la salud y la atención sanitaria en Jamaica, 2004 y 2007*

Ewan Scott¹ y Karl Theodore¹

Forma de citar (artículo original)

Scott E, Theodore K. Measuring and explaining health and health care inequalities in Jamaica, 2004 and 2007. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):116–21.

RESUMEN

Objetivo. Medir y explicar las desigualdades y las inequidades del sistema de salud de Jamaica a fin de obtener evidencia que apoye el desarrollo, el seguimiento y la evaluación de las políticas de salud.

Métodos. Se usaron los datos de la Encuesta sobre Condición de Vida en Jamaica de 2004 y 2007, representativas del país. Se midieron las desigualdades relacionadas con los ingresos mediante curvas e índices de concentración de tres variables de resultados en salud (probabilidad de enfermedad o lesión, duración de la última enfermedad y autoevaluación del estado de salud) y dos variables de utilización de servicios (probabilidad de recibir atención sanitaria y número de consultas sanitarias). Se utilizaron sus contrapartes estandarizadas para medir las inequidades. Con la descomposición del índice de concentración se explica la contribución de los factores socioeconómicos y demográficos a las desigualdades.

Resultados. La probabilidad de enfermar y la duración de la enfermedad se concentraron en la población de menores ingresos, con una clara desigualdad a favor de las personas de mayores ingresos en la utilización de los servicios de salud. Estas desigualdades e inequidades crecieron en el período 2004–2007. El nivel del bienestar doméstico fue el factor único que más contribuyó a estas desigualdades; otros factores que contribuyeron de manera significativa para los resultados en salud fueron el desempleo y la ubicación rural y, para la utilización de los servicios, tener seguro de salud.

Conclusiones. A pesar de las medidas tomadas en Jamaica relacionadas con la equidad en la salud, las desigualdades en los resultados en salud y en la atención sanitaria relacionadas con los ingresos han aumentado y el grupo de población que más necesita los servicios de salud es el que menos los usa. El país requiere programas más innovadores orientados a mejorar la equidad en salud.

Palabras clave

Equidad en salud; equidad en el acceso; sistemas de salud; economía de la salud; política de salud; Jamaica.

Como muchos países de América Latina y el Caribe, Jamaica continúa luchando para mejorar el desempeño de su sistema de salud en el contexto del insuficiente crecimiento económico de

la última década. El producto interno bruto de Jamaica era de US\$ 9 000 per cápita en 2011 y el país está clasificado como de ingresos medios. El gasto sanitario privado representa poco menos de la mitad del gasto total en salud en Jamaica. El país no tiene planes de seguro de salud obligatorio y la cobertura por un seguro privado, que es en gran

parte pagado por los empleadores, aumentó de 18,4% a 21,2% en el período 2004–2007. El sistema público de salud es el principal proveedor de servicios de atención sanitaria para la población de menores ingresos y los gobiernos se han comprometido con políticas y programas encaminados a mejorar el estado de salud de los pobres y a garantizar un

¹ University of the West Indies, Centre for Health Economics, St. Augustine, Trinidad y Tobago. La correspondencia se debe dirigir a Ewan Scott. Correo electrónico: ewan.scott@sta.uwi.edu

*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.

acceso más equitativo a los servicios de atención sanitaria.

En el centro de estos esfuerzos se encuentra el principio de la equidad horizontal, es decir, igual tratamiento para igual necesidad. Este principio ha llevado a iniciativas tales como el Programa de Medicamentos para Ancianos de Jamaica en 1996, el Fondo Nacional de Salud en 2003 y la eliminación de las tarifas que los usuarios deben pagar en los establecimientos de salud pública en 2008 (1–3), todas destinadas a reducir la carga financiera que representa para las personas la atención sanitaria y a mejorar el acceso a los servicios. Estas iniciativas han tenido resultados dispares y no todos los interesados directos estaban totalmente felices con su puesta en marcha y sus consecuencias no deseadas (4–6). El Fondo Nacional de Salud —que subsidia el costo del tratamiento de un grupo de enfermedades, entre ellas el asma, la diabetes, el cáncer de mama, la hipertensión arterial, la artritis y el glaucoma, y brinda financiamiento para equipos y para mejorar la infraestructura sanitaria (1, 2)— es financiado parcialmente por el Plan de Seguro Nacional. Sin embargo, los sindicatos criticaron el ajuste a las deducciones efectuadas por este plan (4) y la eliminación de las tarifas que pagan los usuarios provocó que algunos interesados directos del sector salud, como la Asociación Médica de Jamaica y la Asociación de Enfermeras, se lamentaran por la presión que esto ocasionó a sus recursos (5, 6). Dada la tensión política relacionada con el establecimiento de estas políticas, tendría un valor agregado la elaboración de criterios claros para evaluar si estas medidas resultaron exitosas y son sustentables y medir los avances en el tiempo.

En función de los principios en los que se basan estos programas, evaluar si las desigualdades e inequidades en salud están disminuyendo en Jamaica brindaría una medida razonable del éxito de esas políticas. La desigualdad se evalúa mediante la distribución de los resultados reales en materia de salud y la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos, mientras que la inequidad horizontal se evalúa mediante distribuciones estandarizadas. Los resultados en materia de salud se estandarizan por la edad y el sexo, mientras que la utilización de la atención sanitaria se estandariza para la necesidad, la edad y el sexo. Estudios previos del sistema de

salud jamaicano, que emplearon datos de los primeros años de la década de 1990, investigaron esas desigualdades e inequidades (7, 8) y encontraron un patrón de inequidad en favor de los pobres en la enfermedad e inequidad a favor de los ricos en la utilización de la atención sanitaria. Otros estudios realizados en América Latina y el Caribe encontraron patrones similares (9, 10); esta paradoja está generalizada y se presenta tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, y persiste a pesar del apoyo sustancial del Estado para abordar el tema (11–13).

Los objetivos de este estudio fueron medir las desigualdades en la salud a fin de determinar si esas inequidades se han mantenido en Jamaica en el tiempo transcurrido e identificar los factores que pueden explicar los resultados encontrados. Esta investigación forma parte de un estudio más amplio sobre las desigualdades en la atención sanitaria en las Américas, comisionado por la Organización Panamericana de la Salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

En este estudio de observación se aplican herramientas analíticas a partir de datos secundarios. Se empleó la curva de concentración para ilustrar el grado de inequidad en las variables de salud; sus contrapartes numéricas —el índice de concentración (IC) y el índice de inequidad horizontal (IH)— se utilizaron para medir la magnitud de las desigualdades e inequidades. La descomposición del IC se usó para determinar las contribuciones relativas de los diversos factores a las igualdades existentes. El empleo de la curva de concentración y el IC se ha convertido en una metodología estándar

en los estudios de equidad en la salud (14, 15). En el artículo metodológico que forma parte de esta sección especial se brinda una descripción detallada de estas herramientas y su aplicación a los estudios de países.

Se utilizaron los datos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Jamaica (JSLC) de 2004 y de 2007 (16) para analizar tres variables de estado o resultado de salud (probabilidad de cualquier enfermedad o lesión, duración de la última enfermedad y probabilidad de una salud autoevaluada menos que buena) y dos variables de utilización de la atención sanitaria (probabilidad de cualquier consulta curativa a un profesional de la salud y número de consultas curativas). En el cuadro 1 se describen brevemente estas variables. El período de rememoración para el módulo de salud de la JSLC fue de cuatro semanas.

La JSLC es representativa de las viviendas no institucionales a nivel nacional y recaba datos de los hogares y las personas de un subconjunto aleatorio de aproximadamente un tercio de la muestra de las viviendas cubiertas por la Encuesta de la Población Activa (17). Esta última se basa en una muestra aleatoria estratificada en dos etapas, diseñada para seleccionar aproximadamente 1,5% de todas las viviendas de Jamaica (18). La JSLC recopila información sobre el consumo, la salud, la educación, la nutrición, la vivienda, las características demográficas y el programa de cupones para alimentos, con el objetivo principal de brindar al gobierno la información necesaria para la formulación y la planificación de políticas. La JSLC es similar a las encuestas del Estudio de Medición de Niveles de Vida en los Hogares, llevada a cabo por el Banco Mundial, pero tiene

CUADRO 1. Descripción de las variables de análisis empleadas en el estudio

Variable	Descripción ^a
Estado de salud	
Autoevaluación del estado de salud ^b	Categoría: ¿Cómo describe el estado general de su salud? Muy buena, buena, regular, mala o muy mala
Lesión o enfermedad	Categoría: Combinación de ¿ha tenido alguna lesión resultado de . . . que requirió atención médica? y ¿ha tenido alguna enfermedad que no sea una lesión? Sí o no
Duración de la enfermedad (días)	Númérica: ¿Cuánto duró su última enfermedad?
Utilización de la atención sanitaria	
Consultas curativas a personal de la salud	Categoría: ¿Ha consultado un médico, enfermero, farmacéutico, partera, curandero u otro profesional de la salud? Sí o no
Número de consultas curativas	Númérica: ¿Cuántas consultas ha hecho a un profesional de la salud?

^a Preguntas del módulo de salud de la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Jamaica.

^b Para el análisis, esta variable se transformó a un formato binario: 1 = salud menos que buena (regular, mala o muy mala), 0 = otro (muy buena o buena).

CUADRO 2. Valores medios de las variables estandarizadas y de control, Jamaica, 2004 y 2007

Variable estandarizada	Media	
	2004	2007
Edad (años)		
18-34	0,411	0,395
35-44	0,213	0,215
45-64	0,231	0,246
65-74	0,081	0,078
≥ 75	0,064	0,066
Sexo		
Masculino	0,478	0,474
Femenino	0,522	0,526
Estado de salud		
Muy bueno	0,409	0,325
Bueno	0,367	0,444
Regular	0,150	0,165
Malo	0,060	0,055
Muy malo	0,013	0,011
Limitaciones físicas		
Moderada	0,073	0,095
Grave	0,009	0,010
Cualquier enfermedad crónica	0,020	0,033
Educación		
Primaria o menos	0,174	0,140
Secundaria	0,275	0,293
Actividad		
Desempleado	...	0,337
Empleado por cuenta propia	...	0,235
Otro (estudiante)	0,034	0,039
Seguro de salud privado	0,068	0,136
Residencia rural	0,504	0,468
Estado civil	0,436	0,426
Tamaño del hogar	4,33	4,22
Estándar de vida ^a	148,3	240,2

... : variable faltante de la base de datos.

^a Según el gasto del hogar por adulto equivalente, en dólar jamaquino.

un centro de atención más definido, lo que permite ahondar en el efecto de las políticas (17).

Las bases de datos de 2004 y 2007 contienen información sobre casi 2 000 hogares, aunque el análisis se basó en las personas de 18 años o más. La utilización de la atención sanitaria se basó en las lesiones o enfermedades durante el período de referencia, a partir de lo

notificado por las personas encuestadas. Los resultados en materia de salud se estandarizaron por grupo de edad y sexo; para la utilización de la atención sanitaria, se agregaron las variables categóricas de salud autoevaluada, presencia y grado de cualquier limitación física y presencia de cualquier enfermedad crónica, como mediciones indirectas de necesidad. La medida del nivel de vida (ingresos) utilizada fue el gasto del hogar por adulto equivalente. Como controles (variables no estandarizadas) se utilizaron variables explicativas ficticias (*dummies*) para la educación, el estado de actividad económica, la residencia rural, el estado civil, la cobertura con un seguro privado de salud y el tamaño del hogar. En el cuadro 2 se muestran los valores medios de estas variables para los dos conjuntos de datos.

RESULTADOS

Los resultados para las cinco variables de salud se presentan en tres partes: la comparación por quintiles de ingresos, los valores del IC y el IH, y las contribuciones al IC.

Las curvas de concentración para las variables estandarizadas de salud indican que, según los datos de 2007, existían desigualdades relacionadas con los ingresos para las cinco variables (véase el [material suplementario](#)). Las tres variables de resultado en materia de salud presentaron desigualdades en favor de las personas con menores ingresos —sus curvas quedaron por encima de la línea de igualdad— y la duración de la enfermedad mostró un mayor grado de desigualdad que la probabilidad de enfermedad o la salud autoevaluada. Por el contrario, las curvas de probabilidad de una consulta curativa y el número

de consultas curativas se ubicaron por debajo de la línea de igualdad, lo que evidencia una desigualdad en la utilización de los servicios de atención sanitaria en Jamaica a favor de las personas con mayores ingresos. Las curvas de 2004 quedaron —con algún cruce— cerca de la línea de igualdad, lo que sugiere que el grado de inequidad en salud era pequeño en comparación con 2007, es decir, la inequidad aumentó en el lapso de tres años.

Salud y atención sanitaria por quintiles de ingresos

Al analizar las tres variables de resultado en materia de salud se observó que los dos quintiles de menores ingresos mostraron en general peor estado de salud que el promedio de la población, tanto en 2004 como en 2007 (cuadro 3). Esto significa que, independientemente de las diferencias de edad y sexo, los jamaquinos con menores ingresos tenían mayores probabilidades de lesionarse o enfermarse, estaban enfermos por más tiempo y tenían mayores probabilidades de considerar su salud menos que buena. La probabilidad de que las personas del quintil de menores ingresos informaran tener una salud menos que buena fue casi el doble que la observada en las personas del quintil de mayores ingresos en 2004 (29,4% y 17,8%, respectivamente), con una pequeña reducción en 2007. La proporción promedio de la población que reportó lesiones o enfermedades aumentó de 12,7% en 2004 a 17,4% en 2007, pero el aumento fue mayor en los dos quintiles de menores ingresos que en el resto de la población, lo que demuestra que en los tres años analizados existía una mayor carga de enfermedad en las personas con menores ingresos. La dura-

CUADRO 3. Distribución estandarizada por quintiles de las variables de salud y atención sanitaria, Jamaica, 2004 y 2007

Variable	Año	Media	20% de menores ingresos	Segundo 20% de menores ingresos	Grupo intermedio	Segundo 20% de mayores ingresos	20% de mayores ingresos
Estado de salud							
Salud autoinformada menos que buena	2004	0,226	0,294	0,250	0,217	0,198	0,178
	2007	0,230	0,299	0,228	0,225	0,210	0,185
Cualquier lesión o enfermedad	2004	0,127	0,139	0,129	0,111	0,126	0,132
	2007	0,174	0,194	0,185	0,165	0,171	0,156
Duración de la enfermedad (días)	2004	1,320	1,525	1,702	1,021	1,137	1,246
	2007	1,393	2,219	1,341	1,246	1,106	1,051
Utilización de la atención sanitaria							
Cualquier consulta curativa	2004	0,673	0,622	0,693	0,720	0,686	0,656
	2007	0,674	0,541	0,633	0,687	0,802	0,765
Número de consultas curativas	2004	0,947	0,863	1,026	0,963	0,974	0,929
	2007	0,964	0,619	0,865	1,116	1,196	1,167

CUADRO 4. Índices de concentración para las variables de estado de salud y utilización de la atención sanitaria, Jamaica, 2004 y 2007

Variable	2004		2007		Diferencia en el IH, 2007-2004
	IC	IH	IC	IH	
Estado de salud					
Salud autoinformada menos que buena	-0,129 ^a	-0,103 ^a	-0,130 ^a	-0,093 ^a	0,010 ^a
Cualquier lesión o enfermedad	-0,018 ^a	-0,002 ^a	-0,075 ^a	-0,043 ^a	-0,040 ^a
Duración de la enfermedad (días)	-0,086 ^a	-0,066 ^a	-0,194 ^a	-0,161 ^a	-0,094 ^a
Utilización de la atención sanitaria					
Cualquier consulta curativa	-0,010 ^a	0,016 ^a	0,059 ^a	0,080 ^a	0,064 ^a
Número de consultas curativas	-0,017 ^a	0,019 ^a	0,094 ^a	0,121 ^a	0,102 ^a

IC: índice de concentración; IH: índice de inequidad horizontal.
^a Valor estadísticamente significativo ($P < 0,05$).

ción de la enfermedad mostró un patrón similar: en el quintil de menores ingresos el tiempo promedio de enfermedad aumentó de 1,5 días en 2004 a 2,2 días en 2007, mientras que en el quintil de mayores ingresos disminuyó en 0,2 día; esto refleja también la mayor carga de mala salud en las personas con menores ingresos durante ese período.

El análisis del cuadro 3 también revela que son diferentes las distribuciones de las variables de utilización de la atención sanitaria y de resultado en materia de salud. En ambos años, más de 67% de las personas que notificaron una lesión o enfermedad realizó una consulta curativa por algún problema de salud. En comparación, esta proporción fue inferior en 2004, tanto en los quintiles de menores ingresos como en los de mayores ingresos, pero varió entre 68,6% y 72,0% en los tres quintiles intermedios. En 2007, este patrón se movió totalmente en favor de las personas con mayores ingresos, con un aumento de 54,1% a 63,3% en los dos quintiles inferiores y de 76,5% a 80,2% en los dos quintiles superiores. Este resultado significa que, dada la misma necesidad, los jamaíquinos con mayores ingresos tenían mayores probabilidades de tener una consulta curativa con personal sanitario. El número de consultas curativas siguió un patrón similar, lo que indica que los jamaíquinos con mayores ingresos no solamente eran más propensos a buscar atención sanitaria, sino que también lo hacían con mayor frecuencia.

Índices de desigualdad e inequidad

Todos los índices de desigualdad e inequidad no estandarizados para las cinco variables de salud presentados resultaron estadísticamente significativos (cuadro 4). Con respecto a las tres variables de estado de salud, los signos

negativos indican que la desigualdad relacionada con los ingresos, tanto la observada como corregida por la edad y el sexo, estaban a favor de las personas con menores ingresos. Aunque las diferencias en el IH fueron relativamente pequeñas entre 2004 y 2007, resultaron estadísticamente diferentes de cero, y los signos negativos para las variables cualquier lesión o enfermedad, y duración de la enfermedad reflejaron un aumento importante en la inequidad a favor de las personas con menores ingresos con respecto a tener salud mala a lo largo de esos tres años.

Los valores del IH para las dos variables de utilización de la atención sanitaria mostraron inequidad a favor de las personas con mayores ingresos en el uso de la atención sanitaria en Jamaica en 2004 y 2007. En 2004, a pesar de la ligera desigualdad a favor de las personas con menores ingresos en la probabilidad y

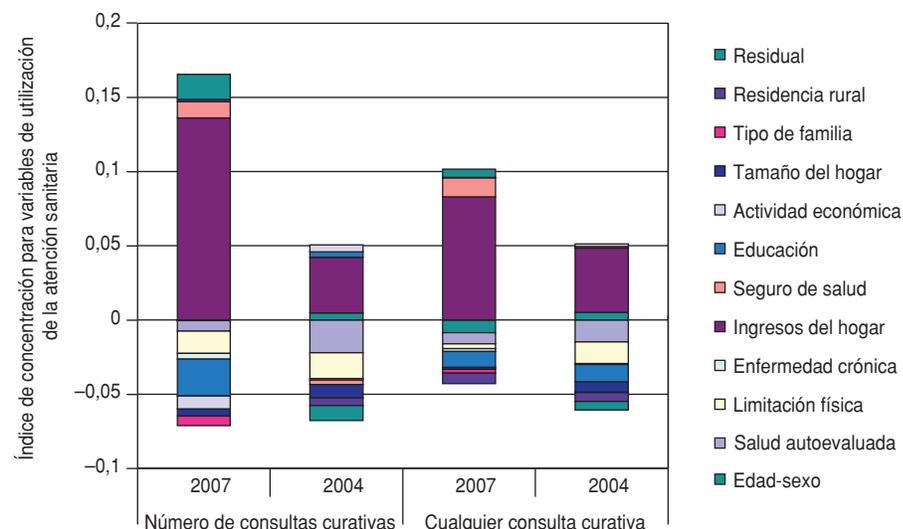
frecuencia de consultas curativas, cuando la distribución se basó en necesidades iguales se observó una inequidad a favor de las personas con mayores ingresos. El cambio en el IH para estas dos variables en 2004 y 2007 indica que la situación empeoró en ese período; el IH para el número de consultas pasó de 0,019 a 0,121, un cambio relativamente grande de 0,102 para este lapso de tres años.

Fuentes de inequidad

En la figura 1 se describe el IC para cada variable de utilización de la atención sanitaria en los dos años analizados, con las magnitudes relativas de los factores que contribuyeron a la composición de este índice. Para la probabilidad y la intensidad de las consultas de atención sanitaria, la contribución de la necesidad (la suma de las contribuciones de las variables demográficas y de enfermedad) fue negativa durante ambos años. Este resultado implica que el acceso a la atención sanitaria basado en la necesidad, inclinada a la desigualdad en favor de las personas con mayores ingresos en el uso de la atención, sea menor del que se esperaría si la necesidad no fuera uno de los principales factores determinantes del uso de la atención sanitaria. Las desigualdades restantes, después de tener en cuenta la necesidad, se ven injustificadas y contribuyen a la inequidad en la utilización de la atención sanitaria.

En la figura 1 también se observa que la distribución desigual de los ingresos

FIGURA 1. Contribución al índice de concentración de las variables de utilización de la atención sanitaria, Jamaica, 2004 y 2007



fue el principal factor que influyó en las inequidades observadas y contribuyó en gran parte a la distribución de la utilización de la atención sanitaria a favor de las personas con mayores ingresos y al aumento de la inequidad horizontal entre 2004 y 2007. Se observó un patrón similar para la cobertura con un seguro de salud, que contribuyó considerablemente a la inequidad en la utilización de la atención sanitaria a favor de las personas con mayores ingresos, más en 2007 que en 2004. La residencia rural es otro factor que contribuyó a estas inequidades. La contribución predominantemente negativa de la residencia rural significa que las desigualdades en la probabilidad y número de consultas curativas fueron menores de lo que habrían sido de no haber diferencias en los ingresos y la utilización entre las zonas rurales y urbanas de Jamaica. En otras palabras, un mejor acceso a la atención sanitaria en las zonas rurales de Jamaica reduciría la inequidad que existe a favor de las personas con mayores ingresos en la utilización de la atención sanitaria. Las actividades económicas que no se consideraron como empleo formal (por ejemplo, el desempleo, el trabajo por cuenta propia, los estudios) también contribuyeron a la desigualdad a favor de las personas con mayores ingresos en la utilización de la atención sanitaria, aunque en menor medida en 2007. La descomposición también mostró que las contribuciones de otras variables de control, como el tamaño del hogar y el tipo de familia, fueron insignificantes para ambas variables de utilización.

DISCUSIÓN

En este artículo se presenta el análisis de las desigualdades en los resultados en materia de salud y en la utilización de la atención sanitaria en Jamaica a partir de los datos de las encuestas de hogares de los años 2004 y 2007. El análisis de la equidad en salud en Jamaica se colocó en un contexto interesante, ya que el gasto de salud pública promedio en ese período fue de 2,4% del producto interno bruto, con un gasto en salud total de 4,0% (19). Estas cifras, bajas si se comparan con otros países, y el ambiente de desigualdad en los ingresos que caracteriza a América Latina y el Caribe hacían esperar desigualdades en la salud. Los estudios sobre equidad en la salud, realizados a finales de siglo tanto

en países de América Latina y el Caribe como en países desarrollados, mostraron la existencia de esas desigualdades (9, 11). Estudios más recientes encontraron que esas inequidades han persistido a lo largo de los años (13).

Los resultados mostrados aquí corroboran lo encontrado en estudios anteriores realizados en Jamaica (7, 8), pero también dan una idea sobre el origen de esas inequidades. Se encontró que la probabilidad de enfermar y la duración de la enfermedad estaban concentradas en las personas con menores ingresos, mientras había una desigualdad a favor de las personas con mayores ingresos con respecto a la utilización de los servicios de atención sanitaria. Después de estandarizar por los datos demográficos y la necesidad, persistió una clara inequidad horizontal. Estas desigualdades e inequidades se hicieron más pronunciadas a lo largo del período 2004–2007, con el desplazamiento de la carga de enfermedad hacia los grupos de menores ingresos y un mayor acceso a la atención sanitaria en los grupos de mayores ingresos. En el año 2007, la medida de desigualdad horizontal para las tres variables de resultado en materia de salud aumentó de $-0,043$ a $-0,161$; para las dos variables de utilización de la atención sanitaria, el incremento fue de $0,080$ a $0,121$. Estos índices indican un grado relativamente bajo de inequidad en el sistema de salud jamaicano, pero es preocupante que demuestran un deterioro de la situación en 2007 con respecto a tres años atrás, a pesar de que en ese período se tomaron medidas para elevar la equidad en la salud. Así, es de notar la puesta en marcha del Fondo Nacional de Salud en octubre del 2003 (3) y de un programa para la atención oftalmológica en Cuba en 2005 (20). En el contexto socioeconómico de Jamaica durante el período 2004–2007, en el que el desempleo y las tasas de pobreza eran aún de dos dígitos, el escaso crecimiento económico se mezcló con una etapa de recesión, una continua disparidad en los ingresos y asignaciones presupuestarias gubernamentales bajas debido a la deuda excesiva; estos esfuerzos pueden no haber sido suficientes para atender la creciente demanda de servicios de salud y menos aun para reducir la brecha de inequidad en la salud. Estos programas, que se enfocaron con mayor fuerza en enfermedades y beneficios específicos, plantean la duda acerca de su poder para

influir eficazmente sobre las inequidades en la salud sin esfuerzos concomitantes para abordar los problemas estructurales fundamentales que azotan al sistema de salud. Se espera que la abolición de todas las tarifas que pagan los usuarios en los establecimientos de salud pública en 2008 y la introducción de la Tarjeta Sanitaria del Gobierno de Jamaica en 2009 (1) contribuyan a lograr mejores resultados cuando se analicen los datos en períodos posteriores.

Mediante la descomposición del IC se comprobó también que el nivel económico del hogar era el factor principal que contribuía a estas desigualdades. La ubicación rural, el desempleo y el tener un seguro de salud fueron otras fuentes de inequidad en la utilización de la atención sanitaria. La identificación de estos factores determinantes brinda una base para diseñar estrategias, políticas y programas apropiados para corregir estas inequidades.

Si bien este estudio es un aporte a la bibliografía sobre la equidad en la salud en América Latina y el Caribe, tiene limitaciones dignas de mencionar. En particular, debido a limitaciones en los datos, este estudio se limitó a las cinco variables de salud analizadas; los recuentos por quintiles de otras variables, como las hospitalizaciones y las variables desglosadas según el sector público o privado, eran muy escasos y no permitían llegar a resultados fiables con la metodología aplicada. Además de aumentar el tamaño de la muestra del JSLC, la combinación de conjuntos de datos contiguos puede ayudar a superar esta limitación. De haber sido posible incluir estas variables, se hubiera podido llegar a resultados más robustos. También se debe tener presente que la metodología aplicada permite comparar las variables de utilización, pero no toma en cuenta las diferencias en la calidad de los servicios de salud, que pueden influir en las desigualdades en la atención sanitaria. La metodología seguida tampoco evalúa los aspectos personales, psicosociales o culturales que también podrían ser factores determinantes de las inequidades en salud.

Los resultados de este estudio resaltan la necesidad de que Jamaica continúe adelante con su compromiso para lograr una población saludable y estable (1) y busque estrategias que le permitan superar los problemas y los retos relacionados con la promoción de la salud y el acceso

a la atención sanitaria. Los resultados encontrados aquí indican que entre las estrategias a considerar están: elevar la educación de grupos específicos para cambiar la percepción de la salud y compensar el crecimiento de las enfermedades crónicas y las relacionadas con los estilos de vida; apoyar financieramente la seguridad alimentaria de los grupos vulnerables; crear más establecimientos de salud en zonas rurales para corregir su distribución desigual en todo el país; y brindar recursos y mantener la infraestructura sanitaria para ofrecer servicios de salud eficientes y de alta calidad. Jamaica ya ha emprendido algunas de estas estrategias, pero pueden ser costosas y tener consecuencias inesperadas (21). Por consiguiente, a medida que los encargados de tomar decisiones en Jamaica traten de poner en práctica estas estrategias de la manera más eficaz y rentable posible, deben tomar en cuenta

las experiencias y las mejores prácticas internacionales (22, 23). La conexión entre las políticas sociales y económicas y la salud de la población es inherente, por lo que la equidad en salud debe desempeñar una función central en el diseño y la formulación de políticas a nivel nacional (24). Se recomienda también aplicar la metodología usada en este estudio a los últimos datos de la JSLC, a medida que estén disponibles, para que puedan utilizarse en el seguimiento y la evaluación continuos de las políticas y los programas dirigidos a mejorar la equidad en la salud en Jamaica.

En conclusión, este estudio demostró la existencia de inequidad en el estado sanitario y los resultados de salud a favor de las personas con menores ingresos, con inequidad en la utilización de la atención sanitaria a favor de las personas con mayores ingresos en Jamaica durante los años 2004 y 2007, un patrón ya

conocido desde finales del siglo pasado. Estos resultados confirman la persistencia en la paradoja, por la cual el grupo de población que más necesita de atención sanitaria es el que menos accede a ella. También se muestra que esta disparidad aumentó en el período de 2004 a 2007, a pesar de las medidas tomadas para solucionar esta persistente realidad. Aparte de la disparidad en los ingresos, las principales fuentes de inequidades en la utilización de la atención sanitaria fueron la ubicación rural, el desempleo y la cobertura con un seguro de salud.

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

1. Planning Institute of Jamaica. Vision 2030 Jamaica National Development Plan. Kingston: PIOJ; 2009.
2. National Health Fund of Jamaica. Taking a healthy interest in you. Kingston: Government of Jamaica; 2009. Disponible en: <http://www.nhf.org.jm/> Acceso el 2 de Junio de 2012.
3. Patterson C. Jamaica has proud track record in healthcare delivery. Jamaica Information Service News 2012 junio 1.
4. Myers J Jr. New NIS rate now in effect. Jamaica Gleaner, 2003 octubre 3.
5. Francis P. Medics warn of hospital chaos: say free health care will burden system. Jamaica Gleaner 2008 marzo 1.
6. Bustamante Hospital avalanche: user-fee abolition burdens hospital staff, resources. Jamaica Gleaner 2008 marzo 31.
7. Theodore K, Lafoucade A, Stoddard D, Thomas W, Yearwood A. Health system inequities and poverty in Jamaica. En: Pan American Health Organization, ed. Investment in health: social and economic returns. Washington, D.C.: PAHO; 2001. Pp. 189–202.
8. Van Doorslaer E, Wagstaff A. Inequity in the delivery of health care: methods and results for Jamaica. En: Pan American Health Organization, ed. Investment in health: social and economic returns. Washington, D.C.: PAHO; 2001. Pp. 233–44.
9. Pan American Health Organization. Investment in health: social and economic returns. Washington, D.C.: PAHO; 2001.
10. Dachs JN, Ferrer M, Florez CE, Barros AJ, Narváez R, Valdivia M. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. Rev Panam Salud Publica. 2002;11(5–6):335–55.
11. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Can Med Assoc J. 2006;174(2):177–83.
12. Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S, et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. Lancet. 2012; 380(9837):126–33.
13. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. Soc Sci Med. 2012;75(4): 761–9.
14. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, D.C.: World Bank; 2008.
15. Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N. On decomposing the causes of health sector inequalities, with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. J Econom. 2003;112(1):207–23.
16. Planning Institute of Jamaica, Statistical Institute of Jamaica. Jamaica Survey of Living Conditions data sets 2004, 2007. Kingston: PIOJ, STATIN; 2006, 2009.
17. Derek Gordon Databank [sitio en Internet]. Mona: University of the West Indies, SALISES; 2003. Disponible en: <http://salises.mona.uwi.edu/databank/databank.html> Acceso el 29 de mayo de 2011.
18. World Bank Development Research Group Human Resources. Jamaica Survey of Living Conditions (JSLC) 1988–2000 basic information. Washington, D.C.: World Bank; 2002.
19. World Health Organization. National health accounts. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/nha/en/> Acceso el 25 de abril de 2012.
20. Gorry C. Sight for sore eyes: Cuba's vision restoration program. MEDICC Rev. 2008; 10(2):49–51.
21. Hall A. Hefty price for free health care. Jamaica Gleaner 2010 abril 10.
22. McPake B, Briki N, Cometto G, Schmidt A, Araujo E. Removing user fees: learning from international experience to support the process. Health Policy Plan. 2011;26(supl 2): ii104–17.
23. Meessen B, Gilson L, Tibouti A. User fee removal in the health sector in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation. Health Policy Plan. 2011;26(supl 2):ii1–4.
24. Marmot MG. Policy making with health equity at its heart. JAMA. 2012;307(19):2033–4.

Manuscrito recibido el 7 de marzo de 2012. Versión revisada aceptada para publicación el 16 de enero de 2013.

**Measuring and explaining
health and health care
inequalities in Jamaica,
2004 and 2007****ABSTRACT**

Objective. This study addresses the need to measure and explain the inequalities and inequities of Jamaica's health system to generate evidence to support policy development, monitoring, and evaluation.

Methods. The nationally representative Jamaica Survey of Living Conditions data sets for 2004 and 2007 were used to produce concentration curves and concentration indices for three health outcome variables (probability of any illness or injury, duration of latest episode of illness, and self-assessed health status) and two health care utilization variables (probability of a curative visit to a health practitioner and number of curative visits) to measure income-related inequalities. Their standardized counterparts were used to measure inequities. Decomposition of the concentration index provides a basis for explaining the contributions of socioeconomic and demographic factors to overall inequalities.

Results. Probability of illness and duration of illness were concentrated among the poor, while there was a distinct pro-rich inequality with respect to utilization of health care services. These inequalities and inequities became more pronounced over the period 2004–2007. The level of household welfare was found to be the single most significant factor contributing to these inequalities. Other significant contributing factors were unemployment and rural location for health outcomes and insurance coverage for utilization of services.

Conclusions. In spite of measures taken ostensibly to address health equity in Jamaica, income-related inequalities in health outcomes and health care have increased and the population group that needs health services most is using them least. These findings suggest a need for more innovative programs geared toward improving equity in health in Jamaica.

Key words

Equity in health; equity in access; health systems; health economics; health policy; Jamaica.
