

Segundo borrador

mario testa

5 septiembre, 1969

### NECESIDADES DE SALUD

Parecería necesaria una clasificación en gastos en servicios de salud (atención médica) y gastos en otros servicios y/o bienes que afectan directamente a la salud, tales como los alimentos. Existe además un gasto que implica una organización e instalaciones de infraestructura, por ejemplo la recolección de basuras, la provisión de agua y alcantarillado, etc. Cada uno de estos distintos tipos de gastos puede ser efectivamente realizado por cada individuo o familia, o puede ser imputado a las familias pero realizando el desembolso efectivo el Estado, por lo menos en parte.

Como las necesidades de salud varían a lo largo de la vida, es necesario considerar el lapso de efecto del gasto y para esto es mejor examinar las consecuencias de no realizarlo cuando es necesario.

En la infancia, el no gastar en atención médica (preventiva o curativa) aumenta considerablemente el riesgo de muerte, lo mismo que el no gastar en alimentación en forma adecuada (calorías y proteínas), con el agravante en este último caso de que también aumenta el riesgo de disminución permanente de la capacidad física y mental.

Los adolescentes y adultos jóvenes parecen requerir primordialmente alimentación y servicios sanitarios (agua y alcantarillado), además del cuidado especial de las mujeres embarazadas, en tanto que los más viejos vuelven a requerir principalmente atención médica para prolongar la vida.

La descripción que antecede indica que la estructura del gasto para salud estará en parte condicionada por la demográfica.

Los otros elementos que determinan la estructura del gasto son el nivel de ingreso y la distribución función<sup>al</sup> del financiamiento. Esto último es, a su vez, dependiente del tipo de gasto.

Como simplificación vamos a suponer que hay tres tipos de gastos para salud: servicios sanitarios, atención médica y alimentación; dos entidades financiadoras: el estado y las familias y cuatro niveles de ingreso: alto, medio alto, medio bajo y bajo. Estos niveles se definen de la siguiente manera: exceso de los tres tipos de servicios en el nivel alto, defecto de los mismos en el bajo, exceso en el medio alto y de suficiente y defecto en el medio bajo que dependerá de otras categorías como por ejemplo la situación de la oferta de alimentos o del sistema hospitalario.

En el cuadro se reproduce la descripción anterior

Tipos	nivel de ingreso			
	ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	BAJO
Servicios Sanitarios	Exceso	Suficiencia	Defecto	Defecto
Atención médica	Exceso	Suficiencia	Defecto Suficiencia	Defecto
Alimentación	Exceso	Exceso Suficien.	Suficien. Defecto	Defecto

Financiamiento del estado

Agregando a estas tres dimensiones la distribución que corresponde a la edad, se obtiene un cuadro que refleja las áreas prioritarias y las necesidades de redistribución.

En cuanto a la fijación de consumos mínimos, o esenciales, sólo pueden ser determinados con relativa precisión en el área de alimentación ya que dependen de la situación biológica de los individuos. En las otras dos áreas lo que se necesita es fijar una política.

Esta última afirmación parece estar en contradicción con determinar un exceso, defecto o suficiencia en las áreas de servicios sanitarios o atención médica, lo que ocurre que la suficiencia, etc., son ideas que expresan una situación relativa.

Tomemos como ejemplo la provisión de agua. El "mínimo" de agua necesario para cada persona oscila desde unos dos litros diarios, suficiente para beber y preparar los alimentos, hasta unos trescientos para cubrir los requisitos de higiene habituales de algunas personas. Dentro de este rango cualquier cosa puede ser mínimo. Lo que importa entonces es elegir cuál es el nivel que se va a satisfacer y con qué procedimiento, ya que el mínimo de dos litros, y algunos intermedios, sólo requieren fuentes de agua públicas, en tanto que el mínimo doscientos hace necesario conexiones intradomiciliarias. La noción intuitiva relativa señala aquí como exceso de los ricos el tener agua en la piscina cuando ésta falta en la mesa del pobre.

En atención médica el problema podría aparecer, a primera vista, como menos complejo, ya que se trata de una situación biológica incontaminada por valoraciones sociales u otros inconvenientes similares. El mínimo en torno

al cual podría establecerse un consenso podría ser que cada individuo que se siente enfermo debe tener acceso a una consulta médica y al tratamiento prescrito, incluida la hospitalización si es requerida, los remedios, etc. Aparte del hecho de que estos requisitos parecen ser máximos y no mínimos (¿qué más se puede pedir en atención médica?), hay grandes dificultades operacionales para definir lo que es sentirse enfermo y, lo que es más grave, para establecer un nivel de calidad de la atención. No siempre son necesarios los médicos, se puede utilizar personal subalterno entrenado (desde enfermeras a empíricos con algún entrenamiento), pero esto no es aceptable para todos los grupos de población. En consecuencia, la determinación del mínimo en estas áreas es académica, y lo que interesa es el establecimiento de una política. A los fines de un estudio de la estructura del consumo no tiene por qué haber diferencia entre uno y otro enfoque, con la ventaja que el segundo es factible.