

## Desigualdad en el gasto en salud en Guatemala. Inequality in health spending in Guatemala.

Leonel Roldán(1)

1)Universidad Rafael Landívar

Recibido: 21 ago. 2016 Aceptado: 8 ene. 2018

### Resumen

*Objetivo: identificar las desigualdades en el gasto de salud de la población guatemalteca según variables geográficas y socio-demográficas.*

*Materiales y métodos: se utilizó un diseño de estudio transversal a través del análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional de las Condiciones de Vida –ENCOVI- 2011, la cual posee representatividad nacional.*

*Resultados: existe desigualdad en el gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar en Guatemala. Se estimó que los hogares ubicados en área rural, que pertenecen al quintil más bajo del ingreso económico, jefes de hogar del sexo femenino, mayor de 60 años, sin afiliación al seguro social, y sin nivel de educación gastan más en salud ( $p < 0.001$ ).*

*Discusión: el resultado aumenta la probabilidad de presentar un empobrecimiento a consecuencia del gasto en salud. El comportamiento encontrado se presenta de manera homogénea a lo largo del territorio nacional, con algunas excepciones.*

*Palabras clave: desigualdad, gasto en salud, gasto de bolsillo.*

### Abstract

*Objective: to identify the inequality in the health care expense in the Guatemalan population according to the geographic and socio-demographic variables.*

*Materials and methods: a cross-sectional design study was used through the secondary analysis of data of the Encuesta Nacional de las Condiciones de Vida –ENCOVI-2011, which has national representation. Results: the study show that there is inequality in the health care expense as a percentage of the income in Guatemalan homes. It was estimated that the homes located in the rural area, that belong to the lowest quintile*

*of the economic income, had women as heads of household, they were older than 60 years old, without social security affiliation, and without any level of education, and they are the ones who spend more in health care ( $p < 0.001$ ).*

*Discussion: this increases the probability to present an impoverishment due to the health care expense. The behavior found is shown in a homogeneous way across the country, with some exceptions.*

*Key words: inequality, health care expense, out of-pocket expense.*

### Introducción

El nivel de salud de una comunidad está condicionado por los determinantes sociales de la salud, que son “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones afectan el nivel de salud”.(1)

Estos determinantes sociales establecen grandes diferencias en el nivel de salud, y estas diferencias son llamadas desigualdades en la salud, las cuales son mayores en las poblaciones que residen en el área rural, pertenecen al grupo indígena, y poseen condición socioeconómica baja, existiendo condiciones limitadas en el acceso a educación y a salud.

Las desigualdades en salud afectan a una gran cantidad de personas en todo el mundo, incluyendo las desigualdades en el gasto en salud, haciendo que crezcan a su vez sistemas de injusticia social.

Guatemala es víctima de estas desigualdades en el gasto en salud, afectando a determinados grupos y niveles sociales. Esto se debe en parte a que la principal fuente de financiamiento de la salud es el financiamiento privado a través del pago de bolsillo, en el cual los hogares pagan directamente de su bolsillo para resolver sus problemas de salud.

El objetivo principal del presente estudio fue identificar esas desigualdades en el gasto de salud. Se buscó responder la interrogante si el gasto en salud es distinto según variables geográficas y socio-demográficas como lo es el nivel económico, etnia, género, edad y ruralidad, para ayudar a la toma de decisiones y mejorar el sistema de salud guatemalteco en base a las evidencias encontradas.

## Materiales y Métodos

Se llevó a cabo un estudio con diseño transversal, a través de un análisis secundario de datos utilizando la -ENCOVI- 2011. Dicha encuesta posee representatividad nacional y se basa en un diseño muestral probabilístico, bietápico, y estratificado.(2) Se analizaron las variables geográficas y socio-demográficas incluidas en la base de datos de la encuesta. Se calculó el gasto en salud y el ingreso por hogar para posteriormente calcular la proporción del gasto en salud respecto al ingreso del hogar. Dada la heterogeneidad de la distribución de los hogares, se calculó y utilizó un factor de peso poblacional proporcional a la distribución de hogares según departamentos y área urbana y rural de Guatemala.

Las estadísticas descriptivas utilizadas fueron las frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, y medias y desviación estándar para las variables cuantitativas. En el análisis de datos se utilizaron pruebas no paramétricas debido a que el gasto en salud como proporción del ingreso del hogar posee una distribución distinta a la distribución normal (Shapiro-Wilk Test). En la comparación de medianas de dos grupos se utilizó la prueba estadística U de Mann Whitney, y para más de dos grupos la prueba estadística Kruskal-Wallis. La significancia estadística utilizada fue de 0.05. Dentro de las consideraciones éticas relacionadas con este tipo de estudio, es importante mencionar que no se alteró, ni modificó ningún registro de la base de datos. Esta investigación fue realizada sin fines de lucro.

## Resultados

Gasto en salud según variables geográficas. A nivel nacional, el gasto en salud es mayor en aquellos hogares que pertenecen a un área rural en comparación con el área urbana, siendo esta diferencia significativa ( $p < 0.001$ ). Este

comportamiento es heterogéneo a lo largo del territorio del país, debido a que los departamentos de San Marcos, Quiché e Izabal poseen un gasto en salud mayor en el área urbana. (Gráfica No. 1) Gasto en salud según variables demográficas del jefe de hogar. El gasto en salud respecto del ingreso del hogar es mayor en los jefes de hogar del sexo femenino en comparación con jefes de hogar del sexo masculino, siendo esta diferencia significativa ( $p < 0.001$ ).

Al realizar el análisis por departamentos, se encontró un comportamiento homogéneo. (Gráfica No. 2). Respecto a la variable edad, se encontró que existe un mayor gasto en salud en aquellos hogares con jefes de hogar mayores de 60 años, siendo esta diferencia significativa ( $p < 0.001$ ). En el análisis por departamentos, se encontró que los departamentos donde no se pudo demostrar ésta diferencia son: Escuintla, Suchitepéquez, Huehuetenango y Baja Verapaz. (Gráfica No. 3). Los jefes de hogar que se auto-identificaron como indígena gastan la misma cantidad en salud respecto del ingreso del hogar que aquellos jefes de hogar que se auto-identificaron como no indígenas ( $p = 0.297$ ). Gasto en salud según variables sociales. El gasto en salud respecto del ingreso del hogar es mayor en aquellos hogares en donde los jefes de hogar no están afiliados al seguro social ( $p < 0.001$ ).

En el análisis por departamentos, se encontró que el único departamento donde el gasto en salud fue mayor en las personas que sí están afiliadas al seguro social es San Marcos. (Gráfica No. 4). Se encontró que el gasto en salud es mayor en aquellos hogares donde los jefes de hogar no tienen algún grado de educación, mientras que el gasto en salud es menor en aquellos hogares donde el jefe del hogar tiene un nivel de instrucción superior, siendo esta diferencia significativa ( $p < 0.001$ ). (Gráfica No. 5).

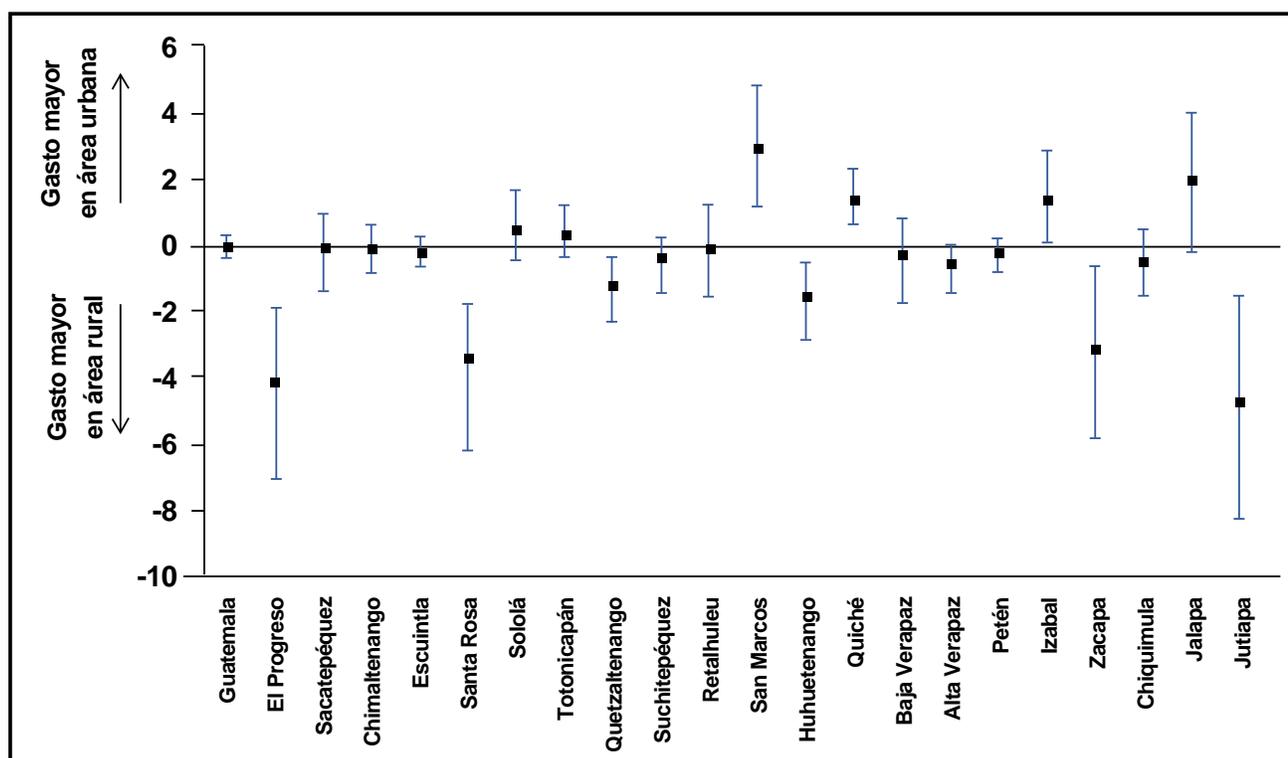
Los hogares que pertenecen al primer quintil de ingresos económicos gastan más en salud. Conforme el nivel de ingreso económico aumenta, el gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar disminuye ( $p < 0.001$ ). De tal forma, que el gasto en salud es menor en aquellos hogares que pertenecen al último quintil de ingresos económicos. (Gráfica No. 6).

## Discusión

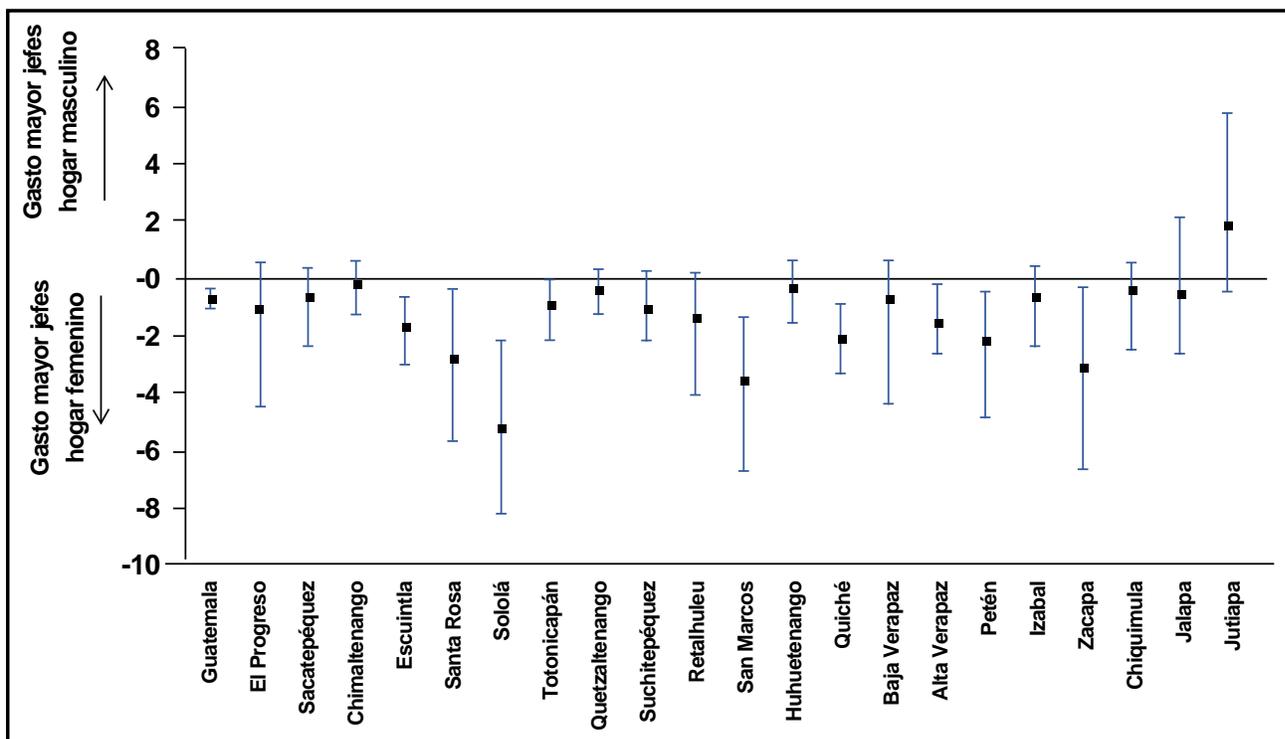
A través de este estudio se logró identificar que existen desigualdades en el gasto en salud según características geográficas y socio-demográficas de los hogares guatemaltecos. El impacto que tienen estas variables en el gasto en salud es de forma desproporcionada.

El gasto en salud en Guatemala es elevado debido a que la principal fuente de financiamiento es el financiamiento privado a través del gasto de bolsillo en salud. Desigualdad en el gasto en salud según variables geográficas. A pesar que en el área urbana es donde se concentran los recursos,

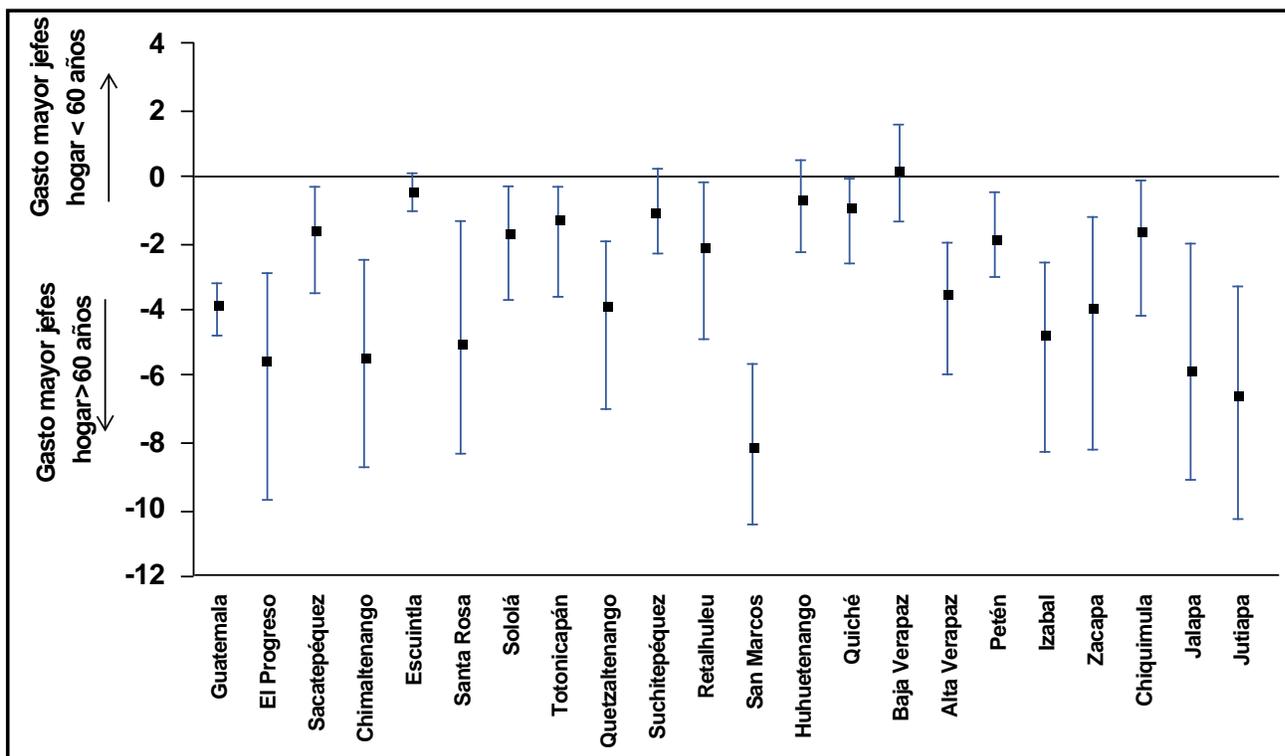
y es donde se gasta más en salud en términos absolutos, en términos relativos (como porcentaje del ingreso del hogar) no sucede lo mismo. Los hallazgos del estudio son consistentes a lo mencionado en la literatura, ya que se ha encontrado que los hogares rurales poseen un gasto en salud mayor en términos relativos que en los hogares urbanos.(3) Esto podría estar asociado en parte a que las personas que residen en área rural constituyen un grupo vulnerable, disperso y de difícil cobertura, mientras que las familias cuyos hogares se encuentran ubicados en área urbana poseen mejor nutrición, alta expectativa de vida dada por la posibilidad de escapar de una mortalidad evitable.



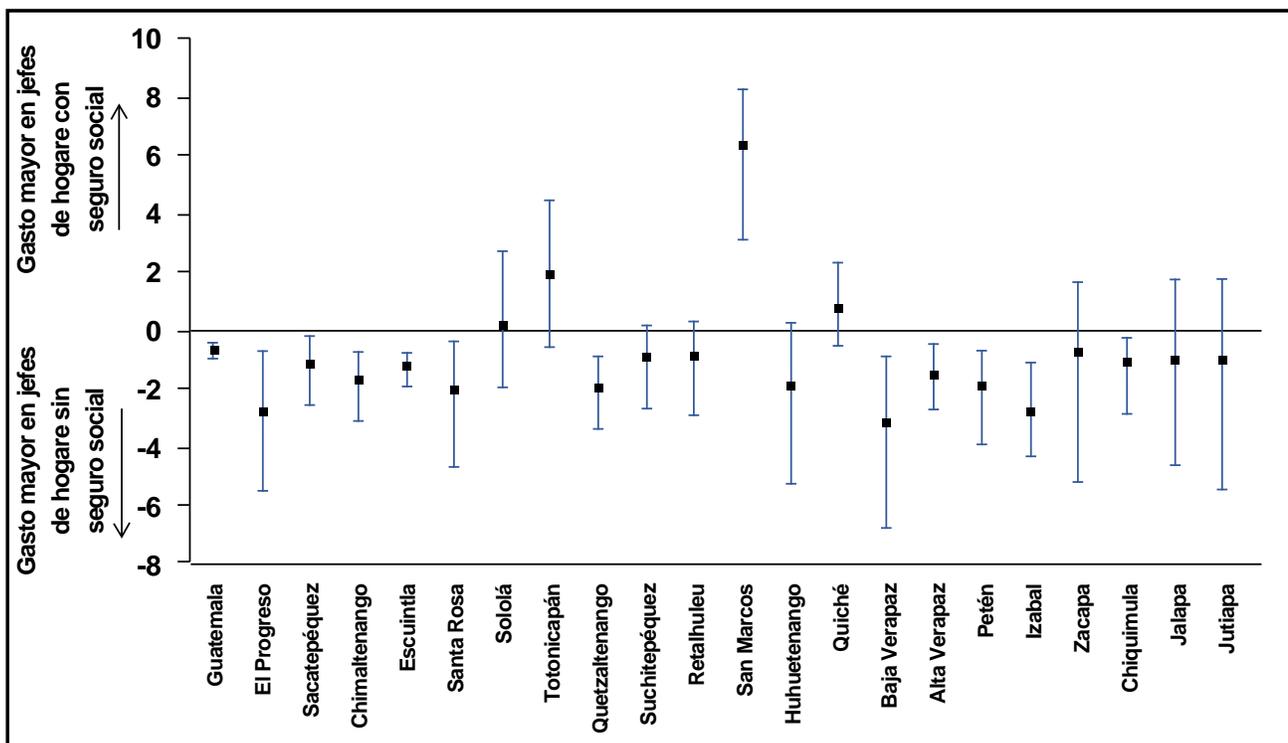
Gráfica No. 1 Análisis por departamento del gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar según localización geográfica



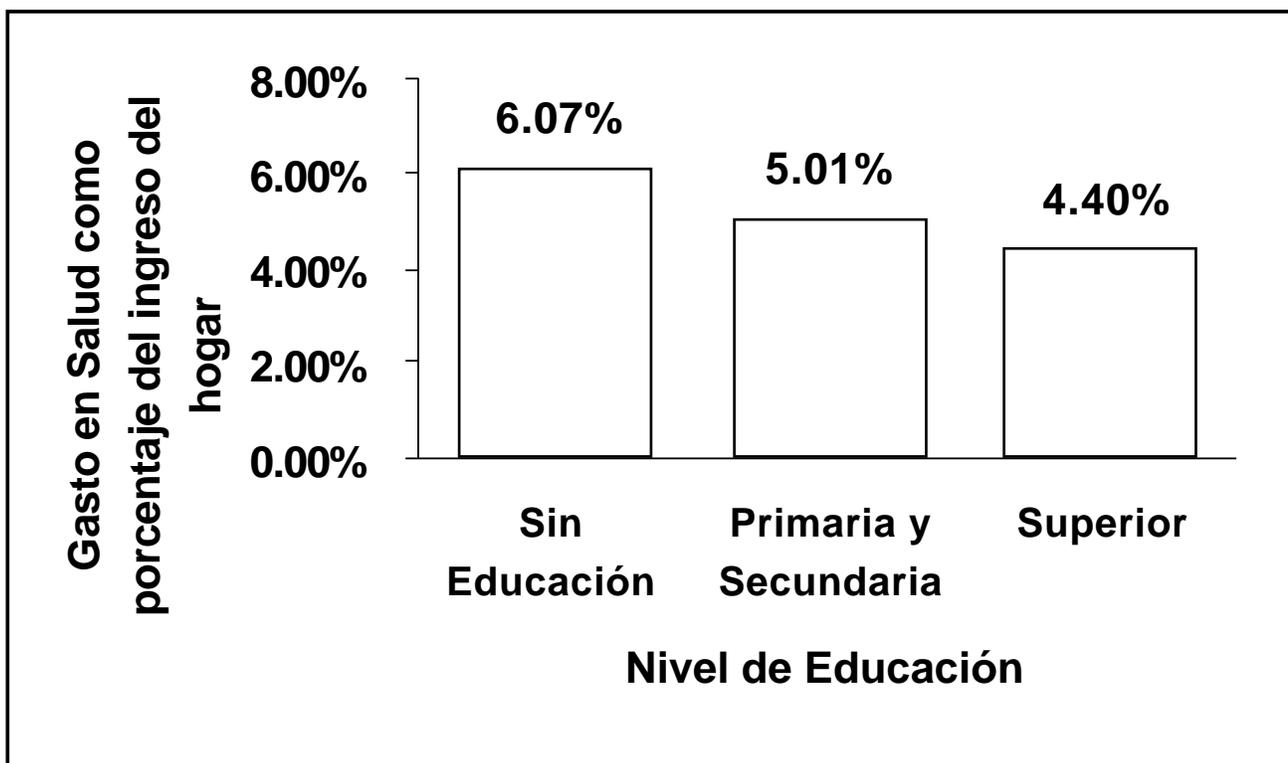
Gráfica No. 2 Análisis por departamento del gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar según sexo del jefe de hogar



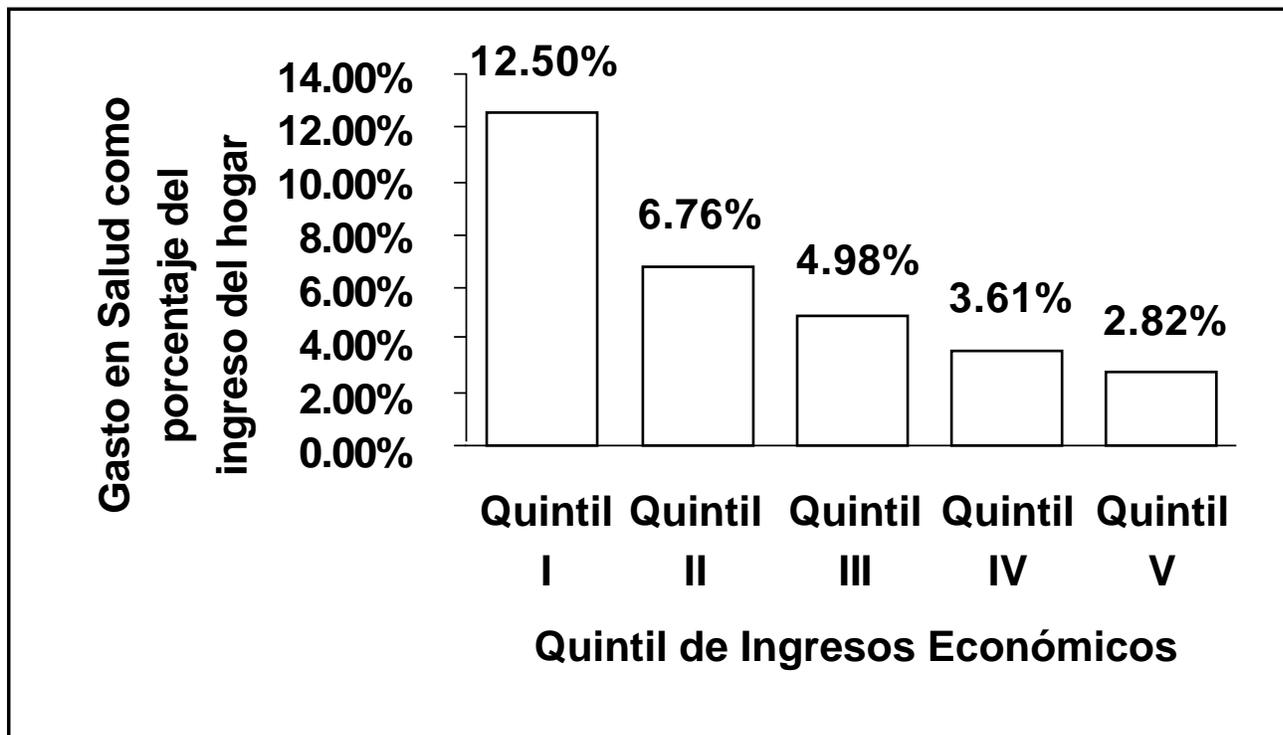
Gráfica No. 3 Análisis por departamento del gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar según edad del jefe de hogar



Gráfica No. 4 Análisis por departamento del gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar según afiliación al seguro social del jefe



Gráfica No. 5 Comparación de medianas del gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar y el nivel de educación del jefe de hogar



**Gráfica No. 6 Comparación de medianas del gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar y el quintil de ingresos económicos**

Los hogares que pertenecen al área urbana poseen un mayor acceso a los servicios de salud, lo cual podría dar como resultado que prevengan y resuelvan más rápido sus problemas de salud sin necesidad de recurrir a gastos excesivos. Además, en los hogares rurales se encuentran barreras como la accesibilidad física, limitaciones de infraestructura vial y transportes que dificultan la llegada a los servicios. El promedio del tiempo de viaje al lugar en donde proporcionaron la atención en salud es mayor en las personas que residen en área rural que en área urbana.<sup>(4)</sup>

La limitada red de servicios del MSPAS es otra barrera importante de mencionar en el área rural, lo cual puede generar que las clínicas médicas privadas y las farmacias sean un recurso muy utilizado, ocasionando en un gasto directo de éstas personas en su salud. Existen variaciones geográficas que modifican este comportamiento, lo cual se puede observar en los departamentos de San Marcos, Quiché e Izabal, que poseen un gasto en salud mayor en el área urbana. Esto podría relacionarse en parte con la concentración de adultos mayores, la afiliación al seguro social de los jefes de hogar y la pobreza de éstos departamentos. Es necesario realizar otros estudios para profundizar en este tema.

Desigualdad en el gasto en salud según variables demográficas del jefe del hogar. En relación al gasto en salud como porcentaje del total de ingresos y el sexo del jefe del hogar, el presente estudio corrobora el hallazgo de otros estudios que indican que un hogar cuyo jefe es mujer, tiene un gasto de bolsillo en salud mayor.<sup>(5)</sup>

Una explicación posible a lo anterior es que las mujeres asumen un papel más activo en las enfermedades de la familia que los hombres, por lo que en la mayoría de los casos, la mamá es la primera línea de atención en el camino del enfermo en su búsqueda de curación. Es importante mencionar que existen estudios que indican que cuando la mujer es jefe del hogar, aproximadamente el 90% de ellas no tienen cónyuge, lo cual puede dar como resultado a que presenten un vínculo más fuerte con sus hijos y padres, y van a procurar que se mantengan siempre saludables.<sup>(6)</sup> Al presentar las mujeres un interés mayor que los hombres en el cuidado de la de ellas y su familia, acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud para la realización de análisis y consultas con la finalidad de que los integrantes del hogar se encuentren en condiciones saludables, dando como resultado un mayor gasto en salud.

El presente estudio ratifica lo observado en otras investigaciones que afirman que el gasto de bolsillo, en términos relativos, es mayor en aquellos hogares cuyo jefe de hogar son adultos mayores (mayores de 60 años), situación que puede observarse en países como Argentina, Chile, Ecuador, Brasil y México.<sup>(7)</sup> Esto podría explicarse debido a que la capacidad funcional comienza a disminuir en las personas adultas. Esta disminución puede estar influenciada por factores como el estilo de vida en la edad adulta, tabaquismo, consumo de alcohol, grado de actividad física y régimen alimentario que han llevado durante toda la vida.<sup>(8)</sup> Lo cual puede llevar a estados de inmunosupresión. Además, el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles aumenta conforme avanza la edad.

Por tanto, a consecuencia de la morbilidad relacionada con este grupo de edad, se incrementa la necesidad de atención de salud, consultas y medicamentos, incrementando el gasto en salud. Además, el costo de los medicamentos para las enfermedades crónicas no transmisibles es elevado salud. En relación al gasto en salud y el origen étnico del jefe de hogar, el presente estudio encontró diferencia con lo reportado en la literatura, que indica que las personas pertenecientes a un origen étnico indígena gastan más en salud que las personas no indígenas.<sup>(9)</sup>

Esto puede deberse en parte a que la configuración de los dos grupos de comparación en este análisis (indígena y no indígena) se realizó mediante una autodefinición por parte de las personas entrevistadas en la –ENCOVI- 2011. Éste autoreconocimiento por parte de las personas puede estar influenciado por situaciones como el racismo, pudiendo dar como resultado una conformación no definida de ambos grupos.

Desigualdad en el gasto en salud según variables sociales. Los hallazgos del estudio respecto al gasto en salud como porcentaje del total de ingresos y la afiliación del seguro social del jefe de hogar, es consistente con lo que se ha mencionado en la literatura, en donde se ha encontrado que los hogares cuyos jefes de hogar no se encuentran afiliados al seguro social gastan más en salud que los jefes de hogar que cuentan con seguro social.<sup>(10)</sup> Esto podría relacionarse con el hecho de que las familias que no tienen cobertura del seguro social, deben de financiar sus necesidades de salud de su propio bolsillo.

A pesar de que los jefes de hogar afiliados

contribuyen económicamente al seguro social, la contribución se complementa con los empleadores y el Estado, y se retribuye con los programas ofrecidos, dando como resultado un menor gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar. La cobertura real alcanzada por el IGSS para el año 2011 fue de 17.45%.<sup>(11)</sup>

Lo que da cuenta de una mayor presencia de trabajo informal que existe en el país. El departamento de San Marcos fue el único que presentó un gasto en salud mayor en los hogares con jefes de hogar con afiliación al seguro social. Lo cual podría estar relacionado a que es uno de los departamentos con mayor porcentaje de hogares en área rural, con jefes de hogar mayor a 60 años y con hogares que se encuentran en el quintil más pobre.

Es necesario la realización de más estudios para profundizar en el tema. En relación al gasto en salud como porcentaje del total de ingresos y el nivel de educación del jefe de hogar, el presente estudio encontró consistencia con lo mencionado en la literatura, la cual menciona que a mayor educación del jefe de hogar, menor el gasto de bolsillo en salud de los hogares.<sup>(12)</sup>

El nivel educativo es un factor determinante relacionado con la salud, contribuye a la elección de estilos de vida y comportamientos favorables a la salud, a los índices de las variables demográficas de fecundidad y mortalidad, y a la autonomía frente a la toma de decisiones en materia de cuidado en salud, entre otros. De tal forma que las personas con alto nivel educativo poseen un mayor conjunto de información sobre el proceso salud-enfermedad, utilizándolo en su beneficio. Lo cual podría llevar a que las intervenciones preventivas funcionen mejor en la población más educada, explicando en parte de que las personas con mayor nivel de educación gasten menos en salud como porcentaje del ingreso del hogar.

Otra posible explicación es que el nivel de educación posibilita el acceso a mejores empleos, en donde a mayor nivel de educación mayor ingreso para el hogar, permitiendo que los jefes de hogar con alto nivel educativo tengan más ingresos para su hogar, y a pesar de que tienen gastos en salud no producen un desequilibrio sobre sus ingresos. El presente estudio ratifica lo observado en otras investigaciones que afirman que en términos absolutos, el gasto privado

en salud se incrementa en la medida que aumenta el ingreso de los hogares, y en términos relativos, (como porcentaje del ingreso del hogar) se incrementa en la medida que se desciende en los quintiles de ingresos económicos.<sup>(12)</sup> Esto podría estar relacionado en que las personas con bajo nivel de ingreso no buscan una atención temprana debido a la barrera de acceso económico, y buscan resolver sus problemas de salud sin consultar a profesionales de la salud. Al momento de no encontrar una solución, toman la decisión de consultar con expertos, acudiendo en etapas más avanzadas de la historia natural de la enfermedad, resultando una cantidad más alta de gasto en salud para lograr resolverla. Para los hogares con menor ingreso económico, el gasto en salud puede llevar al endeudamiento, reducción del consumo de otros satisfactores y pérdida de bienes materiales de la familia, dando como resultado que acudan a mercados de segunda mano y los préstamos informales. Otra posible explicación es que los hogares que pertenecen al quintil más bajo de ingresos económicos no poseen una adecuada nutrición y estilos de vida saludables, lo cual trae como consecuencia el apareamiento de ciertas enfermedades transmisibles, generando un gasto en salud para poder resolverlas.

9. Ballesteros VHH. *Encuesta de gasto de bolsillo de medicamentos 2014*. Panamá; 2015.

10. Toledo ALP. *Gasto de bolsillo de los hogares en salud y el impacto distributivo del gasto público en salud en países de la Comunidad Andina de Naciones: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú*.

11. UNICEF ly. *El remedio de nuestros males. Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública de Guatemala, 2012-2021*. , Guatemala; 2011.

12. Estrada LA. *Gasto privado en salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004*. *Rev. salud pública*. 2007 Enero; 9(1): p. 11-25.

## Bibliografía Bibliography

1. Hirmas Adauy. *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. *Rev Panam Salud Publica* 33(3). 2013;: p. 223-9.

2. Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2011*. Guatemala

3. Torres AC. *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México*. ; 1992-2000.

4. Garcés de Marcilla ALyCIGdM. *El Sistema de Salud en Guatemala, 5: ¿A quién acudimos cuando buscamos salud? Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*; 2008.

5. Pedraza CC. *El gasto de bolsillo en salud: El caso de Chile, 1997 y 2007*. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(4).

6. CEPAL. *Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género*. Naciones Unidas; 2002-2003.

7. Naciones Unidas. *Objetivos de desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y El Caribe*. ; 2008.

8. Organización Mundial de la Salud. *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital*. ; 2000.