

CUARTO CONSENSO

COMENTARIOS AL INFORME DE LA OMS SOBRE "LA SALUD EN EL MUNDO EN EL AÑO 2000"

INTRODUCCIÓN

El *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000*, publicado por la OMS, fue elaborado por un grupo de expertos donde sobresalieron los economistas y manifiesta una concepción abierta a corrientes distintas de la salud pública tradicional, que renuevan el enfoque de la evaluación de los sistemas de salud. (El Informe completo de la OMS está disponible en: <http://www.who.int/whr>)

En este sentido, la OMS destaca el valor de estos sistemas como conducentes a mejorar los niveles de salud de la población y señala la responsabilidad primaria de los gobiernos por su funcionamiento, cualquiera sea la configuración que ofrezcan en un país dado.

Además de nuevos indicadores para dicha evaluación, la OMS incluye una medición efectiva de la justicia o equidad de los sistemas de salud y, al considerar no solo lo que los países han alcanzado en la materia sino lo que podrían llegar a obtener teniendo en cuenta todos los recursos que poseen, el Informe incorpora para evaluar los sistemas de salud el concepto de desempeño o *performance*.

Sobre la base de esos criterios, la OMS ha construido para los distintos indicadores, tanto los específicos como los globales, tablas de posición (*rankings*) con que evalúa comparativamente los sistemas de salud de los 191 países que abarca el *Informe*.

DESARROLLO

Este documento intenta responder a las expectativas originadas por la publicación del mencionado informe de la OMS en junio de 2000 y presentar al Foro Permanente de Salud Pública un primer análisis y comentarios para la discusión de los aspectos técnicos y políticos de los resultados de las evaluaciones en los distintos países. En función de lo expuesto, se presenta el siguiente texto que cuenta con un primer consenso de la Comisión de Salud Pública del CCPM, con el fin de generar opiniones que lo enriquezcan y permitir así una mejor comprensión de los problemas de salud de nuestras comunidades.

Dicho *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000*, publicado por la OMS, muestra algunos cambios en lo que ha sido el lenguaje y enfoque habitual de la Organización en esa materia. El trabajo fue elaborado por un grupo de expertos, donde sobresalieron los

economistas, y manifiesta una concepción abierta a corrientes distintas en la salud pública tradicional, que renueva el enfoque del tema, esta vez dedicado a la evaluación de los sistemas de salud en los 191 estados miembros.

En primer lugar se soslaya la tentación de "medicalizar" todas las cosas, ya que el Informe ubica a los sistemas de salud en su justo lugar, al definirlos como *conjuntos de actividades cuyo propósito fundamental es mejorar la salud*. Es decir que, sin ignorar la fuerte influencia que proyectan sobre él otros campos del quehacer social, restringe el de Salud a lo específicamente sanitario, sin pretender asignarle atribuciones o responsabilidades propias de otros sectores. Sin embargo el Informe no olvida la contribución del sector al desarrollo humano y social.

Se recuerda que el ámbito de interés abarca el conjunto de políticas públicas que inciden en la salud de la gente y no sólo el suministro de servicios de salud públicos y personales.

Asimismo, se señala claramente que el ámbito de acción de los sistemas de salud comprende a todos los subsectores que lo componen: público, privado y de la seguridad social, y no solamente a las dependencias del Estado. Por ello la OMS destaca enfáticamente que corresponde a los gobiernos la responsabilidad del funcionamiento del sistema de salud, cualquiera sea la configuración política que éste presente,

Finalmente, como punto distintivo, el Informe diferencia por un lado, *el logro efectivo* de un sistema en el cumplimiento de sus propósitos (attainment) y, por otro, *el desempeño* que podrían alcanzar los servicios de salud si utilizaran el potencial de todos los recursos del país (performance).

1. Resumen general

En primer término, a título informativo, conviene aclarar que no se trata de un documento oficial de la OMS, por no haber sido sometido a la aprobación de la Asamblea General de ese organismo.

La Introducción incluye un *Mensaje* de la Directora General, quien asume el compromiso de la OMS en cuanto a lograr que el sistema global de salud de cada país sea eficiente, medible, en términos de disminución de: mortalidad, discapacidad, empobrecimiento, humillación y desesperación. No se trata, dice, de sustentar una ideología sino de ser coherentes con los valores de Salud para Todos, por lo cual las recomendaciones deben estar fundadas en datos convincentes y, el reto, es comprender mejor los factores que permitirán el cambio.

La mejora en los sistemas de salud debe incluir:

- -equidad en las formas de pago
- -capacidad de los sistemas para responder a las expectativas de la gente

- -lograr un alto nivel medio de atención, pero también reducir las desigualdades para mejorar la situación de los más desfavorecidos.

La Directora General es muy precisa cuando plantea "*La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al Gobierno. La gestión atenta y responsable del bienestar de la población -conducción ("rectoría" en el original)- es la esencia de un buen gobierno. La salud de la población es siempre una prioridad nacional, y el Gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente.*"

"En los gobiernos, muchos ministerios de salud se centran en el sector público y no prestan atención a la financiación y a la asistencia privada"

"La lucha contra las epidemias, la reducción de la mortalidad infantil y el fomento de la seguridad de los embarazos son todos ellos prioridades de la OMS. Sin embargo, la Organización difícilmente podrá influir en éstas y otras batallas si no dedica el mismo interés a fortalecer los sistemas de salud a través de los cuales llegan a la primera línea de combate todas las armas disponibles para salvar vidas o mejorar la existencia."

El primer capítulo: "*Por qué importan los sistemas de salud*" anticipa los criterios básicos sobre los cuales se desplegarán, en el anexo estadístico, los indicadores propuestos para medir el desempeño de los servicios de salud. Se señalan como tareas de un sistema de salud:

- - Mejorar la salud
- - Responder a las expectativas de la población y los usuarios
- - Proveer protección financiera contra los costos de la salud-enfermedad

El segundo capítulo: "*Cuán bien actúan los sistemas de salud*" es central para la comprensión de los indicadores presentados en el anexo.

El primer acápite: *Logros y desempeño (Attainment and performance)* distingue entre el logro respecto a los objetivos-tareas de un sistema de salud y el desempeño en función de lo obtenible con los mismos recursos.

Los acápites siguientes: *Metas y funciones; Bondad y Justicia (Goodness and Fairness)* despliegan los otros dos ejes respecto de las funciones y objetivos que un sistema de salud debe cumplir.

El acápite: *Medición del logro de metas* presenta el modelo de los autores al respecto. Plantean evaluar cinco parámetros:

- 1-Nivel global de salud de la población
- 2-Distribución de la salud en la población. Desigualdades o disparidades

- 3-Nivel global de la capacidad de respuesta del sistema (*responsiveness*)
- 4-Distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población
- 5-Distribución de la carga financiera en la población

La tabla 1 del anexo ordena a los países de acuerdo a su nivel de logro para cada uno de estos parámetros.

El nivel global del estado de salud es evaluado a través de la expectativa de vida sin discapacidad (EVAD). Sin embargo, en la tabla 2 del anexo se incluyen otros tres indicadores: probabilidad de morir antes de los 5 años, probabilidad de morir entre 15-59 años y expectativa de vida al nacer.

La tabla 4 plantea valores del AVAD y de la EVAD por grandes áreas del mundo.

En el texto se aclara la diferencia entre uno y otro indicador. La EVAD parte de estimar la proporción de sobrevivientes por edad y sexo (como en la tabla de vida requerida para el cálculo de la expectativa de vida al nacer y para cada edad) ajustándola según los niveles de discapacidad estimados para cada edad. Los AVAD (años de vida libres de discapacidad) parten de analizar respecto de cada patología su efecto en mortalidad y discapacidad por grupo de edad y sexo.

Justifican la preferencia de la EVAD sobre la expectativa de vida al nacer porque así resulta amplificada la diferencia entre ricos y pobres, dado que la patología no sólo causa más mortalidad entre los pobres, sino además mayor discapacidad.

Para evaluar *la distribución o desigualdad de la salud*, debería medirse las diferencias entre ricos y pobres. Como aproximación, toman las diferencias regionales de los valores de la mortalidad infantil. Pero señalan que en general estas son mínimas en los países desarrollados.

En el *Informe* se destaca la incorporación de dos dimensiones más para la evaluación de los servicios de salud: la *capacidad de respuesta* del sistema y la *distribución entre los diversos grupos sociales de la carga financiera* para mantener dichos servicios. La OMS incorpora así, explícitamente, conceptos de equidad. En el caso de la financiación, lo hace de modo directo; en los casos de resultados de salud y de capacidad de respuesta, en modo indirecto porque, además de considerar el nivel global, el Informe también toma en cuenta la distribución de ambas variables entre los distintos segmentos de la población.

El modo en que se propone la participación de la población también implica un cambio en el énfasis dado a las diferentes modalidades en que se pueden manifestar las reacciones de la gente. El *Informe* propone que para medir el grado en que un sistema responde a las expectativas de la población se requiere una consulta directa y permanente sobre la base de dos criterios principales: en qué medida el sistema muestra un respeto por la dignidad de la persona humana y cuál es el cuidado puesto en la atención de los

demandantes. Por cierto que, como la estimación del indicador surgió de encuestas efectuadas en unos 35 países y la opinión de expertos e informantes clave de poco más de cien, hay un margen de crítica respecto a los modos más idóneos de medir esa opinión colectiva. La evaluación comprende:

-respeto por la dignidad de la persona (50%), que a su vez engloba:

-trato	respetuoso	(16,6%)
-confidencialidad		(16,6%)
-autonomía del paciente		(16.6%)

-orientación hacia el paciente (50%)

-atención	oportuna	(20%)
-ambiente de	calidad adecuada	(15%)
-elección del	proveedor (prestador)	(10%)
-acceso a red de soporte social		(5%)

Para conocer y *medir la carga financiera* de los distintos segmentos de la población, se auspicia el registro sistemático de cuentas nacionales de salud, para conocer con claridad de dónde provienen los fondos que un país asigna al sistema de salud (impuestos varios, cargas de la seguridad social, gastos directos del bolsillo) y dónde, finalmente, se utilizan (efectores públicos, privados, medicamentos, etc.).

El *financiamiento adecuado o equitativo* (fair financing) es objeto de un acápite especial. Se señala que la contribución financiera de cada hogar debe estar en relación con su capacidad de pago o aporte y no con el del peso o riesgo de la enfermedad. Para estimar el parámetro se analiza por deciles de ingreso la relación entre el gasto (descontado el de alimentos) y los gastos de bolsillo por prestaciones médicas.

Es importante observar que por gasto público se incluye tanto el derivado de la aplicación de tasas e impuestos generales como los aportes recogidos por la Seguridad Social. El gasto privado, en contraposición, incluye los gastos directos de bolsillo por prestaciones más los seguros privados.

Por último el *Informe* señala que el gasto no es un resultado, sino sólo un insumo indispensable para el funcionamiento del sistema.

En el acápite *efecto global* (overall attainment), sobre la base del cual se ordena luego a los países según sus logros, se presenta el esquema de ponderación de los indicadores anteriores para la construcción de este indicador global:

EVAD:	[25% para el nivel global de país
Capacidad de respuesta :	0% [25% para su distribución [12,5% para la global del país
Equidad en la participación :	5% [12,5% para su distribución
	5%

O sea 3/8 para resultado en salud y 5/8 para su distribución y equidad en carga financiera.

El acápite *desempeño* alude a la obtención de resultados según los recursos disponibles. Se trata de medir la relación entre lo obtenido y lo obtenible, donde los límites derivan de los datos empíricos (máximo y mínimo observado en los países).

Se determinan así dos indicadores:

- a) Recursos (en gasto per cápita) /EVAD (resultado en salud global)
- b) Recursos/ efecto global

Mejorando la eficiencia (o performance) plantea cuatro funciones clave para obtenerlo:

- 1 Provisión de servicios (lo que el sistema hace);
- 2 capacidad para obtener recursos (el sistema no es sólo un receptor pasivo);
- 3 creación de recursos;
- 4 Conducción o Rectoría (stewardship) y/o supervisión.

Los capítulos 3° "*Servicios de Salud ¿Bien elegidos, bien organizados?*" y el 4° "*¿Qué recursos son necesarios?*", son más complejos ya que incluyen desde las fallas de organización, *selección y refuerzo* de prioridades, y adecuación de los servicios, hasta la producción pública y privada de recursos y el camino futuro de los modelos de inversión en salud.

Capítulo cinco: "*¿Quiénes pagan los sistemas de salud?*":

En el apartado "*Cómo actúa el financiamiento*" se informa que el gasto mundial en salud ha crecido entre 1948 y 1997 desde el 3,8% del PB Mundial al 7,9%.

El buen financiamiento incluye no sólo proveer disponibilidad de fondos, sino adecuar incentivos a los proveedores y asegurar que todos los individuos tengan acceso (no-imposibilidad de pago a la prestación o efecto catastrófico por la misma).

Incluye así los procesos de recolección de fondos, integración de los mismos (función aseguradora) y la adquisición de los servicios.

Remarca que en los seguros públicos el aporte tiende a ser según el salario, mientras que en los privados se hace según riesgo.

En general, el aporte del bolsillo contra prestación es muy alto en los países más pobres (más del 40% en países con menos de \$1000/cápita/año) y mucho menor o nulo en países con ingresos altos y medios.

En "*Prepago y recaudación*" se señala que "cuánto, cómo y quiénes aportan" es más importante que si el financiamiento es público o privado.

Capítulo seis: *Cómo se protege el interés general*

En relación con las acciones de los gobiernos *como vigilantes de los servicios de salud* se apunta que conviene "*remar menos y conducir más*" y, más adelante, que "*la*

regulación puede promover o restringir; requiere recursos; los servicios públicos por sí mismos pueden ser una herramienta de control; la regulación requiere diálogo".

2 Comentarios y observaciones finales

El informe representa un significativo avance en el pensamiento sanitario. Desde la conducción de la OMS se reclama, con énfasis, que los Gobiernos asuman la conducción de los sistemas de salud de los países. No basta administrar servicios o programas: lo esencial es conducir el conjunto del sistema para la obtención de mejores resultados en términos de salud, con una mejor distribución de la misma, con beneficio para todos las clases, grupos sociales y ámbitos geográficos; asegurando el máximo respeto a los derechos de las personas y los pacientes, y de forma que la carga financiera sea equitativa y no implique obstáculo para acceder a los servicios o determine situaciones de catástrofe familiar.

La propuesta implica un desafío a los modelos prevalecientes en este último decenio, en el cual, en particular en nuestro país, se vivió un claro proceso de relativo retroceso respecto de la evolución mundial, acentuándose la desigualdad de los resultados y de la equidad financiera.

Se señala la necesidad de evaluar el desempeño global del sistema de salud, en términos de resultados que involucren a la población. Esta propuesta contrasta con los modelos unidireccionales de evaluación hasta ahora dominantes.

Se propone un conjunto de cinco ejes para la evaluación: resultado global en salud, distribución de ese resultado en salud; capacidad de respuesta global, y su distribución entre los grupos sociales; y equidad financiera, cuya importancia fue destacada previamente.

Es especialmente importante el concepto de "performance" o desempeño, por el cual se valora a los sistemas por la relación de los logros obtenidos con los recursos disponibles.

Los puntos que merecen reparo o duda nacen, fundamentalmente, de la construcción y aplicación de los indicadores.

Para ser útil, un indicador debe cumplir, en primer lugar, con el requisito de *validez*, es decir, que refleje fielmente lo que se quiere describir. Otros aspectos que deben ser considerados son *confiabilidad*, *sensibilidad*, *especificidad*, *facilidad* y *costo de obtención de los datos*, *sencillez de interpretación* (El uso de indicadores complejos, resultantes de la combinación y ponderación de varios simples en un valor único presenta el riesgo de que la modificación de uno de ellos, digamos favorable, enmascare el empeoramiento de otros de los componentes, o, por supuesto, a la inversa). No está de más recordar la advertencia de Hegel: "La imperfección del ejemplo con respecto a la idea es un índice de la imperfección de la idea en sí".

La elección del indicador EVAD parece ser promisoria para la comparación internacional, pero resulta difícil de obtener por la complejidad de la definición de discapacidades.

No hay duda de que los indicadores que intentan medir capacidad de respuesta son los más opinables. Sin embargo el concepto no se debe desechar y deberán validarse los indicadores propuestos u otros que los reemplacen con mayor precisión y aceptación en cuanto a su significado.

Por otro lado, a pesar de la creciente globalización, sin duda existen diferencias en cuanto a tradiciones, creencias, valores, entre países -y aun dentro de cada país- por lo cual algunos indicadores con fuerte carga subjetiva, diseñados por un grupo de expertos con una visión homogénea, deben ser aplicados cautelosamente a culturas heterogéneas. Las experiencias acumuladas por la utilización de los indicadores propuestos irá señalando los necesarios ajustes.

Del mismo modo, cuesta admitir que iguales indicadores puedan ser aplicados, sin algún tipo especial de ajuste por tamaño a países continentales como China, India o Rusia y a naciones minúsculas como Islas Cook (19.000 habitantes) o Nauru (11.000 hab.)

Cuando se insiste en que el Estado debe garantizar el acceso a todos según sus necesidades, es improbable que esto ocurra en un país donde ese Estado tiene un poder limitado sobre su territorio y la población correspondiente.

En definitiva, pareciera que la construcción de algunos indicadores responde parcialmente a los propósitos generales de la propuesta, la cual aplaudimos como expresión de la recuperación de una política basada en las necesidades de la gente y no sobre su capacidad de pagar por los servicios.

3. La situación de Argentina en el concierto mundial

El Informe de la OMS, cuyos datos corresponden al año 1997, confirma las críticas que observadores locales han hecho sobre el sistema de salud de nuestro país. En general, la ubicación de la Argentina no es muy buena en las distintas tablas de posición según los indicadores elegidos.

Por ejemplo, en cuanto al nivel global de salud alcanzado, medido en EVADs, Argentina se encuentra en el puesto 39° sobre 191 países considerados. Nuestro país baja al 60° lugar cuando se evalúa la distribución de ese nivel de salud (medido esta vez en términos de sobrevivencia infantil después de los cinco años) entre los diferentes estratos sociales.

En cuanto a la capacidad de respuesta, medida sobre la base de encuestas a informantes clave, Argentina se encuentra en el puesto 40° y, en materia de distribución de ese indicador, comparte el tercer puesto con otros 37 países.

Con respecto a la equidad de la financiación, Argentina desciende, junto con otros seis países, al 89-95° lugar. En el Informe de la OMS el país con mejor evaluación de este indicador es Colombia, pese a que una buena parte de su territorio no está controlado por el gobierno legal.

Por último, considerando el indicador de logro -resumen de los tres indicadores mencionados- Argentina se ubica 49° en el mundo pero, cuando entra en juego la relación con los recursos de que dispone (desempeño), baja al puesto 75°, lo que confirma la mala utilización de sus potencialidades frecuentemente señalada por los expertos y padecida por los usuarios.

Aun cuando las posiciones ocupadas por Argentina son compatibles con las opiniones que existen en nuestro país, en los resultados de algunas tablas de posición aparecen ubicaciones no esperables.

Sin embargo, hubo acuerdo general en cuanto a que el valor central del documento está referido al cambio estratégico del enfoque de las problemáticas del sector asumido por la OMS. Su mérito es ampliar el marco de los informes habituales de los organismos multinacionales.

El grupo se hizo eco del movimiento de opinión generado por la publicación de las posiciones de los países. Las cuestiones metodológicas señaladas en la construcción de alguno de los indicadores hacen comprensible que la discusión del *Informe* derive hacia concepciones ideológicas, aspecto éste que la Directora de la OMS planteó que era necesario superar en la presentación del documento. Quizás se debió presentar más paulatinamente lo innovativo de los métodos, con el fin de introducirlos como elementos de trabajo entre los actores del sector salud y los Gobiernos de cada país. Estas observaciones metodológicas y sus derivaciones podrían generar un cuestionamiento global al Informe con el riesgo de que se deje de lado el aporte fundamental referido al nuevo rumbo estratégico y a las concepciones innovadoras sobre modelos de evaluación.

Firmado: Hugo Arce, Nélica P. F. Busso, Antonio García, Carlos García Díaz, Horacio Lores, Luis Loyola, Camilo Marracino, Jorge Mera, Isabel Molinero, Elsa Moreno, Juan C. O'Donnell, Abraam Sonis y Marta Viñas.

Los autores agradecen especialmente la colaboración brindada por los Dres. Juan Manuel Sotelo y Juan Pablo Abadie en la elaboración de este Consenso de la Comisión de Salud Pública del CCPM.