

Debate: El polémico Informe de la Organización Mundial de la Salud

Presentación

A fines del año pasado tomó estado público en Argentina la evaluación que el desempeño del Sistema de Servicios de Salud había merecido en el *Informe Mundial de Salud para el año 2000*, publicado por la OMS.

Pese a que la posición de Argentina en la comparación realizada entre 191 países miembros distaba de ser favorable, no se hizo pública la reacción de las autoridades del área ante su contenido. En otros escenarios tanto nacionales como internacionales, en cambio, el Informe estimuló una importante polémica en función de los nuevos indicadores que introducía para la evaluación de los Sistemas de Servicios de Salud y los resultados consignados para diferentes países. En particular, Brasil se sintió muy afectado por el lugar que mereció en el ranking elaborado por la OMS, generándose un movimiento de análisis crítico a la metodología utilizada para definir los indicadores que colocan a ese país en el lugar 125°, a Argentina en el 75°, mien-

tras Paraguay se ubica en 58° y Colombia en el 22° en función de lo que el Informe caracteriza como Desempeño Global de los Sistemas de Salud.

Esas posiciones relativas son las que surgen del segundo indicador destinado a medir el *Desempeño de los Sistemas de Salud en el conjunto de Estados Miembros* que se presenta en el Cuadro n° 10 del mencionado Informe. Un primer índice, relativo al *Desempeño en Materia de Nivel de Salud*, ha sido elaborado para indicar con qué eficacia los sistemas de salud logran convertir en salud sus gastos; estando dada la medición de salud por la esperanza de vida ajustada por incapacidad. El desempeño en nivel de salud se define como la relación entre el nivel de salud alcanzado y aquel que podría lograrse a través de un sistema de salud más eficaz. En este ordenamiento Colombia ocupa el rango 51°, Paraguay 52°, Argentina 71° y Brasil 78°. El indicador más polémico ha sido el segundo Índice presentado en el mis-

mo Cuadro, vinculado al *Desempeño Global de los Sistemas de Salud*, elaborado a partir de un modelo analítico destinado a relacionar los resultados del conjunto del sistema de salud con los gastos en salud y otros determinantes no sanitarios del sistema, representados por el nivel de instrucción.

En función de la importancia del

debate, hemos decidido la publicación de algunos de los documentos generados a partir del Informe, tres de ellos originados en Brasil, el cuarto elaborado en nuestro país por la Sub Comisión de Salud Pública de Comisión Nacional de Certificación de Profesionales que actúa en la Academia Nacional de Medicina. •

Brasil. Ministerio de Salud Consejo Nacional de Salud Moción n° 003 / 2000

El Plenario del Consejo Nacional de Salud en su Nonagésima Novena Reunión Ordinaria realizada en los días 5 y 6 de julio de 2000, en uso de sus competencias reglamentarias y atribuciones conferidas por la ley n° 8080 del 19 de setiembre de 1990 y por la ley n° 8142 del 28 de diciembre de 1990, considerando la imprescindible necesidad de tomar posición, como Colegiado Nacional de Control Social de la Salud en Brasil, en relación al reciente Documento de trabajo de la Organización Mundial de la Salud, *Sistemas de Salud: mejorando el desempeño* y sus repercusiones en el país, lo hace con la siguiente posición:

1. Lamentar que el organismo del salud mundial, integrante del Sistema de las Naciones Unidas, del cual Brasil forma parte, haya sido usado para la divulgación del estudio sobre desempeño de los Sistemas de Salud de los países, utilizando indicadores al menos controvertidos, seleccionados por criterios no informados o desconocidos.

2. Declararse insatisfecho con los datos y comentarios del referido documento, que utilizando modelos meramente teóricos, sin correspondencia con la realidad, comparó países con sistemas de salud diversos y condiciones económicas en nítidos extremos, como si presentaran algún grado de homogeneidad.

3. Extrañar en el análisis efectuado, la ausencia de cualquier referencia sobre las condiciones derivadas de los programas de estabilización bajo la égida del FMI y del Banco Mun-

dial, que ocasionaron en los países pobres e incluso en las economías llamadas emergentes, una efectiva reducción de los recursos destinados a los sectores sociales, especialmente en educación y salud, así como ahogándolos con el pago de intereses y obligaciones de las deudas internas y externas, única prioridad de los modelos de ajuste preconizados.

4. Enfatizar que será mucho más relevante para la salud de la población mundial que la OMS pueda dedicarse al impacto de las responsabilidades derivadas de los compromisos de la deuda externa sobre las condiciones de vida y el desempeño del sistema de salud en los países miembros.

5. Subrayar que los datos del referido Informe, por cierto, no contribuyen en nada para el análisis efectivo de los sistemas de salud, especialmente en Brasil, que viene, desde la Constitución Federal de 1988, construyendo un modelo propio de universalización de la atención a la salud, el Sistema Unico de Salud —SUS— de naturaleza pública, descentralizado y orientado por el control social.

6. Reconoce este Plenario las dificultades y obstáculos que se ha debido enfrentar en la construcción del SUS, la necesidad de garantizar el acceso y la equidad, así como las extremas dificultades que la población brasileña enfrenta en la obtención de mejores servicios y condiciones de salud que, al menos, podrían ser compatibles con las dimensiones de la economía brasileña. Sin embargo, esas dificultades no nos separan del comando

estratégico adoptado por el pueblo brasileño en la construcción de su Sistema Único de Salud.

7. Subrayar también que este Consejo Nacional de Salud continuará reconociendo los relevantes y meritorios servicios prestados a la salud de los pueblos por la Organización Mundial de la Salud, lamentablemente oscurecidos por la divulgación del men-

cionado Informe, fruto de elucubraciones de prepotentes tecnócratas, que no se mostró a la altura del reconocimiento que se tiene en Brasil por la OMS. •

**Plenario del Consejo Nacional
de Salud en su Nonagésima
Novena Reunión Ordinaria**

Informe 2000 de la OMS

Sistemas de salud: mejorando el desempeño¹

Las reacciones ante la divulgación de algunos datos del informe anual de la Organización Mundial de la Salud han sido muy variadas, teniendo todas el mérito de hacernos pensar y detenernos a discutir una cuestión primordial como es la Salud.

Sin embargo, parte considerable de esas manifestaciones evidencian dos aspectos importantes: por un lado un conocimiento parcial de las características del sistema nacional de salud en Brasil y del otro un conocimiento también parcial de lo que efectivamente fue evaluado a través del nuevo indicador propuesto por la OMS.

El Sistema único de Salud en Brasil es una construcción de los tres niveles de gobierno: municipal, estatal y federal. No tenemos un sistema nacional de responsabilidad exclusiva del gobierno federal como algunos comentarios sugieren. Los resultados del sistema en Brasil dependen de la actuación de las tres esferas de gobierno, pero también de la sociedad civil que ejerce sobre ellas el control social a través de los Consejos de Salud.

La mayoría de los comentarios en torno de la clasificación del desempeño del sistema de salud brasileño en el *ranking* promovido por la OMS parece suponer que fueron analizadas las necesidades de salud de nuestra población y el desempeño de los servicios de salud, en cantidad y calidad, en relación a ellas. Sin embargo, no fue eso lo que hizo la Organización Mundial de la Salud.

Desde su creación, posterior al final de la II Guerra Mundial, la OMS pro-

curó desarrollar indicadores para evaluar el estado de salud de las poblaciones así como la oferta de servicios de salud. Las dos cosas son bastante complejas y fue necesario trabajar con una “familia” de indicadores para medir, de una manera más o menos satisfactoria, diferentes aspectos de la situación de salud y de la provisión de servicios de manera que fuera posible construir un cuadro aproximado de lo que pasaba en cada país. Claro está que la fotografía sería tanto más nítida en la medida en que el país fotografiado dispusiera de buenos sistemas de registro de información de salud.

A lo largo del tiempo se viene intentando elaborar indicadores sintéticos, es decir, indicadores que con un número relativamente pequeño de componentes pudieran sintetizar la situación de cada país, facilitando así las comparaciones entre ellos. Para que este procedimiento quede más claro para las personas que no son especialistas en la construcción o en el uso de indicadores podemos utilizar una comparación entre esos procedimientos y algunas tentativas hechas por los medios de comunicación para definir el hombre o la mujer más bonitos del mundo. Generalmente se solicita al público que indique su preferencia en relación a cada fragmento del cuerpo humano a partir de elecciones entre cabellos, bocas, ojos, narices, etc. de artistas conocidos. Frecuentemente el resultado de la composición entre los pedazos más votados resulta extremadamente frustrante, ya que la composición final no garantiza

1. Documento elaborado por:
Paulo Marchiori Buss. Director de la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

Rita Barradas Barata. Presidente de la Asociación Brasileña de Postgrados en Salud Coletiva (ABRASCO), miembro del Consejo Nacional de Salud (CNS), Brasil.

un todo armónico, equilibrado y que preserve la belleza.

Lo mismo ha ocurrido con los esfuerzos de desarrollo de indicadores compuestos. Como lo que se pretende medir es muy complejo, cualquier combinación de partes produce un resultado generalmente muy distante de la realidad.

Vamos a intentar comprender finalmente lo que fue medido o evaluado por el indicador compuesto propuesto por la OMS. Los técnicos encargados de su elaboración partieron de la definición de los objetivos que cualquier sistema de salud debería alcanzar. Propusieron, como punto de partida, tres objetivos incuestionables: la mejora del nivel y de la distribución de la salud en la población, la capacidad de respuesta a las expectativas de la población en relación a los servicios de salud y el financiamiento justo, es decir, una forma de financiamiento que no tenga impacto negativo sobre las condiciones de vida de las familias.

El paso siguiente sería definir los indicadores a utilizar para medir cada uno de estos objetivos, y cómo combinarlos para construir un indicador único. Fueron seleccionados cinco indicadores, dos para el nivel de salud y su distribución, dos para la capacidad de respuesta y uno para el financiamiento. Para combinarlos se adoptaron los siguientes factores de ponderación: para la salud se atribuyó un peso del 50%, para la capacidad de respuesta 25%, y para el financiamiento los restantes 25%. Así, la nota final estaría compuesta por los indicadores seleccionados combinados según esas proporciones.

Para medir el nivel de salud de la población se eligió la esperanza de vida sin incapacidades. Este indicador representa una estimación de cuántos años una persona nacida en 1996 en cada uno de los países miembros de la OMS podría esperar vivir sin presentar problemas de salud que interfirieran con el desempeño de sus actividades normales. Para poder realizar este cálculo es necesario imaginar una po-

blación hipotética que a lo largo del tiempo presente el mismo riesgo de morir y enfermar de las personas que están viviendo en un determinado momento.

Aquí comienzan las dificultades. No todos los países poseen información confiable para la realización de ese cálculo, o toda la información necesaria. ¿Cómo hacer? Se recurre a estimaciones basadas en la información disponible. A través de fórmulas matemáticas se procura cubrir los vacíos de información. Por lo tanto, los resultados no pueden ser tomados al pie de la letra, es decir, es necesario tener en cuenta, en su interpretación, las fuentes de datos utilizadas y la confianza que puede depositarse en ellas en función de su alcance y calidad.

Pasemos al segundo indicador de salud. Para medir la distribución de la salud en la población, es decir, si el nivel de salud es más o menos homogéneo entre los diferentes grupos los técnicos optaron por medir si el riesgo de morir antes de los cinco años de edad estaba igualmente distribuido entre diferentes sectores de población. Aparentemente las desigualdades medidas fueron entre la esperanza de vida de hombres y mujeres y entre niños y adultos. Desdichadamente no hay información suficiente en el Informe para que se pueda saber exactamente cómo se obtuvo la medida. Aquí también surgen los mismos problemas señalados anteriormente en relación a las fuentes de datos utilizadas.

Para analizar la respuesta de los sistemas a las expectativas de la población y su distribución, los técnicos optaron por utilizar un análisis cualitativo, es decir, saber, a través de entrevistas con informantes clave cómo eran evaluados "los aspectos no médicos del sistema". A través de 35 preguntas que contienen alternativas del tipo: nunca, siempre, a veces, en general, se procuró medir aspectos como dignidad, autonomía, secreto, comodidades, elección de los prestadores, acceso a redes de apoyo y rapidez en la atención.

En ningún momento la evaluación tuvo en cuenta si los servicios de salud existentes eran un número suficiente para atender todas las necesidades de la población ni si la atención dada era satisfactoria en el sentido de resolver los problemas de salud de las personas.

Solo 33 informantes fueron entrevistados en Brasil y la OMS tenía resultados de esta encuesta solamente para 30 países. Los valores que constan en el Informe fueron extrapolados de esos 30 países para los restantes 161. Por lo tanto, la evaluación incluía solo aspectos no médicos, se basaba en la opinión de algunos informantes clave y existía para un número insignificante de países. No obstante, ¡esos resultados fueron incorporados al indicador compuesto, como si pudieran medir la capacidad de respuesta del sistema a las expectativas de la población! Y aún más ¡fueron utilizados para establecer el *ranking* entre países, siendo que solo se conocían las opiniones para 30 países entre 191!

Para verificar si la capacidad de respuesta del sistema estaba igualmente distribuida entre la población se preguntó a cada informante clave si existía algún grupo específico en la población (según edad, sexo, raza, religión, clase social, etc.) para el que el desempeño del sistema fuera peor. Se pidió también a los informantes que indicaran qué proporción de la población pertenecía a esos grupos. Con esa única respuesta se estableció la evaluación de la distribución de la capacidad de respuesta. Nuevamente las opiniones recogidas eran pocas para cada país y existían solamente para 30 países.

El último indicador utilizado fue la estimación de los gastos familiares en salud. Para los técnicos encargados del informe deberían ser considerados como gastos importantes aquellos que la familia debería hacer, de su propio bolsillo, cada vez que necesitara utilizar un servicio o comprar un medicamento. No serían considerados gastos injustos los derivados de impuestos y

tasas que componen el presupuesto público del sistema ni los gastos resultantes de pagos realizados por empresas o individuos para planes y seguros de salud. Así, el análisis se hizo solo en base a los gastos individuales, sin tener en cuenta qué proporción de la oferta de servicios era costeadada de esa forma. Para cada familia incluida en la muestra de la investigación (cerca de 5.000 en Brasil) se calculaba la proporción de gastos directos en salud realizados en el último mes en relación a los gastos familiares totales descontados los gastos en alimentación. Así se pretendía medir el impacto en las finanzas familiares de los gastos en salud, tomando como base lo ocurrido en el mes anterior al de la investigación.

Aquí nuevamente la OMS solo disponía de datos para 21 países y necesitó proyectar a través de fórmulas matemáticas los valores para los restantes.

El indicador final para cada país podía ser tanto un número que correspondiera a medidas directas como un número derivado de proyecciones obtenidas a partir fórmulas que combinaban, por ejemplo, aspectos tan diferentes como el coeficiente de Gini, que mide la concentración del ingreso, como un valor atribuido al hecho de que el país fuera “ex comunista”.

Una vez calculado el indicador global compuesto por los cinco indicadores parciales, los técnicos resolvieron considerar que el desempeño de un sistema debería ser ajustado por alguna característica del país, ya que podría ser considerado injusto comparar el desempeño de un sistema de salud de un país pobre con el de un país rico, aunque los autores estuvieran convencidos de que no era el monto de recursos el principal determinante de los resultados obtenidos en cada país.

¿Cómo podía hacerse ese ajuste? Los técnicos resolvieron calcular una función de desempeño máximo teniendo en cuenta los gastos en salud y el nivel de escolaridad existente en cada país y utilizar como límite mínimo

la esperanza de vida de la población en 100. Es decir, sería evaluado dentro de los límites establecidos, por un lado por la esperanza de vida al comienzo de este siglo, por lo tanto anterior al desarrollo científico y tecnológico en el área de salud, un límite máximo establecido por sus disponibilidades financieras y nivel de educación.

La evaluación y la posición final de cada país refleja por lo tanto su desempeño en relación a lo que sería teóricamente posible. Por esto el sistema de salud de Colombia fue considerado mejor que el de Canadá, es decir, dadas las condiciones de pobreza de Colombia, esta tiene un desempeño mejor que el que podría alcanzar el sistema de salud en Canadá.

La pregunta que es necesario hacer es la siguiente: ¿esto significa que las necesidades de salud de los colombianos están siendo mejor atendidas que

las de los canadienses? La respuesta es no. Dado que lo que fue medido por la OMS no fue esto.

Tal vez con esta información podemos evaluar mejor qué significa la posición 125 atribuida al sistema de salud en Brasil.

Sin embargo, para nosotros, que trabajamos en salud pública, enseñando, investigando y actuando en los servicios, queda todavía una pregunta. ¿Será que si la Organización Mundial de la Salud hubiese encargado un indicador sintético para evaluar el desempeño de los sistemas de salud a profesionales de salud en vez de hacerlo a economistas del Banco Mundial, los resultados serían estos? ¿Será que alguien tendría que detenerse a pensar cómo sería posible que el sistema de salud de Colombia fuera el más justo del mundo? •

Consideraciones sobre el Informe OMS 2000²

Investigadores de la Fundación Oswaldo Cruz

El Informe de la OMS para el año 2000 presenta innovaciones significativas al comparar el desempeño de los sistemas de salud en todos sus países miembros y formular nuevos indicadores, utilizando un instrumental metodológico altamente diversificado, que ha sido objeto de discusión en diversos niveles.

Según la agencia, el patrón ideal de desempeño de sistemas de salud, expresado en un “nuevo universalismo” debe combinar la mayor calidad posible (*goodness*) con la menor diferencia entre los beneficiarios (*fairness*). Su coordinación y estrategias de provisión de servicios, generación de recursos y financiamiento están vinculadas a la capacidad de gestión responsable de los gobiernos (*stewardness*) en sentido amplio, comprometiéndolo individuos y organizaciones. En este sentido, la agencia busca abandonar esquemas tradicionales de control de la oferta (focalizado en la estructuración de la atención primaria, especialmente en países de bajo desarrollo) en nombre de reformas orientadas a la demanda (especialmente en lo que se refiere a la orientación a los clientes y el fortalecimiento de los derechos de los pacientes).

En relación a la forma de provisión de servicios el Informe admite la convergencia de múltiples alternativas en el financiamiento y regulación gubernamentales, no necesariamente acompañadas de distribución o administración estatal de los servicios de salud. En cuanto a los modelos de financiamiento y definición de clientelas de

los sistemas públicos, la agencia adopta la formulación del Banco Mundial que recomienda a los países en desarrollo focalizar sus acciones en lo “posible y necesario”. El “nuevo universalismo” busca asociar oferta básica de alta calidad con la utilización de criterios de costo-efectividad de las intervenciones. Esta combinación de orientaciones se enfrenta a los esquemas universalistas de la atención integral (“universalismo clásico”), y que limita la atención a los paquetes básicos y remite la atención de demandas complejas al mercado, o implica la no provisión de determinadas tecnologías en términos absolutos.

Por otro lado, para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, utiliza también el porcentaje del prepago en relación a los gastos totales de salud como indicador indirecto de cobertura, no identificando tanto el porcentaje de población cubierta por algún esquema de seguro público o privado, como el nivel de alcance de las distintas coberturas. Se asume como premisas de manera indirecta que: i) un bajo gasto de bolsillo (*out-of-pocket*) en los hogares estaría asociado a la afiliación a algún sistema de salud; ii) la cobertura implicaría tener las necesidades de salud atendidas; premisas que no necesariamente corresponden a la realidad y debilitan la potencialidad del Informe para la comparación del desempeño entre sistemas de salud.

Además de eso, la escala del emprendimiento y las atrevidas metas comparativas muchas veces ocultan

2. Documento preliminar elaborado por un grupo de investigadores de la FIOCRUZ (ENSP y CICT), a saber: Alicia Ugá (ENSP), Célida Landmann Szwarzwald (CICT), Cláudia Travassos (CICT), Francisco Viacava (CICT), José Mendes Ribeiro (ENSP) y Silvia Marta Porto (ENSP).

otras imperfecciones que comprometen el resultado final del estudio. Estas imperfecciones pueden ser observadas en el diseño metodológico (elección de variables, método de definición de la ponderación para la construcción del índice) y en el relevamiento de datos (uso incompleto de fuentes nacionales; algunas extrapolaciones poco consistentes a partir de datos secundarios). La agencia reconoce algunas de estas limitaciones y confiere un carácter preliminar a los resultados obtenidos.

Finalmente, cabe destacar el carácter normativo del Informe, a pesar de la expresada intención de respetar la enorme diversidad entre regiones y entre países de cada región.

A continuación se presentan algunas consideraciones sobre la metodología de evaluación utilizada por la OMS.

Análisis de los indicadores

La metodología utilizada en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud se hace a partir de cinco indicadores “*Health Level (DALE)*”, “*Health Distribution*”, “*Responsiveness Level*”, “*Responsiveness Distribution*” y “*Fairness in financial contribution*”, que, ponderados respectivamente por 25%, 25%, 12,5%, 12,5% y 25% componen el índice de desempeño total (*Overall health system performance*).

Nivel y distribución de salud (*Health Level, Health Distribution*)

En la apreciación de indicadores de salud, estimados para varios países con finalidad comparativa, deben considerarse algunos aspectos, entre los cuales se destacan los más relevantes: analizar si el indicador consigue expresar cuantitativamente lo que se propone medir en su concepción teórica; entender la metodología de construcción del indicador, incluyendo las fuentes de información utilizadas para

el cálculo; verificar si el indicador está siendo construido de la misma forma, con la misma precisión y con la misma metodología de cálculo en todos los países, verificar las posibilidades de estimar periódicamente el indicador para que sea viable la evaluación de su evolución en el tiempo.

En lo que se refiere al *DALE (Disability-Adjusted Life Expectancy at birth)*, como el nombre indica, se incorporan a las medidas de la tabla de vida los años perdidos por discapacidad, midiéndose la esperanza de vida a través del número de años saludables. Aunque la idea sea interesante, el cálculo del porcentaje de años perdidos por discapacidad no puede ser realizado para cada país, y tiene que ser estimado por agrupamiento de países. O sea, el porcentual de deducción por discapacidad fue tomado como constante en todos los países de un mismo grupo, que, como signo, tienen niveles semejantes de esperanza de vida al nacer. Como consecuencia del uso de un porcentaje constante para cada agrupamiento de países, el *DALE* (presentado en la tabla 5 del Informe de OMS) y la esperanza de vida al nacer (calculada como media de las esperanzas de vida al nacer para el sexo masculino y femenino de la tabla 2 del Informe de OMS) tienen un coeficiente de correlación muy alto, casi igual a 1 ($r=0,996$), llevándonos a concluir que el uso del indicador “esperanza de vida al nacer” produciría, prácticamente, los mismos resultados.

En relación a la estimación de la esperanza de vida al nacer, tampoco hay claridad sobre las fuentes de información utilizadas para cada país, ni sobre la metodología de cálculo, sobre todo en los países con estadísticas vitales incompletas.

En lo que se refiere a la distribución de la salud (“*Health distribution*”) la OMS procuró medir la desigualdad de la salud de la población. En ese sentido, se utilizó un indicador que expresa la desigualdad individual de supervivencia en la infancia, definido en base a los indicadores de desigualdad de sa-

lud propuestos por Gakidou et al. (2000).³ El indicador se expresa matemáticamente con la siguiente fórmula:

$$IID(\alpha, \beta) = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |y_i - y_j|^\alpha}{2n^2 \mu^\beta}$$

donde *IID* representa diferencias interindividuales (“*inter-individual differences*”), y representa esperanza de salud y μ el valor medio en la población. Los parámetros α y β son ajustados para dar mayor ponderación a la variabilidad de las observaciones o para la media. De ese modo, cuanto mayor sea el valor de *IID*, mayor la desigualdad de salud. En el caso particular del indicador de la OMS “*health distribution*” fueron utilizados los valores de $\alpha = 3$ y $\beta = 0,5$.

Pese al carácter innovador de este tipo de indicador, que busca medir las desigualdades de salud en la población y no un valor central descriptivo del nivel medio de salud del país, es necesario subrayar que el uso de este indicador para evaluar el desempeño de los sistemas de salud tiene restricciones que merecen ser destacadas. Teniendo en cuenta que el cálculo del

IID se refiere a medir la desigualdad de la salud por medio de la variabilidad de las informaciones individuales, ese tipo de indicador incorpora en su estimación las desigualdades sociales de la población, es decir, la composición de la población tiene influencia relevante en la estimación del *IID*.

A título de ejemplo del efecto de la composición de la población sobre el *IID*, considere la simulación presentada en el Cuadro 1. La población simulada, en un tiempo *t1*, presenta esperanzas de vida al nacer diferenciadas por estrato social, enumerados de 1 a 5, desde el más pobre hasta el más rico. En el tiempo *t1*, la distribución de la población por estrato social está dispuesta en la segunda columna del mismo cuadro. Considere ahora que en el tiempo *t2* las esperanzas de vida tuvieron aumentos de por los menos 1 año, y que esos aumentos fueron diferenciados por estrato social, mayores (2 años) en los dos estratos más pobres. Pero suponga que, en el tiempo *t2*, la desigualdad social de la población aumentó, de tal forma que la composición de la población se modificó en los extremos, tal como se expone en la cuarta columna del Cuadro 1. Se calculan, para los tiempos *t1* y *t2* los valores medios de la esperanza de vida al nacer, los desvíos estándar y los *IID*, se percibe que, para el tiempo *t2* el

3. Gakidou EE, Murray CH, & Frenk J (2000). “Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy”. *Bulletin of the World Health Organization* 78 (1): 42-54.

ESTRATO	TIEMPO t1		TIEMPO t2	
	ESPERANZA DE VIDA	DISTRIBUCIÓN	ESPERANZA DE VIDA	DISTRIBUCIÓN
1	60	10%	62	15%
2	65	15%	67	10%
3	68	50%	69	50%
4	70	15%	71	10%
5	71	10%	72	15%
ESTADÍSTICAS	Media= 67,35 D-estándar= 2,99 IID (3, 0,5)= 16,04		Media= 68,40 D-estándar= 3,04 IID (3, 0,5)= 16,06	

desvío estándar aumentó, así como el índice propuesto de desigualdad de salud. En este caso, ciertamente las desigualdades individuales del nivel de salud de la población aumentaron debido al crecimiento de la inequidad social, y no por el desempeño del sistema de salud que tuvo, por suposición, mejor actuación entre los más desfavorecidos.

En el mismo contexto, en una población con gran parte de la población viviendo en situación de pobreza, el desempeño del sistema de salud puede ser malo, pero va a ser considerado más homogéneo (y, por lo tanto evaluado con mejor índice) que un sistema de salud más activo en una población con menor concentración de pobreza, ya que las desigualdades de salud por condición social van a tener poco peso en el cálculo del IID:

En el Cuadro 2, se presenta un ejemplo de dos poblaciones A y B, para las cuales la desigualdad de salud por estrato social expresada por la esperanza de vida al nacer, es evidentemente mayor en la población B. Sin embargo, simulándose una composición poblacional con gran concentración de pobreza, sobre la base de un IID (3, 0,5), se deduce que la población A tiene mayor desigualdad de salud que la población B. Esto significa decir que el IID calculado en países

con gran concentración de pobreza y desempeño precario del sistema de salud puede estar subestimando la desigualdad del desempeño por condición social, enmascarada por la homogeneidad de la pobreza.

Es interesante observar que en ausencia de información de salud disponible para el cálculo de los indicadores de desigualdad de salud, la estimación es realizada por medio del uso de datos referentes a pobreza, nivel de escolaridad y de concentración de ingreso, como el coeficiente de Gini. Se puede por lo tanto deducir que los indicadores así calculados tienen por finalidad principal llamar la atención sobre los contrastes sociales existentes en la población, asociados, evidentemente, a la desigualdad en salud de la población, pero no necesariamente a la inequidad de la actuación del sistema de salud.

Está permitido, por consiguiente, preguntarse si los indicadores utilizados para medir las desigualdades de salud de la población son aptos para evaluar la inequidad de la actuación de los sistemas de salud. Como se vio a través de los ejemplos simulados, la composición de la población por nivel socioeconómico tiene un papel tan relevante en la estimación de los indicadores de desigualdades de salud que estos son, a veces, solo indicadores de

ESTRATO	DISTRIBUCIÓN	POBLACIÓN A	POBLACIÓN B
1	60%	58	55
2	20%	61	55
3	15%	63	56
4	4%	65	60
5	1%	66	68
ESTADÍSTICAS		Media 59,71 D-Estándar= 2,30 IID (3, 0,5)= 6,96.	Media 55,48 D-Estándar= 1,62 IID (3, 0,5)= 6,68.

la desigualdad en la distribución del ingreso en la población, tomando en cuenta en muy escasa medida el desempeño del sistema de salud para atenuar los contrastes sociales.

Nivel y distribución de “sensibilidad”

Representa la respuesta a expectativas no vinculadas a salud. Esta variable enfatiza la hospitalidad en detrimento de la respuesta a las necesidades en salud que están más relacionados con la complejidad de la oferta y mecanismos facilitadores del acceso. Evalúa el respeto por la *dignidad*, la *confidencialidad*, y la *autonomía* de los individuos ante los servicios. Como variables orientadas a la atención de los clientes, evalúa la *atención inmediata en emergencias* y la *espera razonable en condiciones de no emergencia*, la *comodidad de las instalaciones*, el *acceso de familiares y amigos de los pacientes* y la *libre elección del proveedor*.

Este indicador representa una importante contribución de la agencia para la comparación de los sistemas, pero envuelve también problemas relevantes. Los principales problemas son de dos órdenes. El primero se refiere a la falta de datos nacionales consistentes y comparables entre países, lo que obligó a una exagerada dependencia de respuestas a cuestionarios por consultores que, a su vez, no disponen de la información mínima para efectuar extrapolaciones consistentes y comparables. Como señala el Informe, el desarrollo de este indicador, por su propio carácter inédito, depende de la realización de encuestas, nacionales o por microáreas.

El segundo orden de problemas es externo al indicador y deriva de la no utilización de medidas sensibles a la resolución de las necesidades directamente ligadas a salud para la comparación de los sistemas. Según el Informe, esos factores serían incorporados por los indicadores de resultados en salud (morbimortalidad global y por distribución) lo que es cuestionable.

La composición tecnológica de la oferta de servicios y su alcance no son abordados en las comparaciones. Recurrir exclusivamente a los indicadores epidemiológicos presentados es inconsistente, en la medida en que los resultados de la utilización de servicios no son completamente aprehendidos por estas estadísticas. La falta de evaluación del perfil de complejidad de los servicios en el Informe puede ser entendida por los objetivos generales de la agencia, en el sentido de, en nombre del “nuevo universalismo”, vincular la oferta de servicios a un conjunto limitado de tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

La aplicación del indicador de sensibilidad en el caso brasileño estuvo basada en la respuesta de informantes calificados y no consideró aspectos importantes de los subsistemas público y privado en nuestro país. Por ejemplo, en relación a los datos más objetivos, investigaciones de opinión sobre el desempeño del SUS y encuestas de utilización de los servicios muestran que el sistema público es mejor evaluado por los que lo utilizan. Este indicador fue estimado a partir de informaciones muy subjetivas y que parecen no considerar la agenda política del sector de salud en Brasil.

Justicia en la contribución financiera

Un razonamiento semejante al discutido en relación a los indicadores de salud puede también ser aplicado para el indicador denominado “*fairness of financial contribution - FFC*”. En este caso la estimación se hace a través de gastos porcentuales en salud (“*household contribution to the financing of the health system - HFC*”) relativos al denominado “ingreso permanente” (definido como el gasto efectuado por las familias, excluyendo el gasto en alimentación). La desigualdad de los gastos en salud (*FFC*) es medida a través de la suma de variabilidad de los porcentajes individuales en relación al gasto porcentual medio, estando suje-

ta a alteraciones importantes de acuerdo con la composición de la población por estrato social. Así, de la misma forma que el *IID*, el *FFC* refleja fundamentalmente las desigualdades en la sociedad.

Otro problema del indicador *FFC* se refiere a las fuentes de información utilizadas para 21 de los 191 países relacionados (Tabla 7 del Informe), el *FFC* fue calculado por medio de informaciones de encuesta domiciliaria (en gran parte de los casos, Investigaciones sobre Estándares de Vida - PPV) conteniendo preguntas referentes a los gastos de los hogares. Para el resto de los países, la información necesaria para el cálculo del *FFC* fue estimada sobre la base de una regresión, utilizando datos de esos 21 países y teniendo como factores explicativos solo la fracción del gasto en salud que es público, el índice de Gini y el hecho de que el país fuera o no comunista.

El detalle de la metodología de estimación de los valores de cada componente de ese indicador, en los países en los cuales no había encuesta domiciliaria, no es transparente en el Informe de OMS. Además de eso, se ignora cómo se estimó la distribución de la carga tributaria entre los domicilios (a partir de la cual se infiere la parte del gasto del hogar relacionada al pago de impuestos y tasas).

Cabe mencionar también que, aunque la OMS desarrolle una interesante discusión conceptual acerca de la “*fairness*” (justicia) del sistema de financiamiento sectorial, indicando que es necesario analizar entre otras variables, la progresividad o regresividad del sistema tributario, este elemento fue abandonado al trabajar solamente con el *FFC* tal como fue ya definido. Se debe señalar que, en Brasil, el gasto federal en salud (que representa más del 70% del gasto público en salud) es financiado en más del 40% por impuestos progresivos, tales como la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros (CPMF) y la Contribución sobre el Lucro Líquido (CSLL).

Vale destacar, por otro lado, que el *FFC* no refleja las desigualdades en la *utilización* de servicios de salud, ni tampoco la relación entre esta utilización y los niveles de necesidad de salud de la población. De esta forma, un mismo país puede presentar un buen desempeño del sistema de salud medido por *FFC* y, al mismo tiempo, exhibir marcadas desigualdades en la utilización de servicios de salud. Debe observarse que este último aspecto no es incorporado por ninguno de los indicadores que componen el “*overall health system performance*”.

Finalmente, el Informe presenta indicadores que, pese a no estar incorporados en el cálculo del Índice compuesto de desempeño de los sistemas de salud merecen observaciones en relación a la falta de claridad en su operacionalización: gasto privado, gasto de bolsillo, consumo privado, consumo total, consumo privado total (pág. 149) entre otros.

Por ejemplo, en lo que respecta al caso brasileño, llama la atención la altísima participación atribuida a los gastos de bolsillo. El gasto privado —que representa el 51,3% del gasto total en salud, según el Informe, tabla 8— estaría fundamentalmente constituido por gasto de bolsillo (45,6%) siendo que, en realidad, el gasto privado relativo a la compra de planes y seguros de salud —prepagado— absorbe, en Brasil, un porcentaje aproximadamente igual al gasto federal en salud. De esta forma, el gasto de bolsillo en salud aparece sobrestimado.

Índice Compuesto (“*Overall Health System Performance*”)

En relación al índice de desempeño total del sistema de salud, se destaca también la manera cómo fue calculado. En primer lugar, es importante señalar que el nivel medio de salud, medido por *DALE*, está afectado por la distribución desigual del ingreso de la población, conforme se muestra en estudios recientes.⁴ Atribuyendo una ponderación de 25% al nivel medio de

4. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA & House JS (2000). “Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or material conditions”. *British Medical Journal*, 320: 1200-1204.

salud (*DALE*), 25% al indicador de desigualdad de salud (“*health distribution*”) y 25% al indicador de desigualdad del gasto porcentual en salud (“*fairness in financial contribution*”), que son influenciados de manera significativa por los efectos de la composición de la población, el desempeño total del sistema de salud está siendo evaluado por un indicador compuesto, que pondera primordialmente las desigualdades sociales existentes en la población, sobredimensionando el papel de la distribución del ingreso en detrimento de la una evaluación concreta de la actuación y de los alcances del sistema de salud en la totalidad de la población. En ese sentido, vale recordar y recorrer las técnicas tradicionales de estandarización, usadas clásicamente para medir indicadores de morbilidad, controlándose los efectos de las variables intervinientes.

Conclusión

En síntesis, se puede apuntar como principales problemas en el cálculo de los indicadores propuestos por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud: la elección de indicadores de desigualdad individual de salud, que sin utilizar procedimien-

tos de estandarización por composición de la población no evalúan adecuadamente la inequidad de los sistemas de salud; la maximización del papel de las desigualdades sociales, subestimando la contribución del desempeño del sistema de salud propiamente dicho; la falta de datos para todos los países miembros, lo que resultó en estimación de indicadores por procedimientos metodológicos dispares; la comparación de los países por medio de indicadores calculados con diferentes metodologías; la falta de transparencia en el procedimiento metodológico utilizado en el cálculo de algunos indicadores, como el usado para la estimación de la desigualdad de los gastos porcentuales en salud (“*fairness of financial contribution*”).

Ante los cuestionamientos que merecen los indicadores utilizados, los problemas relativos a las fuentes de información y la necesidad de efectuar estimaciones para la mayor parte de los países, la diversidad metodológica aplicada para la elaboración de las referidas estimaciones y la imprecisión resultante de ellas, parece inapropiado presentar “*rankings*” que individualizan la posición de cada país. •

Análisis y comentarios al informe de la OMS sobre la salud en el mundo en el año 2000: “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”

Argentina. Academia Nacional de Medicina. Subcomisión de Salud Pública

El presente documento intenta responder a las expectativas originadas por la publicación del mencionado informe de la OMS en junio de este año 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 al nivel de los países. En función de lo expuesto se presenta el siguiente texto que cuenta con un primer consenso de la Comisión de Salud Pública, con el fin de generar opiniones que lo enriquezcan y permitarnos así una mejor comprensión de los problemas de salud de nuestras comunidades.

Este Informe sobre la Salud en el Mundo, publicado por la OMS, indica 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 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 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.

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 que corresponde a los gobiernos la responsabilidad del funcionamiento del sistema de salud, cualquiera sea la configuración política que este presente.

Finalmente, como punto distintivo, el Informe distingue, 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

La versión disponible en castellano está conformada solamente por la *introducción general* y el *anexo estadístico* de la versión inglesa que incluye, además, las 141 páginas del informe propiamente dicho, distribuidas en seis capítulos con las referencias pertinentes.

Se aclara que no se trata de una publicación oficial de la OMS ya que probablemente no ha 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 *la 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.

Se señala que el ámbito de interés debe ampliarse para abarcar el conjunto de políticas públicas que inciden en la salud de la gente. Y no solo la de suministrar servicios de salud públicos (acciones generales y sobre el ambiente) y personales (atención médica).

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 —rectoría— 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 esas 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 (ATTAINEMENT 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 en

castellano, *DALE* en inglés). Sin embargo, en la tabla 2 del anexo se incluyen otros tres indicadores: probabilidad de morir antes de los 5 años, ídem de morir entre 15-59 años y expectativa de vida al nacer.

La tabla 4 plantea valores del *DALY* y del *DALE* por grandes áreas del mundo.

En el texto se aclara la diferencia entre uno y otro indicador. El *DALE* 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. El *DALY* (años de vida libres de discapacidad) parte de analizar respecto de cada patología su efecto en mortalidad y discapacidad por grupo de edad y sexo.

Justifican la preferencia del *DALE* sobre la expectativa de vida al nacer porque así resulta ampliada la brecha entre ricos y pobres, dado que la patología no solo causa más mortalidad entre los pobres, sino además mayor discapacidad.

Para evaluar *la distribución o desigualdad de la salud*, deberían 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 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 gente la consulte directamente 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, como el diseño del indicador surgió de encuestas efectuadas sobre todo a informantes calificados técnicamente,⁵ hay un margen de crítica respecto a los modos más idóneos de medir esa capacidad de respuesta. Esta 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%)

Este indicador lo estimaron desde encuestas en unos 35 países y la opinión de expertos e informantes en poco más de cien.

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.

El aporte financiero 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 analizan por deciles de ingreso de los países, la relación entre el gasto no en alimentos con los gastos de bolsillo por prestaciones.

Para entender la tabla correspondiente (Nº 8), 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 señalan que el gasto no es un resultado, sino solo un "input" indispensable para el funcionamiento del sistema.

En el acápite *EFECTO GLOBAL (OVERALL ATTAINEMENT)* sobre la base del cual se ordena a los países en las tablas 1 y 9 se presenta el esquema de ponderación de los indicadores anteriores para la construcción de este indicador global:

DALE (EVAD):	50%	[25% para el nivel global de país [25% para su distribución
Capacidad de respuesta	25%	[12,5% para la global del país [12,5% para su distribución
Equidad en la participación:	25%	

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 desde los recursos disponibles. Se trata de medir la relación entre lo obtenido y lo obtenible, donde los límites derivan de los

datos empíricos (Mx y Mn observado en los países).

Se determinan dos indicadores:

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

Es una medida de eficiencia económica del sistema y será el centro de la política de la OMS de los próximos años.

MEJORANDO LA EFICIENCIA (O PERFORMANCE) plantea las cuatro funciones clave para obtenerlo. Deben distinguirse: 1. Provisión de servicios (lo que el sistema hace); 2. capacidad para obtener recursos (el sistema no es solo un receptor pasivo); 3. creación de recursos; 4. Monitoreo (*stewardship*) y/o supervisión.

Tercer capítulo: SERVICIOS DE SALUD. ¿BIEN ELEGIDOS, BIEN ORGANIZADOS? Incluye:

- *FALLAS ORGANIZACIONALES*
- *ESCOGIENDO INTERVENCIONES: OBTENCIÓN DE MÁS SALUD DESDE LOS RECURSOS*

ESCOGIENDO INTERVENCIONES desarrolla un árbol de decisiones que permite considerar los cinco objetivos señalados a cumplir por los sistemas de salud.

Los otros acápites del capítulo son: *QUÉ DEBE SABERSE, REFORZANDO PRIORIDADES POR RACIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN; DESPUÉS DE ESCOGER PRIORIDADES: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS E INCENTIVOS A PROVEEDORES Y REGLAS DE JUEGO; FORMAS ORGANIZACIONALES; CONFIGURACIONES PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS; ALINEANDO INCENTIVOS; INTEGRACIÓN DE LA PROVISIÓN.*

Capítulo cuatro: QUÉ RECURSOS SON NECESARIOS: Comprende los acápites: *BALANCEANDO EL CONJUNTO DE RECURSOS, LOS RECURSOS HUMANOS SON VITALES, AJUSTE A LOS AVANCES EN CONOCIMIENTO Y TECNOLOGÍA.*

PRODUCCIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE RECURSOS; EL LEGADO DE LAS INVERSIONES DEL PASADO; PERFILES DE LOS RECURSOS PARA ATENCIÓN MÉDICA; CAMBIO DE LOS MODELOS DE INVERSIÓN; EL CAMINO FUTURO.

Capítulo cinco: ¿QUIÉNES PAGAN LOS SISTEMAS DE SALUD?:

CÓMO ACTÚA EL FINANCIAMIENTO informa que el gasto en salud ha crecido entre 1948 al 97 desde el 3,8% del PB Mundial al 7,9%.

El buen financiamiento incluye no solo 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 (mas del 40% en países con menos de \$1.000/cápita/año) y mucho menor ó \$0 en países con ingresos altos y medios.

PREPAGO Y RECAUDACIÓN señala que más importante es cuánto, cómo y quiénes aportan contra prestación que si el financiamiento es público o privado.

DISPERSIÓN DE RIESGOS Y SUBSIDIO A LOS POBRES; Integración de recursos; COMPRA ESTRATÉGICA DE SERVICIOS; FORMAS ORGANIZACIONALES; INCENTIVOS; CÓMO AFECTA EL FINANCIAMIENTO LA EQUIDAD Y LA EFICIENCIA completan el capítulo.

Capítulo seis: CÓMO SE PROTEGE EL INTERÉS GENERAL

LOS GOBIERNOS COMO VIGILANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD: “Remar menos y conducir más”.

ASPECTOS ERRÓNEOS EN LA CONDUCCIÓN Y MONITOREO ACTUALES. Miopía, visión túnel.

POLÍTICAS DE SALUD. VISIÓN PARA EL FUTURO; ESTABLECIENDO LAS NORMAS.

ASEGURANDO SU CUMPLIMIENTO: La regulación puede promover o restringir; requiere recursos; los servicios públicos por sí mismos pueden ser una herramienta de control; la regulación requiere diálogo.

EJERCER INTELIGENTEMENTE COMPAR-

TIR LOS CONOCIMIENTOS; ESTRATEGIAS, ROLES Y RECURSOS.

QUIÉN DEBE HACER Y QUÉ; CUÁLES SON LOS DESAFÍOS.

2. Comentarios y observaciones

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 todas 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 prevalentes 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 afecten a la población. Esta propuesta contrasta con los modelos hasta ahora dominantes de evaluación.

- 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 siste-

mas por la relación logros obtenidos con los recursos disponibles.

Los puntos que merecen reparo o duda son:

- La elección del indicador EVAD (*DALE*) parece ser válida para la comparación internacional. Para el análisis intra país, resulta difícil de aplicar por la complejidad de construir tablas de vida por áreas o grupos sociales.

- Evaluar la distribución del resultado en salud entre áreas, grupos sociales, etc., acudiendo a las diferencias regionales de la mortalidad infantil pierde sensibilidad cuando su valor se ubica en niveles bajos. En el texto se indica que la mortalidad infantil en países desarrollados y algunos de mediano desarrollo marca escasas diferencias regionales. No se entiende entonces por qué se acudió a este indicador como aproximación al problema.

- No hay duda 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.

- Un aspecto a considerar es el que se refiere al peso mínimo asignado a la vinculación con los sistemas sociales de apoyo.

- No se aclara cómo se construye el indicador referido a la equidad financiera. Que Colombia aparezca como líder en este indicador resulta sorpresivo, ya que si bien la reciente reforma en ese país es considerada promisoriosa, solo una fracción de la población ha sido alcanzada por el proceso. Cuando se insiste 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.

- La construcción del indicador global de resultado (*overall attainment*) adolece de los defectos propios de una construcción arbitraria. Nos

parece valioso el énfasis puesto en señalar el peso de la distribución social de los resultados y la equidad financiera respecto del logro mismo en resultados de "salud".

- En definitiva, pareciera que la construcción de algunos indicadores responde parcialmente 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 39^a (junto a Costa Rica y Armenia) sobre 191 países considerados (Japón encabeza la tabla). Nuestro país baja al 60^o puesto 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 este caso sorprende, a primera vista, que el conjunto está encabezado por Chile, dada la importante asimetría existente entre grupos sociales.

En cuanto a la capacidad de respuesta, medida sobre la base de encuestas a informantes clave, Argentina se encuentra 40^a (el país que aparece con mejor puntuación es Estados Unidos) 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 como Bostwa-

na, Lesotho y Malawi, al puesto 89-95°. En el Informe de la OMS el país con mejor evaluación de este indicador es Colombia, una nación en llamas, buena parte de cuyo territorio no está controlado por el gobierno legal.

Por último, considerando los indicadores de logro, Argentina se ubica 49ª en el mundo respecto de su logro global —resumen de los tres indicadores mencionados— en materia de logros en salud pero, cuando entra en juego la relación con los recursos 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.

4. Sobre otros comentarios publicados

En la declaración de La Habana se hace un rechazo frontal al documento, que deja de lado toda la formulación política expresada por la Directora General, o la interpreta como una simple pantalla de propuestas pro economía de mercado.

Más moderado y medular es el informe preliminar de investigadores de FIOCRUZ (Alicia Ugá, Célia Landmann, Claudia Travassos, Francisco Viacava, José Mendes Ribeiro y Silvia Marta Porto). Incluye una lectura “por debajo del agua” que implica una apreciación subjetiva según la cual la agencia (OMS) adopta la formulación del Banco Mundial, donde los Gobiernos deben asegurar una canasta básica remitiendo al mercado las demandas más complejas.

Son especialmente oportunas las consideraciones sobre errores conceptuales en la confección de los indicadores de distribución de la salud, que en vez de medir el desempeño del sistema es un nuevo indicador de la desigualdad social. Señalan que agregan poco para evaluar el desempeño, e incluso pueden producir conclusiones opuestas a otros métodos de medición más ajustados al objeto a evaluar. Otro tanto señalan con respecto al indicador

de equidad financiera, con el agregado que aquí se hicieron, además, estimaciones a partir de datos de pocos países y basadas, muchas veces, en datos incompletos o erróneos, como ejemplifican para el caso de Brasil. En conclusión, estiman inapropiado presentar el ordenamiento que individualiza la posición de cada país. Este comentario resulta especialmente importante, pues es inevitable acudir a las tablas para ver “cómo estamos ubicados” sin haber analizado qué significan los indicadores, cómo fueron construidos, en qué medida miden lo propuesto. Lo cual lleva inevitablemente a un rechazo global del documento (y así “tirar al niño con el agua del baño”) o a una idealización casi mágica de los resultados a partir de los cuales se deducen conclusiones apresuradas, como se observa actualmente en los medios.

Si bien 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 (ej.: Chile, Estados Unidos y Colombia) que a primera vista producen dudas sobre la construcción de los indicadores y, especialmente, sobre las fuentes de los datos empíricos necesarios para evaluar la situación de cada país. 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).

5. Discusión

El primer texto,⁶ fue discutido en la Comisión de Salud Pública del Consejo de Certificación de la Academia Nacional de Medicina.⁷ Se contó también con la contribución en la discusión del Dr. Sotelo (Representante de OPS Argentina) quien aportó el material de diapositivas con la descripción del documento.

La discusión se centró básicamente en tres aspectos:

6. Fue preparado por J. P. Abadie y C. Marracino.

7. Participaron Hugo Arce, Nérida Fernández, Antonio García, Carlos García Díaz, Horacio Lores, Luis Loyola, Camilo Marracino, Jorge Mera, Jorge Molinero, Isabel Plachner y Abraham Sonis.

- La nueva estrategia propuesta por la dirección de la OMS.
- Los aportes metodológicos. Construcción de indicadores.
- Análisis del ordenamiento parcial y general de los países.

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.

Fue objeto de mayor crítica, la propuesta sobre los indicadores, su construcción o las aproximaciones de interpretación. Aunque el concepto de *desempeño* es el indicador más innovador, cabe advertir que existen dificultades para su asimilación: será necesario un período de maduración para su correcta y completa comprensión.

El grupo se hizo eco del movimiento de opinión generado por la publica-

ción de las posiciones de los países. Los errores metodológicos señalados en la construcción de alguno de los indicadores hacen comprensible que la discusión del Informe derive hacia concepciones ideológicas, aspecto este que la Directora de la OMS planteó que era necesario superar en la presentación del documento. Quizás se debió plantear con mayor humildad 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 imperfecciones metodológicas y sus derivaciones pueden generar un cuestionamiento global al Informe con el riesgo que se deje de lado el aporte fundamental referido al nuevo rumbo estratégico y a las concepciones innovadoras sobre modelos de evaluación. Se recordó incluso una cita de Hegel: “la imperfección del ejemplo con respecto a la idea es un índice de la imperfección de la idea en sí”.

-