

Consideraciones Sobre el Informe de la OMS - 2000

**Alicia Ugá¹, Célia M. Almeida², Célia Landmann Szwarcwald³,
Claudia Travassos⁴, Francisco Viacava⁵, José Mendes Ribeiro⁶,
Nilson de Rosario Costa⁷, Paulo M. Buss⁸ y Silvia M. Porto⁹**

¹ Economista. Ph. D. en Medicina Social. ENSP/ Fiocruz, Brasil.

E-mail: domingue@ensp.fiocruz.br

² Médica. Ph. D. en Salud Pública ENSP/Fiocruz, Brasil. E-mail: calmeida@ensp.fiocruz.br

³ Matemática. Ph. D. en Salud Pública. CICT/Fiocruz, Brasil. E-mail: celials@fiocruz.br

⁴ Médica. Ph.D. in Economics and Political Sciences. CICT/Fiocruz, Brasil.

E-mail: claudia@procc.fiocruz.br

⁵ Médico. M. Sc. en Medicina Preventiva. CICT/Fiocruz, Brasil. E-mail: viacava@fiocruz.br

⁶ Médico. Ph D. en Salud Pública. ENSP/ Fiocruz, Brasil. E-mail: jmribeiro@ax.apc.org

⁷ Sociólogo. Ph. D. en Ciencia Política. ENSP/ Fiocruz, Brasil.

E-mail: nilson@ensp.fiocruz.br

⁸ Médico. M. Sc. en Salud Pública. ENSP/Fiocruz, Brasil. E-mail: pbuss@fiocruz.br

⁹ Matemática. Ph. D. en Salud Pública. ENSP/ Fiocruz, Brasil.

E-mail: sporto@ensp.fiocruz.br

RESUMEN

En este texto se discute el Informe de la Organización Mundial de la Salud para 2000 y se analiza la metodología utilizada para comparar y clasificar el desempeño de los sistemas de salud de los 191 países miembros. Las principales conclusiones están referidas a la utilización de metodologías de evaluación científicamente cuestionables; a la implementación de indicadores que no evalúan el desempeño de los sistemas de salud sino que expresan las desigualdades socioeconómicas existentes; a la ausencia de datos en la mayoría de los países para el cálculo de los indicadores y a la falta de transparencia en los procedimientos adoptados para el cálculo de algunos indicadores.

Palabras Claves: OMS, evaluación, sistemas de salud, informe, 2000.

ABSTRACT

Comments to the year 2000 report from the World Health Organization

In this paper the year 2000 report from the World Health Organization is discussed and the methodology for comparing and classifying the performance of the health systems of the 191 member countries is analyzed. The main

conclusions refer to the use of methodologies which are scientifically questionable, to the implementation of indicators which do not evaluate the performance of health systems but rather reveal the existing socio-economic inequalities, to the absence of necessary data for calculating the indicators in the majority of countries, and to the lack of transparency in the procedures adopted for calculating some indicators.

Key Words: WHO report, evaluation of health systems, methodologies for evaluating performance.

El Informe de la Organización Mundial de la Salud – OMS del año 2000 (1) presenta innovaciones significativas al comparar el desempeño de los sistemas de salud de todos sus países miembros y formular nuevos indicadores, utilizando un instrumental metodológico altamente diversificado que viene siendo objeto de discusión en diversos sitios.

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

Con relación a la forma de la provisión de servicios, el informe admite la convergencia de múltiples alternativas en la financiación y regulación gubernamentales, no necesariamente acompañados de distribución o administración estatal de los servicios de salud. En cuanto a los modelos de financiación y definición de clientelas de los sistemas públicos la agencia adopta las regulaciones 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 – efecti-

vidad de las intervenciones. Esta combinación de las orientaciones va en contra de los esquemas universalistas de atención integral (“universalismo clásico”), ya que limita la atención a las canastas básicas y remite la atención de las demandas complejas al mercado, o implica la no provisión absoluta de determinadas tecnologías.

Por otro lado, para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, utiliza también el porcentaje del prepago con relación a los gastos totales en salud como indicador indirecto de la cobertura, despreciando tanto el porcentaje de la población cubierta por algún esquema de seguro público o privado, como el nivel de inclusión de las distintas coberturas. Indirectamente se asume como premisas que un bajo gasto de bolsillo en los domicilios estaría asociado a la afiliación a algún sistema de salud, y que la cobertura implicaría atender las necesidades de salud. Estas premisas no corresponden obligatoriamente a la realidad y debilitan la potencialidad del Informe para comparar el desempeño entre los sistemas de salud.

De otra parte, la escala de las realizaciones y las metas comparativas audaces con frecuencia ocultan imperfecciones que comprometen el resultado final del estudio. Estas imperfecciones pueden ser observadas en el diseño metodológico (selección de variables y ponderación para la construcción del índice) y en la consecución de los datos (uso incompleto de fuentes nacionales; algunas extrapolaciones pocos consistentes a partir de datos secundarios). La agencia reconoce algunas de estas limitaciones y confiere un carácter preliminar a los resultados obtenidos. Aún así, cabe destacar el carácter normativo del informe, a pesar de la difundida intención en respetar la enorme diversidad entre regiones y entre países de cada región.

La metodología utilizada en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud está conformada a partir de cinco indicadores: nivel de salud (esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad – EVAD), distribución del logro de salud, nivel de capacidad de respuesta, distribución de la capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera. Estos indicadores ponderados componen el índice de desempeño global del sistema de salud.

NIVEL Y DISTRIBUCIÓN DE SALUD

En la apreciación de los indicadores de salud, estimados para varios países con fines comparativos, deben ser tomados en consideración algunos aspectos relevantes: analizar si el indicador está consiguiendo expresar cuantitativamente lo que se propone medir en su concepción teórica; entender la metodología de la 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 estimación periódica para que el indicador valore la evolución en el tiempo.

En lo que se refiere a la EVAD, como su nombre lo indica, incorpora las medidas de la tabla de vida y los años perdidos por incapacidad, midiéndose la esperanza de vida a través del número de años saludables. Aunque la idea sea interesante, el cálculo del porcentaje de los años perdidos por incapacidad no pudo ser realizado para cada país y se estimó por grupos de países. O sea, el porcentaje de deducción por incapacidad fue tomado como constante en todos los países de un mismo grupo, que por señales, tienen niveles semejantes de esperanza de vida al nacer. En concordancia con el uso de un porcentaje constante para cada agrupación de países, la EVAD y la esperanza de vida al nacer (calculada como promedio de las esperanzas de vida al nacer para el sexo masculino y femenino) tienen coeficientes de correlación muy altos, casi igual a 1 ($r=0,996$), llevándonos a concluir que el uso del indicador tradicional “esperanza de vida al nacer”, produciría, prácticamente, los mismos resultados.

Con relación a la estimación de la esperanza de vida al nacer, no hay claridad sobre las fuentes de información utilizadas para cada país, ni sobre la metodología de cálculo, sobretodo en los países con estadísticas vitales incompletas.

Con respecto a la distribución del logro de salud, la OMS procuró medir las desigualdades de la salud en la población. En este sentido, se utilizó un indicador que expresa la desigualdad individual de la sobrevivencia en la infancia, definido con base en los indicadores de des-

igualdad de salud propuestos por Gakidou y colaboradores (2), cuya expresión matemática del indicador es:

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

Donde IID representa diferencias entre los individuos, y representa esperanza de salud, y μ el valor medio en la población. Los parámetros α y β son ajustados para darle mayor ponderación a la variabilidad de las observaciones, o del promedio. De esta forma, cuanto mayor sea el valor de IID , mayor la desigualdad de salud. En el caso particular del cálculo del indicador de la OMS “distribución del logro de salud” fueron utilizados los valores de $\alpha=3$ y $\beta=0,5$.

A pesar del 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 preciso resaltar que su utilización para evaluar el desempeño de los sistemas de salud tiene restricciones que merecen ser destacadas. Teniéndose en cuenta que el cálculo de IID apunta a medir la desigualdad de la salud por medio de la variabilidad de las informaciones individuales, este tipo de indicador incorpora en su estimación las desigualdades sociales de la población, esto es, la composición de la población tiene influencia relevante en la estimación del IID .

A título de ejemplo para ilustrar el efecto de la composición de la población sobre el IID , considérese la simulación presentada en la Tabla 1. La población simulada, en un tiempo $t1$, presenta esperanzas de vida al nacer diferentes por estrato social, numerados de 1 a 5, de los más pobres a los más ricos. En el tiempo $t1$ la distribución de la población por estrato social está dispuesta en la segunda columna de la misma tabla. Considérese que en el tiempo $t2$ las esperanzas de vida tuvieron aumentos de por lo menos un año, y que esos aumentos fueron diferentes por estrato social, dos años mayores en los dos estratos más pobres. Mas, suponga que, en el tiempo $t2$, la desviación estándar aumentó, así como el índice propuesto de desigualdad en salud. En ese

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, una población con gran parte de ella viviendo en situación de pobreza, el desempeño del sistema de salud puede ser deficiente, pero va a ser considerado más homogéneo (y, por tanto, evaluado con mejor índice) que un sistema de salud 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*.

Tabla 1. Ejemplo de los efectos de la distribución de la población según nivel socioeconómico sobre el *IID*

Estrato	Tiempo t_1		Tiempo t_2	
	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 Desviación estándar= 2,99 $IID(3, 0,5) = 16,04$	Media = 68,4 Desviación estándar = 3,04 $IID(3, 0,5) = 16,06$	

En la Tabla 2, se presenta un ejemplo de dos poblaciones A y B, en las que la desigualdad en salud por estrato social, expresada por la esperanza de vida al nacer, es evidentemente mayor en la población B. Entretanto, al simular una composición poblacional con gran concentración de pobreza, basándose en el $IID(3, 0,5)$ se deduce que la población A tiene mayor desigualdad de la salud que la población B. Esto significa 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 notar que en ausencia de informaciones disponibles para el cálculo de los indicadores de desigualdad de salud, la estima-

ción es realizada por medio del uso de datos referentes a la pobreza, grado de escolaridad y de concentración de ingreso, como el coeficiente de Gini. Se puede deducir que los indicadores así calculados tienen la finalidad principal de llamar la atención sobre los contrastes sociales existentes en la población, evidentemente asociados, a la desigualdad de la salud en la población, mas no necesariamente sobre la inequidad en la actuación del sistema de salud.

Tabla 2. Ejemplo de los efectos de la concentración de pobreza sobre el *IID*

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 Desviación estándar= 2,30 $IID(3, 0,5) = 6,96$	Media = 55,48 Desviación estándar= 1,62 $IID(3, 0,5) = 6,68$

Es posible cuestionar si los indicadores utilizados para medir las desigualdades de salud en la población permiten evaluar la inequidad en la actuación del sistema de salud. Como se observa en los ejemplos, la composición de la población por nivel socio económico ejerce un papel tan relevante en la estimación de los indicadores de desigualdad en salud que estos son, algunas veces, apenas indicadores de la desigualdad en la distribución de la renta en la población, teniendo poco en cuenta el desempeño del sistema de salud para minimizar los contrastes sociales.

NIVEL Y DISTRIBUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA

Representa la respuesta a expectativas no relacionadas con la salud. Esta variable va en detrimento de la respuesta a las necesidades en salud, que están más relacionadas con la complejidad de la oferta y los mecanismos facilitadores del acceso. Valora el respeto por la dignidad, la confidencialidad y la autonomía de los individuos frente a los servicios. Como variables orientadas a la atención de los clientes, valora la atención inmediata en emergencias y espera razonable en con-

diciones de no emergencia, el confort de las instalaciones, el acceso de los familiares y amigos a los pacientes y la libre elección del proveedor.

Este indicador representa una importante contribución de la agencia en la comparación de sistemas, pero involucra también problemas relevantes. Los principales problemas son de dos tipos: el primero se refiere a la falta de datos nacionales consistentes y comparables entre los países, lo que obligó a una exagerada dependencia de respuestas a cuestionarios por consultores que, a su vez, no disponen de informaciones mínimas 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 micro áreas.

El segundo tipo de problemas es externo a los indicadores y depende de la utilización, en la comparación de sistemas, de medidas que no son sensibles a la resolución de las necesidades directamente relacionadas con la salud. Según el informe esos factores serían captados por los indicadores de resultados en salud (morbi-mortalidad global y 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 abarcados 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 capacidad de respuesta al caso brasileño se basó en la respuesta de informantes calificados y desconoció aspectos importantes de los subsistemas públicos y privados en nuestro país. Por ejemplo, con relación a los datos más objetivos, investigaciones de opinión de los Sistemas Únicos de Salud-SUS, y encuestas de utilización de los servicios, muestran que el sistema público es mejor evaluado por aquellos que los utilizan. Este indicador fue esti-

mado a partir de informaciones muy subjetivas y que parecen no considerar la agenda política del sector de salud en el Brasil.

EQUIDAD EN LA CONTRIBUCIÓN FINANCIERA

Raciocinio semejante al discutido en relación a los indicadores de salud puede también ser aplicado al indicador denominado “equidad en la contribución financiera – ECF”. En este caso, la estimación se hace a través de gastos porcentuales en salud (“contribución financiera de un hogar al sistema de salud – CFH”) relativos al denominado “ingreso permanente” (definida como el gasto efectuado por las familias, excluyendo el gasto en alimentación). La desigualdad de los gastos en salud es medida a través de la suma de la variabilidad de los porcentajes individuales en relación al gasto porcentual promedio, estando sujeta a alteraciones importantes de acuerdo con la composición de la población por estrato social. Así, de la misma forma que el *IID*, la CFH refleja fundamentalmente las desigualdades en la sociedad.

Otro problema del indicador CFH se refiere a las fuentes de informaciones utilizadas: apenas para 21 de los 191 países relacionados, la CFH fue calculada por medio de informaciones de encuestas domiciliarias (en gran parte de los casos, encuestas de calidad de vida) conteniendo cuestiones referentes a los gastos de los domicilios. Para el resto de los países, las informaciones necesarias para el cálculo de la CFH fueron estimadas con base en una regresión, usando datos de esos 21 países, y teniendo como factores explicativos apenas la fracción del gasto en salud que es público, o índice de Gini y el hecho de que el país sea o no comunista.

Los detalles de la metodología que estima los valores de cada componente de ese indicador, en los países en los cuales no había encuestas domiciliarias, no es transparente en el informe de la OMS. Además de eso, se ignora como fue estimada la distribución de la carga tributaria entre los domicilios (a partir de la cual fue inferida la porción de gastos domiciliarios relativos al pago de impuestos).

Cabe mencionar que aunque la OMS presente una interesante discusión conceptual acerca de la equidad del sistema de financiación

sectorial, indicando que es necesario analizar, entre otras variables, la progresividad o regresividad del sistema tributario, este elemento fue abandonado, al trabajar solamente con la ECF, tal como se definió arriba. Se debe anotar que en el Brasil, el gasto federal en salud (que representa más del 70 % del gasto público en salud) es financiado en más del 40 %, por impuestos en principio progresivos, tales como la Contribución Provisional sobre Movimientos Financieros (CPMF) y la Contribución Sobre el Lucro Líquido (CSLL.)

Vale destacar, por otro lado, que la ECF 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 esa forma, un mismo país puede presentar un buen desempeño del sistema de salud medido por la ECF y, al mismo tiempo, exhibir marcadas desigualdades en la utilización de servicios de salud. Nótese que este último aspecto no es incorporado por ninguno de los dos indicadores que componen el índice de desempeño global del sistema de salud.

Finalmente, el informe presenta indicadores que a pesar de no estar incorporados en el índice compuesto del desempeño de los sistemas de salud, merecen observaciones con relación a la falta de claridad en su operacionalidad: gasto privado, gastos de bolsillo, consumo privado, consumo total, consumo privado total, entre otros.

Por ejemplo, con respecto 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, – estaría fundamentalmente constituido por gastos de bolsillo (45,6 %), siendo que, en la realidad, el gasto privado relativo a la compra de planes y seguros de salud – prepago – absorbe, en el Brasil, un porcentaje aproximadamente igual a los gastos federales en salud. De esta forma, el gasto de bolsillo en el Brasil parece sobreestimado.

ÍNDICE DE DESEMPEÑO GLOBAL DEL SISTEMA DE SALUD

Con relación al índice de desempeño global del sistema de salud, se destaca también la manera como fue calculado. Primero, es impor-

tante resaltar que el nivel medio de salud, medido por la EVAD, está afectado por la distribución desigual del ingreso de la población, como se indica en un estudio reciente (3).

Atribuyendo una ponderación del 25 % a la EVAD, 25 % al indicador de distribución del logro de salud, 25 % a los indicadores de nivel y distribución en la capacidad de respuesta, y 25 % en la equidad en la contribución financiera, ampliamente afectados por la composición de la población, el desempeño global del sistema de salud está siendo valorado por un indicador compuesto que pondera primordialmente las desigualdades sociales existentes en la población, exagerando el papel de la distribución del ingreso, en detrimento de una valoración concreta de la actuación y de la cobertura del sistema de salud en la totalidad de la población. En este sentido, vale recordar y recurrir a las tradicionales técnicas de estandarización usadas apropiadamente para valorar indicadores de morbi-mortalidad, controlando los efectos de variables involucradas.

En síntesis, se pueden señalar como principales problemas en el cálculo de los indicadores propuestos por la OMS para valorar el desempeño de los sistemas de salud: la elección de indicadores de desigualdad individuales de salud, que sin utilizar procedimientos de estandarización de la composición de la población, no valoran 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 cual resultó en la estimación de los 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 para el cálculo de algunos indicadores, como la estimación de las desigualdades de los gastos porcentuales en salud o equidad en la contribución financiera.

Frente a los cuestionamientos que merecen los indicadores utilizados, los problemas relativos a las fuentes de información y a las necesidades de efectuar estimativos para la mayor parte de los países, la diversidad metodológica aplicada para la elaboración de las referidas estimaciones

y a la imprecisión de los resultados, parece inapropiado presentar categorías que individualizan la posición de cada país •

REFERENCIAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo. 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.
2. Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. Bull. WHO;2000. 78(1):42-54.
3. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ; 2000. 320:1200-1204.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>