

La Salud (Pública) de las naciones y el desempeño de los Sistemas Sanitarios

Vicente Ortún Rubio
Departamento de Economía y Empresa
Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Una revista de publicaciones secundarias que se llame **Gestión Clínica y Sanitaria** puede fácilmente quedar absorbida por la vorágine clínica y los elegantes métodos de investigación etiológica de enfermedades o de investigación sobre la efectividad de las intervenciones. Este editorial pretende ampliar el zoom para recordar la esencia y retos de la Salud Pública con el objetivo de convertir en mundano y abordable el escurridizo tema de cómo mejorarla. Para ello tras definir Salud Pública, y analizar un par de dimensiones de interés, se aborda el análisis de la eficiencia de los Sistemas Sanitarios cuya razón de ser fundamental es precisamente la de mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones.

Definición de Salud Pública

La práctica de la **Salud Pública** trata de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de la intervención organizada de la sociedad. Ello incluye no solamente los esfuerzos para mantener la salud minimizando, y si es posible eliminando, los comportamientos dañinos y las influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales, sino también la prestación de servicios sanitarios eficientes que ayuden a los enfermos a recuperar la salud o, como mínimo, a reducir el sufrimiento, la minusvalía y la dependencia.

Las diferencias en la práctica de la Salud Pública se producen según numerosas dimensiones. Dos son relevantes para nuestros propósitos: la dimensión **local/internacional** y la dimensión **proximal/distal**.

Nuestro pueblo y nuestro mundo

En la dimensión local las prioridades de actuación se sientan sobre la base de los problemas de salud de una comunidad, y sus conveniencias, tratando -en todo caso- de protegerse de riesgos que puedan provenir de otros países. El conocimiento de la carga de morbilidad de la población local constituye así el punto de partida lógico para el establecimiento de las actuaciones de salud pública. La exportación de riesgos - mediante la comercialización agresiva de productos perjudiciales para la salud de otros, como el **tabaco** (primera causa de mortalidad evitable en muchos países), y la admisión de **dobles estándares** en general- no representa problema alguno en perspectiva local que se despreocupa de problemas ajenos aunque los exporte.

En la dimensión internacional se aprecia que el subdesarrollo y la pobreza originan la mayor parte del sufrimiento humano. En el desarrollo económico y social está su cura¹. Las poblaciones ribereñas de Zambeze quiere ser como las poblaciones ribereñas del

Rhin en algo más que mitologías fluviales comparables: los primeros tienen su nyami-nyami, los segundos Lorelei; la mosca tse-tse ha 'guardado' el valle del Zambeze como ha 'guardado' muchas zonas de África y muy posiblemente el tipo de desarrollo del Zambeze deberá ser muy diferente al del Rhin: hipopótamos y cocodrilos pueden ser convenientes para el primero pese a que osos y leones no lo fueron para el segundo. Será, no obstante, el desarrollo económico y social el que permitirá la mejora en la salud de los pueblos del Zambeze (hoy con esperanza de vida al nacer por debajo de los 40 años) como ha permitido siempre la de la especie humana².

Los sentimientos de **solidaridad** con la presente generación, y con las futuras, alientan una perspectiva internacional. Recientemente, la **conciencia de problemas comunes** también conduce hacia una perspectiva internacional de los problemas de salud pública. Entre los principales problemas comunes del mundo cabe citar:

- Las **desigualdades crecientes entre países**. Hace 200 años el país más rico del mundo tenía una renta per cápita cinco veces mayor a la del país más pobre. Hoy en día la renta per cápita de Suiza es 400 veces superior a la renta per cápita de Mozambique³. Actualmente tenemos tres tipos de naciones: aquellas en las que las personas gastan enormes cantidades de dinero para controlar el peso, aquellas cuyas poblaciones comen para vivir y aquellas cuyos habitantes no saben de dónde vendrá la próxima comida.
- Las **desigualdades dentro de cada país**. Aquellos países más igualitarios que han priorizado los servicios sociales (educación y sanidad, intensivos en mano de obra relativamente barata) han conseguido espectaculares mejoras en su bienestar social pese a no registrar un gran crecimiento económico (Costa Rica, Kerala). En gran parte ello es debido a la relación positiva y significativa entre aumento de la renta por persona y mejora de la esperanza de vida al nacer, que se establece principalmente a través del impacto que tenga el producto nacional de un país en, primero, las rentas de los pobres, y, segundo, el gasto en salud pública⁴.
- Consumo de combustibles fósiles y **cambio climático**; regulación de actividades contaminantes en general.
- **Mayor transmisibilidad de infecciones** como consecuencia de la mayor movilidad de productos (alimentarios por ejemplo) y personas; aumento de resistencias bacterianas.
- Las hambrunas originadas por la **falta de democracia**⁵.
- Las **guerras** y los desplazados como consecuencia de las mismas.
- La necesidad de compaginar el **estímulo a la generación de nuevo conocimiento**, en la actualidad a través fundamentalmente del monopolio que las patentes conceden, con la de facilitar el acceso a tratamientos costosos de las poblaciones más afectadas por la enfermedad.

En estos problemas comunes de Salud Pública se dan las conocidas características de bienes públicos (el consumo por parte de una persona no impide el consumo por parte de otra y nadie puede ser privado de consumirlo), externalidades (efectos en terceros), tragedia de los bienes comunales y dificultades de acción colectiva.

Bienes públicos. La mitad de las mejoras en salud de los últimos 50 años son atribuibles al aumento de la renta y la educación; la otra mitad resulta de la generación de nuevo conocimiento y de su aplicación al diagnóstico y tratamiento de enfermedades⁶. Una parte importante de este conocimiento tiene características de bien público pese a su apropiación privada a través del mecanismo de patentes. Kremer⁷ ha sugerido una

subasta de las patentes por parte de los gobiernos para intentar reducir los efectos perjudiciales del monopolio derivado de las patentes.

Externalidades. Muy conocida, por ejemplo, la externalidad en beneficios que supone la contribución a la inmunidad comunitaria de la vacunación individual. Recientemente se ha mostrado cómo los programas de salud pública en el tercer mundo pueden conseguir muchos más efectos beneficiosos que los que normalmente se asumen debido a que no sólo alteran la probabilidad de muerte de la enfermedad tratada sino que aumentan los incentivos a invertir en prevención en otras causas de muerte⁸.

Tragedia de los bienes de propiedad comunal (pesquerías, bosques, recursos medioambientales). Todos los 'pastores' aumentan los rebaños que envían a las 'praderas' comunes corriendo todos ellos a la ruina.

Dificultades de la acción colectiva. Los beneficios sociales, fruto necesariamente de esfuerzos individuales, propician conductas aprovechadas.

Niveles múltiples de causalidad

El enfoque **distal** en Salud Pública pasa por estudiar, para intentar actuar, sobre los fundamentos socioculturales de la salud: se dirige a los grandes problemas sociales de la pobreza, la desigualdad, la violencia, la guerra...y ha de evitar caer en la tentación de valorar tales problemas sociales únicamente en función de sus consecuencias sanitarias⁹.

El enfoque **proximal**, el más habitual y propio del reduccionismo científico, trata de actuar sobre los factores de riesgo más inmediatos de los distintos problemas de salud pública, la intoxicación por plomo como ejemplo.

Alcance de la Política de Salud

La **política de salud**, o macrogestión sanitaria, supone la intervención del Estado para corregir disfunciones del mercado y conseguir objetivos de equidad. La política de salud se distingue de otras políticas, como la política económica, por su finalidad principal: la de conseguir mejoras en el nivel de salud de la población. Obviamente la política económica de un país impacta en su salud¹⁰ de la misma forma que una política de salud impacta en su desarrollo económico, pero si clasificamos como sanitarias aquellas intervenciones del Estado en función de que su finalidad principal sea la de mejorar la salud de la población, veremos que se produce un acotamiento natural de la Salud Pública en las dos dimensiones consideradas (local/internacional, proximal/distal), acotamiento que permite recoger la evolución del concepto de Salud Pública en el tiempo y en el espacio.

En este último cuarto de siglo, bien cumplido, la política de salud, en muchos países, ha seguido la estela de Lalonde¹¹ para producir cambios en los **servicios sanitarios**, los **estilos de vida** y las relaciones con el **medio ambiente**; cambios que tratan de conseguir mejoras en el estado de salud¹². Si el problema es de salud dental, por ejemplo, la política de salud actúa sobre tres familias de variables: servicios sanitarios (reparar caries), estilos de vida (promover el cepillado de dientes), y entorno (fluoración de aguas); no trata de alterar, en cambio, la distribución de renta. Dicho de otra forma la política de salud actúa sobre algunos de los grandes determinantes de la salud pero no

sobre el grupo de variables **socioeconómicas y culturales** ni tampoco, por el momento, sobre la **herencia genética**.

El desempeño de los Sistemas Sanitarios: Políticas de salud buenas y menos buenas

Definir política de salud según finalidad principal permite plantearse el interesante problema de comparar la eficiencia de las políticas de salud seguidas por los diferentes países del mundo. De hecho éste es el muy encomiable propósito de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** que en su **Informe del 2000**⁶ ordena los sistemas de salud del mundo de mayor a menor eficiencia. La definición que el Informe proporciona de sistemas de salud -todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud- encaja bien con el alcance de la política de salud enunciado en los dos párrafos precedentes. Medir la eficiencia de un sistema sanitario supone establecer hasta qué punto el comportamiento de un país se acerca al máximo potencial (dado por el conjunto de países) ajustando por recursos disponibles y otras variables que influyen sobre el resultado y que no están comprendidas en el concepto de servicios sanitarios.

Informe OMS sobre la salud en el mundo, 2000

El Informe 2000 de la OMS usa el método del análisis de la frontera de producción para establecer la eficiencia del sistema sanitario. La eficiencia se aproxima por el porcentaje de lo realmente conseguido en relación a lo que potencialmente podría conseguirse con los 'inputs' utilizados. Se calculan dos medidas de eficiencia:

1/ La observada para transformar 'inputs' en esperanza de vida ajustada por discapacidad
2/ La que se deriva de la capacidad de cada país para transformar 'inputs' en la consecución de tres grandes objetivos de cualquier sistema sanitario expresados éstos como porcentaje de lo potencialmente alcanzable. Los tres objetivos considerados son: salud, capacidad de respuesta (a las expectativas no médicas de la gente) y equidad en las contribuciones financieras. Para medir el grado de satisfacción de los tres objetivos mencionados el Informe utiliza cinco variables de 'producto' o desenlace: esperanza media de vida ajustada por discapacidad, distribución de la esperanza de vida ajustada por discapacidad, respuesta promedio a expectativas, distribución de la respuesta a expectativas y distribución de las aportaciones financieras en relación a la capacidad de pago.

La frontera, definida por la mejor práctica de los 191 países considerados, es una función de dos variables: gasto sanitario y promedio de años de escolarización en la población adulta. Los problemas de método resultan obvios: la educación difícilmente podrá ajustar por todo lo que no son servicios sanitarios (clima, estilos de vida, instituciones...) y aunque la ordenación de los países en cuanto a eficiencia fuera válida no nos informa de cuáles son los componentes de unos servicios sanitarios determinados que explican las diferencias de comportamiento entre países.

Reacciones al Informe OMS sobre la salud en el mundo, 2000

Muchas cosas pueden decirse y casi más se han dicho sobre el Informe OMS 2000. En www.fiocruz.br/cict/dis/vering.htm pueden encontrarse críticas de países (Brasil,

Vietnam) y personales (Vicente Navarro, Alan Willians) así como respuestas de la OMS.

Desde una perspectiva exclusivamente científica enfoques metodológicos alternativos al del establecimiento de la eficiencia comparativa de los servicios sanitarios por la vía del análisis de fronteras de producción serían posiblemente más adecuados, particularmente el enfoque del coste-efectividad. **El análisis coste-efectividad** permite relacionar cambios en recursos dedicados a una intervención sanitaria con cambios en resultados observados proporcionando una información mucho más fina y útil para establecer prioridades de actuación en política de salud.

Pero lo que constituye un criterio para producir ciencia y publicar en buenas revistas no puede convertirse en criterio único para intentar mejorar la realidad. La búsqueda del método más adecuado, del dato más refinado, de la variable más válida se convierte, con facilidad, en una condición suspensiva de la acción: en la parálisis por el análisis. Y pese a compartir algunas de las fundadas de las críticas al Informe¹³, creemos que la OMS posiblemente hará bien si persevera en el intento: mejora datos, pule el método, ajusta mejor por los inputs no sanitarios, efectúa el análisis de frontera por grupos más homogéneos de países (escandinavos, subsaharianos...), etc.

Obviamente los países difieren entre sí en numerosas circunstancias que no son imputables a su política de salud, como la **geografía**, el **clima**, sus **reglas de juego**, su **historia**... como difieren los pacientes sin que ello impida medir la efectividad de las intervenciones o como difieren los cirujanos sin que deje de ser planteable medir su calidad ajustando por las variables que ellos no controlan. Cabría incluso reconocer que los países tienen **preferencias** y **valores** diferentes siempre que se reconozca la universalidad del deseo de vivir más y mejor (para evitar explicar la prevalencia de ceguera por amor a la oncocercosis).

Implantar decisiones, mejorar realidades requiere unas habilidades que no necesariamente son analíticas. Con muchos remilgos la clasificación de pacientes para elaborar Grupos Relacionados con el Diagnóstico, la elaboración de parejas de indicaciones/tratamientos para el establecimiento de prioridades en el estado de Oregón, o el cálculo de la carga de morbilidad para el Informe 1993 del Banco Mundial podían no haber visto la luz. Las hipótesis arriesgadas tienen sus antidotos en los análisis de sensibilidad, los atajos se ensayan y cuando el desconocimiento sobre una cuestión parezca frenar todo avance... siempre puede llamarse a un economista para que asuma su conocimiento u organizarse una conferencia de consenso para compartir la ignorancia. Recordemos que la conquista de las enfermedades epidémicas durante el siglo XIX fue, en gran parte, resultado de las campañas en pro de alimentos puros, agua pura y aire puro, que se habían basado en una fe filosófica y no en una doctrina científica¹⁴.

Conclusión

La Salud Pública depende del desempeño del Sistema Sanitario y la comparación de desempeños entre países no deja de constituir un acicate para la mejora de la Salud Pública. Las ordenaciones de sistemas sanitarios según su eficiencia, los indicadores sumarios, promueven la transparencia y la mejora en datos y métodos, tienen impacto mediático, resultan fácilmente inteligibles y tienen un interés indudable

como forma de estimular una competencia por comparación que permita aprender de aquellos países con mejores políticas de salud. Al fin y al cabo tanto si queremos valorar la situación de la mujer en el mundo o la mortalidad por cáncer siempre recurrimos a la comparación de tendencias internacionales. El **benchmarking**' puede funcionar en políticas de salud, en Salud Pública por tanto, de la misma forma que ha funcionado en cirugía coronaria¹⁵. Eso sí, evitando tentaciones de ingeniería social y sin pedir más de lo que puede dar: aunque las causas de las diferencias de comportamiento entre países se identifiquen no siempre serán vulnerables: cuanto más distal es la variable explicativa mayor inercia suele tener.

Y donde la Política de Salud no pueda actuar siempre cabrá llamar la atención y crear conciencia social sobre por qué no puede hacerlo. Al fin y al cabo la Política de Salud implica intervención del Estado y el Estado, pese a su importancia en Salud Pública, no es la única institución definitoria del comportamiento ni de los países ni de sus sistemas sanitarios.

- ¹ Brundtland GH. Public health: a global challenge. *Europ J Public Health* 1998; 8:1-2.
- ² Cipolla C. *Historia económica de la población mundial*. Barcelona: Crítica, 1978.
- ³ Landes D. *La riqueza y la pobreza de las naciones*. Barcelona: Crítica, 1999.
- ⁴ Sen A. Mortality as an indicator of economic succes and failure. *The Economic Journal* 1998; 108: 1 -25.
- ⁵ Drèze J, Sen A. *Hunger and Public Action*. Oxford University Press, 1991.
- ⁶ World Health Organization. *The World Health Report 2000: Health Systems Performance*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000. Accesible en www.who.int/whr
- ⁷ Kremer M. Patent buy-outs: a mechanism for encouraging innovation. Cambridge: National Bureau of Economic Research, Working Paper 6304. Accesible en www.nber.org
- ⁸ López G. Los programas de salud pública en el tercer mundo pueden conseguir muchos más efectos beneficiosos que los que normalmente se asumen. *Gest Clin San* 2001; 3(1): 40. Comentario sobre: Dow WH, Philipson TJ, Sala-i-Martí X. Longevity complementarities under competing risks. *American Economic Review* 1999; 89(5): 1358-1371.
- ⁹ Meyer H, Schwartz S. Social issues as public health: promise and peril. *Am J Public Health* 2000; 90(8): 1189-1191.
- ¹⁰ Kaplan G, Lynch J. Is economic policy health policy? *Am J Public Health* 2001; 91(3): 351-353.
- ¹¹ Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government Printing Office, 1974.
- ¹² Rodríguez Artalejo F, Ortún V, Banegas JR, Martín Moreno JM. La Epidemiología como instrumento para una política de salud racional. *Med Clin* 1989; 93: 663-666.
- ¹³ Almeida C, Braverman P, Gold M et al. *World Health Report: Concerns and Recommedantions*. The Lancet 2001, en prensa.
- ¹⁴ Dubos R. *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.
- ¹⁵ Chassin M, Hannan E, DeBuono B. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *New Engl J Med* 1996; 334: 394-398.