

Economía y salud: ¿qué es necesario medir?

Economics and Health: ¿What must we measure?

Rafael Urriola U.¹

Resumen

Se revisa el tema de la Medición en salud y atención de salud, desde el punto de vista de la Economía. En primer lugar, las razones para medir, el qué medir y el cómo medir. Entre los contenidos de la medición se considera la ayuda que las cuentas de salud prestan a la salud de las personas; la autopercepción del estado de salud; la satisfacción lograda; las desigualdades y su relación con la protección social. Finalmente, se destaca la necesidad de contar con indicadores y se describe su construcción.

Palabras clave: economía de la salud; medición en salud; desigualdad en salud y atención; protección social; indicadores

Abstract

The subject of measurement of health and health care is reviewed from the standpoint of economics. First of all, the reasons for measuring, what to measure and how. Among the contents to be measured we analyze the kind of help that health economic accounts can provide to people's health; the self perception of health status; the degree of user satisfaction; the inequalities and their relationships with social protection. The need for indicators and the way of constructing them are also dealt with.

Key words: health economics; measurement of health; inequalities in health and health care; social protection; indicators.

¿Cómo puede aportar la economía a la salud de la población? Esta es una pregunta que se hacen con frecuencia tanto los decisores de políticas como las autoridades de salud. Frecuentemente, las decisiones económicas se ven como una traba al desarrollo social o incluso al bienestar de las personas. En economía –el único principio quizás unánime en la profesión– es que los recursos son escasos y el problema es cómo distribuirlos. Mientras más importante son los recursos que se destinan a un rubro, producto o sector, más interés habrá entre los economistas por buscar la mejor solución que consiste, al menos teóricamente, en maximizar bienestar con el menor costo posible.

¿POR QUÉ MEDIR?

Las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que en América Latina se destina alrededor del 7% del consumo final (de los hogares el gobierno y otras instituciones sin fines de lucro) a la salud. Incluso se establece que, por ejemplo en Chile, se destinaría un 8% del Producto Interno Bruto (PIB) a la salud. Es fácil calibrar la importancia de este guarismo si se compara con el cuadro siguiente que indica la proporción del PIB que se ocupa en las ramas de la producción. Es obvio que ese 8% en salud es muy importante: casi tanto como el aporte de la agricultura y la minería

Recibido 09/04/2012. Aceptado 09/05/2012

1 Economista. Master en Economía Pública y Planificación, Universidad de Nanterre, París X. especialista en economía de la salud. Correspondencia a: urriola_rafael@hotmail.com

en la Región!!! Asimismo, el sector de la salud, en el sentido amplio que se define a continuación, aporta cerca del 10% del empleo.

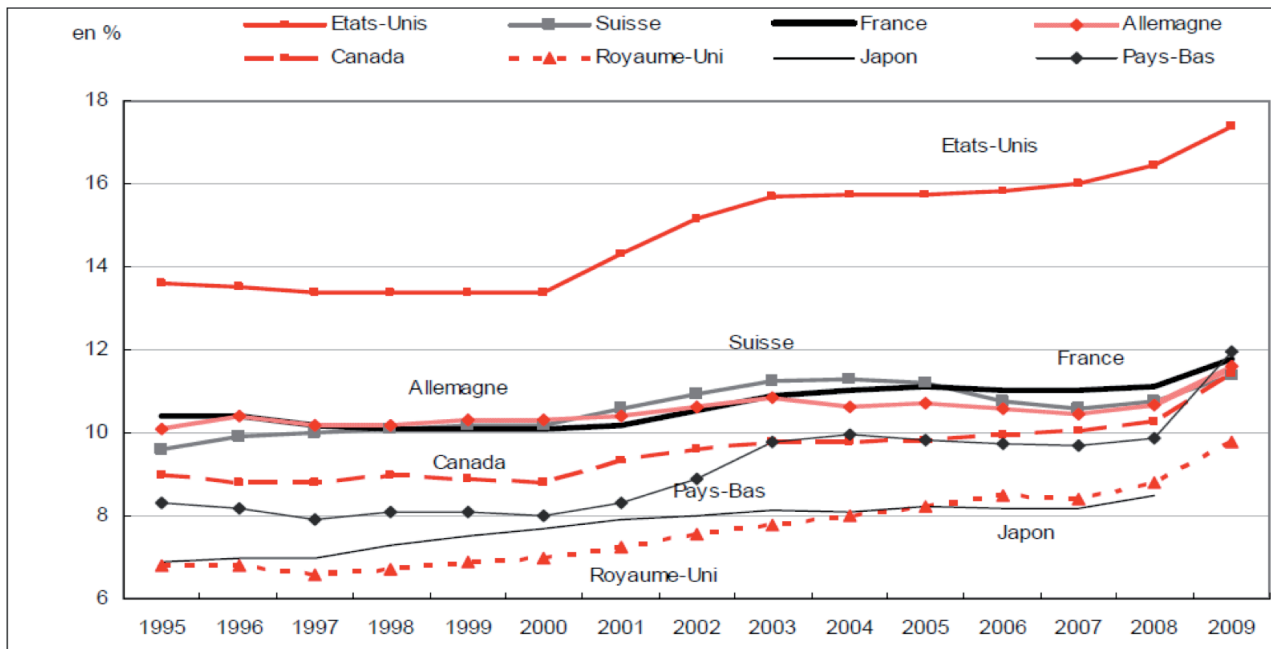
No cabe duda que los problemas económicos se jerarquizan en proporción directa a la importancia para la sociedad de los fenómenos que se están analizando. La salud, es decir la producción, financiamiento y consumo de bienes y servicios de salud en la perspectiva económica, representa una proporción muy alta del consumo de los hogares, del gasto de los agentes, y/o de la producción de las corporaciones. Por lo demás, el sector ha ido amplificando su importancia en los últimos años y hay quienes proyectan que seguirá creciendo a un ritmo superior al del PIB de mantenerse la tendencia de largo plazo. Los gráficos siguientes dan cuenta de ambos fenómenos.

Cuadro 1.
Aporte porcentual al Producto Interno Bruto de los sectores de la producción. América Latina 2008

Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas	17,8
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	8,8
Comercio al por mayor y al por menor, restaurantes y hoteles	14,4
Construcción	5,5
Electricidad, gas y agua	2,2
Industrias manufactureras	16,1
Minas y canteras	3,9
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	5,2
Servicios comunales, sociales y personales	19,0

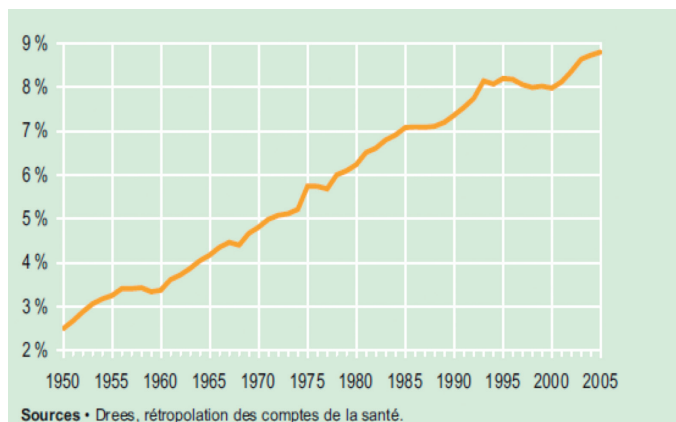
Fuente: Cepal Stat

Gráfico 1.
Gasto en Salud como proporción del PIB en la OCDE (1995-2009)



Sources : DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Éco-Santé 2011 pour les autres pays.

Gráfico 2.
Consumo de bienes y servicios de salud en relación al PIB. Francia 1950-2005



¿QUÉ MEDIR?

Antes que cualquier intento metodológico es imprescindible concordar el Qué medir. Para este efecto, partiendo quizás de las definiciones etimológicas básicas, es necesario desplegar un cuerpo funcional que caracterice inequívocamente al sujeto de la medición, en este caso la salud.

Una definición extraída del Eurostat es que las actividades del sector salud son aquellas que concurren directamente a la producción de bienes y servicios que conforman la función de salud, es decir, las actividades que tienen por objeto la prevención y/o el tratamiento de una perturbación del estado de salud tal que ameritan comprometer los medios necesarios para reducir, suprimir o corregir los efectos de esa perturbación. (Fenina et.al 2011)

Esto aun necesita mayor concreción para los compiladores de las estadísticas básicas. Por ejemplo, en la definición funcional dada por OPS-BID (2002) se explicita que las funciones de atención en salud representan la suma de actividades desempeñadas por instituciones o individuos y que persiguen por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías especializados los siguientes objetivos:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Curación de enfermedades y reducción de la mortalidad prematura
- Atención a personas que necesitan cuidados de enfermería² a causa de enfermedades crónicas
- Atención a personas que necesitan cuidados de enfermería por impedimentos, discapacidad o minusvalía
- Asistencia necesaria por muerte digna
- Suministro y administración de la salud pública
- Suministro y administración de programas, seguros de salud y otros dispositivos de financiación de la salud.

La definición funcional básica es clave para cualquier desarrollo posterior y es aquí donde radica lo esencial de la homogenización del desarrollo de las cuentas que la economía hace del sector salud.

¿CÓMO MEDIR?

El problema, desde una óptica económica, es cómo medir con rigurosidad lo que se entenderá, por consumo de bienes y servicios de salud y lo que define el gasto total en salud³. Solo esto permitirá tomar decisiones adecuadas y con soporte técnico. Para ello hay diversas metodologías que se han aplicado en el marco de lo que, genéricamente, se entiende por cuentas de salud.

- 2 Si bien la palabra enfermería pudiese parecer restrictiva (por ejemplo, al no incluir cuidados de kinesiología si fuesen del caso) tiene por objeto separar de otros cuidados o atenciones que pudiesen necesitar estas personas. Por ejemplo, que se les prepare la comida o se les ayude en el aseo personal lo cual no tiene por propósito principal la salud.
- 3 Nótese que, por ejemplo, en los gráficos precedentes se usan ambos conceptos pero hay indicios (Fenina et. al. 2011) que medirlo de una u otra manera puede considerar diferencias notorias que pueden alcanzar hasta un 20% del valor reportado.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) llevó cuentas de salud después de la segunda guerra mundial pero, sólo a partir de la crisis del petróleo a mediados de los años setenta (Ravindra y Berman, 1995), surge el interés por analizar con mayor profundidad las causas subyacentes del gasto que, por lo demás, en salud creció enormemente a partir de la década de los 70. Los primeros trabajos sobre Cuentas Nacionales de Salud (CNS) se basaron en un desglose del sistema de cuentas nacionales estandarizados que se había homogeneizado bastante. Sin embargo, en el transcurso de la elaboración de las CNS se detectaron serios problemas conceptuales y metodológicos.

Según Ravindra y Berman (1995) "También existen problemas de clasificación en el campo del consumo privado. Por ejemplo, la diferencia entre las primas abonadas a los fondos de una compañía de seguros y sus pagos por servicios de salud reales, esto es, sus costos administrativos y beneficios netos, se clasifican como servicios financieros. Los servicios no se separan de la misma forma que los bienes. Aunque, en sí mismo esto no afecta a la estimación del conjunto total, impide la producción de cifras más detalladas que interesan a los planificadores del sector salud. Los servicios hospitalarios no siempre se separan entre pacientes ingresados y ambulatorios; sin embargo, esta separación es necesaria para cualquier análisis detallado del sector."

Desde 1964 –una de las series más antiguas sobre gasto nacional en salud– se publican las Cuentas Nacionales de Salud de los Estados Unidos (USNHA) que son pioneras en este campo. Se trata de un sistema matricial bidimensional que separa el gasto total en salud según sus fuentes y los servicios comprados con ellas y que puede ampliarse si es necesario (usos).

Esta presentación es asociada más bien a las cuentas de Fuentes y Usos de fondos que son cuentas auxiliares de la contabilidad y que, por lo demás, se diferencian aún más del SCN que incluye una matriz cuadrada con relevancia en el uso intermedio. Es decir, el objetivo de las USNHA es determinar los valores agregados de cada una de las áreas seleccionadas "descontando" los valores de los insumos intermedios que aportan las demás ramas de la producción.

Los esfuerzos por armonizar los enfoques no han sido pocos. Entre los años 2003 y 2006 la CEPAL y OPS en cooperación con las instituciones nacionales responsables de la elaboración de las cuentas nacionales organizaron una serie de talleres justamente sobre "Armonización de cuentas de salud y el Sistema de Cuentas Nacionales SCN 2003" (una visión de los resultados de tales debates se encuentra en Dorín y Gordillo 2011). Existe, además, una versión actualizada del sistema de cuentas de salud conocido por sus siglas en inglés: el SHA 2011.

Por lo demás, en el contexto de una gran escasez y dispersión de datos en los países se empezó a relevar la importancia de crear cuentas satélites de salud (CSS) que tienen mayor flexibilidad que las CNS en su acepción original.

¿Ayudan las cuentas de salud a la salud de las personas?

En todo caso los objetivos de estos ejercicios siguen siendo la contribución al bienestar de las personas. Todos aspiran a una vida mejor pero ¿qué se entiende por vivir bien o vivir mejor? Esta es la pregunta que se aborda en la publicación "Comment va la vie" de la Organización de la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE 2011) haciendo referencia a que hace años que las estadísticas macroeconómicas tradicionales que se han usado como medida indirecta de bienestar no parecen dar cuenta de las condiciones de vida y menos de la percepción de bienestar de la gente.

Algunos foros recientes⁴ han tenido como objetivo precisar la naturaleza del progreso al cual deben o quieren aspirar los ciudadanos; comprender los factores determinantes del bienestar y concordar acerca de los indicadores pertinentes para medirlo. Es decir, ir "más allá del PIB"⁵.

4 La OCDE organizó su primer Foro mundial consagrado a las Estadísticas, conocimientos y política en Palermo en 2004; luego en Istanbul en 2007 (se lanzó el proyecto mundial llamado « Medir el progreso de las sociedades»), y el segundo en Busan (Corea) en 2009.

5 Se refiere al producto interno bruto haciendo alusión al libro del mismo nombre de la CEC (2009).

En el texto de la OCDE se indica que “otra restricción importante del PIB y de los demás agregados económicos basados en cuentas nacionales es que no proporcionan ninguna información acerca de la manera en que los recursos económicos son distribuidos entre los individuos” (Ibíd). Por ello es importante medir el bienestar para lo cual (Stiglitz et. al. 2008) sugieren tres pilares en el análisis: i) las condiciones materiales de vida; ii) la calidad de la vida; y iii) la durabilidad⁶.

La diferencia esencial es concentrarse en los resultados más que en los procesos. Por ejemplo, los gastos en salud pueden ser un mal criterio para predecir los estados de salud de la población si el sistema de salud es ineficaz o de baja calidad. Lo que resulta más decisivo es la introducción de los componentes subjetivos en el análisis del bienestar. En efecto, en el texto de la OCDE se señala que “los componentes objetivos son indispensables para evaluar las condiciones y la calidad de vida; las informaciones que conciernen a la apreciación y el sentimiento que los individuos tienen de su propia vida son igualmente importantes para... aprehender la relación entre los componentes objetivos y subjetivos del bienestar”.

En este contexto, probablemente no se disponga del instrumental para establecer causas y efectos de todos los factores que influyen en la salud y, más concretamente, en el sentimiento de bienestar que las personas tienen de sí mismas. En esta dirección, Suhrcke et. al. (2008) explican que será necesario estimular a las autoridades políticas para que incorporen a los análisis los impactos sobre el bienestar individual de las intervenciones económicas en materia de salud. Esto, además, permitirá evaluar las verdaderas ventajas de una población sana.

En Estados Unidos, la National Academy of Sciences (2008) hizo recientemente una consulta a expertos para identificar indicadores principales en el marco de resultados de salud (impactos sobre estados de salud), comportamientos de las poblaciones (prevención y promoción); sistemas de salud (estructura de la oferta y de los incentivos) y el entorno social y ambiental.

El Comité de expertos recomendó apenas ocho indicadores y tres categorías (mortalidad, morbilidad y condiciones de salud). Uno de los indicadores recomendados en el marco de calidad de vida relacionada con salud (Morbilidad) es el estado de salud autorreportado, es decir, porcentaje de adultos que reportan regular o mala salud.

Medición de autopercepción en los estados de salud

La autopercepción de estados de salud es, en consecuencia, un indicador que ha cobrado cada vez más importancia en los análisis que se hacen en las instituciones especializadas. Para ilustrar esta aseveración se analizarán los resultados de la encuesta de Caracterización Socioeconómica de Chile (Casen) que ha incorporado esta pregunta hace años. En el 2000 un estudio del Ministerio de Planificación señalaba que “Como era de esperar, a medida que aumenta el tramo de edad la percepción de un estado de salud bueno y muy bueno disminuye. Sin embargo, llama la atención las diferencias por sexo. En todos los tramos de edad la respuesta positiva de los hombres supera a la de las mujeres, a pesar de que la expectativa de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres, lo que podría hacernos creer que sería lo contrario. Las diferencias se reducen en los tramos de edad extremos” (Mideplan 2001).

Un cambio notable se verifica entre la Casen 2000 y la de 2009 en cuanto a las diferencias de percepción de los estados de salud según quintil de ingreso. En el año 2000 el promedio general era que el 65,5 por ciento se consideraba con buena o muy buena salud, pero la diferencia entre las personas del primero y el quinto quintil fue de 22,5 puntos porcentuales (57% en el primer quintil y 79% en el quinto). O sea, la autopercepción de los estados de salud aparece como directamente proporcional al nivel de ingreso.

6 Se refiere a la preservación de los diferentes tipos de capital: natural; económico; humano y social.

Cuadro 2.
Auto percepción de estado de salud según decil de ingreso

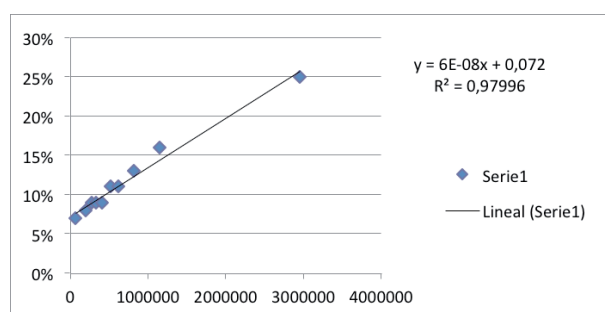
	Decil Autónomo Nacional										Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
Muy mal	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
Mal	7%	5%	4%	4%	4%	4%	3%	3%	2%	1%	4%
Menos que regular	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	2%
Regular	25%	23%	23%	21%	21%	20%	18%	17%	15%	10%	19%
Más que regular	7%	6%	7%	7%	7%	8%	8%	8%	8%	7%	7%
Bien	48%	52%	53%	55%	55%	54%	56%	57%	55%	55%	54%
Muy bien	7%	8%	9%	9%	9%	11%	11%	13%	16%	25%	12%

Fuente: Casen 2009

La diferencia entre deciles con respecto a la auto percepción de estado de salud es de alrededor de 30 puntos lo que arroja una mayor brecha de tasas de disparidad al examinar de esta manera los resultados. En consecuencia, puede concluirse además, que las disparidades de ingreso tienen una mayor capacidad de explicación sobre las diferencias en los resultados de la auto percepción de estados de salud que la diferenciación entre pobres y no pobres.

Así también, como se ha mostrado en un trabajo anterior, la regresión entre quienes percibían su estado de salud como muy bueno y el decil de ingreso muestra una correlación positiva muy aceptable (gráfico 3).

Gráfico 3.
Población que percibe su estado de salud como muy bueno según nivel de ingreso de cada decil (Chile-2009)



Los gráficos anteriores han sido elaborados con el propósito de mostrar que los determinantes sociales –la mayoría de los cuales están a su vez correlacionados con los ingresos– son los que explican mejor las auto percepciones en las desigualdades de los estados de salud en la población.

Es sabido que las percepciones que los propios individuos tienen de sí mismos en cuanto a salud es un indicador importante para evaluar los resultados de las intervenciones de salud. Las diferencias de auto percepción, según niveles de ingresos, son notables y se expresan de manera similar en países muy diferentes. Por ejemplo, entre los londinenses, se verificó que el 71% declararon que su salud era buena, cifra superior a la de otras regiones de Inglaterra. La esperanza de vida en Londres alcanza a 84 años pero en Greenwich solo a 75 años; la esperanza de vida de los “sin casa” es de 40,2 años –similar a los promedios de la Edad Media– en circunstancias que el promedio nacional es de 80 años (The Mayor of London 2009). En Estados Unidos una persona perteneciente a un hogar de ingresos superiores a \$84,000 puede esperar vivir 7.8 años más que una persona que vive en un hogar de ingresos menores a \$21,000. Esta disparidad es equivalente a los efectos de los infartos, la más común causa de muerte, en EE. UU (Kaplan 2009).

Al compararse la auto percepción de estado de salud en adultos mayores en México, Rico (2008) reporta

diferencias significativas entre éstos y los de países como Brasil, España y Suiza. La percepción del estado de salud en los adultos mayores españoles muestra que reportan su estado de salud como bueno o muy bueno entre el 40% al 50%, mientras que en adultos mayores de origen suizo esta percepción alcanza hasta el 87%. Por otro lado, en México para el año 2000 la percepción positiva del estado de salud (bueno o muy bueno reportado por el 35.6%) es menor que la de esos países europeos pero mayor que la que reportan los adultos mayores a nivel nacional en Brasil, por ejemplo. En ese país cerca del 25% considera que su estado de salud es bueno o muy bueno. Sin embargo, un aspecto que llama la atención es que entre 1994 y el año 2000, la autopercepción de mal estado de salud en la población de adultos mayores mexicanos se ha incrementado. La desigualdad social, la limitación de recursos y oportunidades hace más pesada la carga de enfermedad lo que repercute en la autopercepción que las personas tengan sobre su salud.

La importancia de los Determinantes Sociales de Salud se ha explicitado numerosas veces. El informe de 2010 de la OMS indica por ejemplo, que: Aunque los logros con respecto a la esperanza de vida y la mortalidad infantil han sido notables durante la segunda mitad del siglo XX, las desigualdades en cuanto a estados de salud y en los sistemas de salud entre los grupos más privilegiados y los menos privilegiados, en y entre países, ha persistido y en muchos países y regiones está ampliándose. Una importante razón más allá de este desarrollo es que los sistemas de salud han sido incapaces de cumplir adecuadamente o de mantener las mejoras en la equidad en salud. Esto implica reconocer que los sistemas de salud y la gente que los usa existen en un contexto social que determina fuertemente las posibilidades de las personas para estar saludables, no sólo a través del acceso a servicios de salud sino –más importante aún– a través del acceso a una gama de otros recursos y oportunidades.

Participación ciudadana y satisfacción de los usuarios

Otro aspecto a tomar en cuenta es la participación de los usuarios en las decisiones de salud y el monitoreo de la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios que le brindan los sistemas.

En los enfoques actuales (por ejemplo, DFID 2010) se pone a los ciudadanos como sujetos centrales de los sistemas de salud (concepto de derechos) más que usuarios (concepto proveniente del asistencialismo aunque no se restringe a esa matriz) o clientes (concepto proveniente del mercantilismo). Esto permite vincular al estado y las sociedades en el concepto de gobernanza, es decir, involucrar a todas “las partes” en las fases de la gestión del sistema.

En efecto, la participación ciudadana –sin que en este documento estemos en condiciones de profundizar sus formas– debe estar presente en el diseño de prioridades (elaboración de planes básicos), en el seguimiento y evaluación (encuestas de satisfacción) y en la evaluación de resultados (autopercepción).

Uno de los aspectos que solo pueden ser evaluados con requerimientos a los usuarios es el que evalúa procesos (información en situ; tiempos de espera; trato de los diferentes estratos de funcionarios; tiempo de otorgamiento de citas en consultas; entrega oportuna de insumos, especialmente medicamentos o resultados de exámenes).

Esta participación a la vez mejora las capacidades que las autoridades de los sistemas de salud rindan cuenta a la comunidad acerca de sus actividades, gastos y logros (accountability). Además, al ampliar o institucionalizar la participación se democratizan las prácticas ya que con ello se ven favorecidos los grupos con menos capacidades de ejercer presión democrática. Esto concita el concepto de empoderamiento que se define como la expansión de logros y habilidades de los grupos e individuos menos poderosos de modo que puedan participar, negociar, influenciar, controlar y mantener responsabilidades que afecten sus vidas.

En muchas oportunidades los indicadores de desempeño de los sistemas no coinciden con la percepción de los usuarios acerca de la oportunidad y calidad de la atención. Por ello es importante complementar los indicadores de desempeño con los que reflejan la percepción de los usuarios. Por ejemplo, en Uruguay, según una encuesta de satisfacción de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) dada a conocer en abril de 2011, el 80% no conoce cuáles son sus derechos y obligaciones, el 25% está desconforme

con los tiempos de espera y el 14% tiene dificultades de accesibilidad.

La importancia del uso de este tipo de instrumentos es que en estudios sobre satisfacción y calidad, se concluye (Piqueras 2006) que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad, esta satisfacción disminuye. Es necesario evaluar tres componentes susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades.

Hay una definición fundamental para desarrollar la participación que ha sido desarrollada por OPS-ASDI (2007). El diálogo es considerado un proceso complejo y continuo de participación social, en el cual se busca lograr las condiciones para que los actores participantes puedan analizar en conjunto temas específicos que plantean grados variables de conflicto. En algunos casos, el objetivo del diálogo social es abrir el tema a la discusión. En otros, es lograr acuerdos concretos sobre el tema. La literatura muestra que el diálogo social ha sido utilizado como técnica en diversos contextos y con distintos objetivos. Esta herramienta de participación ciudadana es una interfase comunicativa entre estado y sociedad, donde los individuos participan en un proceso de consulta y creación de propuestas, que en este proyecto se traducirán en un plan de acción para la Extensión de la Protección Social en Salud

El marco social de las desigualdades y la protección social

El concepto de protección social incluye implícitamente las capacidades (volumen) de los recursos que la sociedad destina a la salud. El ámbito social de la protección de la salud se refiere a que las personas, aún antes de aproximarse a los establecimientos de salud, tienen un estatus socio-económico diferente. Es necesario recordar un hecho elemental: las desigualdades sociales de salud son, ante todo, desigualdades sociales. Con muy pocas excepciones, los países que tienen las desigualdades más importantes de ingresos son, a la vez, aquellos que tienen las mayores diferencias frente a la ocurrencia de muertes evitables y dis-

capacidad. Son muy numerosas las citas que podrían hacerse a este respecto.

En la literatura reciente se ha enfatizado que los grandes promedios pueden, justamente, empañar el reconocimiento de las desigualdades y las inequidades subyacentes. Por su parte, M. Whitehead (2000) ha señalado las diferencias de prevalencias y de estados de salud según grupos sociales lo que ha estimulado la visión de determinantes sociales en el ámbito del análisis de la salud.

Figura 1.
Determinantes sociales de la salud

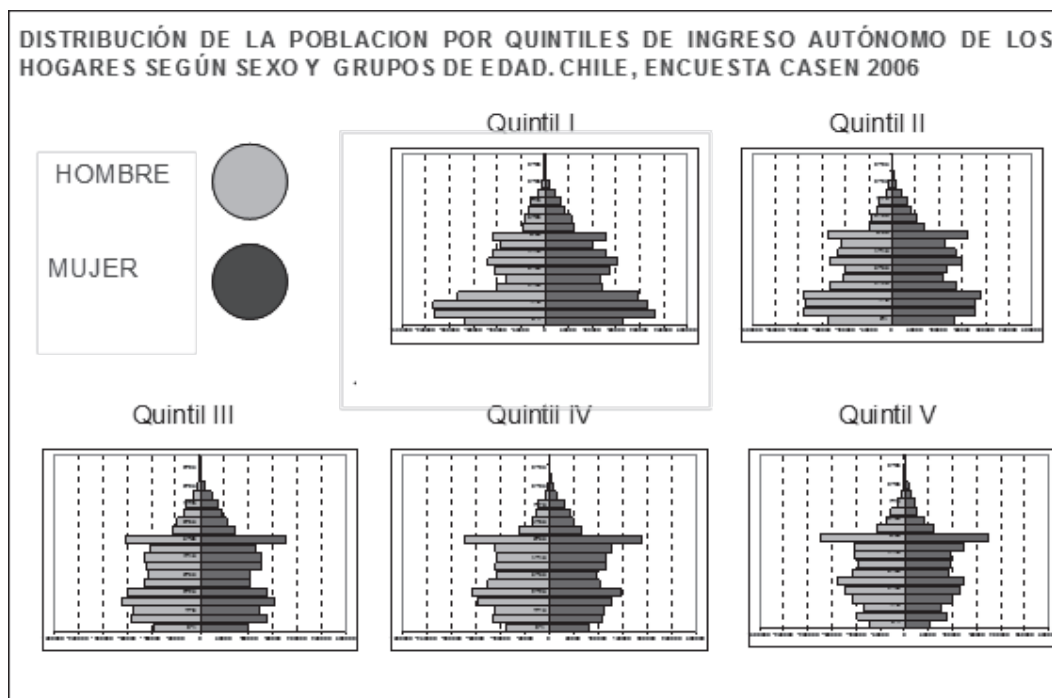


Fuente: Dahlgren G and Whitehead M (1991).

Que todos vamos a morir es evidente, más lo es también que no todos mueren al cabo de un mismo tiempo y, cuando las probabilidades de muerte varían según características de los grupos poblacionales, cabe examinar si no hay inequidades explícitas o subyacentes en las políticas públicas.

Los gráficos siguientes muestran la forma de las "pirámides" poblacionales en un mismo país (Chile) y en un mismo momento y, dan cuenta que estas formas del quintil I al quintil V siguen la misma filigrana que las de países de menor a mayor desarrollo relativo o las formas de la distribución poblacional de un país según las épocas. Es decir, este es un ejemplo flagrante de que, sólo trabajar con promedios, puede inducir a errores importantes.

Figura 2.



Es sabido también que nacer en una zona rural latinoamericana implica, desde el nacimiento, una menor probabilidad de tiempo de vida que los que nacen en zonas urbanas. Pero hay otros factores que influyen de manera igualmente decisiva. En Francia, por ejemplo, según encuestas oficiales “la probabilidad de morir entre los 35 y 60 años de los obreros es tres veces superior a la de los ingenieros” (Fasin 2009:13). Pero, además de que los obreros viven menos, tienen mayor probabilidad de situarse anticipadamente en niveles de incapacidad (Ibíd p. 38).

Por ello, los indicadores de protección social y de equidad no pueden ser asimilados únicamente a valores medios sino debe escudriñarse las diferencias por subgrupos para hacer más eficientes las políticas públicas compensatorias ante desigualdades previas a las demandas de salud de las personas. Al menos tres variables debe ser consideradas para mejor comprender la situación: la socioeconómica (quintiles o deciles de ingreso y/o estrato social); la geográfica y la de género.

Como corolario de lo anterior, con frecuencia en la literatura relacionada con las políticas sociales surge el concepto de vulnerabilidad y, más específicamente, el

de grupos vulnerables. La vulnerabilidad entonces se refiere a que ciertas personas tienen menos posibilidades de acceder a un bien o servicio o simplemente que están excluidos de ese acceso. Para nuestros efectos, se trata de acceder a la seguridad social en salud de manera estable en el tiempo y el espacio. Dicho de otro modo, el principio elemental de vulnerabilidad que por extensión se ha asimilado al de exclusión, se refiere a las dificultades de acceso, es decir, a la “capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud” (OPS/OMS 2001).

Es, por lo tanto necesario revisar el concepto de vulnerabilidad en su sentido social y, específicamente en el área de la salud; precisar el ámbito en que su aplicación puede ser oportuno y útil; y, sugerir mecanismos operativos que permitan “priorizar” las acciones públicas para reducir la exclusión o mejorar el acceso a la seguridad social de los grupos vulnerables.

No obstante, usar el concepto de vulnerabilidad para focalizar acciones sociales crea problemas a la hora de colocar “la línea divisoria” entre los beneficiarios y aquellos que quedarían excluidos. ¿Es posible establecer límites cuantitativos para justificar la exclusión?,

¿debemos conformarnos con hacer líneas socialmente intrascendentes pero financieramente imprescindibles? Además, ¿si el concepto se explicita en un espacio continuo no es que la vulnerabilidad y la invulnerabilidad son solamente “fases” de transición de una misma totalidad?.

Por otra parte, con frecuencia se estima que la reducción de desigualdades en salud podría resolverse focalizando los subsidios o los servicios en los sectores más desprotegidos pero esto ha sido criticado por quienes desde una visión de determinantes sociales estiman insuficiente esta mirada. Por ejemplo, Marmot (2008) señala que las estrategias más comunes para reducir desigualdades han resultado insuficientes porque diversos trabajos epidemiológicos y sociológicos concluyen que las desigualdades en salud entre grupos persisten, aún si se cambian los factores relacionados con los estilos de vida pero no son acompañados de disminución de las desigualdades en ámbitos tales como los ingresos, las redes sociales y el conocimiento (educación).

En efecto, lo anterior ha exigido desarrollar un marco conceptual para identificar las exclusiones reales que sufren las personas pese a tener derechos de aseguramiento o adscripción a servicios formales de salud. En varios documentos se ha identificado la exclusión por razones geográficas, financieras y/o administrativas o culturales. (OPS-ASDI 2006; Haddad et. al. 2001; Fonsa 2007; Urriola 2011). Estas exclusiones tienen que ser tomadas en cuenta a la hora del diseño de las políticas porque los conceptos de equidad exigen reducir los problemas y/o costos reales de quienes se encuentran excluidos de acceso a los servicios de salud por alguna de las razones señaladas.

El financiamiento de la salud no es indiferente a quién aporta qué ni a una mera elección del mejor mecanismo de pago a cada proveedor de servicios de salud. En estas elecciones siempre hay asociados otros compromisos que no pueden ser soslayados por las políticas de salud: no es posible despreocuparse de las necesidades, de las capacidades de pago, de la demanda y la utilización de los servicios que existen en personas con diferentes niveles de ingresos de la población. Todo esto tiene incidencia sobre la justificación de las intervenciones gubernamentales en salud. Asimismo, la indiferencia ante tales situaciones es de todos modos

una política de salud, aunque de carácter individualista y con consecuencias graves sobre los estados de salud. Las fuentes de financiamiento y los métodos de pago son sólo instrumentos que no pueden, finalmente, ser analizados sino en sus implicancias sobre los indicadores básicos de salud en último término, sobre el estado de bienestar de la población.

La desigualdad no es un criterio menor. A principios del presente siglo, las regiones que tenían menos desigualdad tenían una menor proporción de pobres entre su población. Así, por ejemplo, en África los pobres alcanzaban a 17%; en los países de la OCDE al 10% y en Asia sudoriental al 3%. Por otra parte, el ámbito social de la protección de la salud se refiere a que las personas, aún antes de aproximarse a los establecimientos de salud, tienen un estatus socio-económico diferenciable. Es necesario recordar un hecho elemental: las desigualdades sociales de salud son, ante todo, desigualdades sociales. Con muy pocas excepciones, los países que tienen las desigualdades más importantes de ingresos son, a la vez, aquellos que tienen las mayores diferencias frente a la ocurrencia de muertes evitables y discapacidad, es decir, desigualdades de salud.

Acerca de la importancia de construir indicadores

Si en la primera sección se explicitó el sentido de la visión económica en el área de la salud y en la siguiente se consideró a los actores sociales y sus demandas; el vínculo entre ambas es la construcción de un instrumental eficaz para que las autoridades políticas puedan tomar decisiones que apunten a la doble exigencia de maximizar bienestar con un presupuesto acotado.

En esto consiste la tarea de relevar indicadores en el marco de una estrategia, por ejemplo, la de la protección social de la salud que permitirían evaluar si se está progresando hacia las metas definidas por las autoridades y si se están emprendiendo las actividades apropiadas para promover el logro de estas metas. De alguna manera estos mismos indicadores coadyuvan a la medición de desempeño, es decir, también permiten identificar globalmente las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública y las áreas del quehacer que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de salud pública, entendida en su más amplia acepción, esto es, incluyendo las capacidades humanas y las

instalaciones y equipamientos que resultan necesarios para su buen desempeño.

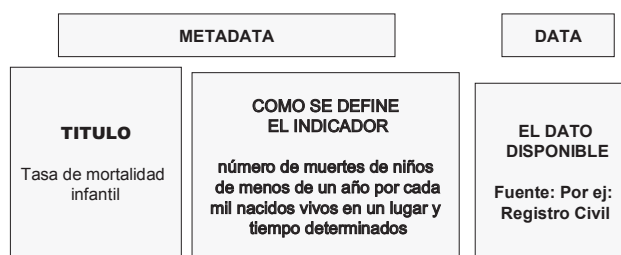
En general, los usos más frecuentes de estos indicadores son:

- comprender como funciona el sistema y cómo puede ser mejorado
- evaluar desempeño, es decir, monitorear el comportamiento del sistema en relación a estándares acordados
- dar cuenta (accountability): permite a los funcionarios, los usuarios, el gobierno y los contribuyentes tener información de lo que se hace con los recursos destinados a la organización y sus resultados

Estos indicadores necesitan ciertos requisitos para ser seleccionados. CEPAL (2007) refiriéndose al sistema de indicadores para el seguimiento de la cohesión social

plantea que los indicadores deben ser "i) capaces de captar la esencia del problema y tener una interpretación normativa clara; ii) sólidos y validados; iii) sensibles a las intervenciones de política pero no susceptibles de manipulación; iv) comparables entre Estados y practicable de acuerdo a con los estándares internacionales; v) oportunos y revisables; y, vi) abordables para los estados". Estos principios han servido para la selección de los indicadores en el presente documento.

Figura 3.
La anatomía de un indicador



Cuadro 3.
Preguntas claves para la construcción de indicadores
(ejemplo nivel de diabetes en una población)

¿Qué se está midiendo?	Nivel de diabetes
¿Por qué se está midiendo?	es una enfermedad con serias consecuencias, pero que puede ser prevenida y tratada. Es la principal causa de enfermedades crónicas e influye en el x% del gasto en salud del país
¿A quiénes se mide?	Todas las personas del país
¿Cuándo se mide?	mes/año
¿Será medido como proporción o en términos absolutos?	Número de casos por cada mil personas habitantes del país
¿Qué fuentes de datos existen?	encuesta de epidemiología
¿Se puede hacer más exacta y completa la cobertura actualmente existente de la información?	
¿Qué observaciones puede agregar?	Potenciales errores en la recolección de datos; errores muestrales; diferencias poblacionales notorias, etc.
¿Necesita procedimientos estadísticos más sofisticados?	

Fuente: APHO 2008.

Es necesario también considerar que existen desigualdades “por construcción” que resultan de no tomar en cuenta las diferencias iniciales en la propia elaboración de los programas institucionales o, más a menudo, esto se debe a la concepción misma del sistema. En Fasin (2009), por ejemplo, se explicitan desigualdades “por omisión” es decir, aquellas prácticas que provienen de la inercia del sistema y que desconocen las desigualdades iniciales y, por lo tanto, el sistema resulta incapaz de proponer políticas explícitas de reducción de brechas. La visión de género es un ejemplo notable para ilustrar esta aseveración. En efecto, al momento de construir un indicador debe examinarse si hay alternativas que recojan con mayor equidad la óptica de género.

CONFLICTOS DE INTERESES: NINGUNO.

REFERENCIAS

1. *BID-OPS. Sistemas de cuentas de Salud. Washington, BID. 2002.*
2. *COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. GDP and beyond: Measuring progress in a changing world. Brussels, 20.8.2009 COM(2009) 433 final.*
3. *CEPAL – Eurosocial. Un sistema de indicadores para el seguimiento de la cohesión social en América Latina. Cepal, Santiago. 2007.*
4. *Fasin D. (dossier réalisé par). Inégalités et santé. En Problemes politiques et sociaux N° 960, Paris. Mai 2009.*
5. *Fenina Annie, Marie-Anne Le Garrec, Malik Koubi. Les comptes nationaux de la santé en 2010. Etudes et Résultats n°773, Drees, septembre 2011.*
6. *Fonasa. La protección social de la salud en Chile. Fonasa. 2007.*
7. *Kaplan G. The Poor Pay More. POVERTY'S HIGH COST TO HEALTH. 2009.*
8. *Marmot 2008 Priority Public Health Conditions: Task Group 8 Summary and proposals. The full report of the task group can be found at http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/consultation/Priority_public_health_conditions_report*
9. *Haddad Slim Y Katia Mohidra Macroeconomic adjustment policies, health sector reform, and access, utilisation and quality of health care: studying the macro-micro links. An IDRC Initiative. Université de Montréal. 2001.*
10. *OCDE. Comment va la vie. OCDE, Paris. 2011.*
11. *OPS-ASDI. GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE DIÁLOGO SOCIAL EN SALUD. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. OPS/OMS Washington DC, 2007.*

12. OMS. *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. OMS, 2010.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Resolución CSP26/12 de la OPS/OMS*. 2002.
14. National Academy of Sciences. *State of the USA Health Indicators: Letter Report 2008* en: <http://www.nap.edu/catalog/12534.html>
15. Piqueras C. *Calidad, opinión, satisfacción, clientes: muchos conceptos para una pregunta ¿Están orientados los servicios de salud a los usuarios?* *Odontología Ejercicio Profesional* 2006;7(1): <http://www.odontomarketing.com> (10.01.2006).
16. Ravindra P. y P. Berman. *Cuentas Nacionales de Salud en Países en Desarrollo: Mejorando los Fundamentos*. Harvard School of Public Health. EE.UU. 1995.
17. Rico González, María de Lourdes. *Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México*. Programa: Maestría en Población y Desarrollo, VII promoción, 2006-2008. 2008.
18. Suhrcke Marc, Regina Sauto Arce, Martin McKee et Lorenzo Rocco. *Coûts économiques de la mauvaise santé dans la Région européenne*. OMS 2008.
19. Stiglitz Joseph, Amartya Sen and Jean Paul Fitoussi. *Commission on the measurement of economic performance and social progress*. CMEPSP-Issues Paper- 25/07/2008.
20. *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Encuesta de satisfacción de usuarios*. SNIS, Uruguay, abril de 2011.
21. The Mayor of London. *The London Health Inequalities Strategy. Draft for public consultation*. August 2009.
22. UK Department for International Development (DFID). *Putting Citizens at the Centre: Linking States and Societies for Responsive Governance. A policy-maker's guide to the research of the Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability*. Prepared for the Conference on 'The Politics of Poverty, Elites, Citizens and States' Sponsored by the Department for International Development. June 21-23, 2010.
23. Urriola R. *Medir desigualdades e inequidades para mejorar las políticas de salud*. En *Cuadernos Médico Sociales* 2011; Vol. 51, N° 3 Chile (revista del Colegio Médico de Chile).2011.
24. Whitehead Margaret. *The concepts and principles of equity and health*. WHO. 2000.
25. World Health Organization. *Priorities for research on equity and health: Implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward*. Geneva, 2010.