¿Cómo aislar y medir el componente de atención personal de salud?

How can we Isolate and Measure the Personal Healthcare Component?

Un buen médico cura la enfermedad. Un excelente médico cura al paciente que es el que tiene la enfermedad.

William Osler

INTRODUCCIÓN

La salud de la población de una nación está determinada por situaciones múltiples y complejas, pero se podría dividir en tres grandes grupos desde lo más general y abarcativo hasta llegar a la salud personal individual.

A lo que Salim Yusuf llama explorar "las causas de las causas (refiriéndose a las causas de los factores de riesgo). Esto significa buscar a los determinantes sociales de la salud y los factores ambientales, y su influencia sobre las conductas de salud, los factores de riesgo y las enfermedades." (1) Es decir, lo que se llama, a) *determinantes socioeconómicos de la salud*. A su vez, la salud también esta influenciada por los b) *determinantes de la política de salud poblacional* que adopta cada estado dentro de sus condiciones de desarrollo socioeconómico históricas. Y al final del eslabón de la cadena, depende de los c) *determinantes de la política de salud personal*, por un lado, con respecto al grado de accesibilidad al cuidado de salud que depende de lo que suministra el sistema de salud; y por el otro, pero no menos importante, por la calidad de la asistencia que brindan los profesionales de la salud.

"Existe mucho debate sobre las contribuciones relativas de la atención personal de la salud, las iniciativas de salud en el nivel de la población y los determinantes sociales de la salud de la población." (2)

Poder aislar y medir la atención personal de la salud del resto de los componentes que intervienen en ella, nos permitiría cuantificar en cuánto podría mejorar la atención personal de salud a la salud de la población y, en última instancia, el desempeño del sistema de salud sería crucial para la meta de la OMS en cuanto a la inclusión de la "cobertura universal de salud" (CUS) para todos los países, en las Metas del Desarrollo Sustentable (*Sustainable Development Goals*).

En las últimas décadas para aislar los resultados de la salud personal del resto de los determinantes, se comenzó a utilizar diferentes enfermedades para las que había tratamiento, y que si las personas se trataban no morirían; ese sí podría ser un índice de medición de la accesibilidad y la calidad de la atención de salud personal que reciben las personas de un país (con referencia a tuberculosis, sarampión, alteraciones maternas y neonatales, diferentes cánceres (ej. testículo, piel, cervical) y muchas enfermedades no comunicables como accidente cerebrovascular, diabetes, enfermedad renal crónica).

A fines de la década de 1970, Rutstein y colegas desarrollaron la lista inicial de las condiciones, donde la muerte sería "innecesaria", y se aplicó inicialmente este concepto en Inglaterra y en Gales. En la actualidad, la más utilizada es la lista de causa de 33 condiciones desarrollada por Nolte y McKee a mediados de la década de 2000. Hasta ahora este análisis al acceso y la calidad de la atención de salud, utilizando como aproximación la mortalidad tratable, solo se utilizó limitadamente en países de alto desarrollo económico como los países pertenecientes a la OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*), Europa, EE UU, Australia y Nueva Zelanda.

Pero estos estudios tenían diferentes desafíos metodológicos que impedían la utilización y la aplicación de sus resultados. Por ejemplo, la alta heterogeneidad en la causa de certificación de muerte y la existencia de errores de clasificación, aun en países con sistemas completos de registro vitales. Otro problema es que las variaciones de la mortalidad tratable podrían más bien reflejar las diferencias a los factores de riesgo a que están expuestas las diferentes poblaciones, que a un verdadero acceso y calidad de la atención de la salud personal.

Analizaremos cómo los Colaboradores del Acceso y Calidad de la Atención de Salud, de la Carga Global de Enfermedad 2015 (*GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators*), resolvieron el problema. (2)

CONTRIBUCIÓN A UN ÍNDICE DE ATENCIÓN PERSONAL DE SALUD DEL GLOBAL BURDEN OF DISEASE

El *Global Burden of Disease* (GBD) desarrolló un marco analítico para que los confundidores en la aproximación al acceso y calidad de la atención personal puedan ser manejados y neutralizados.

Lo primero que hizo fue proporcionar estimaciones comprensivas y comparables de las tasas de mortalidad por causa geográfica, año, edad y sexo, a través de extensos desarrollos de procesamiento y estandarización dentro del GBD para permitir así, una identificación sistemática y un redireccionamiento de la causa de errores y deficiencias en la clasificación de la certificación de muerte. Este ajuste se realizó en todas las geografías y a lo largo de todo el tiempo, tomando en cuenta conocidos patrones de mala clasificación y aplicando algoritmos bien establecidos para las causas

designadas como códigos "basura", o causas de muertes que no podían o no debían ser clasificadas como la causa subyacente de muerte.

En segundo lugar, para remover las variaciones en la tasa de muerte debida a la exposición a diferentes factores de riesgo que se pueden confundir con las diferencias al acceso y calidad a la atención personal, utilizó la cuantificación de la exposición al riesgo y las muertes atribuibles al riesgo debido a 79 factores de riesgo relevados por el propio GBD y, de esa manera, construir una tasa de mortalidad por causas específicas estandarizada permitiendo un nivel global de exposición de riesgo similar para todas las geografías en el tiempo, y así, ayudar a aislar las variaciones en la tasa de mortalidad debido al acceso y la calidad de la atención personal de la salud.

Como tercer paso construyó el Índice de Acceso y Calidad a la atención de Salud (*Healthcare Access and Quality [HAQ] Index*), basado en las tasas de muertes por causas específicas en el tiempo y por geografía para cada una de las 30 causas especificas de enfermedades, adjudicando el puntaje de "100" al mejor valor (la mortalidad más baja observada) y "0" al peor valor (la mortalidad más alta observada) entre 1990 y 2015, en 195 países.

También examinaron la relación que existía entre las medidas de acceso y calidad a la atención de la salud (definidas por tasas de mortalidad estandarizadas por riesgos susceptibles a la atención de salud), a través de los niveles de desarrollo, como lo muestra el *Socio-Demographic Index* (SDI) (Índice Socio-Demográfico), que indica mediciones del desarrollo, por ejemplo, ingreso por cápita, educación y tasa de natalidad.

Por fin, crearon un Índice de "frontera" el *HAQ Index frontier* (índice de frontera de Acceso y Calidad a la atención de Salud), para permitir una mejor comprensión de los niveles máximos observados a lo largo del espectro del desarrollo (*Socio-Demographic Index [SDI]*), y la posible mejoría potencial que se puede lograr en el acceso y calidad de la atención personal de salud dado en un país o territorio con similares recursos.

Metodología del Global Burden of Disease

El GBD realizó la evaluación de 30 causas de las listas de causas de Nolte y McKee desde 1990 a 2015 y utilizó tasas de mortalidad estandarizadas por riesgo y por edad, utilizando el amplio rango de Factores de Riesgo del GBD, estandarizando el riesgo de la tasa de muerte en el nivel del riesgo de la exposición global.

Para construir el Índice de Acceso y Calidad de Atención de salud (Healthcare Access and Quality (HAQ) Index), primero se reescaló la tasa de mortalidad estandarizada de riesgo y normalizada por edad y por causa a una escala de 0 = 100, de tal manera que el valor más alto observado de 1990 a 2015 fue "0" y el más bajo, "100" (no se incluyeron poblaciones menores de1 millón de personas para poner el máximo y el mínimo, y evitar las fluctuaciones.

Cuantificaron los niveles máximos del Índice HAQ en todo el espectro del desarrollo, para cada geografía y comunicaron el valor máximo posible del Índice HAQ sobre la base SDI (Socio-Demographic Index) en 1990 y 2015, para ver cómo los cambios en el acceso y la calidad a la atención de salud se relacionan con el desarrollo del país en el tiempo.

Como es una estimación, lo expresaron en "Uncertainty Intervals" (UIs) (Intervalos de Incertidumbre) con estimación puntual de muerte por causa geográfica, año, grupo de edad, sexo e Intervalos de Incertidumbre 2.5 y 97.5 de cada cantidad de interés.

HALLAZGOS DEL GLOBAL BURDEN OF DISEASE

En el año de inicio, 1990, Andorra e Islandia tenían el mejor Índice HAQ (más alto), mientras el África Sahariana y Asia del Sur y varios países de Latinoamérica y el Caribe estaban en el primer decilo (peor índice, el más bajo). Con el trascurso del tiempo, en el año 2015 casi todos los países y territorios registraron mejorías (aumentos) en sus Índices HAQ, pero la diferencia se agrandó entre el nivel más bajo y el más alto del Índice HAQ, ya que fue más amplia en 2015 (66.0) que en 1990 (61.6).

El mejor decilo, el 10, incluyó muchos de los países de Europa Occidental, Canadá, Japón y Australia, mientras que sorpresivamente el RU (Reino Unido) y EE.UU. (Estados Unidos) no estaban en el decilo más alto, sino en el decilo siguiente, 9.

El análisis de la región de Latinoamérica y el Caribe demostró niveles muy diferentes de los índices de HAQ, que abarcan desde el peor decilo en Haití (primer decilo) hasta Chile que se encuentra en el séptimo decilo.

Diferentes países de distintas regiones aumentaron su índice de accesibilidad y calidad de la atención en el año 2015. Por ejemplo, Turquía y varios países en el Oriente Medio y Europa del Este mejoraron al octavo decilo, China y Tailandia crecieron al séptimo decilo y Vietnam y Malasia alcanzaron el sexto decilo.

Algunos países de África crecieron desde las posiciones de 1990 y tuvieron los niveles más altos de índice HAQ en 2015. En el África Subsahariana, Cabo Verde (quinto decilo), Namibia, África del Sur, Gabón y Mauritania (cuarto decilo). A su vez, muchos países del África Subsahariana permanecieron en el primer decilo en 2015, incluyidos la República Democrática del Congo, Níger y Zambia.

Por otro lado, en Asia y el Pacífico un número de países habían experimentado índices HAQ francamente bajos: Afganistán, Papúa y Nueva Guinea (primer decilo); Pakistán e India (segundo decilo); e Indonesia, Camboya y Myanmar (tercer decilo).

HALLAZGOS EN LA ARGENTINA

La Argentina tenía en el año 2015 un índice HAQ de 68 (se encontraba en el séptimo decilo).

En la Tabla 1 se muestra el "índice HAQ" absoluto de la Argentina cada 5 años en el período 1990-2015, su

Tabla 1. Evolución del índice HAQ de Argentina comparado con el Global y diferentes países de Latinoamérica

	Índices HAQ						Índ. Potenc.		Dif. Obs. y Pot.	
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	1990	2015	1990	2015
Global	58.8	64.2	69.2	72.0	73.9	76.0	73.8	84.5	15.0	8.5
Argentina	57.4	60.3	63.5	65.3	66.6	68.4	73.3	81.9	15.9	13.5
Brasil	50.1	53.8	57.0	59.9	9 62.6	64.9	63.8	74.7	13.8	9.8
Uruguay	60.8	63.1	67.1	68.7	70.6	72.0	72.5	79.7	11.7	7.7
Cuba	64.1	65.2	67.7	70.5	72.1	73.5	74.8	81.5	10.7	7.9
Perú	45.9	49.8	57.1	62.7	65.9	69.6	66.7	76.8	20.8	7.2

"índice potencial" si se pareciera a los países de frontera (con mejor HAQ para similar desarrollo económico) en 1990 y 2015, y su diferencia entre el observado y el potencial en esos mismos años (1990-2015), comparado con lo que se observó globalmente en el mundo y en diferentes países de Latinoamérica.

El índice HAQ de la Argentina en 1990 estaba cercano al global (-1.4; 57.4 a 58.8) pero se fue alejando cada vez más, y quedó posteriormente mucho más lejos (-7.6; 68.4 a 76.0). A su vez, la diferencia entre lo observado y el potencial cercano al global en 1990 (15.9 a 15.0) se mantuvo casi igual en 2015 (13.5) mientras disminuyó drásticamente en el mundo (8.5).

Comparado con 4 países latinoamericanos, en 1990 estaba algo más bajo que Uruguay y menos que Cuba (60.8 y 64.1, respectivamente) y francamente mejor que Brasil y Perú (50.1 y 45.9, respectivamente). En el año 2015 se mantuvo la diferencia a favor de Uruguay y Cuba, que disminuyeron más la diferencia entre el índice observado y el potencial. A su vez, Brasil achicó a la mitad su diferencia con la Argentina y, en forma no pensada, Perú mejoró aceleradamente y la sobrepasó en 2015 (de una diferencia de 11.5 a favor a una de 1.2 en contra).

Podríamos ahora evaluar los índices HAQ para cada una de las 30 causas específicas de enfermedades, recordando que "100" sería el mejor valor (la mortalidad más baja observada) y "0" el peor valor (la mortalidad más alta observada) entre 1990 y 2015, para los mismos países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Uruguay, Cuba y Perú).

En cuanto a las enfermedades infecciosas epidémicas es prácticamente el máximo en los 5 países para el acceso y la calidad de atención para difteria, sarampión y, casi máximo, para tétanos. Para la tos convulsa sigue siendo máximo en Cuba, alto en Uruguay (97) y Brasil (93) y menor, en la Argentina (88) y Perú (87). El acceso y la calidad del tratamiento de la tuberculosis es alta en Cuba (94), un poco menos en Uruguay (80) y la Argentina (76), no adecuado en Brasil (65) y deficiente en Perú (54).

Es notable la deficiencia en el tratamiento de las enfermedades respiratorias bajas en la Argentina (38) y Brasil (43), comparado con el alto índice de Uruguay, Cuba y Perú (96).

Es de destacar que el acceso y tratamiento del cáncer de cerviz está en valores intermedios (algo más de 50) en los 5 países, y es posible que ese defecto se concentre en las poblaciones jóvenes en situación de pobreza.

La Argentina es el país más deficiente en la atención personal de la enfermedad reumática cardíaca (52) y aún más notoria, en el cáncer testicular (31).

El acceso y la calidad del tratamiento de la salud personal por enfermedad renal crónica es deficiente en los 5 países (índice HAQ alrededor de 50).

OBJECIONES

En un editorial que acompaña al informe, Goodyear_Smith F y van Weel C cuestionan que si bien, (3) "Este es un diseño robusto que permite una nueva manera de mirar los cambios en el acceso y la calidad de la atención personal de los servicios de salud para países de recursos altos y recursos bajos a lo largo del tiempo y proporciona una instantánea de cómo mejora la atención de la salud personal a medida que los países se desarrollan. Aplaudimos un método que da una idea de cómo la atención de salud, la salud pública y el desarrollo socioeconómico contribuyen a la salud de la población.

El Índice HAQ muestra una gran promesa pero es demasiado grosero (pintura de brocha gorda), para medir la atención personal de salud y será difícil la estimación de su validez basada en esos criterios. Hay una considerable heterogeneidad, especialmente cuando las muertes por enfermedades infecciosas y enfermedades no comunicables están combinadas. La mayoría de las enfermedades no comunicables requieren un enfoque personal tanto como un enfoque poblacional mejorando los modos de vida y las costumbres que afectan el riesgo. Este es un componente central de la atención primaria de la salud. En muchos países el fortalecimiento de la atención primaria de la salud ha resultado en un incremento de la tasa de vacunación y un cuidado seguro de la maternidad, y provocó disminución de la mortalidad infantil neonatal y materna evitables, por ejemplo, en Egipto (4) y Sri Lanka (5). Controlar por los efectos de la prevención en la evaluación de los resultados de la salud de la atención personal de salud, como hacen los

Tabla 2. Rendimiento del Índice HAQ escalado de 0 a 100, con "100" como el mejor valor (ej. el más bajo observado estandarizado por edad y por tasa de riesgo de mortalidad por causa) y "0" el peor valor (ej. el más alto observado estandarizado por edad y por tasa de riesgo de mortalidad por causa) entre 1990 y 2015.

	Índ HAQ	Tuberculosis	Enf. Diarreas	Enf. Resp. Alta	Enf. Resp. Baja	Difteria	Tos Convulsa	Tétanos	Sarampión	Trast. Maternos	Trast. Neonatal	Ca Piel No Mel	Ca Cérvix	Ca Útero	Ca Testicular	Linfoma Hodgkin
Argentina	68	76	80	96	38	100	88	99	100	69	53	57	49	82	31	56
Brasil	65	65	67	94	43	100	93	91	99	70	41	51	54	91	68	61
Uruguay	72	80	79	55	96	100	97	100	100	83	61	59	51	83	42	51
Cuba	74	94	85	57	96	100	100	100	100	78	70	47	57	61	77	41
Perú	70	54	72	33	96	99	87	96	100	70	50	68	51	82	70	74

	Leucemia	Reuma cardíaca	Enf. Card. Isquémica	Enf. Cerebrovascular	Enf. Hipertensiva	EPOC	Úlcera Péptica	Apendicitis	Diferentes Hernias	Enf. Vesícula Biliar	Epilepsia	Diabete	Enf. Renal Crónica	Anom Cong Corazón	Enf Adv Trat Médico
Argentina	50	52	59	66	62	79	75	76	74	59	91	67	48	52	41
Brasil	46	72	63	54	58	78	65	63	59	44	76	59	48	57	59
Uruguay	50	65	70	63	69	83	77	71	69	53	77	74	61	56	52
Cuba	56	67	57	59	55	88	69	68	65	65	85	77	51	68	77
Perú	40	82	85	77	83	75	71	62	71	57	89	73	47	61	53

autores en sus cálculos del Índice HAQ, podría haber ignorado esta importante contribución de la atención primaria de salud centrada en la persona. Esto destaca el papel de puente de la atención primaria de la salud que desempeña entre las necesidades de los individuos y las poblaciones (6, 7), y la contribución que la atención de salud individual hace a la salud de la población. Así como no distingue entre las medidas poblacionales y de cuidado de atención personal, el Índice HAQ no es capaz de diferenciar de manera suficiente las reducciones de la mortalidad debidas a atención primaria *versus* secundaria...

... Existe el peligro de echar al bebé con el agua del baño si se ignora la contribución específica de la atención primaria de salud."

CONCLUSIONES

Los autores del GBD concluyen que "A nivel mundial, la mayoría de los países y territorios registraron progresos en el acceso y la salud de la atención personal de la salud de 1990 a 2015; sin embargo, muchos todavía experimentaron niveles que cayeron muy por debajo de lo que lograron otras geografías en un estado similar de desarrollo.

En medio de los llamamientos para mejorar el monitoreo de la cobertura universal de salud y el desempeño general del sistema de salud, el índice HAQ proporciona una base sólida para evaluar el progreso hacia un mayor acceso y mayor calidad de la atención personal de salud junto con las ganancias en recursos a nivel de los países para alcanzar estos objetivos." (2) El índice HAQ 68 de la Argentina se encuentra en el séptimo decilo en el año 2015.

La Argentina deterioró su índice de acceso y accesibilidad (HAQ Índex) en los últimos 26 años, comparado con algunos países latinoamericanos, y con el mundo en general.

El índice HAQ de la Argentina que estaba cercano al global en 1990 y se fue alejando cada vez más, quedó lejos en 2015. A su vez, la diferencia entre lo observado y el potencial que era cercano al global en 1990 se mantuvo en 2015, mientras disminuía drásticamente en el mundo.

El índice HAQ en 1990 estaba algo más bajo que Uruguay Cuba y francamente mejor que Brasil y Perú. En el año 2015 se mantuvo la diferencia a favor de Uruguay y Cuba, que disminuyeron mucho más la diferencia entre el índice observado y el potencial. A su vez, Brasil achicó a la mitad su diferencia con la Argentina

y, en forma no pensada, Perú mejoró aceleradamente y la sobrepasó en 2015.

Si bien para las enfermedades infecciosas epidémicas el índice HAQ es prácticamente máximo, somos muy deficientes en el acceso y calidad de atención en el tratamiento de las enfermedades respiratorias bajas, en el cáncer cervical y testicular, la enfermedad reumática cardíaca y la enfermedad renal crónica.

Estos resultados deberían ser un llamado de atención de nuestro deterioro al acceso y calidad de la salud personal en los últimos 25 años, e impulsarnos a desarrollar un sistema de salud que termine con la fragmentación de la atención y se desarrolle un verdadero sistema de cobertura universal de salud, con financiamiento público como sucede en los países más desarrollados.

Hernán C. Doval
Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Lane R, Yusuf S. A global leader in cardiovascular disease research. Lancet 2015;386:645. http://doi.org/f3hh25

2. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990 – 2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Published Online May 18, 2017.

3. Goodyear Smith F, van Weel C. Account for primary health care when indexing access and quality. Lancet 2017;390:205-6. http://doi.org/cf5n

4. Ministry of Health and Population, El-Zanaty and Associates. Egypt Demographic and Health Survey 2014. 2014. http://dhsprogram. com/pubs/pdf/PR54/PR54.pdf (accessed March 6, 2017).

5. Hewa S. Sri Lanka's approach to primary healthcare: a success story in South Asia. Global Med J 2011;16:24–30.

6. De Maeseneer J, van Weel C, Daeren L, Leyns C, Decat P, Boeckxstaens P, et al. From "patient" to "person" to "people": the need for integrated, people centered health care. Int J Person Centered Med 2012;2:601-14.

7. WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_ HIS_SDS_2015.6_eng.pdf (accessed March 21, 2017).