

**SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA  
ASOCIACION DE FACULTADES DE MEDICINA  
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

**SERIE  
7**

**ESTUDIOS METODOLÓGICOS**

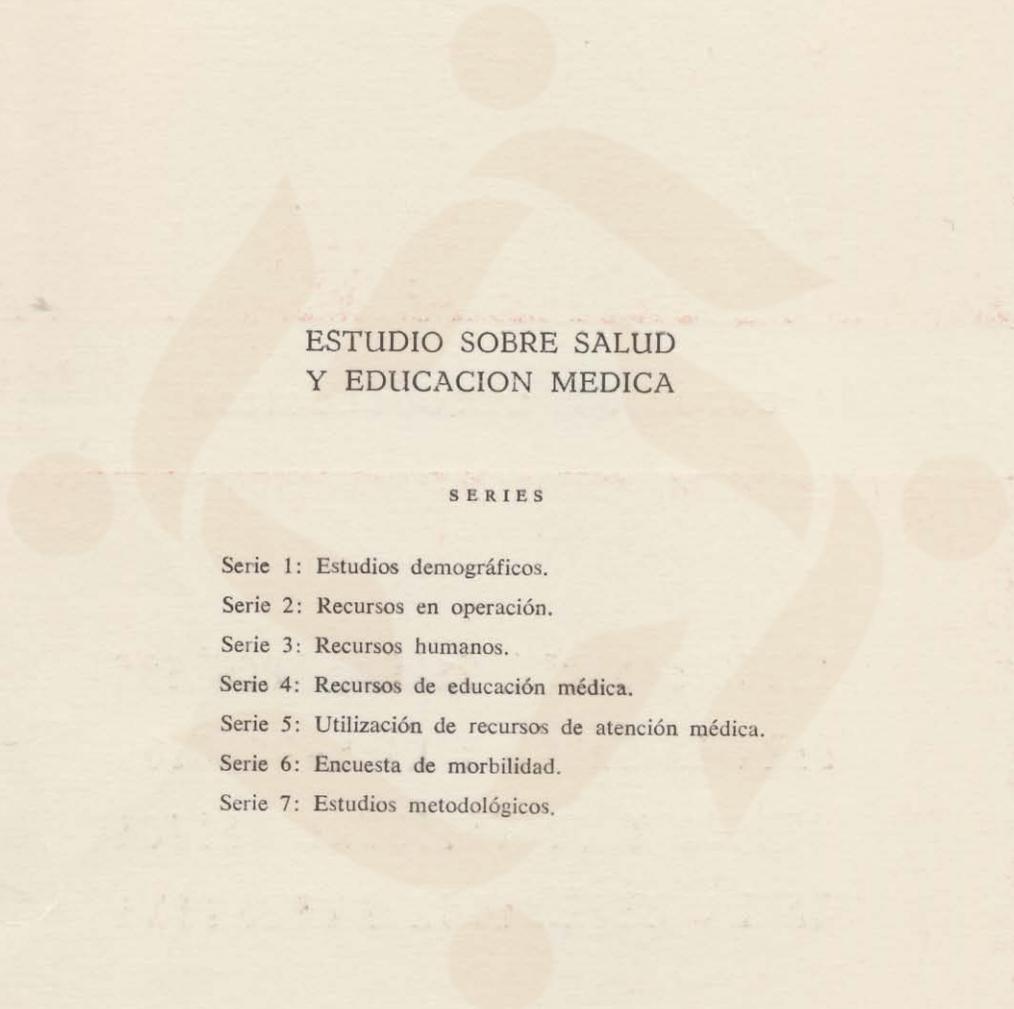
**NUMERO  
1**

**ESTUDIO SOBRE SALUD, RECURSOS  
PARA LA SALUD Y LA EDUCACION  
MEDICA Y PROFESIONAL MEDICA  
EN LA REPUBLICA ARGENTINA**

**BUENOS AIRES**



**REPUBLICA ARGENTINA**

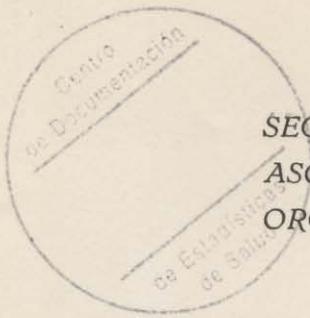


ESTUDIO SOBRE SALUD  
Y EDUCACION MEDICA

SERIES

- Serie 1: Estudios demográficos.
- Serie 2: Recursos en operación.
- Serie 3: Recursos humanos.
- Serie 4: Recursos de educación médica.
- Serie 5: Utilización de recursos de atención médica.
- Serie 6: Encuesta de morbilidad.
- Serie 7: Estudios metodológicos.

INSTITUTO DE  
SALUD COLECTIVA



SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA  
 ASOCIACION DE FACULTADES DE MEDICINA  
 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

**ESTUDIO SOBRE SALUD, RECURSOS  
 PARA LA SALUD Y LA EDUCACION  
 MEDICA Y PROFESIONAL MEDICA  
 EN LA REPUBLICA ARGENTINA**

COMITÉ DIRECTIVO  
 Dr. Enrique D. Hirschberg  
 Secretario de Estado de Salud Pública  
 Prof. Dr. Andrés A. Scobie  
 Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina  
 Presidente de la Organización Panamericana de la Salud

COMITÉ DE ASESORIA  
 Dr. Dalton M. Bar-Yam, Jefe  
 COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
 Dr. Robert J. Bell, Jefe  
 COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
 Dr. Ricardo Torrella, Jefe  
 COMITÉ DE EDUCACIÓN MEDICA  
 Dr. María De Iba, Jefe  
 Dr. Jorge Eusebio García, Jefe  
 COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
 Dr. José M. Passariello, Jefe

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
 Dr. Carlos A. Vazirani, Jefe  
 Dr. Florentino A. Ferraro, Jefe de Sección  
 Eusebio Fátala  
 Dr. Saúl M. Kozak, Jefe de Sección  
 Sigismundo Rostropovich  
 COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
 Sr. Alicia Chamy, Jefe

**INSTITUTO DE  
 SALUD COLECTIVA**



# ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA

## CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Ezequiel A. D. Holmberg  
*Secretario de Estado de Salud Pública*

Prof. Dr. Andrés A. Santas.  
*Presidente de la Asociación de  
Facultades de Medicina.*

Dr. Emilio Budnik  
*Jefe de la zona VI de la Organización  
Panamericana de la Salud*

## DIRECCION EJECUTIVA

Dr. Carlos Ferrero  
*Director Ejecutivo*

Dr. Julio A. Ceitlin  
*Director Asistente*

## GRUPOS DE TRABAJO

### ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS

Dr. Dalton M. Hamilton, *Jefe*

### RECURSOS EN OPERACIÓN

Dr. Héctor J. Boffi Boggero, *Jefe*

### RECURSOS HUMANOS

Dr. Arnaldo Torrents, *Jefe*

### RECURSOS DE EDUCACIÓN MÉDICA

Dr. Marcos De Elía, *Jefe*

Dr. Jorge Braun Cantilo, *Asesor*

### UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Dr. José M. Paganini, *Jefe*

### ENCUESTA DE MORBILIDAD

Dr. Carlos Alvarez Herrera, *Jefe*

Dr. Floreal A. Ferrara, *Jefe de Sección  
Examen Físico*

Dr. Saúl M. Rossi, *Jefe de Sección  
Seguimiento Retrospectivo*

### ESTUDIOS METODOLÓGICOS

Sr. Adolfo Chorny, *Jefe*

Lic. Sara Novarro, *Jefe de Sección  
Muestreo*

SALUD COLECTIVA

## INDICE

Nota de introducción .....	6
Antecedentes .....	7
Objetivos .....	7
Objetivo del estudio de población .....	8
Objetivos de los estudios sobre recursos .....	10
Objetivos del estudio de recursos en operación .....	10
Objetivos del estudio de recursos humanos .....	11
Objetivos del estudio de educación médica .....	13
Objetivos del estudio de utilización de recursos .....	14
Objetivos del estudio sobre morbilidad .....	15
Organización .....	17
Proyectos específicos .....	19
Demografía .....	19
Recursos en operación .....	20
Recursos humanos .....	22
Médicos .....	23
Odontólogos .....	24
Enfermeras .....	24
Educación profesional .....	25
Utilización de recursos de atención médica .....	26
Morbilidad .....	26
Entrevistas domiciliarias .....	27
Seguimiento retrospectivo .....	28
Evaluación clínica .....	29
Equipos de servicios técnicos generales .....	29
Proyecciones del estudio .....	29
Referencias bibliográficas .....	31

## INDICE

6	.....	Nota de introducción
7	.....	Antecedentes
7	.....	Objetivos
8	.....	Objetivo del estudio de población
10	.....	Objetivos de los estudios sobre recursos
10	.....	Objetivos del estudio de recursos humanos
11	.....	Objetivos del estudio de recursos médicos

### NOTA DE INTRODUCCION

El documento que se presenta es la versión final de un proyecto que fue elaborado por encargo de la Asociación de Facultades de Medicina y la Secretaría de Estado de Salud Pública, por los Dres. Julio Ceitlin, Abraam Sonis y Carlos Ferrero. Las sucesivas revisiones contaron con la colaboración de los Dres. Alfonso Mejía Vanegas y Raúl Vargas, quienes, como consultores de la Organización Panamericana de la Salud, prestaron un inestimable aporte a la estructuración general y redacción final del proyecto.

25	.....	Educación postgraduada
26	.....	Entrenamiento de personal médico
26	.....	Mejoría
27	.....	Entrenamiento de personal
28	.....	Recursos humanos
29	.....	Recursos humanos
29	.....	Equipos de servicios médicos generales
29	.....	Proyecciones del estudio
31	.....	Referencias bibliográficas

INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA

## ANTECEDENTES

Desde hace varios años los órganos de salud de la República Argentina han planteado la necesidad de disponer de información fidedigna sobre el estado de salud de la población, así como también de los recursos médicos y de educación para la salud, hecho que ha venido acrecentándose a medida que se han asentado las estructuras de planificación del sector salud.

A la obtención de dicha información estadística, apunta la organización del Programa Nacional de Estadísticas de Salud,<sup>1</sup> que reconoce como antecedentes básicos reiteradas afirmaciones sobre el particular que están resumidas en el plan de salud expresado en "Política Sanitaria y Social 1963-1965"<sup>2</sup> y en las recomendaciones del Comité de Expertos de la Asociación Argentina de la Salud Pública.<sup>3</sup> Estos antecedentes impregnan la decisión actual de hacer posible las medidas tendientes a mejorar la información estadística tanto en calidad como en cantidad.

No cabe duda, asimismo, que las técnicas de computación electromecánica están modificando en forma sustancial los esquemas de elaboración de datos, incluyendo dicha transformación la obligación de modernizar los métodos de recolección a todo nivel, desde el registro y notificación local hasta la interpretación final; e inclusive han producido modificaciones elocuentes en las posibilidades de intercambios de dicha información, para la cada vez mayor demanda del producto estadístico que resulta de tal proceso. El campo hacia el desarrollo del sector salud está señalando estos incrementos en los requerimientos de la información, que han aumentado en la medida en que dicha maduración se ha ido produciendo.

Conjuntamente con este agudo requerimiento de estadísticas adecuadas y fidedignas, los centros de formación de personal médico en el país, por intermedio de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, señalaron oportunamente la necesidad de contribuir al conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, para lo cual consideraron la factibilidad de desarrollar una encuesta de

morbilidad en las áreas de influencia de las respectivas facultades.

Esta encuesta de morbilidad, como en todos los casos similares que fuera planteada, apunta al conocimiento del cuadro general de la patología y tiende a informar sobre los riesgos a que está expuesta la comunidad analizada, permitiendo de esa forma planificar la prevención y el tratamiento adecuados.

El conocimiento que ofrece este tipo de estudios fue concebido por la Asociación de Facultades de Medicina y la Secretaría de Estado de Salud Pública como una contribución inestimable para estructurar una política sanitaria coherente con la realidad nacional, como así también conseguir elaborar el marco referencial para adecuar la enseñanza médica en el país a la patología y al estado prevalente en las distintas regiones de nuestro territorio.

Por otra parte, junto con este argumento del conocimiento de la realidad sanitaria nacional, debe recordarse que la tendencia de los últimos años ha aconsejado incluir a la salud dentro de los planes de desarrollo, como un factor concurrente al mismo, razón por la cual en todo análisis de esta naturaleza se impone el conocimiento exhaustivo de la situación como una fórmula básica para la contribución del sector a dicho desarrollo global.

Todos estos argumentos y antecedentes son los que impusieron a la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, conjuntamente con la Secretaría de Estado de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud a firmar un acuerdo en junio de 1968 para la organización y puesta en funcionamiento del *Estudio Sobre Salud, Recursos Para la Salud y la Educación Médico y Profesional en la República Argentina*, que tiene vigencia por un período de tres años.

## OBJETIVOS

El estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y la Educación Médico y Profesional delimita dos sectores bien claros de objetivos: por un lado, los generales, que atañen a la filosofía de su génesis y puesta en mar-

cha, y por el otro, los específicos, que están referidos a las metas sectoriales de cada uno de los equipos de trabajo en los que ha sido dividido dicho estudio y cuya contribución apunta al cumplimiento de la meta del proyecto.

Los objetivos generales tienden a obtener conocimientos que sean capaces de introducir aquellos factores indispensables para contribuir con precisión al modelo sanitario nacional requerido para un país que busca su transformación y modernización. Para ello se señalan como objetivos generales del Estudio los siguientes:

1. Producir información sobre la salud, recursos para la salud y educación médica.
2. Montar los registros permanentes para la producción de dicha información.
3. Crear los mecanismos idóneos para el conocimiento de la realidad sanitaria nacional.
4. Medir el desfase entre las estructuras actuales del sector salud y la realidad sanitaria.
5. Aportar los elementos necesarios para una óptima producción y utilización de los recursos de salud.
6. Colaborar en el desarrollo de los "modelos" necesarios para la organización de la atención de salud en el país.

Estos objetivos vinculan estrechamente al Estudio con todo el proceso de planificación de la salud y de la educación médica, focalizándolos hacia la obtención de los elementos indispensables para contribuir a desarrollar un plan sobre seguro de salud que se encuentre íntimamente ligado a todas las proyecciones indicadas para el desarrollo integral de la Argentina.

Entre los objetivos específicos deben citarse:

#### 1. OBJETIVO DEL ESTUDIO DE POBLACIÓN

El conocimiento de ciertas características básicas de la población del país constituye un aspecto fundamental en el desarrollo del Estudio. No cabe duda que toda programa-

ción sería sobre las actividades futuras en materia de atención y educación médicas, tendrá que estar respaldada por una información demográfica adecuada y oportuna, siendo bien conocido el déficit que sobre este particular arrastra el país, tanto en lo que se refiere al conocimiento actual, como a las estimaciones futuras que es forzoso realizar.

Los problemas de salud de una comunidad se presentan como resultado de la interacción que se produce entre las características propias de la población y los atributos del ambiente físico, biológico y social en la que ésta se desenvuelve.

De allí que, aunque las necesidades de los servicios de salud están influenciadas por variables muy diversas, resulta sumamente necesario el conocimiento profundo de dichas características demográficas.

Todo proceso de planificación requiere, como paso obligado de su metodología, la "definición del sujeto", tanto para circunscribir el ámbito al cual se refieren los planes, como para reconocer las necesidades y expectativas que dicho sujeto puede generar. De esta forma el conocimiento de la población tiene una relevancia significativa ya que permite el marco referencial de las acciones a planificar como así también prever las respuestas que provocará en su medio cada una de estas acciones.

De igual modo, la mayor parte de las tareas planificadas en salud están dirigidas a la población, y es por ello que su distribución geográfica, su estructura biológica y social tienen que ser conocidas desde el momento que esas mismas características son las que actúan como "factores endógenos" condicionantes de un nivel de salud determinado; las actividades programadas provocarán a su vez, estímulos distintos sobre su capacidad de creación en el ámbito social, económico y cultural según sean dichas características demográficas. Se establece una corriente de interrelación que constituye uno de los fenómenos más interesantes de conocer, medir y regular, en el mundo contemporáneo.

Es así que la importancia que adquiere el estudio de población y de dichas interrelaciones, rebasa la clásica necesidad de contar con "el número de personas" para pro-

gramar "el número de actividades" y se perfila como imprescindible la necesidad de profundizar en el conocimiento de las interrelaciones entre la población, el medio y las acciones programadas, tanto para indicar las metas de la planificación, cuanto como formular una amplia política de población, que la Argentina tiene necesariamente que elaborar.

Ya se ha dicho que resulta muy escaso el conocimiento que se tiene en Argentina acerca del estado de la población y de los factores que determinan su proceso de crecimiento y transformación, excepción hecha de cifras generales y de la estructura poblacional de algunas jurisdicciones; pero hay que aceptar que dicho déficit de información demográfica no es total, sino que por el contrario existe buena cantidad de datos desaprovechados que urge compatibilizar y utilizar.

Así, por ejemplo, el Programa Nacional de Estadísticas de Salud ha uniformado los sistemas de producción de estadísticas vitales, con una cobertura total del país y ello ha de facilitar el uso de las estadísticas continuas de natalidad, mortalidad y nupcialidad, existiendo en la actualidad una gran cantidad de material susceptible de ser analizado, en el que es necesario introducir el estudio sistemático.

Es bien conocido que el crecimiento demográfico está afectado por la natalidad, la mortalidad y la migración; que la tasa cruda de natalidad está influida por la estructura de edades y por el sexo de la población, así como también por las tasas de fertilidad específicas de las mujeres, evidentemente relacionadas con factores biológicos y culturales. Por otra parte, la mortalidad es igualmente afectada por la composición de edades y la estructura socio-económica de la población.

Todos estos factores, incluyendo las migraciones, registran una gran variabilidad y tienen distinto peso en las diferentes regiones del país. Se sabe, empero, que la natalidad es habitualmente mayor en las zonas rurales que en las urbanas y sus tasas tienden a disminuir a medida que aumenta el nivel socio-cultural. No obstante estos conocimientos y el núcleo de información existente

que se ha señalado como desaprovechado, es urgente que el país conozca con mayor precisión el comportamiento exacto de los elementos indicados, no sólo en cuanto a su distribución geográfica, sino también según otras variables sociales o culturales, como base para sustentar la política demográfica que mejor convenga y como argumento para la planificación que el país requiere.

Además de las consideraciones que se han señalado, el Estudio tiene que contar con las cifras depuradas sobre población, desde el momento que las mismas constituirán el denominador para los cálculos de aquellas tasas que hagan a la cuantificación de los fenómenos observados.

La población tiene así una destacada participación en el conocimiento de la realidad y pasa a convertirse en uno de los fundamentos de todas las elaboraciones que produzca el estudio sobre salud y educación médica.

Sus objetivos responden a los siguientes puntos: 1) Estudiar la distribución geográfica de la población actual. 2) Conocer la estructura demográfica, como así también su composición económica, social y cultural. 3) Conocer el crecimiento diferencial de la población por jurisdicciones, incluyendo el conocimiento de los fenómenos de fecundidad diferencial que inciden sobre la misma. 4) Estudiar la dinámica de la población, abarcando el crecimiento vegetativo y los cambios en la distribución geográfica (migraciones) ubicando las variables demográficas más importantes (mortalidad y natalidad) y los factores que las determinan, con especial referencia a la salud. 5) Analizar los niveles y estructura de la mortalidad, comprendiendo todas las variables pertinentes, particularmente las referidas al campo sanitario. 6) Estudiar especialmente las defunciones fetales, con particular énfasis en las defunciones fetales tardías. 7) Referir los estudios de mortalidad al tipo de certificación médica, estableciendo la cobertura y la confiabilidad de dichas certificaciones y al propio tiempo la coincidencia de la mortalidad real y la registrada. 8) Conocer el tipo de atención médica registrada en las defunciones. 9) Realizar estudios sobre

la Clasificación Internacional de causas de muerte y Clasificaciones Especiales para usos diferenciados en medicina.

## 2. OBJETIVOS DE LOS ESTUDIOS SOBRE RECURSOS

El Estudio incluye el conocimiento de los recursos aplicados a la salud, que operativamente han sido divididos en análisis de los recursos humanos y de los recursos en operación. Se comprende que este conocimiento decide la magnitud de la oferta, al tiempo que objetiva la estructura y calidad de la misma.

Los esfuerzos que frecuentemente se han realizado y que aún se realizan para la racionalización de dicha oferta, no siempre han producido los resultados programados, en buena medida porque se ha partido de un conocimiento parcial de los recursos y por el déficit de información que sobre el particular tiene el sector.

Está sobreentendido que en cualquier esquema de transformación y cambio que se incluya a la actividad sanitaria, será imprescindible conocer con exactitud los recursos con los que se cuenta, así como también disponer de todos los elementos que sean necesarios para efectuar correctas proyecciones de la oferta en función de dicho cambio o transformación estructural.

Es así que el proyecto realizará estudios refiriendo su campo de actividad en las dos áreas del recurso sanitario: por un lado, el recurso de operación y por el otro, el recurso humano.

### 2.1. *Objetivos del estudio sobre recursos en operación.*

La Secretaría de Estado de Salud Pública ha determinado como meta crear las condiciones adecuadas para instaurar una organización que asigne cabales prestaciones de salud a la totalidad de la comunidad, mediante el sistema de financiamiento correspondiente.

Esta política sanitaria abliga a la delimitación precisa de todos los recursos existentes en el sector, tanto en el área de la dependencia estatal, como en la paraestatal o

la privada, para que el Estado pueda brindar servicios a nivel competitivo.

En el país se han llevado a cabo catástrofes de los recursos de salud destinados a la atención médica, pero los mismos han sido realizados en forma esporádica y sin una sistematización continuada. La última actualización data de 1964/65 y alcanzó una cobertura nacional.

El Programa Nacional de Estadísticas de Salud está desarrollando una metodología adecuada para la actualización prevista en este año, razón por la cual podrá poner a disposición del Estudio, como así también de otros organismos que lo requieran, un volumen de información considerable que permitirá su análisis en profundidad y podrá servir de esta forma como marco para ciertas muestras especiales que sean necesario diseñar sobre este particular.

El análisis de los recursos en operación tendrá que indicar con elevada seguridad la naturaleza, número, calidad y distribución geográfica de los establecimientos sanitarios del país, tanto por la necesidad del conocimiento cuantitativo de los mismos, cuanto por la urgencia de obtener los perfiles cualitativos dentro de los cuales ejercen su labor.

Este concepto involucra el estudio del tipo de atención médica brindada, para lo cual se reconocerá en cada establecimiento su capacidad física, técnica y operacional. De esta manera los establecimientos asistenciales podrán ser individualizados desde el punto de vista de su equipamiento, del conocimiento de su dotación de personal médico, al igual que por las dotaciones del personal de enfermería y paramédico que allí operen.

De cualquier forma el estudio de recursos en operación tendrá que facilitar la información básica para poder catalogar a esos establecimientos en las distintas categorías a que haya lugar, teniendo en cuenta las soluciones financieras dentro de las cuales ofrecen sus servicios.

Esta distinción del enfoque económico de las prestaciones permitirá conocer en extensión las fuentes de financiación, origen, monto y capacidad de las mismas, para permitir la definición exacta del gasto público y privado en atención médica para el país

y estar así en condiciones de realizar los análisis que exige el cumplimiento de la política sanitaria nacional.

De cada recurso en operación tendrá que estimarse el peso de su actividad y la satisfacción de la demanda a la que asiste, para conseguir de esa manera cubrir con claridad la información imprescindible que hace a las fuentes de producción de las acciones de salud.

Los objetivos del estudio de los recursos en operación, serán los siguientes:

- 1) Estudiar los establecimientos sanitarios del país según su distribución geográfica, concentración, capacidad instalada, dependencia, posibilidades de proyección.
- 2) Conocer la estructura de esos establecimientos y las facilidades para el diagnóstico y tratamiento con las que cuenta.
- 3) Estudiar la calidad de las prestaciones médicas que brindan los establecimientos sanitarios del país.
- 4) Conocer el personal médico que actúa en los establecimientos sanitarios, su especialización, rendimiento, formas de remuneración, convenios profesionales.
- 5) Conocer la calidad y cantidad del personal de enfermería y paramédico de los establecimientos asistenciales, su especialización, rendimiento, relaciones contractuales, etc.
- 6) Estudiar los aspectos financieros del sistema asistencial institucional, individualizando las fuentes de financiación, su monto, composición y cobertura.
- 7) Obtener definiciones operativas sobre atenciones y servicios de salud, como también definiciones sobre los criterios de análisis financiero en los gastos del sector salud; definición del gasto público, gasto privado, etc.
- 8) Identificar a todos los organismos que disponen de recursos y utilizan fondos en servicios de salud, directa e indirectamente.
- 9) Clasificar a las instituciones asistenciales teniendo en cuenta su fuente de financiación y el tipo de prestación ofrecida.
- 10) Investigar y determinar la gravitación financiera de cada una de las categorías de actividades que se incluyen en los servicios de salud; servicios preventivos; atención médica ambulatoria; hospitalización; adiestramiento de personal; investigación médica; nuevas construcciones; equipamiento y modernización del equipo; etc.

## 2.2. *Objetivos del estudio de recursos humanos*

La cantidad, calidad y distribución de los recursos humanos son los elementos que en último análisis determinan la cantidad, calidad y distribución de las acciones de salud.

Es importante el papel del recurso médico, cuya simple expresión numérica suele utilizarse como un indicador de salud y que muestra para la República Argentina, una cifra global de aproximadamente 35.000 médicos. Esta cifra significa más de 15 médicos por 10.000 habitantes, nivel que puede ser considerado satisfactorio a la luz de las apreciaciones internacionalmente aceptadas; pero estos valores nacionales presentan problemas, especialmente los referidos a su distribución geográfica, así como al deterioro del armazón técnico científico que está sufriendo por acción del tiempo y del medio.

Por otra parte, además de estas circunstancias deficitarias, este recurso, que parece ir en continuo aumento, no puede ser exactamente valorado por el desconocimiento que sobre el particular tiene el país, no solamente en cuanto a la cifra precisa de médicos existentes, sino por su distribución en el territorio nacional, sus condiciones y características demográficas, económicas, sociales, tipo de especialización y adiestramiento, tiempo de ejercicio profesional, actualizaciones, etc.

Estas circunstancias de franco déficit del material informativo no han permitido la enunciación de una política coherente y sostenida sobre el particular. Por otra parte hay varios hechos que vienen siendo materia de inquietud para las autoridades sanitarias y universitarias y que se encuentran relacionadas con la producción masiva de médicos, la que podría haber producido un detrimento de la calidad profesional, ante los limitados recursos para su formación, así como también los referidos a la excesiva concentración en determinadas áreas del país y los signos de incompatibilidad manifiesta entre la calidad de la oferta médica y los requerimientos y expectativas de la demanda en salud.

De la misma forma estas inquietudes no han podido ser enfrentadas con toda la energía que el hecho merece por el desconoci-

miento cualitativo y aún cuantitativo de estos aspectos, que vienen una vez más a manifestar la urgencia de su estudio y análisis para llegar a conseguir un verdadero equilibrio entre el tipo de medicina y de atención médica que debe propiciarse para el país, cantidad, calidad y distribución del recurso médico.

La falta de información que se ha enunciado para el sector médico se repite son idénticas características en lo que se refiere a odontólogos y otros profesionales del campo de la salud, no siendo necesario abundar en muchos argumentos para que se alcance a comprender la necesidad que existe de conocer la realidad completa de estas profesiones, para la orientación de los planes nacionales de salud y de los planes de formación y adiestramiento de los integrantes de este sector.

Sin embargo, conviene destacar muy especialmente la situación crítica en la que se encuentra el recurso enfermería dentro de dichos profesionales del sector salud, porque a la falta de información sobre la situación cabal de dicha profesión, se suma un déficit cuanti - cualitativo que reiteradamente ha sido calificado como dramático y sus soluciones han sido invocadas bajo el rótulo de "emergencia nacional".

La situación adquiere proporciones críticas si se tiene en cuenta que no existen más de 300 enfermeras universitarias en todo el país y que la gran masa de personal de enfermería de que se dispone está constituido por personal empírico o con muy escaso nivel de formación profesional y muy bajos niveles de formación básica.

Esta inquietante realidad de la enfermería tampoco es conocida en toda su magnitud, ni en el número de enfermeras, ni en el tipo de estudios realizados, ni en las características de profesionalidad del personal que opera en la actualidad. En este ámbito del sector salud, las necesidades son muy evidentes, pero habrá que alcanzar el conocimiento de la situación para enunciar el diagnóstico certero y poder ajustar así los planes que sobre el particular haya que desarrollar para sacarla de la situación crítica en la que se encuentra. Sin ellas no pueden

enfrentarse las metas fundamentales de la política sanitaria nacional enunciada.

Los objetivos del estudio de recursos humanos son los siguientes: 1) Conocer el número de médicos y odontólogos de la República Argentina, facultad de graduación, distribución geográfica, características demográficas, edad, sexo, estado civil, etc. 2) Apreciar el grado de especialización del recurso profesional, fuente de obtención de dicha especialización, actualización, educación y formación del post - grado, educación y formación continuada, distribución geográfica por especialidades. 3) Conocimiento de la situación socio-económica del recurso médico y odontológico, migraciones internas y externas, ingresos profesionales y caracterización del nivel económico. 4) Estudiar el rendimiento del recurso profesional por número de pacientes y tipo de prestaciones. Conocimiento de este rendimiento en la práctica privada, práctica institucional, sistema de remuneración. 5) Conocer el equipo disponible y personal que colabora con el médico y odontólogo. 6) Estudiar la actitud y opinión del profesional sobre la educación de su formación profesional, para el ejercicio de sus actividades y detectar las fuentes de satisfacción en el trabajo y frente a los niveles de ingreso. 7) Cuantificar el recurso enfermería profesional e identificar sus principales características: nivel educacional, distribución geográfica, utilización institucional, aspectos demográficos. 8) Conocer la formación de las enfermeras, tendencias de la producción, grado de especialización, educación de post - grado. 9) Reconocer las condiciones socio - económicas del recurso enfermería, sus niveles de remuneración, condiciones de trabajo, pautas de jerarquización. 10) Estudiar el rendimiento del recurso enfermería en el sector privado y en el sector oficial. 11) Conocer la actitud y opinión de las enfermeras frente a su profesión detectando las fuentes de satisfacción y de conflicto en su profesión y en su trabajo. 12) Conocer el número de enfermeras que no ejercen su profesión y analizar el motivo de esta circunstancia, reconocer el volumen y la causa del éxodo de enfermeras. 13) Conocer el número de auxiliares de enfermería egre-

sadas de las escuelas reconocidas oficialmente.

### 3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE EDUCACIÓN MÉDICA

La formación de los médicos y demás profesionales del campo de la salud resulta un factor de gran preponderancia para la planificación de las acciones sanitarias.

La Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina se ha preocupado en colaborar intensamente con las facultades de medicina por el problema del reordenamiento de los programas y planes de estudio en las escuelas oficiales y privadas, a fin de cooperar en la producción de un profesional que esté en condiciones de satisfacer la demanda sanitaria con los niveles de calidad que el momento actual requiere. Esta misma preocupación se extiende a los responsables de la formación profesional en el campo de la odontología y la enfermería, interesados en promover los cambios necesarios con el fin de poder elevar y homogeneizar la referida capacidad de los profesionales que producen.

El estado actual de las circunstancias relacionadas con la educación profesional en el campo de la salud, exige una definición bien delimitada para el médico, el odontólogo y los demás profesionales que se necesitan; pero para poder abarcar en forma concluyente tal definición el estudio sobre educación médica deberá obtener una información completa que permita la elaboración de las recomendaciones específicas que en este sentido se están requiriendo.

Para todo ello pueden señalarse como puntos de observación y análisis el conocimiento de las características personales de los aspirantes a los estudios profesionales especialmente en los últimos diez años de matriculación, para poder extraer de allí información suficiente para sustentar los puntos de interpretación precisa sobre tal realidad. El estudio tendrá que analizar todas las circunstancias educacionales que se hayan producido durante la formación del profesional, tanto para valorar el sistema pedagógico vigente, como para reconocer el rendimiento de los alumnos ingresados.

Asimismo, interesará en forma preferencial la ubicación del proceso docente, sus objetivos y programación tanto en el nivel de post - grado, así como la caracterización precisa del elenco profesional, sus sistemas de selección, de adiestramiento y sus calidades específicas.

No podrá escapar al estudio de educación el conocimiento de toda la información necesaria para valorar las instalaciones, edificios, equipos, laboratorios, hospitales - escuelas, como también la organización, el gobierno de las facultades de medicina, interpretadas como la infraestructura sobre la que se apoya la formación actual de los profesionales del área de la salud.

Un lugar destacado del estudio estará relacionado con el análisis del sistema financiero que nutre las escuelas de medicina, con la consiguiente preocupación por la distribución de gastos, la incidencia de los mismos en el cumplimiento de los objetivos específicos de cada facultad, tanto en la retribución de su personal docente y no docente, como en la dedicación a programas de investigación en el área de la salud e inclusive en la propia área de la investigación sobre metodología educacional.

Cabe consignar que resultarán altamente interesantes en la producción de los cambios que la realidad y la planificación indiquen, como así también para la determinación del papel de relación que se desenvuelve cada facultad, con respecto a las demás unidades universitarias y a los establecimientos sanitarios de su área de influencia, y muy especialmente la relación de las referidas facultades de medicina con la comunidad en la que se encuentran funcionando.

Para ejercitar y conseguir los resultados enumerados, todo el análisis y la elaboración del estudio de educación médica, tendrá los siguientes objetivos: 1) Conocer la demanda de estudios médicos, las características de los aspirantes a ingreso en las facultades de medicina y odontología del país, en los últimos diez años. 2) Estudiar la dinámica y características de la población estudiantil y conocer el sistema de atención y orientación de los métodos empleados para medir el rendimiento de los alumnos ingresados.

3) Estudiar la población graduada, sus características demográficas y socio - culturales. Medir la proporción de los que inician programas de post - grado en la misma facultad o en otras instituciones nacionales o extranjeras. 4) Estudiar el proceso docente, sus programas analíticos de enseñanza en los niveles de pre y post - grado. 5) Investigar el área profesoral, sus sistemas de selección y promoción; características demográficas, técnicas y científicas; su adiestramiento y funciones. 6. Estudiar la capacidad instalada de las facultades de medicina, espacio físico, equipos, laboratorios, bibliotecas hospitalares y centro de salud asociados a cada facultad con fines de enseñanza e investigación. Relación entre la capacidad instalada y la capacidad docente. 7) Conocimiento de la organización administrativa, la estructura y estabilidad del gobierno de cada facultad. Tipo de relación con la universidad: participación profesoral y estudiantil, organización profesoral y estudiantil extra - curriculares. Conocer los programas de bienestar social en dichas áreas. 8) Ubicar las fuentes de financiación de las facultades de medicina y determinar su monto. Relacionar las fuentes de ingresos con la distribución de los gastos y estudiar los recursos con los requerimientos. 9) Definir los objetivos específicos para cada facultad con relación al tipo de médico que se propone formar, su número, extensión de los programas de graduación, de formación de personal docente y de adiestramiento del personal no médico. 10) Obtener información sobre las relaciones de cada facultad con otras unidades universitarias, escuelas de enfermería, hospitales, programas conjuntos. Conocer la colaboración con la enseñanza en otros ámbitos; el intercambio docente; el uso de material bibliográfico, equipos, responsabilidades asistenciales. Analizar el tipo de relación de las facultades de medicina con la comunidad del área donde ejercen su influencia. 11) Obtener el cumplimiento de estos mismos objetivos para las escuelas de odontología y de enfermería especialmente, extendiendo el conocimiento hacia las demás profesionales referidas al campo

de la salud, con inclusión particular de la ingeniería sanitaria.

#### 4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS

La organización de un esquema de planificación requiere exactitud en la información relacionada con la demanda real hacia los servicios de atención médica del país.

Esta información deberá contestar los interrogantes que plantean los sistemas de atención médica vigentes en lo referente a su coordinación, grado de utilización e incremento lógico de los costos operativos. Todas estas situaciones hacen aparecer a dichos sistemas como verdaderos obstáculos para obtener una eficiente y oportuna atención sanitaria, imponiéndose en consecuencia una transformación que responda a dichas exigencias.

La utilización de los recursos de atención médica se encuentra así influida por la calidad de la oferta cuyos problemas estructurales nadie desconoce pero requieren una exacta evaluación. Igualmente su utilización está comprometida por muchos otros factores que rigen el comportamiento de la demanda, teñidas por las actitudes, expectativas, percepciones, etc., que tiene la comunidad sobre su salud; además del propio peso que la morbilidad ejerce sobre tal utilización.

Entre los usuarios y los servicios de atención médica se genera constantemente un proceso de dinámica cuyo resultado es necesario conocer en forma concreta (demanda satisfecha, demanda insatisfecha, etc.) y que además de estar generadas por algunos de los mecanismos enunciados anteriormente se ven también exigidos por otros factores, que como la propia organización, la financiación, etc., tienen que ser conocidos y evaluados.

El estudio de utilización de recursos de atención médica aporta los elementos necesarios para dotar al sistema de planificación de los medios de información que requerirá para producir los cambios de estructuras que la programación de la atención médica está exigiendo. En este caso, el estudio pondrá en evidencia factores relacionados con la dimensión, calidad y mo-

tivación de la demanda, como así también la respuesta que el sistema oferente ha podido aportar a dicha demanda. Por otra parte, la elaboración de la información, mostrará el tamaño del hiato entre la realidad actual y el modelo requerido para la transformación.

Se podrán así señalar los factores que influyen sobre la utilización de los recursos médicos y además las tendencias intrasectoriales que asume la demanda. Esas tendencias permitirán definir la conducta del usuario tanto en sus exigencias de atención médica y farmacéutica, como en el peso que dichas tendencias tienen en el modelo general de prestaciones, punto de referencia para los cambios que puedan proyectarse.

Se podrá conocer también las razones de utilización, así como ver la influencia que determinado "complejo sintomatológico", o la prevalencia de cierto "malestar" en la población, ejercen sobre la demanda; se podrá postular así la posibilidad de encontrar pautas de comportamiento de la comunidad frente a sus expectativas y percepciones, al tiempo que se podrá definir con esta información el esquema del modelo operacional de los recursos que exige el cambio que implica la política sanitaria nacional proyectada.

Los objetivos del estudio de utilización de recursos de atención médica son los siguientes: 1) Determinar en que medida las diferencias en la organización de la atención médica se reflejan en diferencias en la utilización de recursos y en los patrones de morbilidad en distintas poblaciones. 2) Estudiar qué factores de comportamiento (actitudes, expectativas, percepciones) influyen en la utilización de recursos médicos y patrones de morbilidad en diferentes regiones. 3) Conocer que problemas metodológicos deben ser solucionados antes de realizar comparaciones, en relación con patrones de utilización y morbilidad en diferentes regiones y cómo deben resolverse dichos problemas. 4) Determinar la relación y asociación entre utilización de camas, médicos, enfermeras y resultados finales de la atención médica. 5) Analizar las relaciones entre las variables que intervienen en la utilización y resultados finales; a) recursos:

camas, médicos, enfermeras; b) percepciones, actitudes y expectativas; c) sistemas de atención médica: estructura y financiación. 6) Desarrollar un sistema de información sobre los servicios de atención médica y de un sistema de investigación. 7) Establecer la relación existente entre la consulta médica, la consulta de enfermería e internación y el número de horas médicas de enfermería y camas hospitalarias disponibles. 8) Conocer la relación existente entre el grado de utilización de los recursos y determinados complejos "sintomatológicos" y "malestares" en la población. 9) Determinar las diferencias de utilización de los recursos de atención médica, como las diferencias de actitudes y expectativas frente a los mismos, en relación con la posición social del demandante.

##### 5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO SOBRE MORBILIDAD

Toda programación del sector salud tiene lógicamente que conocer la medida de los niveles de salud de la comunidad para la que se programa. Estos niveles permiten fijar las prioridades, como así también los objetivos, las metas y la asignación racional de los recursos para alcanzar a modificar las situaciones halladas y compatibilizarlas con los modelos esperados. En definitiva, sin una correcta medición del nivel de salud, las etapas de la planificación corren el riesgo de convertirse en inteligentes especulaciones.<sup>4 y 5</sup>

El conocimiento de la morbilidad y sus características esenciales se convierte así en un documento inexcusable para reconocer dichos niveles sanitarios. La medicina moderna se ha visto altamente influida por la drástica disminución y aún delimitación de importantes sectores de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias que han modificado sus niveles de salud. Además el éxito de la tecnología médica, con sus métodos modernos de diagnóstico y tratamiento está provocando rápidas y substanciales modificaciones en los problemas contemporáneos de la salud. Esta realidad viene a modificar la magnitud, estructura y distribución de la mortalidad y morbilidad,

umentando la expectativa de vida y creando nuevos cambios en la constelación sanitaria de las poblaciones.<sup>6</sup>

Como resultado de esta situación, los indicadores tradicionales del nivel de salud están perdiendo sensibilidad. La mortalidad tiende a estabilizarse a medida que se reducen las infecciones y el parasitismo como causa de muerte; las simples medidas de frecuencia de las enfermedades crónicas (incidencia y prevalencia) son también insuficientes para medir el impacto de las mismas sobre la realidad sanitaria, donde pueden observarse que muchas no son fatales, pero pueden reducir en forma apreciable la capacidad para el trabajo, el consumo y el ahorro; y por otra parte, algunas otras pueden ser compatibles con larga supervivencias y aún sin incapacidades, si se las controla adecuadamente.<sup>7 y 8</sup>

Estas circunstancias, a las que debe sumarse la incorporación del concepto de multicausalidad en las enfermedades, por las implicaciones proyectivas y aún preventivas que ello incluye, hacen que la planificación del sector salud, para albergar perspectivas concretas de soluciones sobre el particular, requiera información confiable, no sólo de la magnitud y distribución de la morbimortalidad sino también de las implicaciones económicas y sociales que ello determina, así como los recursos utilizados para su atención.

Los administradores de salud y los educadores médicos, cuyos intereses resultan tan influidos por esta dinámica, requieren información concreta y oportuna sobre estos aspectos, para cuantificar las interdependencias de la enfermedad y de los factores sociales y económicos de la productividad de los servicios.

Cuando esto ocurre los administradores de salud tendrán suficiente flexibilidad para ubicar los recursos donde estos produzcan el máximo de beneficio social y económico; los educadores médicos podrán influir sobre los programas de formación profesional; y unos y otros, traducirán su acción en una más provechosa aplicación de la ciencia y la tecnología a la satisfacción de las necesidades del hombre y de la sociedad.<sup>9</sup>

No existe en el país una información completa y fidedigna sobre la morbilidad acaecida en las provincias, que satisfagan las necesidades que requieren los programadores y los educadores para producir las acciones que tienden al cambio estructural que indica la política sanitaria nacional enunciada. Sólo se dispone de información de los registros hospitalarios de las instituciones oficiales con especificación de los diagnósticos de los pacientes atendidos en los consultorios externos y en la internación. En este aspecto, el déficit informativo es elocuente, y hace pensar en la necesidad de introducir cambios de actitudes y de organizaciones que el estudio de morbilidad tendrá que analizar.

Queda sin conocer en forma total la patología registrada en los establecimientos privados, los que suman una gran cantidad de prestaciones; igualmente es desconocida la patología atendida por los médicos en sus consultorios privados; siendo necesario manifestar que en este aspecto, algunos médicos informan semanalmente cierto número de enfermedades transmisibles de obligatoria notificación.

De cualquier manera, y con los vacíos señalados, todas las fuentes de recolección sistemática de información a las que se hizo referencia, centran la obtención de información en los procesos reconocidos en la población que ha tenido acceso a la atención médica.

Es así que el estudio de morbilidad tendrá que ir a la búsqueda de la información que muestre el volumen, y la distribución de las enfermedades y accidentes de la comunidad, teniendo especial preferencia por pueda tener dicha población, al tiempo que detectar la percepción que de la enfermedad pueda medir el impacto social y económico que la enfermedad ocasiona en el medio en que se lleva a cabo el análisis.

El Estudio podrá referir sus resultados a la cobertura de los servicios de salud, en cuanto a las fuentes de financiación y composición del gasto en la atención médica de la población; además, correlacionará algunas variables, sociales y económicas con la concurrencia, severidad y distribución de

las enfermedades como así también de la utilización de los servicios.

El estudio de morbilidad tendrá los siguientes objetivos: 1) Medir el volumen, naturaleza y distribución de las enfermedades, accidentes y lesiones en la comunidad. 2) Investigar la percepción de enfermedad de la población y sus relaciones con la "morbilidad real", juzgada profesionalmente. 3) Medir el impacto social y económico de la enfermedad, en términos de incapacidad (ausencia del trabajo, la escuela), invalidez y costo de la atención médica. 4) Medir la cobertura de los servicios de salud e identificar las fuentes de atención médica más importantes. 5) Conocer las características de la atención médica, en cuanto a niveles, disponibilidades, calidad y costo. 6) Determinar los sistemas de financiación y composición del gasto de la población en atención médica. 7) Verificar el grado de integridad y veracidad de fenómenos vitales seleccionados. 8) Medir el peso de algunas variables sociales y económicas en la ocurrencia, severidad y distribución de las enfermedades y en la utilización de los servicios.

## ORGANIZACION

El estudio sobre la salud y educación médica en la República Argentina, se lleva a cabo mediante un programa basado en el análisis de la información disponible de los sistemas de registros de población, hechos vitales y recursos existentes en el país y a través de un sistema de encuestas para conocer los problemas de morbilidad, recursos profesionales y recursos para la educación médica y enfermería.

El estudio está constituido por un conjunto de encuestas que tienden a cumplir con los objetivos expresados precedentemente y que funcionan íntimamente ligados con el sistema nacional de estadísticas de salud, con los órganos de planificación del sector salud y con la Asociación Argentina de Facultades de Medicina. La sede central de la investigación está en la ciudad de Buenos Aires y tiene jurisdicción sobre las actividades que referidas a este estudio se desarrollen en el resto del país.

La decisión del asiento geográfico de la investigación se tomó en razón de ser esta ciudad el lugar donde tiene su sede la Secretaría de Estado de Salud Pública, quien coordina la recolección de todos los sistemas estadísticos provinciales que son tributarios del estudio; por otra parte es también asiento de la Dirección Ejecutiva de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina. Asimismo, la Zona VI de la Organización Panamericana de la Salud funciona en la Capital Federal.

Desde la sede central del Estudio se coordina las actividades que se desarrollan en terreno aprovechando los canales de comunicación ya existentes entre la Asociación de Facultades de Medicina y la Secretaría de Estado de Salud Pública y los ministerios de Salud Pública provinciales.

El plan tiene una cobertura nacional, se estructuró sobre la base de un Consejo Directivo que asegura el cumplimiento de las normales generales del proyecto y actúa como órgano auspicante y de consulta. Estará integrado por tres miembros: el Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina, el Secretario de Estado de Salud Pública y el Jefe de la Zona Sexta de la Organización Panamericana de la Salud. Existe una Dirección Ejecutiva unificada que coordina la marcha del Estudio, designada de común acuerdo entre las partes integrantes del proyecto.

De esa Dirección Ejecutiva dependen los grupos de trabajo, los que son responsables de los programas específicos en terreno. El Director del proyecto es el investigador principal, quien es secundado por un Director asistente que actúa como colaborador principal.

De la Dirección dependen cuatro sectores: 1) diagnóstico; 2) recursos; 3) educación; 4) infraestructura. Cada uno de estos sectores agupa los equipos de trabajo que son las unidades operativas primarias. El Sector Diagnóstico agrupa los equipos de demografía, encuesta de utilización y encuesta de morbilidad, la que a su vez tiene tres subgrupos operativos: encuestas domiciliarias, seguimiento retrospectivo y examen físico. El Sector Recursos

tiene dos grupos: humanos y recursos en operación y éste, a su vez, dos subgrupos: recursos materiales y recursos financieros.

El Sector Educación tiene tres grupos primarios: escuelas de medicina, de odontología y de enfermería. Del Sector Infraestructura dependen cuatro grupos: muestreo, computación electrónica, publicaciones y educación y divulgación. Por último, de la Dirección dependen dos secciones: secretariado y contabilidad y costos.

La Dirección Ejecutiva del programa está asesorada por una comisión constituida por los directores de Planificación y Evaluación de la Salud, Economía Sanitaria, Estadísticas, Enseñanza e Investigación, Atención Médica y Organización de Establecimientos y Áreas Programáticas de la Secretaría de Estado de Salud Pública. Otros organismos pueden colaborar a pedido de la Dirección del Estudio o de la propia Comisión. La Dirección Ejecutiva determinará la forma en que esa Comisión asesorará y aprobará el reglamento de funcionamiento que se produzca.

Dependiendo de la Dirección Ejecutiva, a través de la Secretaría Ejecutiva funcionan los jefes de equipo que se distribuyen según lo establecido en el convenio argentino 6201, que dio origen institucional al Estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y la Educación Médica y Profesional en la República Argentina. Cada jefe de equipo es responsable de la estructuración general del trabajo en su esfera respectiva. Para ello constituyen sus grupos de colaboradores y asistentes y en conjunto organizan las actividades siguiendo estas pautas: 1) Fijan los objetivos específicos de acuerdo a los lineamientos expuestos en el presente documento. 2) Sobre la base de los objetivos específicos proceden a la organización general de los grupos y fijan las tareas a desarrollar. 3) Formalizan un programa mínimo y otro ampliado de tabulaciones que sirven para responder a las hipótesis de trabajo que se formulan en cada caso. 4) Diagraman los formularios a usar, para lo cual cuentan con la colaboración de los equipos de servicios técnicos generales y confeccionan los respectivos manuales de instrucciones. 5) Elaborarán los cronogramas para cada etapa de actividades, los que se encuadran dentro del período de

tres años de duración del Estudio. 6) Coordinan con el Centro de Cómputo la formulación de los programas para la elaboración de datos por los equipos mecánicos y de computación electrónica. 7) Son responsables del análisis de la información recolectada, primordialmente en los aspectos generales descriptos y secundariamente asesorando a los órganos usuarios en el análisis en profundidad según prioridades y requerimientos. 8) Coordinan la producción de informes según las series que se establecen para cada caso, en colaboración con el equipo de publicaciones.

Como se fijó anteriormente, los grupos son los responsables primarios de la organización de los equipos, supervisan las actividades en terreno, coordinan la producción de informaciones y el análisis de las mismas; cada uno de ellos propone la integración de los equipos, los que son aprobados por la Dirección Ejecutiva. La contratación del personal se hace según las normas administrativas que se establecen al respecto. Anualmente elevan a la Dirección el presupuesto de personal, gastos e inversiones, los que serán consolidados para su aprobación por el Consejo Directivo.

Durante el lapso de vigencia del convenio se montarán las estructuras regionales encargadas de la recolección en terreno del material de las encuestas, su número coincidirá con las unidades primarias de recolección de la encuesta de morbilidad. Cada estructura regional estará formada por un jefe regional que estará asistido por un equipo mínimo de personal de secretaría. A medida que se vayan incorporando nuevos aspectos en las encuestas se agregará personal especializado según los requerimientos.

El jefe zonal concentrará toda la información que se recolecta para los diferentes equipos y los girará a los grupos pertinentes con el objeto de impedir un entrecruzamiento de actividades y líneas de dependencia del personal regional.

Para la puesta en funcionamiento de las regionales se coordinarán las actividades con los gobiernos provinciales que sirvan de asiento a las mismas, con las universidades que se encuentren en el área de influencia, con la oficina coordinadora de la Se-

cretaría de Estado de Salud Pública y muy directamente con los departamentos de estadísticas de las provincias del área. Con todos ellos la cooperación debe ser muy estrecha por cuanto se tiende a aprovechar al máximo los recursos existentes con el fin de reducir los costos de implantación y funcionamiento.

Por no existir en el país una estructura previamente organizada para la recolección de información muestral, como la tiene la Oficina del Censo de EE.UU., la encuesta debe al principio montar estos mecanismos, los que dependerán directamente de la dirección del programa mientras éste se encuentre en vigencia. A su finalización se coordinará con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y con la Dirección de Estadísticas de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública el manejo y administración de estas regionales.

Esta última se la considera de verdadera importancia, por cuanto la encuesta de morbilidad es permanente, es decir, que continuará una vez que haya concluido el convenio tripartito que le dio origen. Por otra parte se espera que ya para esa época el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos haya reglado la organización de oficinas que se encarguen de la recolección de muestras no sólo para morbilidad sino también para los otros sectores de la administración pública.

## PROYECTOS ESPECIFICOS

En este capítulo se dan los lineamientos generales de la operación de cada proyecto. Son enunciados genéricos que encuadran la diagramación de las actividades de cada grupo. Dentro de estos límites y para cumplir con los objetivos fijados en páginas anteriores, cada equipo procede a la confección de protocolos, definiciones, manuales, programa de tabulación, etc.

La definición de las perspectiva general del estudio precede a la determinación del contenido de los proyectos específicos y obliga a adquirir una noción previa de los usos futuros de esos programas. Tal definición requiere hacer un balance entre la

información requerida y la que ya está disponible o está siendo recolectada por otros mecanismos.

El carácter intensivo de las operaciones del presente estudio acelerará el establecimiento de sistemas de recolección permanente de información al ser inducidos como parte de sus propias operaciones, para luego delegarlos a las estructuras permanentes. Esta circunstancia pondrá los datos a disposición de los usuarios en más breve tiempo.

## 1. DEMOGRAFÍA

Este grupo de estudio obtendrá información básicamente a partir de tres fuentes: 1) registros; 2) censos; 3) encuestas; los datos así recolectados alimentarán los programas específicos para verificar las hipótesis de trabajo que se fijan en cada investigación.

Con respecto a los registros sistemáticos, que son métodos de recolección de información difíciles de instalar y costosos, cual requieren cierto grado de desarrollo general de los servicios antes de alcanzar niveles satisfactorios de integridad, calidad y oportunidad de los datos que rinde. Habitualmente mantienen un grado de subregistro, variable entre las distintas regiones, con el agravante de que los datos tradicionalmente más utilizados tienden a mostrar la situación más favorable cuanto más precario es su integridad.

Existe en el país un sistema de cobertura integral de información para nacimientos, defunciones y matrimonios, instalado desde hace muchos años. Los sistemas estadísticos provinciales han sido disímiles porque muestran diferentes grados de subregistro y han estado afectados por multiplicidad de factores que han dificultado su comparabilidad.

La Secretaría de Estado de Salud Pública ha asumido, como ya se ha expresado, la responsabilidad de atender a la producción de las estadísticas vitales, en algunas áreas del país durante 1967 y en su totalidad a partir de 1968. A este efecto la Secretaría ha elaborado el ya referido "Programa Nacional de Estadísticas de Salud" que a escala nacional aplica criterios y métodos

uniformes de recolección y análisis de datos sobre natalidad, mortalidad, nupcialidad, y además de recolectar y analizar estas estadísticas contempla la colaboración en estudios especiales para evaluar la integridad y calidad del sistema. El presente estudio inducirá este sistema de evaluación y colaborará en su desarrollo mientras dure la investigación.

Los censos de enumeración completa se registran en la Argentina cada diez años y el hecho de suministrar datos aún sobre pequeñas circunscripciones los convierten en instrumentos indispensables muy útiles para el diseño de muestras representativas de población. La información censal sobre los aspectos que son de interés para la planificación de los servicios de salud y para la educación médica nunca puede ser exhaustiva, ya que obvias consideraciones económicas y operativas, como son universalmente admitidas, limitan su contenido. Por esta circunstancia deben ser completados con estudios especiales por encuestas tendientes a servir los intereses específicos del sector salud.

La Secretaría de Estado obtuvo la duplicación del censo de población y vivienda de 1960, último realizado en la Argentina, con el ánimo de utilizar sus datos en estudios de su propio interés. Este trabajo se realizará como una importante colaboración para el presente estudio.

El desarrollo del muestreo probabilístico y las crecientes aplicaciones de los estudios motivacionales, han convertido a las encuestas de salud en instrumentos flexibles y económicos para obtener oportunamente datos útiles por sí mismos y complementarios de los obtenidos por otros métodos,

La encuesta de morbilidad corresponde a esta categoría. Se realizará con una muestra probabilística representativa de la población civil no institucional de la Argentina y coleccionará alguna información demográfica que tendrá el mérito de su precisión y confiabilidad conocida y de su gran actualidad; los datos se procesarán y analizarán rápidamente. Esta información demográfica permitirá facilitar los estudios de correlación de los problemas de salud con las va-

riables sociales, económicas y culturales, pero obviamente será también útil por sí misma para otros menesteres.

El estudio de demografía dispondrá de un grupo especial para esta tarea, el que estará dirigido por un médico especializado en demografía, con la colaboración de analistas, demógrafos, calculistas y técnicos en estadísticas de salud, reforzado con epidemiólogos u otros especialistas cuando la naturaleza del trabajo lo requiera.

El grupo tendrá la responsabilidad de producir todas las estimaciones demográficas requeridas por el Estudio en su totalidad y las que sean encomendadas a la Secretaría y a la Asociación. Podrá, asimismo, realizar investigaciones juntamente con otras entidades cuando se juzgue necesario y le sea autorizado. Desde ya se estima, por ejemplo, la conveniencia de su coordinación con el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) para estudios sobre migración, etcétera.

## 2. RECURSOS EN OPERACIÓN

El conocimiento de los recursos institucionales de salud y sus características de funcionamiento es fundamental, tanto para su adecuada administración como para la formación de personal que deba operarlos.

La creciente demanda de servicios frente a recursos siempre escasos y habitualmente subutilizados hacen imperativa la aplicación de los principios científicos de la administración, que hoy son de rigor en la empresa moderna para la racionalización del gasto y la elevación de la productividad. Los servicios institucionales deberán organizarse teniendo en cuenta una política de regionalización que permita la transferencia de responsabilidad de un determinado nivel de competencia a otro y un sistema de delegación de funciones sobre bases científicas que permita también una transferencia de responsabilidades del personal profesional hacia el personal auxiliar.

Consiguientemente se requiere conocer el tipo, cantidad y distribución geográfica del recurso institucional para la atención médica, tanto en el sector público como en

el privado, cuantificar las actividades que realizan y determinar sus costos.

La Secretaría dispone de un recuento actualizado de las instituciones de atención médica del país, públicas y privadas, con sus respectivas direcciones. Sistemáticamente se recolectan los diagnósticos de egresos hospitalarios y de las consultas externas, por edad y sexo, para cada entidad. Ocasionalmente se han encuestado estas instituciones para obtener información; el último catastro fue en 1964/65 y ha servido como base para varias publicaciones sobre el tema.

El subgrupo que estudie y analice los recursos materiales lo hará mediante un catastro que actualizará el efectuado en el 1964/65. La metodología será de tipo mixto, por correspondencia y por encuesta en terreno. Se enviarán primero los formularios por correo a todos los establecimientos que se encuentran registrados en la Guía de Establecimientos Asistenciales de la Dirección de Estadísticas de Salud, la que será actualizada con la información enviada por cada provincia. A la semana se hará una reiteración por correspondencia y a la semana siguiente, para aquellas que no hubieran remitido el material, se les enviará nuevamente los formularios. Para todos los establecimientos que no contesten se harán giras integradas por encuestadores especialmente capacitados, quienes recogerán los datos en el mismo establecimiento.

Con el objeto de poder controlar la integridad de los listados de establecimientos existentes se procederá a su confrontación en las zonas rurales y en la urbana. En las primeras se enviará a cada hospital un listado de los establecimientos de la zona vecina, sean oficiales o privados; en las áreas urbanas, se hará un listado completo de los establecimientos por circunscripciones o secciones de policía local, quien verificará la información de los listados, agregando o eliminado según se hayan registrado habilitaciones o cláusulas en cada área. Con el objeto de evaluar el grado de atención que los hospitales y seccionales policiales prestan a estas actividades se incluirán u omitirán hospitales en los listados que se envíen a cada una. Esto es de mayor im-

portancia en el período de prueba donde se determinará si la metodología opera adecuadamente.

La encuesta se focalizará en torno a los siguientes aspectos: 1) capacidad de camas y distribución según especialidades; 2) servicios: intermedios y finales; 3) estructura del personal profesional, técnico y administrativo; 4) distribución del presupuesto ejecutado; 5) nómina completa del personal médico y de enfermería.

De este último listado, en el caso de las enfermeras, se obtendrá el marco de muestreo para estudiar a fondo las características y estructuras de ese recurso humano. El presente catastro, que será iniciado directamente en el terreno por personal de los ministerios de salud pública provinciales, deberá orientar sus esfuerzos en esta dirección; así este proyecto no se limitará a repetir el esfuerzo realizado en 1964/65. El mayor o menor detalle de la información que se obtenga depende de los usos futuros de los datos. Dos grandes campos de inmediata aplicación se pueden anticipar: 1) cuantificación, caracterización del recurso institucional actualmente en operación; 2) estratificación de las instituciones para el diseño de muestras en las cuales se realizarán estudios de mayor penetración.

Pueden señalarse que los siguientes estudios en muestras de instituciones obtenidas por el procedimiento expresado, se consideran de vital importancia para la fundamentación de los cambios a los que se dirige la política sanitaria nacional enunciada: 1) análisis del costo operacional; 2) estudio de utilización de los recursos; 3) relaciones del costo con el rendimiento; 4) evaluación de calidad de las prestaciones institucionales; 5) presupuestos institucionales y su relación con el producto bruto nacional; 6) desagregación del gasto en salud, etcétera.

No cabe duda que un análisis financiero acabado de los recursos en operación requerirá previamente la definición correcta de lo que se entiende por "servicio de salud" especificando la categoría de acciones que pueden ser consideradas como tales, y sobre esta base, identificar las entidades nacionales, provinciales y locales, del sector

público y privado que ejecutan actividades cubiertas por la definición.

Sobre la base de dicha delimitación del criterio de "servicio de salud", y con el conocimiento correcto de las instituciones asistenciales a que tiende el estudio de recursos en operación, podrán realizarse las investigaciones imprescindibles para la mejor aproximación a este tipo de información.

### 3. RECURSOS HUMANOS

La importancia de los recursos humanos en el progreso económico y social y el valor de la educación como factor multiplicador de su eficiencia ha planteado la necesidad de abordar simultáneamente con los planes de crecimiento del capital físico, los programas de desarrollo y formación del capital humano y la planificación de la educación en forma específica y totalmente integrada dentro del esfuerzo de la planificación general.<sup>10</sup>

Contemporáneamente se acepta la idea de que un estudio de recursos humanos requiere el conocimiento previo de la situación sobre la cual se actúa y la medida en que ésta se aspira a modificar, como base para estimar los requerimientos de personal en un período, y más importante que esto, para determinar las funciones que competen a cada ocupación, como fundamento para decidir el contenido de los planes de adiestramiento y los métodos pedagógicos más indicados en cada caso. Se infiere que estos estudios deben aportar, además, las bases de política de protección del personal adiestrado, tanto desde el punto de vista físico (salud, bienestar, política de salarios, etc.) como de su crecimiento científico y técnico.

El personal médico es considerado elemento fundamental para las prestaciones de los servicios de salud, siendo al propio tiempo el recurso humano de más larga, difícil y costosa formación. Esto es tan ampliamente reconocido que la disponibilidad de este recurso se usa como un indicador de la situación de salud de los países. El reconocimiento de la cantidad y calidad del recurso médico es un elemento de juicio indispensable para adecuar su formación a

las necesidades y características propias del país y para calibrar su producción con la demanda de servicios de salud y con la capacidad de utilizarlos convenientemente.

Por otra parte, en el caso de nuestro país y enfocando el problema desde un punto de vista de real importancia, estudios conducidos con el patrocinio de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización de Estados Americanos, indican que Argentina tuvo entre 350 y 500 médicos emigrantes a los Estados Unidos, en el período 1959/62, cifra que aumentó súbitamente en 1963 a 1.000 médicos.

Se ha visto asimismo, que dos universidades argentinas, la Universidad Nacional de Buenos Aires y la Universidad de Córdoba, figuran entre las ocho universidades de América latina que tributan 3 de cada 4 médicos emigrantes a los Estados Unidos.<sup>11</sup>

Aunque esta información pueda contener algunas imprecisiones, sugiere la magnitud aproximada del problema y hace pensar en la importancia de conducir una investigación específica que permita medir el fenómeno e identificar las fuerzas expulsivas del recurso y los factores de atracción en el país receptor.

En lo que se refiere al recurso de enfermería, puede afirmarse que ha habido una verdadera anarquía en cuanto a la formación de dicho personal, pues la enexistencia de una reglamentación uniforme condujo a una amplia variedad de cursos de adiestramiento, de donde resultaron una gran heterogeneidad de categorías y denominaciones. En este momento la situación es crítica ya que se ignora el número exacto de enfermeras existentes en el país y sus características. Se ha estimado que no excede de 300 el número de enfermeras universitarias existentes y que la mayor parte del personal de enfermería que actualmente trabaja en las instituciones de salud corresponden a categorías subprofesionales y auxiliares. Esta situación se hace mucho más seria, si se piensa que conforme lo demostraron los estudios anteriormente citados, a la República Argentina se la clasifica en segundo lugar como exportadora de enfermeras a los Estados Unidos, después de Colombia.

El Estudio se limitará al recurso activo debido a que la inexistencia de registros sobre escuelas desaparecidas dificulta la identificación del personal egresado de las mismas y que ha abandonado el ejercicio de la profesión. Se admite la posibilidad de ejecutar un estudio longitudinal para determinar la tasa de abandono de la profesión en una muestra a partir de 1969.

El estudio de recursos humanos contará con los siguientes elementos básicos de operación:

### 3.1. Médicos

Comenzará con un curso de médicos. Este proyecto se iniciará con la elaboración de la lista de médicos graduados en las diferentes facultades de medicina del país y de los graduados en el exterior, autorizados para ejercer en el territorio nacional con referencia al período 1920/68. Este período ha sido determinado teniendo en cuenta la edad promedio de ingreso a los estudios universitarios, la expectativa de vida de la población y una estimación de la vida profesional del médico.

Se podrán obtener datos referidos al nombre y sexo; número de documentación de identidad, año de nacimiento, lugar de nacimiento; facultad que otorgó el grado, año de obtención del grado.

A partir de ese momento se seguirá con la consolidación de una lista maestra mediante confrontación con datos de otras fuentes, tales como listas elaboradas por laboratorios farmacéuticos y de afiliados a colegios médicos provinciales, lo cual permitirá deducir defunciones conocidas y eliminar duplicaciones frecuentes en mujeres debido al cambio de apellido por el matrimonio. Estas fuentes de información permitirán agregar la dirección de la residencia o del lugar de trabajo en una buena proporción de profesionales. La lista de médicos faltantes sin dirección conocida se hará circular por diferentes entidades de salud en solicitud de información sobre la localización de los profesionales listados.

Se enviará a cada médico con dirección conocida una tarjeta dual, diseñada para ser elaborada directamente en la computa-

dora: el duplicado de la misma será enviado a los respectivos destinatarios e incluirá un sobre timbrado, impresa la dirección del lugar donde deben dirigirse las respuestas. En esta oportunidad se solicitará de los profesionales la verificación de la información consignada en la tarjeta y la adición de los siguientes datos: condición de actividad, localidad donde trabaja, especialidad.

Los datos mínimos anteriores se consignarán en una tarjeta individual que permitirá elaborar el fichero del recurso profesional médico, que se mantendrá en permanente actualización, mediante la incorporación de los nuevos graduados y la deducción de las defunciones conocidas. Permitirá este mecanismo una fácil identificación de cualquier médico registrado y la clasificación del recurso alfabéticamente, por especialidades y regiones del país.

A quienes proveen los datos primarios anteriormente listados se les requerirá un cierto número de datos secundarios utilizándose el procedimiento de la reiteración con una o dos semanas de plazo para aquellas entidades que no hayan enviado aún los datos primarios requeridos. Estos datos secundarios conciernen a información de educación (secundaria, pregrado y posgrado), así como también otras localidades donde trabaja, categorías de ingreso; distribución porcentual del ingreso por ejercicio profesional y otras fuentes. Se admite la posibilidad de un grupo de datos terciarios, los cuales se definirán según la tasa de respuestas alcanzadas en cada instancia.

Dada la gran importancia que el éxodo de profesionales tiene para la Argentina, se considera oportuna una investigación específicamente dirigida hacia ese aspecto, la cual podría ser realizada por el grupo del presente estudio, si el tiempo y las disponibilidades económicas y de personal resultan suficientes.

La información recolectada a través del censo médico será utilizada para publicar la guía de médicos de la República Argentina, que a partir de ese momento, podrá ser editada anualmente. Esta guía contendrá la lista alfabética de los médicos por especialidad y dirección, y la lista alfabética por provincia con dirección y especialidades.

El desarrollo de las actividades anteriores implica el diseño de los respectivos formularios, los cuales deben ser experimentados en muestras de médicos para verificar que las preguntas sean inteligibles y que el tipo de respuesta obtenido sea satisfactorio. La iniciación del censo de médicos debe ser precedida y coincidir con una sostenida actividad de divulgación a través de la prensa, la radio y la televisión. Se señala como importante la tarea de diseñar un sistema de control de recepción de los formularios enviados para evitar pérdidas y reiteraciones innecesarias que habitualmente comprometen la tasa de respuestas.

Los datos obtenidos por el censo serán completados con información dada por la entrevista personal en una muestra de médicos que hayan producido las respuestas al procedimiento del censo médico, como así de los que no hayan respondido y se conozca su dirección; esto servirá para verificar el grado de exactitud de los datos obtenidos en el censo. Para dicha muestra se hará primero una selección de áreas geográficas que luego serán estratificadas de acuerdo con características del recurso. Los entrevistadores serán médicos y previamente adiestrados para este efecto.

A través de la entrevista se recolectará información sobre los siguientes aspectos: antecedentes sobre lugares del ejercicio profesional, para mostrar migraciones externas o internas; antecedentes sobre ejercicio en el exterior; tipo de práctica, aislada, de grupo o institucional, en el sector público o privado, ingreso total y relaciones porcentuales de los producidos por ejercicios profesionales y por otras fuentes; equipo disponible (con referencia a una "Lista mínima" previamente diseñada); personal auxiliar del médico; especialidad, docencia; número y tipo de pacientes por semana; publicaciones científicas, educación continuada; cursos de posgrado; biblioteca, adquisición de libros, suscripción a revistas; fuentes de satisfacción en el trabajo; opinión de la educación médica recibida.

### 3.2. *Odontólogos*

El estudio de recursos de odontología seguirá, en términos generales, los mismos

lineamientos del estudio del recurso médico tanto en la parte de recuento de los profesionales como en parte del estudio por entrevista directa en una muestra.

### 3.3. *Enfermeras*

El recurso de enfermería abarcará tanto a las enfermeras graduadas de nivel universitario, como a las auxiliares de enfermería, y se referirá únicamente al recurso activo, ya que no será fácil identificar al personal inactivo egresado de un buen número de escuelas desaparecidas.

La lista básica de este recurso será elaborada teniendo en cuenta la información que se obtenga a través del Catastro de Recursos en Operación, en el cual específicamente se solicitan datos mínimos para la elaboración de una tarjeta de identificación que será la base para la conformación del tarjetero del recurso de enfermería.

La lista tendrá los siguientes datos: nombre y apellido, documento de identidad, lugar de residencia; edad, tipo de adiestramiento (académico, formal o en servicio); nombre y dirección de la entidad donde estudió; año de la terminación de los estudios.

La información así obtenida será tabulada con el objeto de conocer las características generales del recurso de enfermería y servirá para identificar las instituciones donde recibieron su adiestramiento, esto último se considera fundamental para la calificación recibida. Esta información se referirá a las escuelas en operación pero al mismo tiempo posibilitará allegar datos sobre el régimen de estudios del mayor número de escuelas desaparecidas.

Todas las enfermeras de categoría profesional identificadas tendrán una entrevista personal para obtener información con respecto a los siguientes aspectos: nivel educacional; domicilio; cargo actual; condiciones de trabajo; cargos desempeñados; distribución del tiempo por actividades; cursos de posgrado; fuentes de satisfacción en el trabajo, etcétera.

El personal de enfermería de categoría no profesional será estratificado para diseñar una muestra representativa que permita ex-

plotar más en profundidad características adicionales; información que podrá ser utilizada para determinar la posibilidad de completar su adiestramiento profesional.

#### 4. EDUCACIÓN PROFESIONAL

Este término se emplea en este documento en su concepto más amplio, que "abarca la formación de las diversas profesiones de la salud, cualquiera sea su nivel y que se extiende desde la preparación necesaria para recibir esta enseñanza hasta la formación continua del profesional en el curso de su vida".<sup>12</sup>

El presente proyecto, por razones económicas, se limitará en una primera instancia a los aspectos relacionados con la enseñanza de la medicina, la odontología y la enfermería únicamente. Se aspira a incluir en el futuro el estudio de la enseñanza de la ingeniería sanitaria a nivel profesional y del saneamiento ambiental a nivel subprofesional y auxiliar.

La Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina colaborará con las facultades de medicina en la realización de esfuerzos para definir la política de educación profesional, conforme ya ha sido expresado anteriormente; y consiguientemente con esta preocupación acepta la idea de que el curriculum de dicha educación debe adaptarse a las funciones que el personal de salud debe desarrollar en concordancia con la realidad de las comunidades a las que servirá. Esto hace indispensable la definición del alcance de dichas funciones para la salud y tener clara conciencia del concepto de "eficiencia" de los servicios para determinar lo que el equipo de salud debe hacer y lo que cada uno de sus miembros tiene que satisfacer, para cumplimentar los niveles de una demanda cada vez más creciente y también más exigente.

La política educativa y la naturaleza de los programas para realizarla constituyen el aspecto aislado más importante en las características del tipo de médico y del personal paramédico, que serán los ejecutores de los planes de salud.

El proyecto específico sobre educación profesional se ha centrado en la investiga-

ción sobre "enseñanza de los aspectos preventivos y sociales de la medicina", actualmente en desarrollo, con los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana.<sup>13 14</sup>

Si bien este proyecto cuyo objetivo está señalado para el conocimiento de la enseñanza de la medicina preventiva, también aborda muchos aspectos generales de educación médica, ya que considera que los problemas preventivos son inseparables de la actividad total de la escuela, razón por la cual ésta se constituye en la unidad de análisis y recolección.

Concretamente, el proyecto recoge información sobre la enseñanza médica, epidemiología, ciencias de la conducta, administración y organización de los servicios de salud, medicina preventiva y medicina integral y comprensiva, desde el punto de vista del curriculum. Además, obtiene información sobre los siguientes aspectos generales:

La escuela, antigüedad, vinculación universitaria, régimen de gobierno y niveles de autoridad; estructura (departamental, por cátedra o combinada), recursos docentes por departamento, relaciones institucionales, fuente y distribución del presupuesto; e instalaciones.

El cuerpo docente, escalafón, categorías, dedicación, niveles académicos y carrera docente.

Los estudiantes, demanda de aspirantes, sistemas de admisión, evolución histórica de las admisiones en el período 1959/67, medidas de admisión estudiantil, índices de repetición y aprobación, contribución económica de los estudiantes, sistemas de calificaciones, bienestar estudiantil.

Plan de estudios, características de los estudios básicos, preclínicos, clínicos e internado, horas alumno/año, totales y por asignatura; horas profesor/año; proporción de clases; demostraciones, seminarios y prácticas (clínica, de laboratorio, de terreno) y actividades extracurriculares.

Esta encuesta cubre la mayor parte de la información requerida; sin embargo, se profundizará en el conocimiento de las características socio-económicas de estudiantes y profesores, antecedentes académicos de estos últimos, instalaciones y activida-

des de investigación, así como también un estudio acabado de las asignaturas no incluidas en el estudio sobre enseñanza de la medicina preventiva y social ya mencionado.

La metodología para esta parte del proyecto será una adaptación de la propuesta para el "Programa de desarrollo de la enseñanza de la pediatría", 1968/1970<sup>15</sup> en la parte relativa a análisis de la enseñanza de pediatría, revisión de los sistemas de pedagogía médica, proyección de la docencia de esta disciplina y creación de un mecanismo permanente de evaluación.

Es probable que si este mismo enfoque se aplica a otras asignaturas y cátedra en un programa de desarrollo simultáneo podrían obtenerse al final las bases para un proyecto de desarrollo de la educación médica en sus diferentes disciplinas y no solamente para una de ellas.

Habitualmente cada materia del curriculum médico se coordina o integra con otras en una "unidad de enseñanza" y considerarla aisladamente expone al riesgo de subestimar algunas de dichas disciplinas, dentro del contexto general de la educación médica. Un enfoque general del problema parecería, por lo tanto, mucho más conveniente.

Partiendo del documento usado en medicina, se confeccionará uno similar para las facultades de odontología, que tendrá alcance, y cobertura similares. Lo mismo se hará para las escuelas de enfermería a nivel profesional y posteriormente con las de nivel auxiliar.

Para todos los sectores, un grupo de profesionales visitará personalmente cada facultad o escuela y recolectará los datos pertinentes. Para ello serán necesarias varias visitas, de tal modo que el personal de cada escuela pueda preparar adecuadamente el material que se solicita. Se harán confrontaciones para la confiabilidad de los datos.

##### 5. UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Se trata de un proyecto para valorar actitudes y comportamientos de la pobla-

ción frente a los servicios disponibles de atención médica en relación con los problemas de morbilidad del área. Ello motiva, además, la evaluación de la capacidad de los servicios de atención médica para adecuarse a la demanda total.

Como área de estudio para este trabajo se ha definido a la Capital Federal y a los partidos de la provincia de Buenos Aires que integran el área metropolitana. Su realización consistirá en la obtención de una encuesta domiciliaria a todos los habitantes de la vivienda, seleccionada por la muestra. Ello permitirá un análisis del comportamiento individual y también la reacción familiar frente al acontecimiento en estudio. Se usarán para dicha entrevista tres cuestionarios básicos referentes a las características socio-económicas, estado de salud, comportamiento, etc. de adultos y niños. Se hará una verificación de la información por encuesta directa a médicos y servicios hospitalarios.

Paralelamente a esta encuesta se realizará un estudio de los recursos de atención médica disponibles en el área, básicamente referente a médicos, enfermeras y camas hospitalarias. La correlación de los resultados surgidos de la encuesta domiciliaria y de los recursos serán los que permitirán un posterior análisis.

Este equipo de trabajo aplicará el plan de acción previsto en el proyecto de estudio colaborativo internacional de "Utilización de recursos de Atención Médica" (WHO/ICS-MCU). Los programas de tabulación, los formularios a aplicar, así como los manuales de instrucción correspondientes serán los ya aprobados por el programa indicado.

Posteriormente se analizarán los resultados nacionales y se compararán con los obtenidos en las otras áreas para poder determinar las características del grado de adecuación de cada sistema de atención médica para satisfacer la demanda exteriorizada.

##### 6. MORBILIDAD

Se realizará sobre la base de una muestra probabilística de la población no institucionalizada de la República Argentina. Al

grupo incluido en la muestra se le aplicarán básicamente tres métodos de estudio: 1) Encuesta domiciliaria, 2) Evaluación clínica y 3) Seguimiento retrospectivo.

Estos tres métodos, aunque utilizan diferentes fuentes de información y aplican distintos procedimientos y técnicas, se integran en el concepto, en sus objetivos y en la operación misma, para rendir información complementaria. Consiguientemente la encuesta de morbilidad combina información general sobre las enfermedades y atención médica sin calificación de diagnóstico, obtenida por entrevista directa a los miembros de cada familia en sus respectivos domicilios, con la información más detallada sobre el tipo de atención médica recibida y que será obtenida retrospectivamente mediante encuesta a las personas o entidades que hayan dispensado el servicio y cuando sea posible, mediante la revisión de la historia clínica correspondiente. Toda esta información será confrontada con la obtenida a través de una evaluación clínica estandarizada y ejecutada uniformemente en una submuestra de la población entrevistada que intentará abordar un diagnóstico cuando haya mérito para ello y proveerá medidas biométricas.

Los temas que deben ser abordados en la encuesta de morbilidad y su amplitud deberá definirse con sujeción a los siguientes criterios: utilidad del dato para los propósitos inmediatos de la Secretaría de Salud Pública y de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, existencia de una metodología experimentada y aplicable en este medio para estudios masivos, importancia del problema juzgado por su frecuencia esperada, distribución y severidad, inexistencia de la información o deficiencia en cuanto a integridad y/o calidad, duplicación deliberada del dato para verificaciones o para correlaciones estadísticas con el nivel de salud, costo compatible con los beneficios.

### 6.1. *Entrevista domiciliaria*

Mediante este método se obtendrá información general sobre la familia como unidad y sobre cada uno de sus integrantes,

para medir la prevalencia de enfermedad general, la cobertura de las diferentes fuentes de atención médica y dental y sus costos, la incapacidad atribuible a la morbilidad y algunos hechos vitales. La prevalencia de enfermedad obtenida por este método expresa tan sólo la propia versión individual sobre los padecimientos, aunque puede contener falsas respuestas, positivas o negativas, de gran valor como expresión de demanda potencial de atención médica. La información podrá ser correlacionada con características generales del individuo y de la familia para aproximar una medida del impacto social y económico de las enfermedades, accidentes y lesiones.

Las entrevistas serán realizadas por personal femenino de 30 a 40 años, específicamente adiestrado para este efecto, en los respectivos domicilios de las familias incluidas en la muestra. La misión fundamental de este personal es lograr la colaboración de las familias elegidas para obtener respuestas fidedignas que le permitan el llenado correcto e integral del respectivo formulario, sobre los siguientes aspectos: a) Información sobre la familia: composición, tamaño, estructura por edad y sexo, condiciones sanitarias de la vivienda, ingreso; b) Información sobre el individuo: rama de actividad económica, categoría y condición de ocupación, nivel de educación, percepción de enfermedad en las dos semanas completas previas al momento de la encuesta, ocurrencia de accidentes e incapacidad imputable a enfermedades o accidentes en las dos semanas previas, existencia de condiciones crónicas permanentes, etc.

Las condiciones a investigar serán seleccionadas con anterioridad por médicos con el criterio de que sean fácilmente evidenciables por observación durante la entrevista; enfermedad aguda o percibida; fuente de la atención médica y odontológica; costo de la atención, estructura por grandes renglones de gasto (honorarios profesionales, drogas, exámenes especiales, etc.) y modos de financiación; costo de la atención odontológica y estructura por grandes renglones de gasto (exodoncias, obturaciones, prótesis, etc); hospitalizaciones en el último año, causas, costo y mecanismo de

financiación; ocurrencia de embarazos y su resultado (aborto, nacido vivo, y nacido muerto) en el año anterior; tipo de atención durante el parto.

La longitud de los períodos de retrosección a que se refieren algunas preguntas serán determinadas teniendo en cuenta el carácter más o menos memorable del hecho que se estudia, la capacidad mnémica de los individuos y la frecuencia esperada de los fenómenos para quedar suficientemente registrados en la muestra.

Con relación a los gastos en atención médica y odontológica, se realizará una sencilla investigación operacional con el fin de verificar la forma más conveniente de obtener el dato, si a nivel de familias o a nivel de individuos, y si hay posibilidades de desagregar dicho gasto.

Inevitablemente el formulario de la encuesta familiar duplicará una parte sustancial de las preguntas contenidas en el formulario para el estudio internacional sobre utilización de servicios de atención médica, pero debe recordarse que este estudio (WHO/ICS-MCU) durará solamente un año mientras que la encuesta de morbilidad será permanente.

En cada área de tabulación será ubicado un supervisor; se ha propuesto que sea un profesional que se incorporará al estudio precozmente, con el fin de participar desde el comienzo en todo el proceso de planificación central del trabajo de campo; asistirá al diseño de las muestras locales, participará en las pruebas experimentales y posteriormente en la preparación de los manuales de métodos y procedimiento y colaborará en el adiestramiento de los entrevistadores restantes. De esta manera se espera formar un grupo de supervisores con competencia para resolver la mayoría de los problemas que puedan gravitar en la operativa local.

Se realizará una serie de pruebas experimentales tanto para los aspectos científicos como para comprobar la organización. Una vez obtenidos dichos datos se iniciará progresivamente el desarrollo de la encuesta, comenzando por una región de desarrollo e incorporando sucesivamente otras hasta alcanzar un máximo de ocho unidades pri-

marias en operación simultánea. Todos los métodos, procedimientos técnicos y aspectos administrativos serán detallados ordenadamente en manuales, de los cuales se diseñará uno para cada grupo operacional que participe en el trabajo o para un conjunto de actividades afines.

Se sobreentiende que para este aspecto de la investigación y del estudio será necesario realizar una amplia actividad de divulgación y educación sanitaria, a escala nacional, regional y local, que incluirá también el diseño de técnicas de persuasión para superar eventuales renuencias de las familias a las entrevistas o de los individuos a participar en los exámenes clínicos. Aunque el diseño de las técnicas de divulgación, educación sanitaria y persuasión será responsabilidad del grupo respectivo, será recomendable que todas las personas que trabajan a nivel local reciban enseñanza en este campo para colaborar con máxima eficiencia en la ejecución de esta actividad.

## 6.2. Seguimiento retrospectivo

En el interrogatorio de la entrevista, que se realizará individualmente para cada una de las personas integrantes de las familias incluidas en la muestra, permitirá identificar a la fracción de la población presumiblemente enferma, parte de la cual habrá tenido acceso a diferentes fuentes de atención médica, cuya dirección será identificada.

Este método de estudio retrospectivo consiste en contactar la fuente que dispuso el servicio con el fin de verificar si efectivamente fue utilizado, y en caso afirmativo, allegar información sobre el tipo de atención prestada en cuanto a diagnóstico, exámenes complementarios para establecer dichos diagnósticos y los tratamientos instituidos.

Considerando que la mayor parte de las enfermedades que se descubren en una encuesta de morbilidad son de tipo crónico, de larga duración, será posible, posteriormente, confrontar este diagnóstico con el que surja de la evaluación clínica en el grupo de individuos que formen parte de la submuestra para tal efecto.

Todo el juego de los diagnósticos posibles, como también los de los diagnósticos existentes, e igualmente el tipo de tratamiento prescrito y los mecanismos de financiación utilizados, serán elementos que servirán para calificar la calidad de la atención médica dispensada y la veracidad de la información suministrada en la entrevista.

La operación en terreno de este estudio contempla la realización del seguimiento retrospectivo a continuación de las entrevistas, una vez que se identifique las fuentes de atención médica utilizada. Se realizará por personal médico previamente adiestrado para tal efecto, que buscará la información necesaria sobre los siguientes aspectos: existencia de las historias o fichas clínicas, número de visitas, exámenes de laboratorio, elementos para el diagnóstico y pruebas realizadas en tal sentido, así como también el diagnóstico o los diagnósticos y los tratamientos prescritos.

### 6.3. *Evaluación clínica*

Esta evaluación es tal vez el único método para identificar las enfermedades que no provocan demanda en atención médica y las voluntarias o involuntariamente omitidas en la entrevista. Aporta los elementos de precisión sobre el diagnóstico y la severidad de los padecimientos, mediante la aplicación de la técnica médica basada en la clínica, el laboratorio, y las pruebas especiales, así como también cualquier otro elemento que sirva para ajustar dicha técnica médica. Es ventajoso ejecutar la evaluación clínica en una submuestra de la población entrevistada, para facilitar las operaciones, correlacionar los datos obtenidos y aumentar la confiabilidad de la submuestra clínica.

Cada uno de estos métodos individualmente tiene ventajas y limitaciones, pero su combinación inteligente potencia las primeras y minimiza las últimas.

Toda la información así obtenida se integra al proceso de aproximación sucesiva hacia la exactitud, en el cual los datos que se complementarán entre sí para mostrar, con precisión conocida, un perfil de la historia natural de las enfermedades y de la

ecología de la atención médica de la comunidad que apunta indudablemente hacia los objetivos generales y específicos de toda esta labor de investigación.

El contenido y amplitud del examen clínico será calibrado sobre la base de la morbilidad que se espera detectar y de la precisión con que se deseen obtener los datos. Para orientar esta decisión se impone una cuidadosa revisión de dichos datos de morbilidad aportados por las diferentes fuentes de información existentes, además de formular algunas hipótesis sobre enfermedades o grupo de padecimientos que puedan no estar presentes en los datos habituales, sobre los cuales hay algún fundamento para sospechar que existen con suficiente frecuencia para ser identificados en la muestra y obtener de su análisis inferencias estadísticamente significativas.

Para cada enfermedad o grupo de enfermedades, los procedimientos y técnicas de diagnóstico serán determinados con la participación de médicos generales y especialistas vinculados a la educación médica, teniendo en cuenta la estandarización y objetividad que facilite su aplicación uniforme, su sensibilidad y poder de discriminación para reducir los falsos positivos y negativos y su aceptación por parte de la comunidad.

## 7. EQUIPOS DE SERVICIOS TÉCNICOS GENERALES

Estos grupos no poseen actividades de investigación que le sean propias, excepto lo relacionado con los aspectos metodológicos. Básicamente son "proveedores" comunes para todos los proyectos específicos y brindan lo necesario en materia de muestreo, computación, publicaciones y divulgación.

El centro de cómputo es el que proveerá los programas para todas las tabulaciones y estudios especiales que se requieran y constituirá una de sus prioridades.

## PROYECCIONES DEL ESTUDIO

Se ha declarado reiteradamente a lo largo de esta presentación que los resultados del presente estudio serán tributarios de los

procesos de planificación de la atención de salud y de la programación de la educación médica. Conforme se ha dicho precedentemente, se considera que el Estudio para la Salud, Recursos para la Salud y la Educación Médica y Profesional, constituye una investigación de trascendencia cuyos productos inmediatos y mediatos podrán ser utilizados para inducir una serie de cambios que en las áreas señaladas se reconocen como fundamentales.

Los resultados del Estudio ofrecerán elementos técnicos y científicos imprescindibles para la formulación de un diagnóstico preciso en los grandes problemas sanitarios del país y el grado de uso de sus recursos disponibles. En posesión de esta información, tanto el nivel de decisión de la Secretaría de Estado de Salud Pública, como los organismos universitarios, podrán definir la escala de prioridades para cumplir con el objetivo máximo del cambio estructural. Esta investigación les permitirá contar con los elementos para poder elegir el ritmo y las alternativas que haya que instituir en las actividades del sector, para "optimizar" así al máximo el uso de los recursos y producir las medidas que impone dicha conducta.

Es bien sabido que la investigación operativa permite analizar los problemas de una organización y medir su importancia relativa, que auxiliada por la ingeniería de sistemas y por la programación lineal, posibilita clasificar diversas alternativas de solución con diferentes formas de empleo de los recursos, y provee de bases objetivas para la preparación científica de las decisiones. Con esto se pueden crear modelos matemáticos que simulen situaciones hipotéticas para experimentar teóricamente, a nivel de computadora, el valor de los cambios a que debe someterse al sistema para lograr los objetivos específicos y generales. Cada uno de los cambios esperados, a que necesariamente habrá que llegar en el sector salud, tendrá que estar asentado en un conocimiento completo de la realidad, que es precisamente hacia donde enfoca su preferente atención este estudio. De allí que la combinación del diagnóstico certero, con estos procedimientos que ofrece la investigación operativa, permita presumir que las perspectivas con-

cretas del cambio se darán en tanto el estudio cumpla con sus finalidades, llevando sus consecuencias mucho más allá de una simple racionalización de la oferta.

Una vez que sea seleccionada la combinación "óptima" que ofrezca esta metodología alimentada con la información, la elaboración y el análisis del estudio, se podrá determinar el cuerpo de funciones que corresponde a cada categoría profesional, así como también la programación de la actividad sanitaria para una realidad técnica y científicamente prevista.

En esencia el estudio colaborará en la proposición básica para obtener un sistema científico que permita traducir la política de salud en definición de funciones, en el currículum para el adiestramiento de personal y en líneas de acción para la ejecución y evaluación de las actividades con este criterio de cambio y modernidad.

Desde la información y las elaboraciones referidas se deberá llegar al modelo operacional que comprenderá los pasos que deben culminar en el diseño de los modelos operativos, es decir: a) análisis e interpretación; b) aplicación.

En el primer paso se determinarán la validez de los resultados, se realizarán los estudios de correlaciones, la búsqueda de nuevas correlaciones, interpretarán los fenómenos y se llegará a formular conclusiones de dicho análisis; por su parte, en la aplicación se utilizarán las diferentes alternativas de los modelos operacionales, se harán los estudios de factibilidad de la situación de los respectivos modelos, la programación y ejecución de las simulaciones, la verificación de modelos óptimos y también la obtención de valores teóricos por interpolación y extrapolación.

La etapa final, programación, comprenderá la determinación de las acciones o actividades, la estimación de los recursos disponibles, la utilización óptima de los mismos, siempre enfocando el conocimiento del modelo teórico, de la definición concreta de la realidad sanitaria a la que se debe arribar.

Por todo esto debe concebirse al estudio con una perspectiva mucho más amplia que la simple y también ponderable calidad de

investigación académica, ya que se puede definir como proyecto que llevará a modificaciones substanciales que operarán sobre las estructuras de administración de salud y la enseñanza de las ciencias médicas, no solamente siguiendo las alternativas naturales del proceso, sino más allá, dictando el ritmo

de su generación y creación. Esto no implica que el estudio, en sí mismo, desembocará en una serie de programaciones en esos campos, sino que brindará los elementos de juicio para que los organismos encargados de producir esos cambios lleguen a dichas salidas operativas.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Dirección de Estadísticas de Salud: Conceptos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud Pública*; Buenos Aires, 1967.
2. *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Política Sanitaria y Social 1963-1965*; Buenos Aires, 1966.
3. *Asociación Argentina de la Salud Pública: Informe del Comité de Expertos en Estadísticas de Salud*; Buenos Aires, 1967.
4. *Mejía Vanegas, A.: Medida del nivel de salud en Colombia. Conferencia Internacional de Recursos Humanos para la Salud*; Ed. Méd; OFS, Maracay; 19 - VI - 67. (mimeografiado).
5. *Ruderman, P. A.: El papel del epidemiólogo en la planificación del desarrollo económico*; Bol. OSP, Vol. LX; 3; pág. 103 - 201. marzo 1966.
6. *Logan, R. P. L.: Necesidad de evaluar la morbilidad y los niveles de salud. Tendencias actuales de los estudios de morbilidad y mortalidad*; OMS; Cuadernos de Salud Pública N° 27; 1967.
7. *National Center for Health Statistics: The trends in mortality trends in the U.S., ASDHEW Serie 3 N° 1; march 1964.*
8. *National Center for Health Statistics: Conceptual problems in development and index of health. Serie 2 N° 17, may 1966.*
9. *Asociación Colombiana de Facultades de Medicina: Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica. Metodología*; OSP; 1967. Vol. 1, pág. 1 - 10.
10. *Mejía Vanegas, A.: Fuerza del Trabajo. Conferencia Nacional sobre Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia*; Bol. Asoc. Fac. Med. Col. 1; 1968, pág. 7 y 85.
11. *Pan American Health Organization: Migration of Health Personnel, Scientists, and engineers from Latin American*; Scient. Public. N° 142; Washington, 1966.
12. *Oficina Sanitaria Panamericana: Educación Médica y Salud, Washington, D.C.*
13. *Oficina Sanitaria Panamericana: Primera Reunión de la Comisión Asesora sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en América latina, Washington, Marzo 27/28; 1967.*
14. *Oficina Sanitaria Panamericana: Enseñanza de los aspectos preventivos y sociales de la medicina. (mimeografiada).*
15. *Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina: Publicación mimeografiada.*

INSTITUTO DE  
SALUD COLECTIVA

SALUD COLECTIVA  
INSTITUTO DE

**ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA**

**SERIE 7 - NUMERO 1**

**ABRIL 1969**