

CONFERENCIA PANAMERICANA SOBRE PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

OPS



OMS

Patrocinado conjuntamente por la Organización
Panamericana de la Salud y el Gobierno del Canadá



Government of Canada
Gouvernement du Canada

HR/CPD/D/4
ORIGINAL: ESPAÑOL

MODELOS DE SALUD: LAS CONDICIONES PARA SU DESARROLLO

Preparado por el Dr. Mario Testa, Funcionario del Centro Latinoamericano de Administración Médica, "CLAM", Buenos Aires, Argentina, para la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud.

El presente artículo no representa necesariamente el criterio ni la política de las instituciones patrocinadoras.

Ottawa, Canadá · 10-14 de setiembre de 1973

MODELOS DE SALUD: LAS CONDICIONES PARA SU DESARROLLO

La interrelación de los fenómenos de salud

La idea de trabajar en partes del proceso de planificación de salud con un modelo que formalice las relaciones que existen entre sus diversos aspectos se basa en una concepción que es trivial, en este momento, para cualquiera que se ocupe de este tema.

Sabemos perfectamente que cada actividad de salud (consulta, visita, rociado, etc.) que se realiza tiene detrás un complejo de recursos --corrientes, humanos, de capital-- cuya composición está determinada por la tecnología que se usa, con variantes (dentro de una tecnología) que no se apartan demasiado de cuotas máximas y mínimas bastante próximas.

Por otra parte, las actividades a realizar van a estar condicionadas por el estado actual y el previsto para la salud de la población que, a su vez, depende (éste último) de las actividades que se vayan realizando. Es decir, las enfermedades que la población padezca, las demandas que realice al sistema de salud, o las necesidades que exprese en alguna de las múltiples formas en que es posible hacerlo, van a estar en relación al punto de partida o situación actual y a lo que vaya ocurriendo.

Este proceso es un entremezclamiento de dos cosas: la historia natural de las enfermedades, libradas a su evolución espontánea, las interferencias que se pueden introducir a partir de decisiones de hacer actividades de salud. Lo primero es la epidemiología, lo segundo la política. Su ordenamiento en un cuerpo de doctrina es el fundamento de la planificación.

Ni la epidemiología ni las decisiones son cuestiones sencillas. Su combinación no facilita las cosas, por el contrario, las potencia. Quiere decir que el sistema que se forma entre ambas, y que caracteriza los problemas de salud, es altamente complejo. La idea de complejidad puede ejemplificarse de muchas maneras: por ejemplo tratando de establecer las consecuencias, sobre la situación de salud de una población marginal, del abastecimiento de agua potable. Este es un dato importante si se quiere planificar con algún viso de verosimilitud, el problema no es nuevo, intentos de determinar ese efecto se han hecho, y sin embargo, aún no tenemos una metodología de investigación y procedimientos de análisis que satisfagan esa obvia necesidad. Ello

ocurre porque el problema es no sólo complejo sino que padece de un alto grado de indefinición. Estas dos características se pueden definir de la siguiente manera: gran número de variables relacionadas de manera múltiple y circular, mediante funciones cuya forma es poco conocida y con un grado de dispersión bastante grande. Este último aspecto es diferente si se comparan países desarrollados y subdesarrollados. Para nosotros (subdesarrollados) la indefinición es mucho mayor. Este es un dato de observación empírica y es una de las razones que contribuyen a dificultar el diálogo entre desarrollados y subdesarrollados, ya que esa diferencia es expresión de una diferencia más profunda en la matriz de causalidad de los fenómenos sociales. La diferencia entre pobres y ricos es algo más que el nivel de ingreso, de producción o de salud. La máquina social funciona de manera distinta.

Esta idea de interrelación compleja, difusamente definida y circular, producto de la interpenetración del mecanismo epidemiológico con el de decisiones, es lo que fundamenta la necesidad de utilizar modelos en alguna parte del proceso de planificación. Dadas las características del proceso, el tipo de modelos no puede ser cualquiera, sino que debe estar adaptado a esas características. Para nosotros, los modelos de experimentación numérica (nombre que les dió Oscar Varsavsky) cumplen con esos requisitos. Son similares a los que se conocen en otras latitudes como modelos de simulación, pero no incluyen variables aleatorias, su nivel de agregación es mayor, aunque su aspecto tal vez más interesante es que no se utilizan mecanismos de ajuste automáticos, lo cual permite utilizarlos en lo que es más interesante: la experimentación de políticas de salud.

Uso de recursos y centros de decisión

La complejidad del sector salud no se agota con la epidemiología. Las decisiones crean organismos, instituciones, áreas de competencia, subdividen a la población en grupos diferenciados, más o menos protegidos. Hay grupos sociales con intereses especiales (poder, participación, dinero, etc.) que condicionan más divisiones subsectoriales dentro del sector: el área privada, pública, los mecanismos de seguridad social, etc.

Cada uno de los grupos, instituciones, organismos, empresas, o como quiera llamárseles, que cumple alguna función dentro del sector salud, es un utilizador de recursos para lo cual cuenta con algún mecanismo de apropiación de los mismos, que puede ser la compra de insumos corrientes o equipos y la contratación de personal

en los países con economía de mercado, o la asignación planificada de unos y otros en aquellos con decisión centralizada.

Interesa destacar dos cosas: 1) en los países con economía de mercado los centros de decisión son por lo menos tan numerosos como el número total de organismos, instituciones, etc., pero ni siquiera en los países de decisión centralizada ésta lo es en su totalidad; muy por el contrario, la tendencia es a descentralizarse cada vez más; 2) en los países subdesarrollados, sin flexibilidad de oferta de bienes, el aprovisionamiento de equipos y aún el de insumos es conflictivo --este es, en verdad, uno de los problemas del subdesarrollo-- siendo mucho más grave, por su largo tiempo de gestación, el de recursos humanos; pero aún en los países desarrollados, sin problemas en cuanto a los bienes, el aprovisionamiento de recursos humanos presenta problemas graves de escasez y exceso simultáneos (EUA: médicos, ingenieros aeronáuticos).

Los países de América Latina (salvo muy felices excepciones) se encuentran en el peor de cuatro mundos posibles: subdesarrollados y con economía de mercado, lo cual, traducido al sector salud, significa máxima complejidad del sistema, máxima indefinición del mismo y máxima multiplicidad de centros de decisión para la apropiación o asignación de recursos materiales y personal, en condiciones de oferta conflictiva de los mismos.

La multiplicidad de centros de decisión se ve complicada, en los países subdesarrollados, por un mecanismo legislativo muchas veces contradictorio consigo mismo al dictar leyes que se desautorizan unas a otras, contradictorio también con las órdenes y orientaciones del mecanismo ejecutivo cuyos criterios de decisión son eminentemente "políticos" en sentido restringido, y contradictorio por último, con disposiciones administrativas que se rigen por la suprema ley de la burocracia que es cumplir la norma. El resultado de todas estas contradicciones no puede ser otro que el caos. Y caos conocemos en nuestros países.

Pero además puede haber en los países subdesarrollados una "política de caotización" que conduzca, por ejemplo, a la pérdida del poder de conducción sobre el sector salud --poder que se manifiesta a través del manejo de insumos, equipos, personal e información--. Si esto se realiza en condiciones que favorezcan a un determinado grupo de interés, y si además es apoyado por el consejo de "expertos" de países desarrollados, es posible percibir la coherencia de ese caos y su intencionalidad.

Esto es, concretamente, la política llevada a cabo en los últimos años en mi país y da el marco de referencia para el desarrollo del trabajo que debemos realizar.

Uso y formación de recursos humanos

Ya se ha señalado que, en condiciones de flexibilidad de oferta de bienes materiales (insumos y equipos) y, agregamos ahora, en el supuesto de que las actividades que se postula realizar son las convenientes, el problema de tomar decisiones en salud se centra críticamente en la planificación de recursos humanos. Esto podría dar una base de justificación a una tendencia que considera la planificación de recursos humanos de salud como un enfoque válido, aunque parcial, pero siempre que se tomen en consideración las condiciones de contexto que hemos señalado. No consideramos oportuno el análisis de cuáles son, para cada país, las "actividades que se consideran convenientes", lo dejamos enteramente librado al criterio que se elija. Pero rechazamos con vehemencia, para nuestros países subdesarrollados, la noción de que es posible hacer planificación de recursos humanos para salud independientemente de la planificación general de salud.

Para que quede perfectamente claro el sentido de la última frase del párrafo anterior, vamos a señalar algunos hechos muy conocidos respecto al uso y formación de recursos humanos, tratando de ubicarlos en el contexto del subdesarrollo.

Los médicos: superconcentración en zonas urbanas ricas con especialización exagerada en temas supersofisticados o triviales (psicoanálisis, cirugía de trasplantes). División en dos estratos sociales en base al nivel económico personal alcanzado: uno dominante en el que participan los médicos prestigiosos (aunque no siempre igualmente útiles) que obtienen éxito con una clientela privada, o los que tienen intervención en el manejo de sanatorios privados o empresas de salud (organizaciones de tipo sanatorial financiadas con sistemas de prepago, contratación colectiva o similares). El otro estrato, al que podríamos llamar dominado o proletarizado, vive dividido entre los diversos puestos a los que concurre, el hospital público, la empresa de salud, su consultorio privado, etc., todo lo cual contabilizado según los horarios a cumplir alcanza a 24 o 30 horas diarias, pero además ateneado porque lo que gana no le alcanza para cubrir las necesidades que su estatus social reclama. Esto último es la mejor trampa del sistema, porque la imagen de ese estatus, perdido ya hace largo tiempo, condiciona que el grupo

dominado difiende las postulaciones del grupo dominante, que no en vano es el que dirige las federaciones, confederaciones, colegios, sindicatos o gremios médicos, desde donde promueve la imagen de ese estatus de prestigio, poder y riqueza que fue privilegio de la profesión en el pasado. Por si fuera poco, la educación que recibe, antes y después de graduarse, tiende a acentuar --en realidad de verdad es casi su causa principal-- las características de profesionalismo mercantilizado y elitista que definen a los médicos del subdesarrollo.

El personal de enfermería, con aspectos muy diferentes al descrito para los médicos, presenta uno de los problemas más debatidos de los que afectan al personal de salud en América Latina. Aquí las carencias son fabulosas cuando se comparan las existencias nuestras con las de los países desarrollados. Las causas parecen ser bastante claras: una profesión exigente con salarios miserables y con un reconocimiento social que la coloca un poco por encima de las sirvientas. En esas condiciones estudiar enfermería es un acto de heroísmo y estudiar enfermería en la universidad, un acto de locura, salvo que se emigre a un país desarrollado.

El resto del personal del equipo de salud oscila entre los extremos que plantean médicos y personal de enfermería, pero lo que interesa destacar es que en el problema del personal aparecen muchas consideraciones económicas, laborales, sociales, psicológicas, etc., pero ninguna que lo relacione a las enfermedades que padece la población.

El otro aspecto que caracteriza el problema es relativo a las decisiones en torno a la formación de personal de salud: estas decisiones, en general, no tienen absolutamente nada que ver con las que se toman en otras áreas del sistema de salud. El ministerio de educación, con ingerencia sobre el adiestramiento formalizado, no tiene, por lo común, mecanismos de coordinación con el ministerio de salud. Estas contradicciones se multiplican con frecuencia cuando hay adiestramiento no formalizado o semiformalizado y con la proliferación de las instituciones formales (Argentina cuenta con algo así como 55 'universidades', más de la mitad creadas en los últimos diez años). Es otra de las manifestaciones del caos que hemos señalado antes, como producto de la política seguida.

En la planificación de recursos humanos para salud, su ámbito es, obviamente, el del tipo de recurso humano, su cantidad y localización, la adecuación entre la capacitación que recibe y la función que cumple. Las preguntas que sugieren estos temas pueden y deben

ser contestadas, pero sólo es posible hacerlo si los problemas de personal, que caen en el ámbito de lo que hemos caracterizado como decisiones, se entremezclan adecuadamente con el de epidemiología, o sea con los problemas, sus características, su localización, los grupos sociales que afecta, la cuantía del riesgo, el efecto de las acciones, etc. Al pasar, señalamos que la carencia de epidemiólogos en nuestros países es realmente abrumadora.

La composición del equipo de salud, adquiere, en los países subdesarrollados, una fisonomía distinta a la que tiene en los desarrollados, como consecuencia de los problemas que hemos descrito. Ello quiere decir que las funciones que van a desempeñar para prestar un determinado servicio no son las mismas en una u otra circunstancia. En casos extremos, ni siquiera los servicios que se prestan son los mismos, aunque se llamen de la misma manera. Esto, evidentemente, tampoco favorece el diálogo entre el desarrollo y el subdesarrollo. Lo importante ante esta circunstancia es no suponer que el equipo debe tener una determinada composición (que es lo que importamos de los países desarrollados), sino estudiar esa composición en la forma que se da y sus consecuencias para, a partir de allí, pero teniendo en cuenta el contexto social, económico, etc., en lo que éste afecta al comportamiento del personal y al proceso de formación del mismo, sugerir las modificaciones convenientes o necesarias, no para aumentar la eficiencia (medida en costos y beneficios), ni para maximizar la productividad (medida por cualquiera de sus indicadores) sino para lograr que las actividades del equipo se cumplan, independientemente de la función que le corresponde cumplir a cada tipo de personal dentro del mismo.

Por supuesto el problema no termina aquí, ya que como mencionáramos antes, ni existe la misma flexibilidad de oferta que en los países desarrollados, ni todo esto contempla hasta ahora lo que, a nuestro juicio, es absolutamente vital para los países subdesarrollados, que es una buena elección de las actividades que hay que realizar. Estos dos puntos ligan de manera indisoluble la planificación de los recursos humanos con el problema general de salud de un país.

De nuevo, los criterios que nos pueden permitir elegir bien las actividades a realizar, tienen que derivarse necesariamente de las condiciones de enmarcamiento social, económico, político y cultural. Ese contexto, para el subdesarrollo, es su situación de dependencia de los países centrales y la desigualdad en la distribución de sus recursos, bienes y servicios. Esta es la etapa, entonces, en que las consignas de acción para los países de América Latina deben ser liberación y participación. Es interesante, pero innecesario en este lugar, mostrar como esas consignas se traducen en proposiciones

concretas de políticas de salud, y no sólo eso sino que, además ordenan el planteo de los problemas que debe tratar el sector.

El modelo

Antes de una brevísima descripción del modelo teórico, caracterizaremos los modelos de experimentación numérica, resumiendo la descripción que hace de ellos Oscar Varsavsky, en los siguientes puntos:

1. La desagregación no puede llevarse al máximo por el enorme número de componentes elementales. El nivel óptimo de desagregación es siempre difícil de encontrar, pero conviene disponer de un esquema básico bastante desagregado y utilizar una reagregación funcional, con el objeto de reducir el número de parámetros.
2. Cada relación entre variables es una hipótesis de tipo global, de las que hay pocas en ciencias sociales. Para experimentar con toma de decisiones, se eliminan todas las hipótesis dudosas y se da exógenamente la evolución del parámetro variable de la misma manera que se dan las variables exógenas usuales: mediante un estudio del caso particular por un grupo de expertos. La incertidumbre provocada por las hipótesis dudosas no se trata con técnicas estadísticas, como hace la simulación, sino que se propone usar las alternativas más probables o típicas, según la experiencia previa del usuario, y usar criterios y resultados cualitativos.
3. Son sistemas decididamente específicos. El modelo no se usa para estudiar lo que sucederá a la larga, cuando el sistema "entre en régimen", sino entre fechas reales dadas, en condiciones ambientales que pueden ser muy diferentes de las históricas y las de un futuro más lejano.
4. El modelo evoluciona: de la misma manera que el sistema real no pierde su identidad aunque cambie en el tiempo, el modelo debe modificarse para poder ser aplicado en distintos períodos.
5. Las fuentes principales de incertidumbre son: la forma de las hipótesis, los valores de los parámetros y el comportamiento futuro de las variables exógenas. Todos estos problemas de insuficiencia teórica y de datos se tratan por consenso sistemático de expertos (por ejemplo con el método "Delphi").

6. No se puede pretender hacer predicciones cuantitativas. Su uso es como criterio de decisión cualitativa: elegir entre unas pocas alternativas de acción cuyos efectos el modelo ayuda a comparar, en base al criterio de preferencia que tiene el usuario.

En base a estos elementos se diseñó, en 1969, un modelo abstracto en el Centro Panamericano de Planificación de Salud, en Santiago de Chile, cuyos elementos eran una serie de indicadores básicos tales como número de muertes, tiempo de enfermedad y de internación, etc., con clasificación de enfermedades, grupos sociales y de edad por regiones, con sus valores absolutos y tasas correspondientes que se obtienen en una serie temporal a lo largo del lapso de funcionamiento del modelo. Una serie de variables instrumentales incluían todos aquellos factores que influyen sobre el proceso de salud y que son controlables en grado apreciable desde alguno de los centros de decisión del sistema real. Estas variables instrumentales se combinaban en base a cierta coherencia que permitía eliminar la mayoría de las combinaciones formalmente posibles, de lo contrario, se nos hacían inmanejables por lo numerosas. El contenido específico de las decisiones señalaba la ubicación, época, categoría institucional, disciplina, financiamiento, costo y compatibilidad de cada una de ellas, además de identificarlas en cuanto a su tipo, intensidad (o tamaño), estructura de recursos humanos y método de funcionamiento. Con todo esto era posible calcular los requisitos físicos y humanos y sus costos correspondientes. En esa concepción original figuraban también las enfermedades (unos 50 grupos) con sus posibles estados de gravedad, complicación o muerte. El modelo funcionaba como un modelo demográfico complejo, donde sus tasas de mortalidad estaban explicadas por la relación dialéctica entre la epidemiología de las enfermedades y las decisiones.

Una nueva versión, algo diferente y en algunos sentidos más completa, pero que también quedó en términos abstractos (no llegó a programarse) se realizó en Buenos Aires, Argentina, en 1971, en el "Estudio sobre Salud y Educación Médica". En base a las ideas contenidas en este último, una versión parcializada se está utilizando para el estudio de políticas de financiamiento.

Uso del modelo

Un modelo de experimentación numérica tiene varios usos posibles, pero sólo interesa aquí examinar uno de ellos, que es su utilidad en el estudio de compatibilización de políticas que parten de distintos centros de decisión.

Para esto hay que insistir en que el modelo expresa sus resultados en forma principalmente de desajustes; es decir, decidida una política de formación de recursos humanos e, independientemente, una política de uso de los mismos (que contiene la organización del sistema, el tipo de tecnología, la cobertura y el financiamiento de todo ello, cada cual a su vez puede estar sujeto a decisiones independientes), el modelo calcula en cada momento del lapso estudiado la oferta, o disponibilidad de recursos humanos, y la demanda que va a ocasionar el conjunto de decisiones que se proponen realizar los distintos centros de decisión. El equilibrio de oferta y demanda en todos los puntos de este desarrollo sería un azar imposible y esto es lo que, pese a ser conocido, se quiere volver a mostrar, sin hacer ningún intento, dentro del modelo, para insinuar correcciones que nos aproximen a un ajuste automático. Mostrado el desajuste de los diversos centros de decisión, el ajuste deberá hacerlo la discusión y negociación que surja entre los mismos, si ello se logra (sentar a los diversos centros de decisión a una mesa común), el modelo es un éxito.

Los desajustes se dan en varios terrenos además del que corresponde a oferta y demanda de recursos humanos, pero siempre se expresan en la oferta y demanda de servicios de atención médica y capacidad para satisfacerlos, gastos previstos y disponibilidad de fondos, etc.

El procedimiento insinuado significa que antes de llegar a una política común factible, es decir, que elimine en medida apreciable muchos de los desajustes, se requiere un intenso trabajo de los diversos grupos que intervienen en el proceso, y una serie de "corridas" que, en teoría, deberán ir convergiendo hacia ajustes cada vez mejores. La diferencia con otros modelos que "buscan" soluciones, óptimas o no, es que lo que se logra con éste es impulsar a los que deben tomar decisiones a que busquen ellos las soluciones, no óptimas pero sí factibles, de manera coordinada y realista. Nuestro modelo sólo sirve para calcular rápidamente las consecuencias de una alternativa, lo cual permite explorar muchas e ir las ajustando en un proceso de negociación y acuerdo.

El papel del usuario

Uno de los aspectos importantes que tiene la herramienta que proponemos es que, dadas las características del problema que enfrenta y que hemos descrito al comienzo de este trabajo, es posible hacer hipótesis distintas con respecto a la descripción del funcionamiento

del sistema. En consecuencia, es muy conveniente que el usuario del modelo (sea una persona, grupo o institución) participe desde el comienzo en la construcción del mismo.

Cuando existen varias hipótesis de comportamiento conviene probarlas todas. Esto es lo que podríamos llamar la fase "experimental" del uso del modelo, hasta convenir cuál o cuáles del conjunto de hipótesis propuestas van a quedar en la fase de "prueba de políticas". Cuando dos o más hipótesis o conjunto de hipótesis dan resultados para los que criterios de preferencia no pueden determinar la prioridad, el problema es decidir cuál de esos conjuntos de hipótesis es el más probable y ello induce a gastar el tiempo y el esfuerzo disponibles a estudiar esa cuestión específica.

El otro aspecto en que es fundamental la participación del usuario es en la elección de los criterios de preferencia, que van a ser casi siempre totalmente exógenos al modelo, es decir, no va a existir un indicador único que resulte de la ponderación de una serie de otros elementos, sino que habrá que comparar un conjunto de ellos en su evolución durante el lapso de análisis. De nuevo se rechaza expresamente la idea de una función que se optimiza. La participación del usuario en el proceso de formalización de "sus" ideas con respecto al sistema, le ayuda a visualizar cuáles son los elementos que le interesa considerar al tomar una decisión.

No es, tal vez, lo menos importante de esta participación, su función demistificadora de métodos y técnicas que no están, habitualmente, al alcance del administrador o funcionario de un país subdesarrollado para quienes todavía una computadora es algo que está fuera del ámbito de lo cotidiano.

El convencimiento de que el buen juicio, la experiencia y la negociación son elementos insustituibles de la capacidad de decisión, puede ser puesto de manifiesto a través de esta participación en la construcción y el uso de un modelo, pero de nuevo, de un modelo "pensado" para que trabaje con esa orientación, que es la que necesitan los países subdesarrollados.

La infraestructura

La construcción de un modelo "grande" es un proyecto relativamente ambicioso por lo que tiene requisitos institucionales y de recursos que no pueden dejar de explorarse antes de lanzarse a la aventura.

Desde el punto de vista de instituciones es necesario contar con el apoyo de alguna a nivel intermedio, entendiendo por esto las que participan de tareas de investigación aplicada, estando en contacto con usuarios posibles en la esfera de organismos centrales de conducción de la política de salud. Este tipo de instituciones no se encuentra con frecuencia en los países subdesarrollados, pudiendo ser sustituido ocasionalmente por universidades u organismos internacionales que crean programas "ad-hoc". Creo que de todas estas posibilidades la mejor, para la circunstancia actual de nuestros países de América Latina, es la primera, ya que las universidades, como organismos que han sufrido la máxima agresión y colonización cultural, tienen deformaciones graves que los hace prácticamente inútiles como centros creadores de una cultura y tecnología nacional, porque sólo es bueno lo que viene de afuera. En este sentido, los organismos internacionales se encuentran en una situación similar porque, en promedio, adoptan también las tesis y pautas de los países centrales, pero además, su acceso a los problemas internos está dificultado por encontrarse en una posición no nacional.

Quedamos, entonces, en que la situación institucional es difícil, pero lo es más aún cuando se consideran algunos de los requisitos físicos del proyecto. El acceso fácil a una computadora de tamaño medio, con organización eficiente del procesamiento, puede parecer trivial en cierto ambiente, pero no lo es cuando se choca con la incomprensión o la incompetencia de quienes toman las decisiones en los centros de cómputo.

Queda por último una mención necesaria al equipo "modelista". A través de la descripción realizada, es perceptible la necesidad de un equipo multidisciplinario que trabaje en forma que permita una relación muy fluida hacia dentro del mismo y en sus contactos hacia fuera, con usuarios y personas relacionadas a los procesos de decisión. Por otra parte, el modelo genera necesidades de investigación e información con creación de una nueva cadena de requisitos institucionales y de personal.

¿Es necesario, ante este panorama, insistir en lo difícil y largo que significa el trabajo a realizar? Baste mencionar que los esfuerzos a lo largo de varios años han conducido a sucesivos fracasos (no sólo, claro está, por la dificultad de la empresa). Recién ahora parece que el germen creado en estos años puede tener una perspectiva de adelantar un nuevo paso a través de la labor que realiza el Centro Latinoamericano de Administración Médica, pero aún así, nos enfrentamos a carencias en especialidades críticas, que no producimos porque somos subdesarrollados y que no podemos importar porque no nos sirven.

La estrategia

La historia que hemos reseñado y su condicionamiento, nos llevaron a plantear una estrategia para la construcción del modelo, que tome debidamente en cuenta todos los elementos que hemos relatado, desde los que corresponden específicamente a lo que es la salud del subdesarrollo hasta la inestabilidad de las instituciones latinoamericanas, su crónica carencia de recursos y las mismas condiciones de la lucha política hacia afuera y hacia adentro que hoy se traducen, en mi país, como liberación o dependencia.

Por las razones anotadas, hemos replanteado el problema en los siguientes términos: en lugar de construir de entrada un modelo que contemple todos los aspectos contenidos en el sistema de salud, pensamos en la posibilidad de ir armando paulatinamente sucesivos submodelos, o modelos parciales, que permiten ir agregando partes que desemboquen en el modelo global, o vinculator, que es el que conceptualmente da la línea de construcción de lo que vamos realizando.

Este enfoque nos ha permitido ir acumulando varias partes que se pueden utilizar para propósitos parciales antes de llegar a completar totalmente la tarea: hay ya un modelo demográfico, otro que enfatiza los aspectos de financiamiento en base a la organización del sistema de atención médica; un tercero que trata los problemas de readiestramiento y reubicación de los recursos humanos y estamos trabajando en lo que corresponde a los aspectos epidemiológicos y la demanda de servicios de salud.

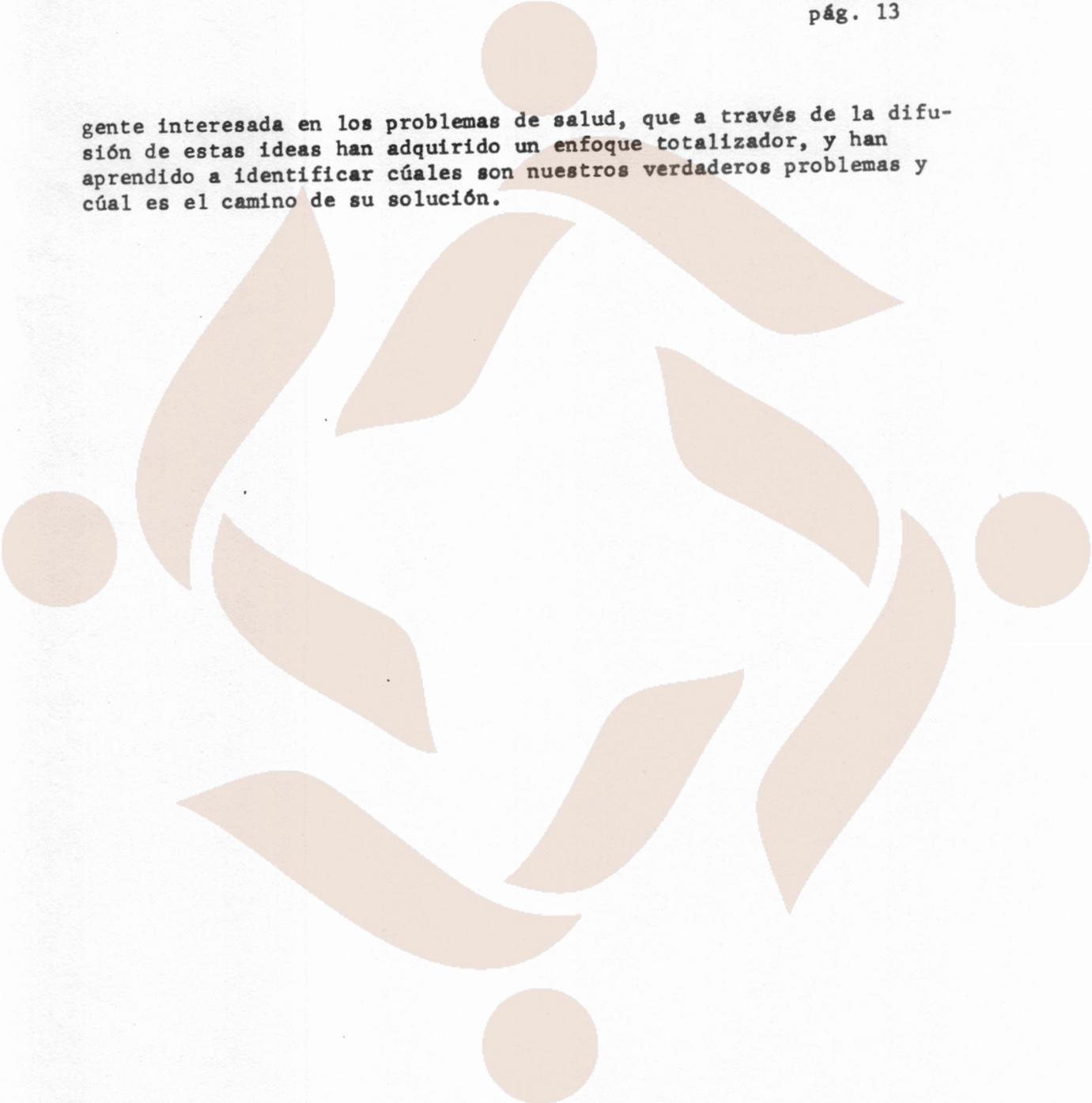
La tarea realizada no implica la continuidad institucional, ni la asignación permanente de recursos, ni la permanencia del equipo que realiza la investigación. Sí implica un hilo conductor, íntimamente ligado a los problemas del subdesarrollo en América Latina.

Utilidad de la idea

Es posible que nunca lleguemos a terminar el trabajo, que nunca consigamos tener conectados todos los submodelos de manera de poder realizar experimentos con la globalidad y amplitud que están planteados aquí.

Sin embargo, la idea ya ha producido resultados de los que se necesitan en los países subdesarrollados, que son el cambio de mentalidad, o lo que en política se llama concientización, de un grupo de

gente interesada en los problemas de salud, que a través de la difusión de estas ideas han adquirido un enfoque totalizador, y han aprendido a identificar cuáles son nuestros verdaderos problemas y cuál es el camino de su solución.



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús