

4 Ra3

ESQUEMA TENTATIVO PARA EL ANALISIS DE LAS
IMPLICACIONES CONCEPTUALES Y METODOLOGICAS
DE APS Y DE SPT/2000

Dr. Juan José Barrenechea
Dr. Pedro Luis Castellanos
Dr. Carlos Matus
Dr. Andre Medici
Dr. Eugenio Mendes
Dr. Abraam Sonis

OPS, Washington, D.C.
20 abril - 1 mayo de 1987

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
I. DISCURSO NORMATIVO	6
II. UN ESQUEMA PARA EL ANALISIS DE LAS IMPLICACIONES DE SPT/2000	10
1. Implicaciones de las Estrategias Nacionales de APS para SPT/2000	10
2. Supuestos Teórico-Metodológicos	16
2.1 El carácter de los problemas de salud	16
2.2 Los espacios situacionales	20
2.3 Los planos situacionales	24
2.4 Sistemas de salud	29
2.5 Caracterización de la situación de salud	32
2.6 Un ejemplo de análisis de un problema de salud	37
2.7 Prospectiva y escenarios para SPT/2000	48
3. Una Aproximación Metodológica	62
3.1 Esquema general	62
3.2 Caracterización de los grupos de población	65
3.3 La situación inicial y la selección de los problemas de salud	67
3.4 Análisis de los problemas de salud	69
3.5 Diseño, selección y evaluación de operaciones	83
3.6 Posibilidades de ajuste de una estructura modular a los escenarios prospectivos	89
3.7 Responsabilidad institucional en la ejecución de la estrategia APS	91
III. EL SISTEMA DE INFORMACION PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS ESTRATEGIAS APS EN FUNCION DE SPT/2000	94

INTRODUCCION

La Asamblea Mundial de la Salud, en 1977, (Resolución WHA30.43) decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debería ser alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. (SPT/2000).

La declaración de Alma-Ata, en 1978, enfatizó que la Atención Primaria (APS) era el camino para alcanzar estos objetivos, como parte de un desarrollo general con espíritu de justicia social. En 1980, los Gobiernos de la Región de las Américas acordaron en el XXVII Consejo Directivo de la OPS, las estrategias y objetivos regionales de SPT/2000; y han desarrollado desde entonces importantes esfuerzos por reestructurar sus sistemas y acciones de salud, en función de alcanzar las metas y objetivos propuestos. La experiencia ganada por los países en la definición y ejecución de sus respectivas estrategias de APS durante la última década, debe ser evaluada para establecer la situación actual en los diferentes grupos de población, en relación con las metas de SPT/2000 y redefinir las operaciones y acciones necesarias para asegurar la mayor eficiencia, eficacia y equidad de las mismas.

Por otra parte, en los últimos años se ha agravado la situación económica y social de la mayoría de los países de la Región. La elevada cuota del ingreso nacional comprometida en el pago de la deuda externa se ha traducido en dificultades crecientes para aumentar los recursos asignados a salud por el sector público, e inclusive, en algunos casos, en una reducción del gasto per capita oficial en salud. En este contexto de crisis y dificultades resulta más importante aún evaluar el impacto que estos cambios han tenido en las condiciones de vida en diferentes grupos de población y el impacto real que se obtiene con las estrategias de APS desarrolladas por los países. La evaluación de ese impacto debe obviamente incluir la consideración de la brecha existente entre el perfil de salud/enfermedad actual y el que se pretende alcanzar, así como

los cambios necesarios para superarla. En ese sentido resulta crucial reconocer la brecha que se persigue eliminar como la deuda sanitaria acumulada por los Países de la Región, variable en cada uno de ellos según los distintos grupos sociales.

El alcance de las metas SPT/2000, definidas en función de los objetivos cualitativos de equidad, participación social, eficacia y eficiencia sociales, exige, por parte de los gobiernos de los Países de la Región de una acción planificada.

La realidad nos muestra, sin embargo, que tanto como movimiento, disciplina o campo de acción, la planificación en salud sufre, en los últimos años una "crisis" que afecta los fundamentos de sus vertientes normativas.

Esta "crisis" no es ajena a la que acontece con la planificación del desarrollo en general que ha sido sustituida por una gestión cotidiana de las coyunturas de alta ingobernabilidad, o bien por la opción de políticas de estabilización de muy corto plazo. Una forma equivocada de enfrentar esta "crisis" ha sido la negación de la eficacia de la planificación como instrumento facilitador del proceso de cambio.

Por esta razón, este trabajo, además de sus objetivos específicos de analizar las implicaciones de APS y de SPT/2000, está enfocado desde una perspectiva de reconceptualización de la planificación en salud, para la cual se intenta redefinir sus supuestos teórico-metodológicos y, en función de ellos, proponer, como hipótesis de trabajo, una nueva metodología de planificación situacional de salud.

Con creciente frecuencia se han señalado las insuficiencias teórico-metodológicas de los abordajes utilizados para evaluar el impacto de las operaciones y acciones de salud sobre los perfiles de salud/enfermedad de la población y para identificar los cambios y reajustes necesarios en función de SPT/2000, de tal forma que sean

considerados los complejos procesos determinantes y condicionantes involucrados y las limitaciones que los diferentes contextos establecen al espacio de decisión de los dirigentes de salud.

Este es un documento de trabajo que rescata esta necesidad y trata de contribuir a un abordaje integral de los problemas de salud en diferentes grupos de población, que recupere los más recientes desarrollos de la planificación y de la epidemiología con miras a identificar problemas relevantes, las operaciones y acciones necesarias para modificarlos dentro del contexto donde ellos se determinan, y evaluar la eficiencia y eficacia de dichas operaciones.

Este esfuerzo deberá continuarse con otros desarrollos necesarios, tales como aquellos instrumentos requeridos para el análisis y para la construcción de la viabilidad de las operaciones necesarias.

Este esquema debe ser parte de una estrategia más amplia que implica la superación del plano discursivo en que se ha mantenido hasta la fecha, como regla general, la meta de SPT y la estrategia de APS.

En otras palabras, resulta necesario definir concretamente el significado de SPT en cada país de la Región y establecer estrategias realistas de APS para alcanzarla, concretando secuencias operativas a los enunciados teóricos e idealistas que han prevalecido hasta la fecha. En esta perspectiva, el documento presenta una metodología para apoyar a los gobiernos de la Región en la identificación de sus propios caminos para alcanzar las metas de SPT/2000.

Este esquema metodológico parte de la consideración de que tanto en los determinantes generales como en los condicionantes particulares y singulares hay variables de significativa influencia sobre la situación de salud que escapan al control de las autoridades del sistema de salud. Las variables fuera de control constituyen variantes que no pueden ser ignoradas y crean un cierto grado de incertidumbre e ingobernabilidad a

los propósitos de SPT/2000. Esto obliga a plantear el plan de sustentación de SPT/2000 considerando escenarios que reconozcan las variantes; pero, al mismo tiempo, permitan señalar operaciones y acciones fuera del ámbito de la salud que deben realizar los países para hacer alcanzables las metas de salud para todos.

En síntesis, la reducción de la brecha sanitaria exige de operaciones y acciones que afecten a las variantes que condicionan los problemas de salud y no sólo apunten a las opciones específicas de la producción de los servicios de salud.

En la misma línea de pensamiento el esquema de análisis que se propone constituye un instrumento que se inserta en una estrategia de cambio en la función de alcanzar las metas de SPT/2000 en la Región y, consecuentemente, en las transformaciones que ello determinará en el campo de la cooperación técnica internacional. Por esta razón fué concebido como un instrumento de intervención en la realidad a través de un proceso de reflexión-acción.

Se ha optado por un esquema metodológico principalmente montado en bases heurísticas con el objetivo de que pueda ser operacionalizado aunque haya poca disponibilidad y discutible calidad de información. Esto refuerza sus características de instrumento movilizador de cambios.

Debe señalarse específicamente que este documento considera los problemas de salud y sus posibles soluciones, en una dimensión que trasciende su significado restricto ya que incluye, además del conjunto de recursos socialmente acumulados que deben concurrir a concretar las operaciones de los servicios de salud, otros aspectos, como los que hacen al poder, las condiciones y políticas económicas, la capacidad organizativa, el liderazgo, etc.

Esta visión permite una vinculación -tanto deseable como necesaria- entre el cambio estratégico propuesto y las prioridades programáticas relativas a la infraestructura de los sistemas de salud, definidas en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

El documento contiene tres partes sustantivas. La primera destaca el valor del discurso normativo como argumentación y denuncia de la realidad, así como las estrategias y exigencias concretas que plantea la Salud para Todos en el Año 2000. La segunda explicita los esquemas de análisis con sus bases teórico-conceptuales que establecen el marco de referencia del esquema metodológico propuesto, para entrar, a partir del mismo, en las proposiciones sustantivas de la metodología de trabajo. Y, la tercera formula las bases de un sistema oportuno y significativo de seguimiento y control que permita anticipar resultados y rectificar políticas, a fin de que SPT/2000 se prealimite del avance progresivo en el cumplimiento de las metas y se realice un ajuste permanente de las mismas ante las nuevas realidades y escenarios.

I. EL DISCURSO NORMATIVO

La referencia que se hace en la introducción al discurso normativo tiene como objetivo señalar su insuficiencia y sus limitaciones, pero de ninguna manera significa descalificar su necesidad. Este momento de la estrategia constituye la explicitación de una "utopía" absolutamente necesaria en cualquier proceso de cambio real. Por ello, no sufre las restricciones de las consideraciones sobre la factibilidad de los recursos ni sobre la viabilidad política. Su valor reside en su rol de denuncia argumentada y visión profética, orientadas a la movilización de los actores sociales en relación al proceso de cambio.

Especialmente en el campo de la salud el discurso normativo cumple una función indispensable para destacar los valores éticos inmanentes en un sector que tiene, básicamente, responsabilidad por la vida humana. Más aún, el discurso normativo es una exploración irrestricta de un futuro deseable. En este caso, como en todo proceso de planificación, el diseño del futuro solo tiene sentido si sirve para orientar el presente, lo cual nos obliga a explicitar claramente los significados de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000) y de la estrategia de APS.

Los Gobiernos Miembros acordaron que la principal meta social en los próximos años consiste en "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". Este enfoque de la meta trasciende una dimensión restrictiva de la salud como simple ausencia de enfermedad, para considerarla una expresión de las condiciones objetivas de existencia de diferentes grupos sociales, en un espacio dado y en un momento dado, hecho que se refleja en su calidad de vida.

Hablar de salud para todos implica, por lo tanto, un cuestionamiento permanente de sus determinantes generales y condicionantes particulares y la inserción en las políticas de salud de otros espacios sociales tales

como educación, medio ambiente, empleo, vivienda, alimentación y nutrición, deporte, utilización del tiempo libre y también los sistemas de seguridad social y de salud. Esta es la concepción de salud que informa el modelo analítico que se propone. La consecución de esta meta reclamará transformaciones sociales y económicas de importancia, así como una revisión teórico-conceptual y operativa de los conceptos y principios que orientan la organización de los sistemas nacionales de salud.

Asumir la salud como expresión de las condiciones objetivas de existencia no implica negar la importancia de las acciones y servicios de salud. Ellos constituyen, precisamente, uno de los más importantes instrumentos para modificar la calidad de vida y situación de salud de los diferentes grupos de población.

"Salud para Todos" es el reconocimiento de un derecho social inscrito en el estatuto de ciudadanía de una sociedad moderna, lo cual supone no solo el acceso universal a los servicios, sino también el concepto de equidad. Para alcanzar la meta de SPT/2000, todos los países de la Región reiteraron que la estrategia principal es la APS. Sin embargo, la experiencia continental apunta a diferentes interpretaciones del significado de esa estrategia, sea por la ambigüedad de algunas de sus definiciones formales, o bien por la decodificación teórico-instrumental que hacen de ella diferentes escuelas de pensamiento en el campo de la salud.

Existen tres interpretaciones posibles de APS:

- a. APS como un "nivel de complejidad tecnológica" del sistema de salud. Esta interpretación, aunque correcta en su dimensión estricta, limita el significado de APS a una instancia técnico-operativa: nivel primario de atención.

- b. La segunda interpretación de APS la considera solamente como un "programa específico" con recursos marginales, dirigidos a grupos sociales marginados de regiones marginalizadas. Significa, por lo tanto, en el caso concreto de su operacionalización, el reconocimiento implícito o explícito de la oferta de una política de salud discriminatoria, que tiende a consolidar las desigualdades entre grupos sociales y/o regiones.

La APS, interpretada sólo como un programa, contradice frontalmente la categoría de ciudadanía y el criterio de equidad contenido en las metas de SPT/2000, representando, por el contrario, el reconocimiento de que hay ciudadanos de segunda categoría, a quienes se puede ofrecer una práctica médica de segunda categoría.

- c. Finalmente, la concepción de APS como una estrategia o una política integral de salud que comprende y afecta a toda la población y al sistema de salud en todos sus niveles; implica el enfrentamiento del problema de la deuda sanitaria mediante formas concretas de apropiar, reajustar, recombinar y reorientar los recursos de toda la sociedad para satisfacer las necesidades y aspiraciones en el área de salud.

Esa interpretación de APS como estrategia, es sin duda la que se enuncia en el discurso oficial: "Una vez que el propósito de la meta está fundamentalmente inspirado en la reducción de las desigualdades entre países y entre grupos humanos, esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda población y no quedar restringida a grupos postergados o marginados, aunque la satisfacción de las necesidades básicas de éstos, constituya un objetivo principal. Es por esta razón que no es posible

concebir la APS como un programa limitado a satisfacer, en alguna medida, las necesidades mínimas de grupos que viven en la extrema pobreza"⁽¹⁾.

Esta interpretación de APS como estrategia es la que guarda coherencia con la meta de SPT/2000, por ello el presente documento parte de su concepción como una estrategia por entender que esa es la decodificación coherente con el discurso oficial; lo cual llevará en el campo operativo, a cambios reales en el sistema de salud, cambios que permitan disminuir las deudas sanitarias acumuladas en relación con los distintos grupos sociales. Esto conduce, por cierto a una priorización relativa de los grupos postergados, pero debe incidir, sin embargo, sobre toda la población y sobre todos los niveles de atención del sistema de salud.

Posiblemente en algunos países, gran parte de su población ya disfruta en el presente de una situación de salud mejor que aquella planteada por el estandar básico de SPT. Quizás en otros, que representan la mayor parte de la población del planeta, este nivel mínimo está todavía por ser logrado.

De esta forma, parece legítimo postular la definición de SPT/2000 no sólo desde una perspectiva internacional, sino también en relación a los diferentes grupos sociales dentro de cada país. En otras palabras, la desigualdad en la situación de salud que se observa entre naciones es una expresión de las desigualdades que, en cada país, se verifican entre los respectivos grupos sociales. Por consiguiente, las metas de SPT/2000 deben referirse tanto al mejoramiento de la posición de cada país en relación a los demás países, como a la reducción de las brechas sanitarias que han surgido entre los grupos de población de cada país y sus implicaciones económicas, políticas y sociales.

(1) Organización Panamericana de la Salud. "Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias". Washington, Doc. Of. No. 173, 1980, pp. 189.

II. UN ESQUEMA PARA EL ANALISIS DE LAS IMPLICACIONES DE SPT/2000

1. Implicaciones de las estrategias nacionales de APS para SPT/2000

El sujeto central de SPT/2000 son grupos humanos y no el individuo ni la enfermedad como categoría biológica aislada. Los determinantes generales y los condicionantes particulares y singulares se expresan en una gama específica de problemas de salud en diferentes grupos de población y también en una gama de soluciones posibles en una determinada sociedad. Consecuentemente, la meta de salud para todos como toda meta social es compleja y se caracteriza por su dependencia, conflicto e incertidumbre lo cual conduce a considerar como elemento esencial de análisis el sujeto-población, al que interesan las políticas y estrategias nacionales de salud.

Estas políticas, por todo lo mencionado anteriormente, pueden estar en mayor o menor concordancia con los grandes lineamientos que definen los objetivos y asignan recursos para el desarrollo socio-económico de cada país. Por consiguiente, una de las principales implicaciones de las estrategias nacionales de SPT/2000 está en el reconocimiento del carácter intersectorial de los problemas y las políticas de salud. En este sentido parece inescapable la conclusión de que en el caso de que la salud no se logre ubicar entre los objetivos centrales del desarrollo nacional, difícilmente los servicios de salud por sí solos, por más que estén bien dotados de recursos y por mejor que los utilicen, serán capaces de alcanzar un grado satisfactorio de SPT/2000.

Para elevar la meta de SPT/2000 desde una inserción subordinada hacia una posición más central en relación a los objetivos del desarrollo socio-económico nacional, es necesario vencer una serie de barreras que se observan tanto en el mismo sistema de salud como en otros sectores. Así como la planificación del desarrollo no siempre ha logrado tratar en los modelos que utiliza las dimensiones sociales, como la situación de

salud, tampoco los especialistas en salud han tenido mayor éxito en plantear los objetivos de salud como algo que pueda ser integrado en una opción comprensiva para el desarrollo nacional.

Con base en todo el razonamiento de la sección anterior, no se puede continuar aceptando el supuesto de que los servicios de salud tienen un poder de acción compensatorio inagotable, capaz de contrarrestar todos los efectos de los otros determinantes y condicionantes sobre la situación de salud. Por el contrario, es necesario precisar para cada problema de salud las combinaciones posibles de acciones sobre los determinantes y/o condicionantes respectivos y de servicios de salud, que sean capaces de solucionarlos. A consecuencia de eso, las estrategias y políticas nacionales de SPT/2000 deben considerarse como el conjunto de acciones del sistema de salud y de otros sectores del desarrollo, establecido a partir de la agregación de acciones específicamente definidas para enfocar los problemas de salud de los diferentes grupos sociales.

De la misma forma, es necesario que las autoridades de salud estén capacitadas para plantear, junto con los responsables por las políticas nacionales de desarrollo, las implicaciones de estas últimas sobre los perfiles de salud/enfermedad de los grupos humanos involucrados. Las políticas de desarrollo de los países de la Región han utilizado el endeudamiento externo y el déficit interno como estrategias de financiamiento de las inversiones y el gasto público. En años de crisis el pago de intereses de la deuda interna y externa se ha traducido en reducción de las inversiones y gastos sociales y, en particular, en salud. Esto ha agravado, en algunos países, la deuda sanitaria acumulada en los diferentes grupos de población. El servicio de la deuda externa tiene así un costo sanitario que debe ser considerado. La estimación del beneficio o costo sanitario de las políticas nacionales de desarrollo debe, por lo tanto, constituirse en un procedimiento corriente por parte de las instituciones de salud, como su contribución a la evaluación y al monitoreo de decisiones, programas y proyectos que implementan tales políticas.

Un segundo tipo de implicaciones de las estrategias nacionales de SPT/2000 se puede verificar en los cambios que se necesita introducir en el sistema de salud para construirle viabilidad a la cobertura de las brechas bajo su responsabilidad y en la evaluación de los costos de dichos cambios. De acuerdo con algunas estimaciones preliminares y sin perjuicio de lo que pueda demostrar un análisis más preciso en cada país, tales cambios parecen apuntar hacia dos problemas comunes a la mayoría de los sistemas de salud en la Región. De un lado, estos sistemas de salud son todavía insuficientes para atender a las necesidades crecientes de gran parte de la población. De otro lado, estos sistemas de salud suelen ser ineficientes en la forma por la cual utilizan los limitados recursos de que disponen. Como resultado de su insuficiencia y su ineficiencia, los sistemas de salud en las Américas son, sobre todo, "inequitativos" para gran parte de la población, dada la manera como distribuyen sus servicios entre los diversos grupos poblacionales.

Sobre la insuficiencia de recursos se ha estimado que cerca de una tercera parte de la población de América Latina y del Caribe no dispone de una vía de acceso regular a una cobertura mínimamente satisfactoria y cualitativamente adecuada de servicios de salud. Eso significa que alrededor de 140 millones de personas en esta Región todavía necesitan ser cubiertas por el sistema de salud y, quizás, sea en este respecto que la deuda sanitaria tenga su expresión más impactante. A esta población actualmente no cubierta, se añadirán hasta el final del siglo otros 170 millones. Así, en los próximos 15 años se enfrentará el desafío crucial de lograr algo que nuestros países hasta ahora no han podido alcanzar.⁽²⁾

Además de eso, el envejecimiento de la población, su urbanización y la creciente difusión de patrones de consumo de servicios de salud de los países desarrollados o de las clases sociales más favorecidas para amplias capas de la población, también fuerzan el aumento de los gastos en servicios de salud. Estas tendencias indican la urgencia con que cada

(2) Principios básicos para la acción de la OPS 1987-1990. OPS. 1987.

país debe decidir sobre la evolución futura de su sistema de salud y sobre las políticas que debe adoptar en ese sentido desde ahora.

En términos generales, se puede estimar que para cubrir la deuda sanitaria ya acumulada, más aquella que se anticipa hasta el final del siglo XX, el sistema de salud necesitaría disponer de recursos tres veces mayores que el volumen actualmente disponible, si es que permanece la presente configuración de los servicios de salud.

Posiblemente los países de la Región no hayan todavía agotado toda su capacidad de movilizar recursos nacionales para asignar a la prestación de servicios de salud. Hay evidencias de que tanto en los presupuestos gubernamentales como en las instituciones de seguridad social y en la propia sociedad, existen fuentes de recursos adicionales para la salud que no han sido debidamente exploradas hasta el presente.

Sin embargo, parece poco realista creer que un incremento de recursos en las proporciones mencionadas arriba sea viable y/o factible, por más que se logre más eficacia en la captación de nuevos fondos y por mejores que resulten los escenarios socio-económicos y políticos para la Región. A su vez, esto remite el foco de la discusión hacia la ineficiencia que se observa en los sistemas de salud de los países americanos.

De los casi 40,000 millones de dólares que se gastan anualmente en servicios de salud en América Latina y el Caribe, se puede estimar que un 25% se aplica innecesariamente a prestaciones ineficaces para enfocar los problemas de salud de la población atendida. Además del gasto innecesario, hay que considerar la productividad de los recursos asignados al sistema de salud que es supuestamente menor que en otros sectores de la economía, resultando en un incremento de costos de los servicios que se prestan con algún grado de justificación técnica.

Al mismo tiempo, el sistema de salud padece, en muchos casos, de una deficiencia crónica en sus prácticas gerenciales, las cuales ocasionan pérdidas que, aunque desconocidas en su dimensión total, ciertamente contribuyen al perfil de ineficiencia general del sector.

A consecuencia de eso, es imposible considerar el pago de la deuda sanitaria acumulada con las generaciones presentes y, mucho menos, el intento de cubrir las brechas que se originarán del crecimiento y de los cambios cualitativos de la población sin promover, más allá del incremento de sus recursos, un cambio radical en la actual estructura y organización de los sistemas de salud.

En otras palabras, intentar ampliar el efecto redistribuidor de beneficios del sistema de salud hoy existente, sin modificar sustancialmente sus bases constitucionales y operacionales, resultaría en un desperdicio de esfuerzo que difícilmente se justifica tanto política como técnica y económicamente.

Es así que se debe buscar una combinación de políticas que traten simultáneamente de expandir y transformar el sistema de salud actual, como estrategia para lograr en un nivel razonable las metas de SPT/2000 en la Región. Además de resultar en un modelo de atención más apropiado a la liquidación de la deuda sanitaria, esta transformación posibilitaría la generación de 'ahorros internos' considerables para el financiamiento parcial de la expansión de la cobertura de los servicios.

Por otra parte, el replanteamiento de las relaciones entre salud y desarrollo requiere que se explore el potencial que puede tener la prestación de servicios de salud para ofrecer opciones alternativas al modelo de desarrollo socio-económico y político de cada país. La exploración de tal potencial constituye otra implicación de las estrategias nacionales de SPT/2000, con el atractivo de que es una implicación favorable a los objetivos de salud y, por lo tanto, de carácter instrumental para la viabilización de las políticas de APS.

En ese sentido es necesario ir más allá del mero planteo sobre los beneficios para el desarrollo nacional de tener una población más sana, para enfocar y enfatizar otros beneficios que cada país puede obtener a partir de la implementación de sus propias políticas de salud.

Estos beneficios adicionales se derivan del contenido social, político o económico de las políticas de salud, cuya explicitación es necesario incentivar, sea como parte del discurso normativo o como estrategia para la propia viabilización de estas políticas. Solo a título de ejemplo de tales beneficios adicionales se menciona el rol de las políticas de salud en la movilización social, la absorción de mano de obra, el fomento de la industria nacional de equipos y medicamentos y la integración y cooperación entre países.

Todas las consideraciones hechas antes sobre el carácter intersectorial de las políticas de salud y la insuficiencia, ineficiencia e inequidad del sistema de salud están basadas en estimaciones y extrapolaciones de hallazgos de estudios focalés. Desde la perspectiva del discurso normativo, tales formulaciones son suficientes para proveer las bases necesarias para la denuncia argumentada de la realidad, ofrecer una visión profética de la utopía, realizar una exploración irrestricta del futuro deseable y movilizar los actores sociales involucrados en el proceso de cambio.

Mientras tanto, la concreción de políticas de salud específicamente orientadas a la búsqueda de estos cambios requiere, por una exigencia lógica de su propia eficacia, un enfoque distinto que, sin negar el discurso normativo, sea capaz de analizar las posibilidades de que en cada país y en relación a los grupos sociales que lo integran se alcancen las metas correspondientes de SPT/2000. Tal enfoque debe ser capaz de:

- a) seleccionar los problemas que se deben enfrentar en espacios, grupos sociales y ambientes institucionales precisos;
- b) caracterizar su naturaleza y dimensionar su extensión;
- c) estimar las tendencias de su

evolución de acuerdo con diferentes hipótesis de cambio en los respectivos determinantes y condicionantes; y d) evaluar el posible impacto de las operaciones sobre los VDP de los problemas.

2. Supuestos Teórico-Metodológicos

2.1 Carácter de los problemas de salud

Para analizar las posibilidades de que en un país y en los grupos de población que lo integran se alcance la meta de SPT/2000, y se definan los cambios necesarios en el sistema de salud, en base a la estrategia de APS, se requiere considerar algunos aspectos metodológicos de relevancia.

Como cuestión previa y a manera de marco de referencia básico conviene recordar que la naturaleza del devenir social, del cual es parte inherente el fenómeno salud-enfermedad, destaca las características de historicidad, complejidad, fragmentación, incertidumbre, conflicto y dependencia. Estas características determinan que la mayoría de las situaciones-problema⁽³⁾ referentes al fenómeno salud-enfermedad y a los sistemas de servicios que se organizan para tratarlo, resulten complejas, mal definidas y mal estructuradas. Este tipo de situaciones-problema requieren tanto para su descripción como para su explicación y manipulación: el uso de variables cuantitativas y cualitativas, reconocer el concepto de precisión como un nivel más amplio que el de medición⁽⁴⁾

(3) En realidad los problemas correspondientes a estas áreas, son tan interdependientes, que más que problemas "aislables", constituyen verdaderos "sistemas de problemas", difíciles, sino imposible, de abordar por métodos exclusivamente analíticos.

(4) El proceso social contiene aspectos de cantidad y calidad que es mandatorio respetar en su jerarquía de significaciones. Lo que interesa en el análisis social es la precisión de las proposiciones, y dicha precisión es en parte una cuestión de variables lingüísticas y solo en parte un problema de medición. La falla en reconocer este hecho, conduce a caer en el error de cuantificar lo secundario y no reconocer la calidad de las situaciones.

y utilizar los métodos creados para la comprensión de la complejidad. Ello implica apelar necesariamente al arsenal conceptual e instrumental desarrollado para el tratamiento de esta clase de problemas, sin excluir, cuando sea adecuado, los instrumentos propios del tratamiento de problemas simples, "bien definidos y bien estructurados" que corresponden a algunos de los ámbitos de las llamadas ciencias naturales. En este entendimiento el desarrollo de cualquier esquema metodológico que se defina para enfrentar este tipo de problemas requerirá adoptar el abordaje interdisciplinario de estos, a lo largo de un proceso de aproximaciones sucesivas, por un procedimiento de "prueba y error, controlado y explicado". Por último, resulta saludable reconocer que en el tratamiento de este tipo de problemas, el error más frecuente no consiste en equivocarse en la solución del problema, sino en intentar solucionar el problema equivocado.

Intentar solucionar un problema equivocado puede originarse por dos vías. La primera se refiere a plantear o seleccionar un problema que se disuelve en otro más amplio; es decir, que replanteado en el espacio relevante desaparece como el problema que interesa resolver. La segunda consiste en intentar estructurar un problema cuya esencia real es casi estructurada. Ello es ilegítimo. En el ámbito de la salud, como en el ámbito social en general, dominan los problemas casi estructurados, pero hay un espacio parcial donde legítimamente es posible estudiar los problemas en el sentido de simplificarlos y formalizarlos respetando la esencia de su complejidad. Ello es posible cuando el desarrollo del conocimiento sobre el problema permite precisar las leyes que lo rigen

Sobre estos aspectos Ian Mitroff ha señalado:

"Es importante clarificar más detenidamente las diferencias entre los problemas bien estructurados y los cuasiestructurados. Aunque los términos pueden ser definidos de muchas maneras se puede captar mejor la diferencia entre los problemas bien estructurados y los problemas cuasiestructurados en relación a las diversas clases de problemas de decisión.

Un problema de teoría de decisiones puede ser definido como sigue: escoger la acción $-A_i-$ entre un conjunto de acciones $-A_i-, \dots, -A_m-$, que puede optimizar (en algún sentido) el beneficio (U_{ij}) del tomador de decisiones (Z) , donde U_{ij} es la utilidad o valor para Z del resultado O_{ij} correspondiente al par (A_i, S_j) donde (S_j) es el conjunto de estados naturales.

Hay tres tipos básicos de problemas estructurados de decisión. Un problema de decisión bajo certidumbre es uno para el cual los conjuntos (A_i) , (O_{ij}) , (O_j) y (S_j) son conocidos. Adicionalmente, existe una relación determinística conocida entre la elección de un A_i y la ocurrencia de un O_j . Si la relación entre A_i y O_j es probabilística y conocida (por ejemplo, las probabilidades P_{ij} son conocidas), entonces estamos frente a un problema de decisión bajo riesgo. Si las probabilidades no son conocidas (pero sólo las probabilidades son desconocidas), tenemos un problema bajo incertidumbre.

Los dos primeros tipos de problemas estructurados están bien estructurados porque no existe ambigüedad en las reglas para seleccionar un curso de acción óptimo. El tercer tipo de problema (incertidumbre) es apenas estructurado, porque no existe una regla exenta de ambigüedad para seleccionar un curso de acción óptimo o un acto A_i .

Un problema de decisión cuasiestructurado o débilmente estructurado es uno para el cual uno o más de los términos o conjuntos (A_i) , (U_{ij}) , (O_j) y (S_j) es desconocido o no conocido con algún grado de confianza. Los problemas bien estructurados son problemas acerca de los cuales tenemos suficiente conocimiento por lo que el problema puede ser formulado de maneras que permiten atacarlo con métodos analíticos precisos.

El mayor problema relacionado con los problemas cuasiestructurados consiste en definir la naturaleza del problema. Los problemas cuasiestructurados tienen una cualidad elusiva que parece desafiar los métodos precisos para su formulación. La mayoría de los problemas sociales parecen ser de esta clase."⁽⁵⁾

(5) Mitroff Ian - The Subjective Side of Science.

El perfil de salud - enfermedad de un grupo de población es una resultante de sus condiciones objetivas de existencia, es decir, del conjunto de procesos que reproducen la forma particular de inserción de dicho grupo en el proceso de producción social, en un momento histórico, y en un espacio determinado. Las condiciones objetivas de existencia son una forma particular de inserción en el proceso productivo, de participación en el consumo, de relacionarse con el medio ambiente, y de participación en el proceso político y la toma de decisiones.

La situación de salud de un grupo de población es un conjunto de problemas de salud (fenómenos de salud/enfermedad y del modelo asistencial) explicados desde la perspectiva de un actor social en función de sus determinantes generales y condicionantes particulares y singulares.

Por otra parte, tanto los problemas como los determinantes y condicionantes tienen un carácter dinámico, que está regido por las leyes y reglas básicas del ámbito en el cual ocurren, y por las acumulaciones sociales productoras de los "hechos", los que a su vez tienen capacidad de modificar las acumulaciones sociales y eventualmente las reglas básicas.

Una forma esquemática de este complejo proceso de producción de hechos en salud (fenómenos de salud/enfermedad y del modelo asistencial) se presenta en los cuadros A y B, en los cuales se distinguen tres espacios situacionales y tres planos situacionales para explicar los problemas encontrados y seleccionados como relevantes, los cuales están entrecruzados y tienen además una jerarquía entre sí.

2.2 Los espacios situacionales

En el cuadro A se ilustran los diferentes espacios en los cuales puede situarse un problema para explicarlo, en función del interés de un actor social.

2.2.1 Determinantes generales

Se refiere al conjunto de leyes y reglas naturales y sociales, acumulaciones y hechos que rigen en el ámbito de la situación general. Este es el espacio de los procesos mas generales de una sociedad, los cuales rigen para el conjunto de hechos (no sólo en salud), que la caracterizan en un momento histórico determinado, y que determinan el espacio de variación posible de las condiciones objetivas de existencia de los diferentes grupos sociales y del modelo asistencial. Estos determinantes adquieren precisiones específicas, tales como:

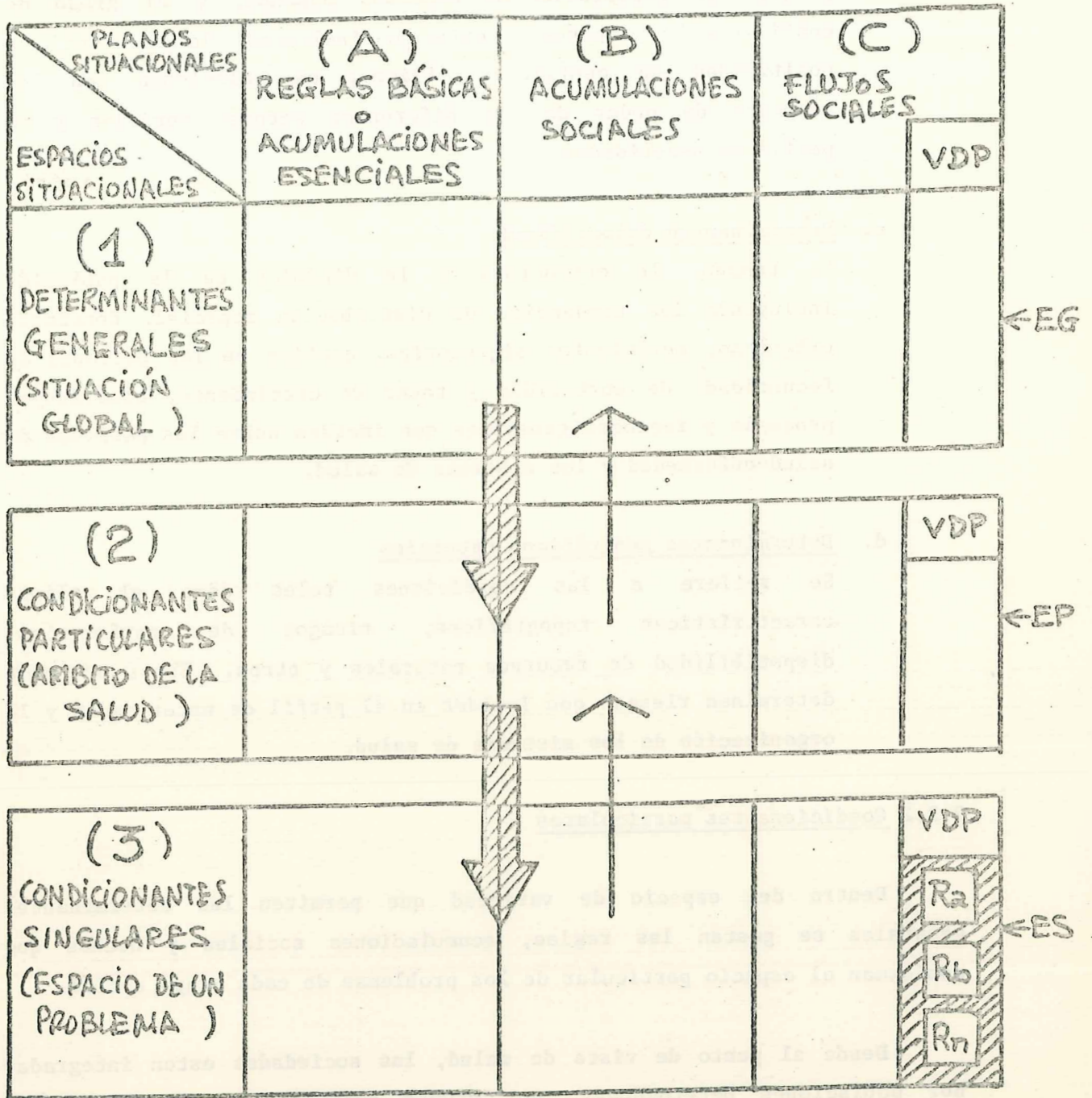
a. Estructura económica general



Se refiere al grado de desarrollo de la capacidad de producción de bienes y servicios, las relaciones de propiedad, las formas de organización de la producción y distribución. Las relaciones del estado con los diferentes sectores de la economía, las relaciones de diferentes sectores productivos con el medio ambiente, la forma de inserción en las relaciones económicas internacionales y otros procesos generales.

b. Contexto político

Se refiere a las relaciones de poder entre diferentes sectores de la sociedad, las formas como se organizan y como se expresan en la gestión estatal y las diferentes instituciones de la sociedad civil. Las tendencias y formas de gobierno predominantemente autoritarias o democráticas, centralizadoras o descentralizadoras, participativas o no participativas. Este contexto se vincula con la valoración relativa que en una

CUADRO A



 = DETERMINACIONES Y CONDICIONAMIENTOS DE MAYOR A MENOR JERARQUÍA
 = CONDICIONAMIENTOS DE MENOR A MAYOR JERARQUÍA

sociedad se le asigna a la salud y al progreso social en general. Las formas organizativas que adquieren los servicios, el grado de desarrollo y relaciones entre instituciones públicas y privadas, las políticas nacionales de ciencia y técnica de desarrollo de recursos humanos, y el grado de conflictividad interna y externa, incluyendo la existencia o posibilidad de conflictos bélicos; se relacionan con los recursos de poder de los diferentes actores sociales y el perfil de necesidades.

c. Determinantes demográficos

El tamaño, la estructura y la dinámica de la población incluyendo las tendencias de distribución espacial, densidad, urbanismo, movimientos migratorios, cambios en los patrones de fecundidad, de mortalidad y tasas de crecimiento, constituyen procesos y factores generales que inciden sobre los perfiles de salud-enfermedad y los sistemas de salud.

d. Determinantes geográficos naturales

Se refiere a las condiciones tales como el clima, características topográficas, riesgos de catástrofes, disponibilidad de recursos naturales y otros. Estos procesos determinan riesgos que inciden en el perfil de necesidades y la organización de los sistemas de salud.

2.2.2 Condicionantes particulares

Dentro del espacio de variedad que permiten las determinantes generales se gestan las reglas, acumulaciones sociales y hechos que conforman el espacio particular de los problemas de cada grupo social.

Desde el punto de vista de salud, las sociedades están integradas por poblaciones heterogéneas, por grupos sociales que se diferencian entre sí por poseer diferentes condiciones objetivas de existencia y por

tanto diferentes perfiles de salud-enfermedad, dentro de los rangos de variación posibles de acuerdo a los determinantes generales.

El conjunto de procesos que reproducen estas condiciones objetivas de existencia traducen la forma particular de articulación de cada grupo social en los procesos generales de la sociedad. Estos procesos pueden operacionalizarse, por lo menos, en 4 grandes momentos: a) momento de reproducción biológica; b) momento de reproducción de relaciones ecológicas; c) momento de reproducción de las formas de poder, conciencia y conducta; y d) momento de reproducción de las relaciones económicas. Estos procesos de reproducción se concretan en el proceso de producción social y adquieren su dinámica de cambio a través de los hechos sociales. De esta forma, para cada grupo de población encontramos expresiones particulares de:

a. Momento de reproducción biológica

Se refiere al conjunto de procesos que reproducen las características biológicas de la especie humana, de los grupos étnicos y la experiencia de adaptación acumulada históricamente por ese grupo de población en particular; así como la potencialidad y capacidad de respuesta de sus integrantes frente a los riesgos. Los procesos mas relevantes en este momento son los genéticos, los inmunológicos, los que afectan los patrones de fecundidad, crecimiento y desarrollo, y los que afectan su fisiología.

b. Momento reproductivo de las relaciones ecológicas

Se refiere al conjunto de procesos que reproducen la forma de inserción de los diversos grupos poblacionales en múltiples sistemas ecológicos, inherentes al medio ambiente residencial, laboral y recreacional.

c. Momento reproductivo de las formas de poder, conciencia y conducta

Se refiere al conjunto de procesos que reproducen las

concepciones, valores, hábitos y formas de conducta individuales y colectivas de los integrantes del grupo específico de población. Incorpora así los procesos de socialización y educación formal e informal, la transmisión de las formas de cultura local, y los procesos de conformación de formas de conciencia individual y de grupo que se vinculan con sus conductas, y respuestas ante otros grupos y ante sus propias necesidades.

d. Momento reproductivo de las relaciones económicas

Se refiere al conjunto de procesos que reproducen las formas particulares de inserción del grupo en la producción, distribución y consumo de los bienes y servicios. Ellos determinan la exposición a relaciones laborales específicas, los salarios y otros ingresos y por tanto, la cantidad y calidad de bienes y servicios disponibles para la satisfacción de las necesidades de dicho grupo en particular.

2.2.3 Condicionantes singulares

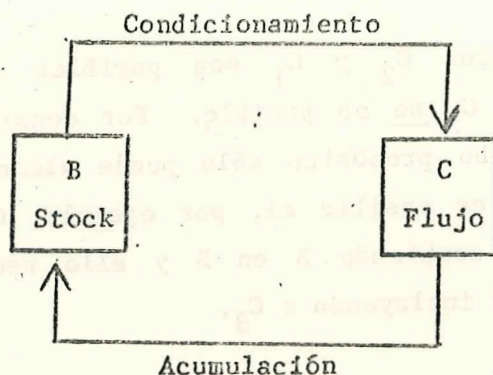
Se refieren al conjunto de reglas, acumulaciones y hechos que rigen en el espacio de un problema singular de salud (fenómeno de salud/enfermedad o del modelo asistencial) en una persona o grupo de población. En este ámbito encontramos las variaciones individuales de carácter biológico; la exposición singular a riesgos ambientales; actitudes, nivel educativo y otros que permitan comprender las variaciones a nivel individual o de pequeños grupos o en problemas específicos, dentro del espacio de variación que permiten las condiciones objetivas de existencia de cada grupo social.

2.3 Los planos situacionales

El cuadro B muestra en cambio la dinámica horizontal del funcionamiento del proceso de producción social.

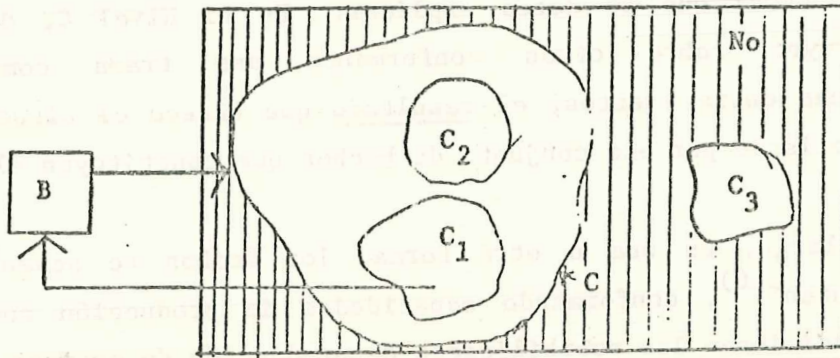
En el nivel mas superficial o de contacto directo con la realidad están los flujos de hechos o flujos de producción social. Una selección de hechos, para un actor determinado, constituye el vector de definición del problema (VDP) que se desea explicar. En el Nivel C, donde unos hechos influyen sobre otros conformando una trama compleja de interrelaciones entre eventos, el resultado que ofrece el sistema social puede ser precisado por ese conjunto de hechos que constituyen el VDP.

Sin embargo, en una u otra forma, los hechos se acumulan o "fenoestructuran"⁽⁶⁾, conformando capacidades de producción social que, a su vez, condicionan las posibilidades de producción de eventos.



(6) El concepto de "fenoestructuración" está tomado de la planificación situacional y, significa que los flujos se "estructuran" en el fenómeno, pasan a constituir "stocks" (acumulaciones) que contienen nuevas capacidades de producción social. Por esta vía los partidos políticos fenoestructuran mayor o menor fuerza, las personalidades fenoestructuran prestigio, los científicos fenoestructuran conocimientos, un país fenoestructura peso internacional, las empresas fenoestructuran mayor capacidad instalada de producción, etc. Así, la capacidad de producción de hechos políticos, bienes y servicios, conocimientos nuevos y cambios en los valores, depende de las fenoestructuras previamente acumuladas.

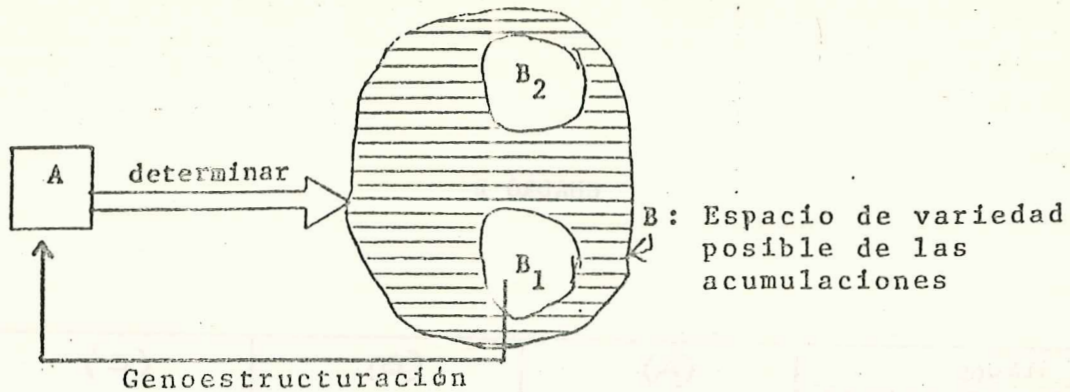
El condicionamiento de $B \longrightarrow C$ implica la conformación de un espacio de variedad de lo posible, de tal forma que:



Así, los eventos C_2 y C_1 son posibles si las acumulaciones sociales son B, pero C_3 no es posible. Por consiguiente, si C_3 es la meta de un plan, dicho propósito sólo puede alcanzarse si se modifica previamente B. Ello es posible si, por ejemplo, C_1 tiene la capacidad de fenoeestructurarse cambiando B en B y ello redefine el espacio de variedad de lo posible incluyendo a C_3 .

Las acumulaciones sociales son de muy diversa índole, pero las centrales al proceso social son las acumulaciones humanas (grupos sociales, actores sociales, instituciones, centros de poder, personalidades, etc.). Todas las otras acumulaciones sociales (poder, capital, infraestructura física, conocimientos, tecnología, sistemas, etc.) son adjetivas a las acumulaciones humanas.

Entre los planos situacionales B y C (ver cuadro B) se produce un proceso de acumulación de capacidad de producción social y de aplicación de dicha capacidad en la realización de la producción misma. Ese proceso está promovido por los actores sociales. Además, obviamente, también existe un espacio de variedad posible dentro del cual se desarrollan las acumulaciones sociales. En efectos, el Plano A de las reglas básicas o acumulaciones esenciales, determina (condiciona en última instancia) el espacio de variedad posible de las acumulaciones sociales.



Estas reglas básicas son valores esenciales, formas de propiedad, formas de producción, relaciones de poder, estructuras políticas, etc., que definen la manera de funcionamiento del sistema social. Dichas reglas, no sólo son naturales e invariantes. Por el contrario, muchas de ellas son producidas por los hombres en sociedad. De manera que los hechos pueden alterar las reglas básicas del sistema y cambiar su espacio de determinación. Es decir, excepcionalmente, algunos hechos de "genoestructuran"⁽⁷⁾.

La dinámica del cambio social, que se produce al nivel situacional general en el espacio particular de la salud y en el espacio singular de un problema de salud, sigue el proceso descrito, pero entrecruzarlo con la dinámica vertical que describe el cuadro A.

(7) Es decir, alteran las reglas básicas del sistema y por esa vía cambian la determinación del espacio de variedad posible del fenómeno. En esta terminología, se entiende por fenómeno la unión de los planos de las acumulaciones y los flujos sociales.

CUADRO B

PLANOS SITUACIONALES ESPACIOS SITUACIONALES	(A) REGLAS BÁSICAS o ACUMULACIONES ESENCIALES	(B) ACUMULACIONES SOCIALES	(C) FLUJOS DE HECHOS	VDP
	(1) DETERMINANTES GENERALES (SITUACIÓN GLOBAL)			
(2) CONDICIONANTES PARTICULARES (ÁMBITO DE UN CONJUNTO DE PROBLEMAS)				
(3) CONDICIONANTES SINGULARES (ESPACIO DE UN PROBLEMA)				

- ⇒ RELACIONES DE DETERMINACIÓN DEL ESPACIO DE VARIEDAD POSIBLE DEL FENÓMENO (B y C)
- RELACIONES DE CONDICIONAMIENTO
- ←--- RELACIONES DE FENOSTRUCTURACIÓN
- RELACIONES DE GENESTRUCTURACIÓN.

Explicar la realidad de salud no puede limitarse a sólo uno o varios de los cuadrantes de los cuadros A y B; significa, por el contrario, rastrear el VDP de uno o varios problemas hasta precisar las relaciones horizontales y verticales entre nudos explicativos relevantes.

El grado de profundidad de un problema, o de dificultad para disolverlo o solucionarlo, depende del mapeo de los nudos explicativos sobre el plano y los espacios situacionales señalados.

2.4 Sistemas de salud

El sistema de salud es un modo particular de organización de la sociedad para producir y distribuir servicios y acciones de salud, a través de redes de instituciones y unidades productoras de esos servicios. Puede ser situado en el ámbito general en cuanto es una acumulación social que contribuye a la producción de hechos que reproducen (o cambian) reglas básicas, tales como las relaciones de poder, acumulación económica, etc. La distribución social diferencial de las acciones y servicios del sistema de salud son, sin embargo, parte de las condiciones objetivas de existencia de cada grupo social en particular; y por lo tanto es un condicionante particular de la situación de salud que se gesta, desarrolla y adapta a las circunstancias dentro del espacio de variedad que permiten los determinantes generales del sistema social.

Ahora bien, el sistema de salud puede responder en la práctica a diferentes "modelos asistenciales". Esta diversidad de modelos que puede seguir el sistema de salud es de especial interés para la meta de SPT/2000 porque precisa potencialidades de producción de servicios de salud de alcance muy variado. Específicamente, a cada modelo asistencial corresponderán distintos resultados de su producción evaluados en función de:

- a. la eficacia direccional de sus operaciones y acciones para enfrentar los problemas de salud específicos de los distintos grupos sociales; es decir, la potencia de las operaciones para cerrar la brecha;
- b. la eficiencia económica y social en la producción de los servicios de salud expresada en la mejor utilización de los recursos e instrumentos que conforman la infraestructura de los sistemas de salud;
- c. la equidad en la prestación de los servicios a los distintos grupos sociales con diferentes perfiles epidemiológicos, y
- d. la modalidad participativa en la conducción del proceso de conexión entre la producción de los servicios y las necesidades de salud de la población; es decir en su planificación y gestión.

Desde este punto de vista, conviene caracterizar un sistema de salud como un modo de articulación de elementos precisos que permiten tipificarlo, evaluarlo o reformar su diseño. Para ello se puede precisar el modo pertinente de prestación de servicios de salud como la articulación entre:

- a. una estructura institucional y organizativa;
- b. una capacidad acumulada de producción;
- c. una tecnología de producción;
- d. un conjunto de programas de producción, dependientes de una forma particular de definir las necesidades de salud;

- e. un estilo de relación entre la producción de los servicios y la población servida;
- f. un conjunto de reglas que definen las vías y formas de financiamiento, de formación y utilización de recursos humanos y de prestación de servicios de salud a los diversos grupos sociales, y
- g. un criterio político de dirección y combinación de todos los elementos antes señalados, y una cierta capacidad de adaptación baja o alta en relación al cambio situacional.

El rol, jerarquía y relaciones de estos elementos en la conformación del sistema de salud como un todo permiten tipificar los diferentes "modelos asistenciales"; entendidos éstos como las formas en que se organizan, en un determinado espacio-poblacional y para determinados grupos humanos, los diferentes entes prestadores de servicios y las relaciones que se establecen dentro de ellas, y entre ellas y la población, así como como sus principales determinantes.

El cumplimiento del requisito de coherencia de un sistema de salud, expresado en la concreción de su modelo asistencial, con los criterios normativos de eficacia, eficiencia social, equidad y participación social, aprobados como objetivos de SPT/2000 por los gobiernos de la Región, debe presidir la evaluación y eventual reorientación de esos modelos, en todos y cada uno de sus componentes. La consecución de esos cuatro objetivos requiere, así, en el plano de la administración de esos sistemas, el diseño e instrumentación de una regionalización funcional de las redes de servicios, que asegure la articulación y complementación de sus unidades productoras según su capacidad de resolución de los problemas de salud de los diversos grupos de población, de una descentralización consistente con esa regionalización funcional y con una amplia participación social en su práctica.

2.5 Caracterización de la situación de salud

2.5.1 Las brechas o deudas sanitarias actuales

Las metas de SPT/2000 destinadas a alcanzar el máximo nivel posible de salud para todos los grupos humanos que forman la sociedad, y considera la salud como uno de los componentes básicos del bienestar humano. El logro de las metas de salud, está determinado por políticas que se refieren al ámbito de los servicios de salud y por aquellas encaminadas a garantizar el acceso universal a los medios necesarios para transformar la calidad de vida.

Considerados convencionalmente, los servicios de salud se producen con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud así como prevenir la ocurrencia de la enfermedad. Pero, el modelo asistencial de salud está determinado y condicionado por variables y condiciones algunas de las cuales están fuera de su dominio y que restringen su eficacia y eficiencia en el mediano y largo plazo. Depende también del valor relativo que un modelo político le adjudica a la salud en relación con otros objetivos y valores.

Las ciencias de la salud han desarrollado un caudal de conocimientos sobre las enfermedades fuertemente sustentado en una óptica biológica de las mismas. Sin embargo, aun cuando en general suelen admitirse relaciones de determinación y condicionamiento entre los procesos sociales y los fenómenos de salud-enfermedad, existen importantes limitaciones teórico-metodológicas que han dificultado la comprensión de las vinculaciones entre la salud y el desarrollo económico y social.

El reconocimiento de la heterogeneidad de perfiles de salud-enfermedad en diferentes grupos de población, obliga a discutir las limitaciones de los indicadores generalmente utilizados. En los últimos años ha habido importantes cuestionamientos a los indicadores de mortalidad debido a que ellos sólo recogen estadios terminales, puntuales y tardíos del proceso salud-enfermedad. También se ha encontrado que sus deficiencias de cobertura y calidad no se distribuyen homogéneamente entre diferentes sectores de población y grupos de patologías.

Los indicadores de morbilidad que se fundamentan en los registros suelen tener las mismas limitaciones ya señaladas para mortalidad pero en un grado mayor, razón por la cual tienden a reflejar más el perfil de oferta y accesibilidad de los servicios que el perfil de necesidades de diferentes grupos de población.

Por todo ello se ha planteado la necesidad de desarrollar indicadores que reflejen mejor las condiciones objetivas de existencia de la población. Esto probablemente explique por qué la meta de SPT/2000 aparece formulada en base a un conjunto de variables, tales como mortalidad infantil, mortalidad de niños de 1 - 4 años y expectativa de vida al nacer, las cuales se refieren a mortalidad; pero también en términos de cobertura de servicios de salud, incluyendo vacunas, cobertura de agua y saneamiento básico; las cuales reflejan, aunque en forma parcial, la calidad de vida.

Considerando las limitaciones de los registros de morbilidad y mortalidad, se considera que deben combinarse con la opinión de grupos expertos, para una mejor aproximación al verdadero perfil de salud/enfermedad de diferentes grupos de población.

Sin embargo, el más importante cuestionamiento a la forma habitual de definir problemas de salud, ha sido su carácter promedial. En la medida que se refieren a grupos heterogéneos de población que tienen

diferentes condiciones objetivas de existencia y por tanto diferentes perfiles de salud, tienden a ocultar las características que son más relevantes en cada grupo en favor de los valores promediales. Por ello se ha insistido en la necesidad de apreciar las necesidades de salud en base a grupos de población lo más homogéneos posibles. En este sentido, se hace necesario considerar las metas propuestas en combinación con el criterio de equidad. La evaluación de los perfiles de salud/enfermedad y de los servicios no debe limitarse a los valores promediales de cada país, sino que han de evaluarse en cada subdivisión político-territorial y en cada grupo de población. Es evidente que las categorías utilizadas para clasificar la población expresan una conceptualización teórica y una intencionalidad particulares del analista. Por ello esas clasificaciones variarán de un país a otro e incluso de un actor social a otro dentro de un mismo país. Sin embargo, debería aproximarse lo más posible a la configuración de grupos más homogéneos en relación a las condiciones objetivas de existencia, las cuales tienden a expresarse a su vez en perfiles peculiares de salud/enfermedad.

Otra importante consideración sobre la forma habitual de clasificar la información se refiere a su agrupación por criterios de localización anatómica o tipo de agente externo. Para fines prospectivos convendría agrupar la información en categorías que correspondan a acciones para controlar los problemas de salud, tales como: Enfermedades transmisibles prevenibles por vacunas, enfermedades de transmisión hídrica, enfermedades y accidentes ocupacionales, etc. Una agrupación de este tipo no sólo permitirá reducir considerablemente el número de categorías necesarias para describir la situación de salud, sino que además facilitaría el establecimiento de una correlación entre los valores de los indicadores respectivos en cada grupo poblacional y las operaciones y acciones que se realizan dentro del sistema de salud.

En cualquier caso, este procedimiento implica una reducción de categorías que pondrá de relieve algunas características de la morbilidad y que puede sacrificar otras que no se consideren relevantes. Se

considera que tales clasificaciones deben someterse a la consideración de equipos de expertos a nivel nacional; y dentro de cada país debe mantenerse la misma clasificación para todas las agrupaciones de población.

Las metas de SPT/2000 aprobadas por los Ministros de la región, establecen que todos los grupos de población deberán tener:

- a. Expectativa de vida al nacer no menor de 70 años.
- b. Mortalidad infantil no mayor de 30 por mil nacidos vivos.
- c. Mortalidad de 1-4 años no mayor de 2,4 por 1000 habitantes.
- d. Cobertura de 100% en menores de un año, de vacunación contra las enfermedades, en 1990.
- e. Acceso universal a agua potable y disposición de aguas servidas y excretas para 1990.
- f. Acceso universal a adecuados servicios de salud, de acuerdo a los objetivos aprobados de reorganización de los servicios en función de equidad, eficiencia y eficacia; además de participación, intersectorialidad y cooperación interregional.

La evaluación del perfil salud/enfermedad de diferentes grupos de población con respecto a las metas acordadas, establece las brechas o deudas sanitarias en cada grupo. Un paso siguiente es caracterizar la "situación de salud" que explica las brechas o deudas en cada grupo humano.

2.5.2 La situación de salud

Una explicación no es independiente de quién explica, para qué explica, desde qué posición explica y frente a quiénes otros explica. Por consiguiente, la situación de salud y la brecha sanitaria tienen una marcada carga subjetiva.

Una explicación situacional es siempre hecha por "NOSOTROS" o "ELLOS" como observadores intelectuales o como actores. Por lo tanto, es importante distinguir MI explicación de la explicación de los "OTROS" y precisar si se trata de un actor o un analista de la situación.

Una situación de salud, desde la perspectiva de un actor social, puede precisarse como:

- a. Una selección de problemas que afectan a grupos poblacionales determinados;
- b. Una enumeración de los hechos necesarios y suficientes que describen dichos problemas como el fenómeno que debe ser explicado, que llamaremos "vector de definición del problema" (VDP); y
- c. Una explicación o explicando del VDP, que supone identificar el complejo de relaciones entre las variables e invariables del sistema que producen los hechos componentes del VDP, ubicados éstos en los distintos planos y espacios situacionales señalados anteriormente.

Conviene destacar que en este proceso los "problemas" de un grupo de población serán definidos como problemas del perfil de salud-enfermedad y como problemas del modelo asistencial de salud. La correcta selección y caracterización de los problemas relevantes en cada

grupo humano aparece así como una condición necesaria para la eficacia de la estrategia de APS en el cumplimiento de los compromisos asumidos en las metas de SPT/2000.

2.6 Un Ejemplo de Análisis de un Problema de Salud

En este ejemplo partiremos de la presunción de que ya se han definido los grupos de población y se ha hecho una definición y selección adecuada de los problemas que se consideran prioritarios en dichos grupos. Para fines del ejemplo, asumamos que uno de los grupos seleccionados es la población marginal urbana y que en dicho grupo se ha seleccionado, entre otros problemas, el incremento de la mortalidad infantil. Por lo tanto, corresponde analizar este problema y explicarlo de acuerdo a los espacios y planos situacionales correspondientes, a fin de identificar Nudos Críticos en los cuales sería necesario incidir para modificar el problema.

2.6.1 El vector de definición del problema

Al precisar el conjunto de hechos que permiten una definición del problema en el grupo de población seleccionado, podemos proceder a identificar las causas de muerte que representan la gran mayoría del problema; supongamos que hemos encontrado, bien sea con base a la información registrada, mediante investigaciones o mediante estimación por opinión de grupos de expertos, la siguiente distribución proporcional de dicho incremento:

- Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA).....	60 %
- Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA).....	15 %
- Otras Enfermedades Infecciosas.....	10 %
- Malformaciones Congenitas.....	5 %
- Afecciones Peculiares del Per. Perinatal.....	3 %
Sub total.....	93 %

De acuerdo a la opinión de los expertos y el interés del actor, se asume que estos hechos son suficientes para definir el incremento de la mortalidad infantil en ese grupo humano. Estos hechos constituirán el vector de definición del problema (VDP). Obsérvese que para el ejemplo hemos escogido un problema definido en el dominio de lo singular, por cuanto corresponde a un problema específico de salud. Sin embargo, según el interés del actor y el espacio que gobierna, podría definirse el mismo problema en el espacio de lo particular o de lo general. Así por ejemplo, podría definirse el problema en términos de deterioro de las condiciones objetivas de existencia de ese grupo de población y en ese caso (espacio particular) los elementos que conformaran el VDP serían de un nivel superior a los anteriores; o podría definirse el problema en términos de deterioro de la distribución de la riqueza, en cuyo caso estaría situado en el espacio más general y el VDP se compondrá de hechos de mayor jerarquía. Obsérvese que la definición depende no solo del problema sino también del espacio dentro del cual se lo sitúa para su análisis, lo cual depende de los intereses del actor y de los recursos que dispone (económicos, tiempo y poder).

Mientras más elevado es el nivel de definición y de explicación, mayor es la potencia explicativa del análisis, pero mayores son los recursos necesarios. Los diferentes espacios de definición de un problema no son excluyentes; por el contrario, los niveles superiores comprenden los inferiores tal como se ilustra en el gráfico 1.

Si el actor optara entre espacios excluyentes, en la medida que asciende en los espacios jerárquicos, ganará en comprensión del problema (de lo singular a lo general) pero perderá en la apreciación de particularidades y singularidades del mismo, que son básicas para la acción concreta sobre el problema.

GRAFICO 1

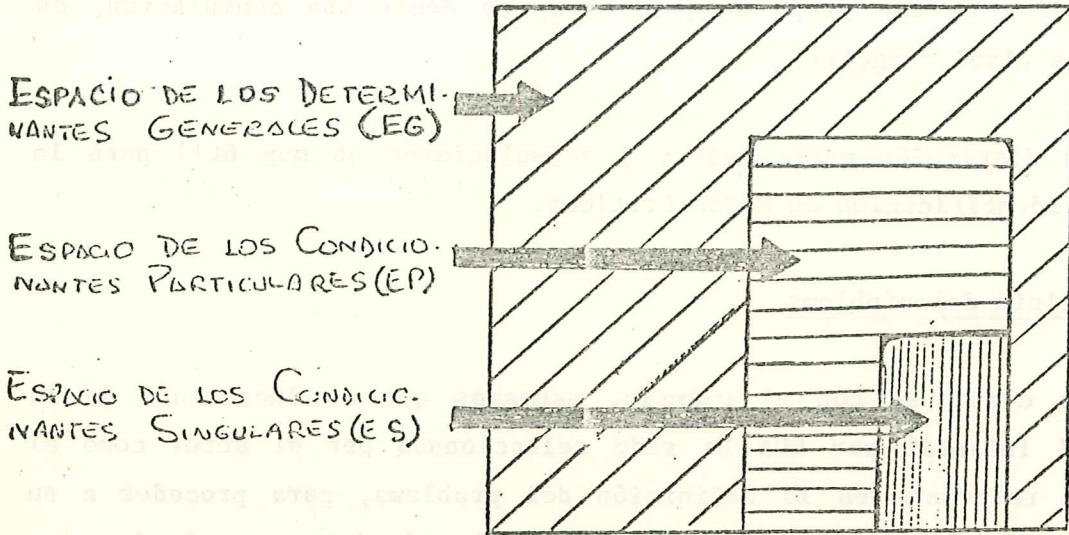


GRAFICO 2

PLANOS ESPACIOS	REGLAS	ACUMULACIONES	FLUJOS (HECHOS)
GENERAL			
PARTICULAR			
SINGULAR	<ul style="list-style-type: none"> * SUSCEPTIBILIDAD * RIESGO * AGENTES EXISTENTES * HORARIOS * COSTOS 	<ul style="list-style-type: none"> * ALTA TASA MORTALIDAD DE E.D.A., INFECC. VIRALES, CURENTES. * BAJO NIVEL EDUCATIVO * INADECUADA E INEXISTENTE ATENCION. * BAJA VACCINACION. 	<p>▲ AUMENTO DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR E.D.A.</p>

Lo importante es que el VDP debe contener aquellos hechos que permiten una adecuada definición del problema en el espacio de gobernabilidad del actor. Estos hechos deben ser flujos, es decir procesos. Así por ejemplo, la definición del problema: incremento de la mortalidad infantil podra definirse como incremento de la mortalidad infantil por EDA, pero no debería definirse como alta tasa de mortalidad infantil por EDA, por cuanto no constituye un proceso sino una característica de ese grupo de población, es decir una acumulación, en este caso a nivel singular.

Esta distinción entre hechos y acumulaciones es muy útil para la posterior identificación de Nudos Criticos.

2.6.2 Análisis del problema

Para continuar con el ejemplo, asumamos que el incremento de la mortalidad infantil por EDA ha sido seleccionado por el actor como el hecho mas relevante en la definición del problema, para proceder a su análisis. Se trata ahora de identificar los hechos, acumulaciones y reglas que determinan y condicionan el vector de definición del problema; en este caso, para simplificar, representado por un solo hecho: incremento de la mortalidad infantil por EDA.

Entre los hechos singulares relevantes para el VDP del problema seleccionado está, por ejemplo, el incremento del número de casos de EDA, el incremento del número de desnutridos, el incremento de enfermos de EDA con infecciones intercurrentes, y otros procesos, cuya variación (aumento o disminución) incide en aumentar la mortalidad infantil por EDA en ese grupo de población. (Cuadro 2).

En el espacio de lo singular el actor puede identificar, bien sea por el conocimiento científico disponible, por constatación empírica mediante investigaciones o por juicio de expertos, algunas acumulaciones relevantes que explican los hechos seleccionados: altas tasas de

morbilidad por EDA, por ERA y por otras infecciones, altas tasas de desnutrición, inadecuada o inoportuna atención médica, bajo nivel educativo, escasa disponibilidad de recursos económicos, etc. Es decir, un conjunto de acumulaciones que constituyen características relevantes para condicionar el incremento de mortalidad por EDA; para este nivel de explicación resultan útiles, siempre que puedan ser utilizadas, las técnicas de estudio epidemiológico de factores de riesgo (riesgo relativo y riesgo atribuible), mediante estudios de casos-controles, transversales y de cohorte. Sin embargo, el conocimiento y la experiencia de los actores y de los grupos de expertos podrían dar evaluaciones aproximadas de la relevancia de diferentes acumulaciones para explicar el hecho bajo análisis.

Es importante esforzarse por identificar y sopesar las acumulaciones que explican los hechos con cierta exhaustividad; sin embargo, el nivel de desagregación puede reducirse considerablemente haciendo una buena identificación y selección de hechos y reagrupando las acumulaciones por similitud de tecnologías de acción. Por ejemplo: enfermedades de transmisión hídrica, enfermedades prevenibles por vacuna, inadecuada atención médica, etc.

A continuación se procederá a identificar leyes y reglas que rigen las acumulaciones en este nivel de explicación singular. Por ejemplo: características de los agentes de diarrea en ese lugar, leyes y reglas que establecen mayor susceptibilidad de algunos individuos, horarios de los servicios, costo del transporte y de los servicios, etc. Es decir el conjunto de reglas y leyes de carácter biológico y social que condicionan las acumulaciones singulares que constituyen características de los individuos que mueren por EDA.

Obsérvese que algunas reglas son modificables si alteramos algunas acumulaciones en este nivel; por ejemplo, si mejoramos el estado nutricional disminuye la susceptibilidad, si logramos vacunar disminuirá la acumulación de otras infecciones y ello también disminuirá la

susceptibilidad. También es posible que los recursos de que dispone el actor (económicos, poder y tiempo) le permitan modificar directamente algunas de las reglas en este nivel singular; así por ejemplo, podría modificar el horario de los servicios y mejorar la cobertura de atenciones adecuadas y oportunas y otras acumulaciones. Pero, frecuentemente, la única forma de cambiar las reglas a este nivel es acumular recursos en un nivel mayor. Así, por ejemplo, el cambio de horarios podría ser resistido por el personal, pero si el grupo social de marginados urbanos incrementa su organización y acumula poder (espacio particular) podría respaldar la decisión o conquistar el respaldo de niveles superiores y cambiar así las reglas.

El análisis en este nivel permite identificar no solo el conjunto de procesos que explican el fenómeno en las dimensiones que ha sido definido en este espacio, sino también identificar nudos críticos que deben ser modificados y las posibilidades y limitaciones del actor que analiza a este nivel.

El análisis también permitirá evidenciar que algunas de las acumulaciones singulares están condicionadas y determinadas en otros espacios y niveles. Así, por ejemplo, la alta frecuencia de episodios diarreicos es expresión de las malas condiciones de saneamiento básico que forman parte de las condiciones objetivas de existencia de los pobladores marginales urbanos (espacio particular) y difícilmente son modificables por acciones a nivel de los individuos o por el programa de control de diarreas. Esto hará necesario, para una explicación de mayor potencia, elevar el rastreo de los hechos, acumulaciones y reglas al espacio de los condicionantes particulares para poder identificar nudos críticos en este nivel. En esta instancia, algunos de los problemas o dificultades identificadas en el nivel singular se disuelven en otros de mayor jerarquía y se resuelven en la medida que se modifiquen los nudos críticos pertinentes. Así, por ejemplo, la identificación de altas tasas de desnutrición como acumulación singular relevante que condiciona la elevación de la mortalidad por EDA podría conducir en el nivel singular a

definir una operación de control consistente en la distribución de raciones de complementación alimentaria para desnutridos, o a la hospitalización de los desnutridos de segundo y tercer grado, etc. Sin embargo, al ubicar la explicación en el espacio de los condicionantes particulares, podrían definirse operaciones que reduzcan el desempleo en ese grupo social o favorezcan la disponibilidad y accesibilidad de alimentos de alto valor biológico, etc.; y ello podría hacer irrelevante la existencia de las acciones decididas al limitarnos al espacio singular, o permitiría redimensionarlas con carácter transitorio o de menor cobertura al formar parte de una operación de mayor nivel.

En este ejemplo nos hemos limitado a un problema con un VDP de un solo hecho; la necesidad de elevar el nivel explicativo, es más fácilmente evidenciable al construir la explicación de todos los problemas seleccionados. Ello evidenciará más fácilmente la existencia de nudos críticos que son comunes a varios problemas.

Para la identificación de hechos, acumulaciones y reglas del espacio particular (para la salud de un grupo de población), tenemos varias posibilidades de arrancar nuestro análisis. Por ejemplo podemos comenzar por identificar los hechos que caracterizan las condiciones objetivas de existencia de ese grupo de población y que condicionan su perfil de salud-enfermedad, que son relevantes para la explicación de los problemas seleccionados, tal como han sido definidos en sus VDP respectivos. Conviene, para mayor sistematización, utilizar los 4 momentos de este espacio (biológico, ecológico, de conciencia y conducta, y económico). Siguiendo nuestro ejemplo, mediante el conocimiento disponible o juicio de expertos, podría identificarse en este grupo poblacional: incremento de la susceptibilidad, deterioro de la accesibilidad a alimentos, aumento de la frecuencia de bajo peso al nacer y otros (momento biológico); deterioro del nivel organizativo, incremento del rechazo a los servicios, incremento de la automedicación, del consumo alcohólico, del analfabetismo y otros (momento de reproducción de las formas de conciencia y conducta); incremento del desempleo, deterioro del

poder adquisitivo, disminución de la accesibilidad a servicios de salud, reducción de la cobertura de inmunizaciones y del programa de rehidratación oral, y otros (momento económico, producción y consumo).

Así identificamos los hechos del espacio de condicionamiento particular, es decir que son particulares de ese grupo de población y que inciden de manera relevante en sus problemas de salud, tal como han sido descritos en el VDP. Obsérvese que no se trata de una enumeración más o menos exhaustiva de características del grupo poblacional; sino de identificar en diferentes momentos aquellos hechos (movimientos, flujos, procesos) de las condiciones objetivas de existencia de dicho grupo, que condicionan de manera relevante los hechos que conforman los VDP de los problemas seleccionados. Sin embargo, es importante intentar identificar, lo más exhaustivamente posible, el conjunto de hechos que son relevantes para la explicación de los problemas.

Es importante notar que los hechos identificados a nivel particular, constituyen condicionantes de todo el espacio de los condicionamientos singulares, es decir de los hechos, acumulaciones y reglas del nivel singular. Así, por ejemplo, mejoras o deterioro en la oferta y calidad de agua para este grupo humano, afectaran las tasas de morbilidad por enfermedades diarreicas (acumulación singular); y el deterioro de la capacidad organizativa o la participación en el poder y decisiones por parte de este grupo pueden afectar negativamente la forma como se establecen los horarios de los servicios puesto que pesarán más las necesidades e intereses de otros grupos (por ejemplo, del personal de los servicios).

Nuevamente en este punto es necesario insistir que muchas de las relaciones son difícilmente cuantificables, y sin embargo, son fácilmente evidenciables como relevantes por el juicio de grupos de expertos.

La identificación de hechos del espacio particular, es decir, que corresponden a las condiciones objetivas de existencia de ese grupo, y

que afectan de manera relevante los hechos del VDP de los problemas seleccionados, incrementa de manera significativa la potencia explicativa del actor, puesto que le permite identificar nudos criticos cuya modificación le permitirá alterar muchos de los hechos, acumulaciones y reglas del nivel singular y por tanto el VDP de los problemas. Así, por ejemplo, si se puede diseñar una operación que impida el deterioro del

CUADRO No. 2

PLANOS ESPACIO	REGLAS	ACUMULACIONES	FLUJOS (Hechos) [VDP]
GENERAL			
PARTICULAR			<ul style="list-style-type: none"> (E) Dism. nivel ingresos, Aumento Desempleo, etc (Cy) Aumento Organización, Aumento Automedicación (E) Disminución Calidad agua, etc. (B) Aumento Cris. Pesca al nacer, Dism. accesibilidad alimentos, etc.
SINGULAR	<ul style="list-style-type: none"> * Susceptibilidad. * Riesgo. * Agütes. * Recursos de Servicios. * Costos de Servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> * Alta Tasa Morbilidad por EDA y otras Infecciones. * Inadecuada o inoportuna atención. * Alto desnutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> * Aumento Morbilidad por EDA. * Aumento morbilidad otras... * ... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> <p>Elevación de Mortalidad por E.D.A. *... *... *...</p> </div>

poder adquisitivo de ese grupo de población (hecho particular) se lograría modificar favorablemente muchos de los hechos, acumulaciones y

reglas que condicionan los VDP de los problemas relevantes en dicho grupo. Sin embargo, es fácil comprender que para modificar estos hechos particulares muy probablemente será necesario rastrear las acumulaciones y reglas particulares o de nivel general que condicionan y determinan dichos hechos.

Para identificar acumulaciones particulares conviene, una vez más, organizarlas en los cuatro momentos que conforman este espacio situacional. Así se podrá, bien mediante el conocimiento disponible, mediante investigaciones o mediante juicio de expertos, identificar por ejemplo: alto riesgo de desnutrición, de deterioro genético, alta susceptibilidad genética (étnica) a algunos agentes, etc. (momento biológico); alta exposición a contaminantes ambientales, insuficiente saneamiento básico, etc., (momento ecológico); escasa disponibilidad y acceso a escuelas, escasa organización y participación, etc., (momento de la conciencia y conducta); inserción en el sector informal de la economía, escaso control sobre el proceso productivo, inestabilidad del empleo, acceso solo a servicios de salud de poca capacidad de resolución, etc., (momento económico, producción y consumo).

En este nivel de la explicación se podrán identificar relaciones y nudos críticos de gran relevancia y cuya modificación podrá afectar la capacidad de producción de hechos (particulares y singulares) y así modificar las acumulaciones y reglas. De esta manera se alteraran los VDP de los problemas.

Así, por ejemplo, una modificación del acceso a servicios de mayor capacidad de resolución de problemas, podría afectar el incremento de enfermedades infecciosas (hecho singular), por cuanto podría aumentar la cobertura de inmunizaciones, de rehidratación oral y otros, contrarrestando así hechos particulares, y por lo tanto, afectando las tasas de dichas enfermedades (acumulación particular). Sin embargo, ello podría requerir cambiar algunas reglas particulares como podrían ser las formas de financiamiento de los servicios o el peso de los usuarios de

ese grupo en la planificación y gestión de los mismos. Para ello podría ser necesario acumular recursos en el espacio más general de determinación para modificar, por ejemplo, la distribución del ingreso nacional o las relaciones entre fuerzas sociales, o el basamento jurídico del sistema de salud, etc. El actor deberá así reformular su problema en el espacio más general donde operan los procesos determinantes del conjunto de hechos sociales relevantes para la explicación del mismo.

De nuevo, se procederá a identificar aquellos hechos, acumulaciones y reglas básicas que lo rigen y determinan en este espacio.

2.6.3 Selección de nudos críticos

Al avanzar en este proceso explicativo, el actor reconstruye los complejos procesos de determinación y condicionamiento de los hechos que definen el VDP de los problemas relevantes en ese grupo de población, se mueve desde niveles inferiores a superiores y desde los hechos hacia las acumulaciones y reglas, es decir recupera las diferentes formas de relación y movimiento entre procesos que corresponden a espacios de diferente jerarquía y planos de diferente profundidad explicativa.

La mayor capacidad y experiencia del actor social, y su mayor disponibilidad de recursos (económicos, tiempo y poder) le permitirán explicaciones de mayor potencia; por el contrario sus limitaciones se reflejarán en la capacidad explicativa de sus análisis. La utilización del juicio de grupos de expertos, combinado cuando sea posible, con técnicas cuantitativas de evaluación de la fuerza de las relaciones, contribuirá a una mayor precisión de los análisis.

Una vez construida la matriz explicativa de los problemas, es decir una vez situados y explicados de acuerdo al actor social que planifica, serán evidentes los nudos críticos que, situados en diferentes espacios, tienen de acuerdo al análisis una mayor potencia para afectar los VDP de los problemas seleccionados. Estos serán aquellos puntos donde se

entrecruzan y concentran tramas explicativas de más hechos y más problemas; obviamente, en estos nudos ha de concentrarse la atención del actor social para definir operaciones y acciones que pretendan modificar los VDP de los problemas.

Esta matriz explicativa tiene la virtud de que puede ser ajustada progresivamente en la medida que el seguimiento y control evidencie que las operaciones y acciones no inciden en la medida esperada sobre los problemas. Tiene, además, la ventaja de poder ser utilizada en diferentes condiciones de desarrollo y disponibilidad de recursos. Por otra parte, al identificar y jerarquizar los nudos críticos, el actor adquiere evidencia de las posibilidades y limitaciones de su grado de control sobre el espacio de los problemas en que actúa y, en consecuencia, de los recursos que necesita acumular para modificar los problemas cuyos nudos críticos están fuera de su espacio de gobierno.

La reconstrucción del ejercicio explicativo a partir de los nudos críticos, permite además, en la medida que puede intentarse una visión prospectiva de ellos, identificar los cambios previsibles en el problema, en el horizonte de tiempo establecido y en las nuevas situaciones.

2.7 Prospectivas y Escenarios para SPT/2000

2.7.1 La incertidumbre sobre el futuro

Todo esfuerzo para asumir un punto de vista prospectivo ha de aceptar que la conformación de la "situación" en un horizonte temporal establecido es expresión de múltiples procesos, los cuales se mueven y varían en unidades distintas de tiempo. Algunos procesos cambian en períodos relativamente largos (como las tendencias demográficas) y otros cambian su tendencia en períodos relativamente cortos; algunos involucran numerosas variables y complejas relaciones. Ello establece los límites de cuales variables pueden ser proyectadas mediante técnicas estadísticas sencillas o complejas.

Un punto de vista prospectivo requiere valorar la necesaria incertidumbre y considerar que la abundancia de información y la sofisticación de las técnicas utilizadas no la eliminará, razón por la cual es necesario emplear la propia capacidad subjetiva humana, la experiencia y la capacidad de síntesis de las personas conocedoras, como un recurso válido para fortalecer la apreciación y síntesis de la gran cantidad de variables intervinientes. Por lo tanto, la visión prospectiva no se puede restringir a la valoración probabilística de escenarios mediante técnicas estadísticas.

Por otra parte, cuando queremos explicar una situación de salud en base a sus determinantes generales, particulares y de los sistemas de salud, debe considerarse que dichos procesos se traducen en fenómenos de salud-enfermedad después de un tiempo que puede variar considerablemente; en este sentido, la situación de salud de hoy expresa procesos de hoy y de diferentes momentos del ayer.

La consideración de la forma como se articulan los diferentes procesos para la determinación de la "situación" en un horizonte de tiempo establecido, no es ajena a los propios intereses de los actores sociales involucrados y del "futuro deseado" por cada uno de ellos. Por esa razón asumir un punto de vista prospectivo supone asumir la variedad de "puntos de vista" de los diferentes actores sociales involucrados. Todo actor social que intenta planificar prospectivamente debe tomar conciencia que su punto de vista no es el único ni necesariamente compartido por todos los agentes sociales; y deberá considerar los otros puntos de vista relevantes como una variable importante que intervendrá en los procesos de determinación. De allí que mientras más democrático y participativo sea el esfuerzo de prospectiva, mayores probabilidades de éxito tendrá. Así, los escenarios son siempre relativos a un actor y a su situación.

2.7.2 Invariante, tendencias, variantes y opciones

La estrategia de APS no puede ser una apuesta ciega sobre el futuro. El futuro tiene múltiples avenidas y muchos futuros son posibles porque no siempre podemos elegir una de tales avenidas o asegurar que al final de ella está la situación-objetivo que esperábamos. La descripción de un futuro posible, imaginable o deseable, así como del camino o trayectoria que lo conecta con nuestra situación inicial, es un escenario prospectivo en el significado general de la palabra.

Desde hace algunos años el concepto de escenario ha acompañado a la planificación estratégica como una herramienta para reducir la incertidumbre. Desde luego ninguna técnica puede eliminarla. En el caso concreto de la APS para SPT/2000, los propósitos centrales con que proponemos utilizar las técnicas de prospectiva mediante escenarios son:

- a. Prever los ámbitos de variaciones posibles en el espacio de las determinaciones generales para prever sus implicaciones sobre el espacio de los condicionantes particulares de salud en cada grupo de población.
- b. Prever en el espacio de los condicionantes particulares de la salud las variaciones posibles en cuanto al perfil de salud/enfermedad de cada grupo de población.
- c. En base a lo anterior, prever los cambios posibles en los problemas y las restricciones y posibilidades de abordarlos; este análisis permite distinguir entre problemas actuales y potenciales y posibilidades y restricciones actuales y potenciales.

Para construir escenarios es necesario distinguir las variables que están bajo nuestro control de las que no lo están; y en ambos casos, aquellas que son generadoras de certidumbre de las que generan incertidumbre. En este sentido conviene distinguir las siguientes categorías:

Variante: es una variable que se mueve fuera del espacio de control del actor que planifica. Ello puede ocurrir de dos maneras: a) porque es una variable fuera del control de todos los actores sociales (ejemplo: variaciones climáticas, desastres naturales, enfermedades de etiopatogenia tan insuficiente conocida que no es previsible el desarrollo de terapéuticas o tecnologías de control en el horizonte de tiempo de la estrategia, etc.) y b) porque es una variable controlada por otros actores sociales (ejemplo: crecimiento del PBI, nivel de empleo, flujo de divisas, tecnologías contaminantes de producción industrial, disponibilidad y precio de medicamentos y equipos tecnomédicos, número de egresados de diferentes profesiones, etc.)

Invariante es una variable o un conjunto de variables que para los efectos prácticos de la estrategia APS para SPT/2000 pueden considerarse como constantes que no pueden ser alteradas por el actor que diseña la estrategia. En otras palabras, así como la variante se mueve fuera de nuestro control, la invariante es constante fuera de nuestro control. (Ejemplo: características étnicas, el modelo económico, la estructura política, la estructura por edades de la población, la estructura ideológica, la posición geográfica). Es importante enfatizar que la consideración como invariante asignada a una variable está siempre referida a un actor determinado, en una situación y en un horizonte de tiempo establecido. Por ello una misma variable puede ser invariante para un actor en una situación y

en un horizonte de tiempo y ser en cambio variante para otro actor o en otras circunstancias. Por lo tanto, invariante no significa en todos los casos, inmodificable.

. Tendencia de largo plazo: Es el movimiento previsible, y a veces predecible, de una variable en el muy largo plazo, que no puede atribuirse a ningún actor en particular. (Ejemplo: tendencias demográficas, tendencias históricas de algunas enfermedades y problemas de salud, etc.).

. Tendencia insinuante: Es el movimiento en germen, en la situación inicial, de una variable que empieza a insinuar su importancia futura a pesar de que no cuenta en la situación actual. (Ejemplo: el SIDA en algunos países, algunos cánceres de origen industrial en áreas de desarrollo urbano industrial actual incipiente pero previsible, enfermedades tropicales en áreas donde se modificará la ecología, etc.).

. Opción: Es un abanico de posibilidades de acción dentro de las cuales el actor puede elegir con algún criterio y dentro de su espacio de restricciones. (Ejemplo: aumentar o disminuir el cobro directo de las atenciones médicas; el aumento o disminución del gasto público en salud; diferentes tecnologías para atender un problema; estrategia de erradicación o estratificación epidemiológica del control de malaria, etc.).

La clasificación de una variable en una o varias de las categorías señaladas, es siempre relativa a la posición del actor (inserción, interés y rol), al espacio en el cual actúa y al horizonte de tiempo relevante para la acción.

Un escenario se contruye apoyado en la seguridad de las invariantes y las tendencias largas para explorar el movimiento incierto imaginable, probable, posible o deseable de las variantes seleccionadas

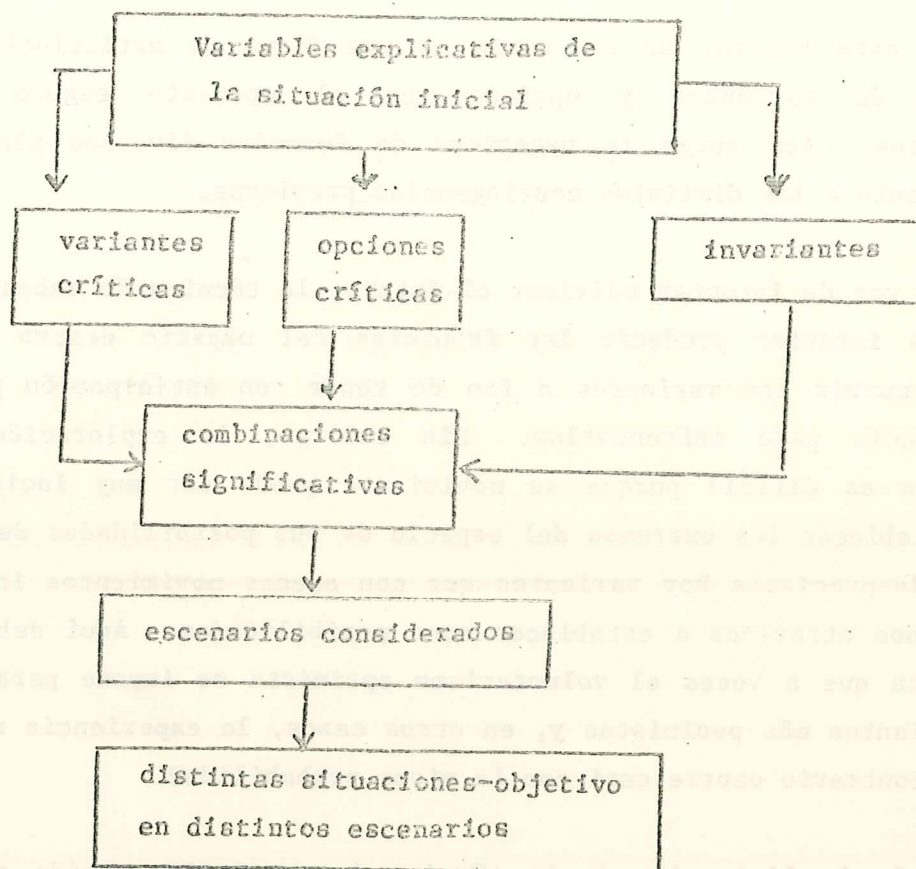
como críticas para el plan y así prever las opciones de acción pertinentes al cumplimiento de una situación-objetivo que pertenezca al espacio direccional del actor si se materializa el escenario calculado. Las invariantes y las tendencias largas son "reductoras de variedad" que simplifican la exploración prospectiva; en cambio las variantes, por ser potencialmente muy numerosas, exigen un proceso drástico de selectividad. Solo es posible trabajar con pocas variantes pues su efecto de multiplicación del número de escenarios es muy alto cuando se combinan con las opciones.

De esta manera, un escenario es una forma de articulación de un conjunto de variantes y opciones en el contexto seguro de las invariantes. Así surge la necesidad de formular diversos planes para hacer frente a las distintas contingencias previstas.

En vez de intentar adivinar el futuro, la técnica de escenarios nos invita a intentar predecir las fronteras del espacio dentro del cual pueden ocurrir las variantes a fin de tener con anticipación planes de contingencia para enfrentarlas. Sin embargo, la exploración de las variantes es difícil porque su movimiento puede ser muy incierto como para establecer los extremos del espacio de sus posibilidades de cambio o porque despreciamos hoy variantes que son apenas movimientos insinuantes que no nos atrevemos a establecer como posibilidades. Aquí debe tenerse en cuenta que a veces el voluntarismo optimista se impone para eliminar las variantes más pesimistas y, en otros casos, la experiencia nos indica que lo contrario ocurre casi con la misma probabilidad.

Así, la limitación de la técnica de escenarios reside en nuestra debilidad para predecir el espacio de ocurrencia de las variantes e imaginar tales variantes. A su vez, la bondad de la técnica de escenarios se fundamenta en que la predicción de una trayectoria es mucho más débil que la predicción de un espacio de variantes que a su vez apoya la previsión de diversos planes de contingencia para enfrentarlos. De esta manera, la planificación descansa menos en la capacidad de predicción y más en las técnicas de previsión.

Pero, la técnica de escenarios no es ni puede ser una garantía contra errores de predicción y previsión. En efecto, el futuro de las variantes puede desarrollarse fuera del espacio de los escenarios considerados. Como esta probabilidad de error es amplia, la única solución consiste en revisar y rehacer constantemente los escenarios prospectivos a fin de ajustar el espacio de los escenarios considerados posibles al desarrollo del cambio situacional.



Ahora bien, la técnica de escenarios se puede utilizar con muy distintos propósitos, además de servir a los propósitos de la planificación estratégica. Puede ser eficaz para argumentar por contraste sobre el desarrollo de un futuro y fundamentar una acción presente. Es también un ejercicio para imaginar posibilidades y capacidades. Estos diversos usos dan origen a distintos conceptos de escenario. Así se habla de escenarios imaginables o hipotéticos, escenarios posibles, escenarios normativos o de intención, escenarios más probables o de referencia central, escenarios extremos o de contraste, etc.

Por último, es importante enfatizar tres conceptos básicos para el ejercicio de la prospectiva:

- a. La previsión del futuro para tomar decisiones actuales, no debe ser confundida con la mera proyección estadística de variables; por cuanto muchos movimientos de ellas tienen carácter cualitativo, no cuantificable, y porque los procesos están intervenidos por factores subjetivos.
- b. La previsión apoyada en juicio de expertos tiene mayor fuerza y riqueza en la medida que se utilizan técnicas que implican el trabajo colectivo y multidisciplinario a diferentes niveles, que cuando se reducen al esfuerzo individual o de pequeños grupos de técnicos, y
- c. Para estos efectos, los grupos de expertos no pueden restringirse a especialistas o técnicos; deben ampliarse a "conocedores" de la situación desde diferentes experiencias, tales como por ejemplo: dirigentes sindicales o comunitarios, usuarios de los servicios, empresarios, etc., dependiendo del tipo de valoración y previsión que queramos realizar.

Con el solo propósito de ilustrar sobre los elementos y articulaciones básicas de un escenario, se presenta en el cuadro siguiente un ejemplo sumamente simple compuesto por solo dos variantes y dos opciones desde la perspectiva de un actor que se propone maximizar la eficacia, equidad y eficiencia del sistema de salud, ubicado en un espacio particular (SP) y, en un horizonte de 5 años. Se supone así, en el ejemplo, a un ministro de salud pública de un país X como el actor que se plantea el propósito mencionado y se eligen como variantes:

- a. los recursos, expresados como un porcentaje de la participación del sector salud en el PBI, y en relación a la tasa de crecimiento del PBI.
- b. la posibilidad de definir e instrumentar la reorganización del sector y sus instituciones (sistema de salud). En el ejemplo se asume que ambas variables están por fuera del control del ministro de salud (variantes). Las opciones se reducen a dos, las cuales adquieren distinto contenido y alcance según las cuatro combinaciones de variantes presentadas. Estas opciones se refieren a eficacia y equidad del sistema (coberturas de grupos de población y de problemas de salud) y a la eficiencia (adopción de recursos tecnológicos más o menos ahorradores de recursos dentro de límites de eficacia aceptables, y perfeccionamiento de la organización planificación y gerencia del sector y de sus instituciones).

En los escenarios seleccionados cambian significativamente las restricciones y posibilidades de alcanzar los objetivos y metas de SPT/2000. Por consiguiente, las brechas entre la situación de salud alcanzable en cada escenario y las propuestas para SPT/2000, serán de muy distinta dimensión, como lo indica el cuadro adjunto. Seguramente la magnitud de las brechas ordenadas de mayor a menor será 2, 1, 4, 3.

ESCENARIOS SPT/2000

OPCIONES VARIANTES COMBINADAS	OPCIONES COMBINABLES	CRITERIOS	ESTRATEGICOS
		OPCION 1 COBERTURA DE POBLACION COBERTURA DE PROBLEMAS (EFICACIA - EQUIDAD)	OPCION 2 AMBITO Y NIVEL DE EFICIENCIA
(1) - Recursos S. Salud: 3% del PBI con tasa <u>baja</u> crecimiento PBI - Reorganización Sectorial: SI	Privillegiar grupos población postergados, y Problemas de salud de mayor impacto reasignación de recursos	Maximizar la eficiencia del sector - Cambio tecnologías - Desarrollo sectorial e institucional	
(2) - Recursos S. Salud: 3% del PBI con tasa <u>baja</u> crecimiento PBI - Reorganización S. Salud: NO	Privillegiar grupos poblacionales postergados y problemas prioritarios de salud: Ambito ministerio	Maximizar la eficiencia del Ministerio - Cambio tecnologías limitadas - Desarrollo insitucional	
(3) - Recursos S. Salud: 10% del PBI con tasa <u>alta</u> crecimiento PBI - Reorganización S. Salud: SI	Ampliación de cobertura de grupos poblacionales y de problemas de salud Reasignación de recursos	Maximizar la eficiencia del sector - Cambios tecnologías - Desarrollo sectorial e institucional	
(4) - Recursos S. Salud: 10% del PBI con tasa <u>alta</u> crecimiento PBI - Reorganización S. Salud: NO	Ampliación de cobertura de grupos poblacionales y de problemas de salud	Maximización de eficiencia Ministerio de Salud - Cambios Tecnológicos - Desarrollo institucional	

Espacio: Particular (SP)
Actor: Ministro de Salud
Horizonte: 5 años

CUADRO

ESCENARIOS SPT/2000 Y BRECHAS POTENCIALES

opciones VARIANTES COMBINADAS	COMBINACIONES DE LAS OPCIONES 1 y 2.
(1) - RECURSOS S. SALUD : 3% PBI CON TASA BAJA DE CRECIMIENTO PBI - REORGANIZACION SECTORIAL : <u>SI</u>	BRECHA 1
(2) - RECURSOS S. SALUD : 3% PBI CON TASA BAJA CRECIMIENTO PBI - REORGANIZACION SECTORIAL : <u>NO</u>	BRECHA 2
(3) - RECURSOS S. SALUD : 10% PBI CON TASA <u>ALTA</u> CRECIMIENTO PBI - REORGANIZACION SECTORIAL : <u>SI</u>	BRECHA 3
- RECURSOS S. SALUD : 10% PBI CON TASA <u>ALTA</u> CRECIMIENTO PBI - REORGANIZACION SECTORIAL : <u>NO</u>	BRECHA 4

2.7.3 El análisis prospectivo como proceso que incide en el presente

Si se quiere lograr que el esfuerzo de análisis prospectivo conduzca a cambios en los sistemas de salud, se han de utilizar procedimientos que favorezcan la participación y democratización de dicho esfuerzo. Resulta así vital la movilización de los recursos técnicos y de opinión que existen en los países y evitar la concentración de esta función en pocas manos de expertos. Por ello, el grupo ha considerado la noción de escenarios dentro de una perspectiva amplia, no limitada a aquellas técnicas que habitualmente requieren gran disponibilidad de recursos y el uso de sofisticados procedimientos estadísticos y matemáticos; incorporando a otras técnicas prospectivas que pueden desarrollarse en condiciones de poca disponibilidad de recursos y gran incertidumbre.

En la metodología propuesta se incorpora, en muchas oportunidades, el criterio valorativo de grupos de expertos (entendidos éstos no con el criterio tradicional, sino como personas conocedoras del campo en el cual

deben decidir y representantes de diferentes experiencias). Así por ejemplo, se considera que la selección de las variables relevantes para explicar la situación de salud, y para construir los contextos generales, para valorar el peso relativo de dichas variables, para valorar los diferentes procesos en la función de producción de servicios, e inclusive en la identificación de cuales son los problemas relevantes de salud, son procesos en los cuales no solo ha de considerarse la información disponible y procesada de acuerdo a las posibilidades, sino además el criterio valorativo de grupos de expertos. Esta valoración del trabajo colectivo, de la movilización de las opiniones de expertos en diferentes áreas, combinada con la necesidad de evaluar por grupos de población (regionales, sociales y otros), contribuiría a generar un contexto favorable al cambio.

Ello requiere desarrollar la capacidad de utilización de técnicas heurísticas a fin de incrementar la utilidad de estos procesos valorativos, pero ello no debe entenderse como la necesidad de posposición del proceso evaluativo, sino como una reorientación de la cooperación hacia el diseño y promoción de procedimientos sencillos para los fines señalados, ya que el propio proceso es una variable importante a favor del cambio y el desarrollo de la capacidad deseada.

La más importante utilidad de visualizar la situación de salud para el año 2000 (prospectiva) es adoptar, desde hoy, las decisiones que hagan posible modificar los servicios y acciones de salud para disminuir o eliminar la brecha entre la situación deseada (meta) y la que se configuraría bajo otros escenarios.

La previsión, más que un esfuerzo de anticipación, es un ejercicio para tratar de comprender las consecuencias sobre los problemas de salud y sobre las posibilidades de alcanzar SPT/2000, de las determinantes generales, de los condicionantes particulares y de la forma como se organizan los sistemas de salud en el presente, y a partir de allí reorientar nuestras decisiones de hoy en la dirección que nuestra previsión nos indica.

La repetición periódica del ejercicio de previsión, permitiría un reajuste de la direccionalidad del cambio requerido, puesto que se podrán evaluar los impactos de las decisiones de cambio adoptadas y reajustar la valoración que se ha hecho de las diferentes variables determinantes a la luz de los cambios ocurridos; además de incorporar los nuevos desarrollos que no pudieron ser previstos en la oportunidad anterior. La repetición del ejercicio puede disminuir la necesidad de esforzarse por prever lo improbable o inimaginable.

El punto de vista prospectivo permite avisorar el futuro y reorientar las acciones de hoy. Permite visualizar el sentido del cambio requerido, pero no resuelve el camino de dicho cambio. Alcanzar la situación objetivo requiere establecer un plan. Este debe ser entendido no como un conjunto de metas normativas, sino como un cálculo que precede y preside la acción cotidiana del gerente, como el conjunto de procedimientos y acciones que construyan la factibilidad (económica y técnica), y la viabilidad (política) de las metas propuestas.

Los más modernos desarrollos de la planificación estratégica, entre ellos la planificación situacional, han elaborado herramientas conceptuales y metodológicas que pueden fortalecer altamente la capacidad de la OPS, de los países y de diferentes actores sociales para alcanzar las metas que se han propuesto en salud.

Por lo tanto, al mismo tiempo que se promueven los esfuerzos de evaluación prospectiva con las características señaladas sería conveniente fortalecer la capacidad de los países en las técnicas de planificación estratégico-situacional.

Por otra parte, habitualmente el proceso de planificación de los sistemas de salud se ha restringido a los ministerios de salud o al sector público. Un esfuerzo planificador de carácter estratégico, articulado a una visión prospectiva, debería considerar el conjunto de

las instituciones y agentes de salud y evaluar las posibilidades y limitaciones que surjan de esta complejidad organizativa.

Existe poca experiencia acumulada, tanto en las instituciones de salud de los países como en la propia OPS/OMS, en las técnicas de análisis prospectivo. Las experiencias de planificación normativa han predominado en la mayoría de los países. En el marco de la crisis económica de los últimos años, las actividades se han reducido en muchos casos a una planificación en que meramente se ajustan las metas a los recursos disponibles, abandonándose inclusive las referencias normativas a los perfiles y necesidades de salud de la población. En otros casos, ha ocurrido un desfase entre el discurso normativo y las metas de planificación, o entre las metas y la realidad. Como consecuencia, los sistemas de planificación se han debilitado y las actividades tienden a adquirir un carácter rutinario, ritual, confinado a pequeños grupos de especialistas, cuya única referencia suele ser la justificación presupuestaria y con poco efecto real sobre las decisiones cotidianas y la marcha de las instituciones. La epidemiología por su parte no ha desarrollado suficiente experiencia en el estudio de perfiles epidemiológicos y en la evaluación del impacto de las acciones y servicios sobre la situación de salud, limitando habitualmente su aporte en este campo sólo a estudios descriptivos poco útiles para los fines señalados.

Esta inexperiencia de los países y también de la OPS, debe tenerse presente para fortalecer la capacidad de análisis prospectivo.

3. Una Aproximación Metodológica

3.1 Esquema general

En base a las consideraciones anteriores, en esta sección se presenta una aproximación metodológica para: 1) Precisar la evolución de la situación de salud de los diversos grupos de población en los países a

la luz de las metas SPT/2000 y los objetivos regionales; ii) identificar los cambios que sería necesario introducir en las estrategias de APS y en los modelos asistenciales de los países para alcanzar las metas y objetivos y iii) evaluar las implicaciones económicas de los cambios exigidos.

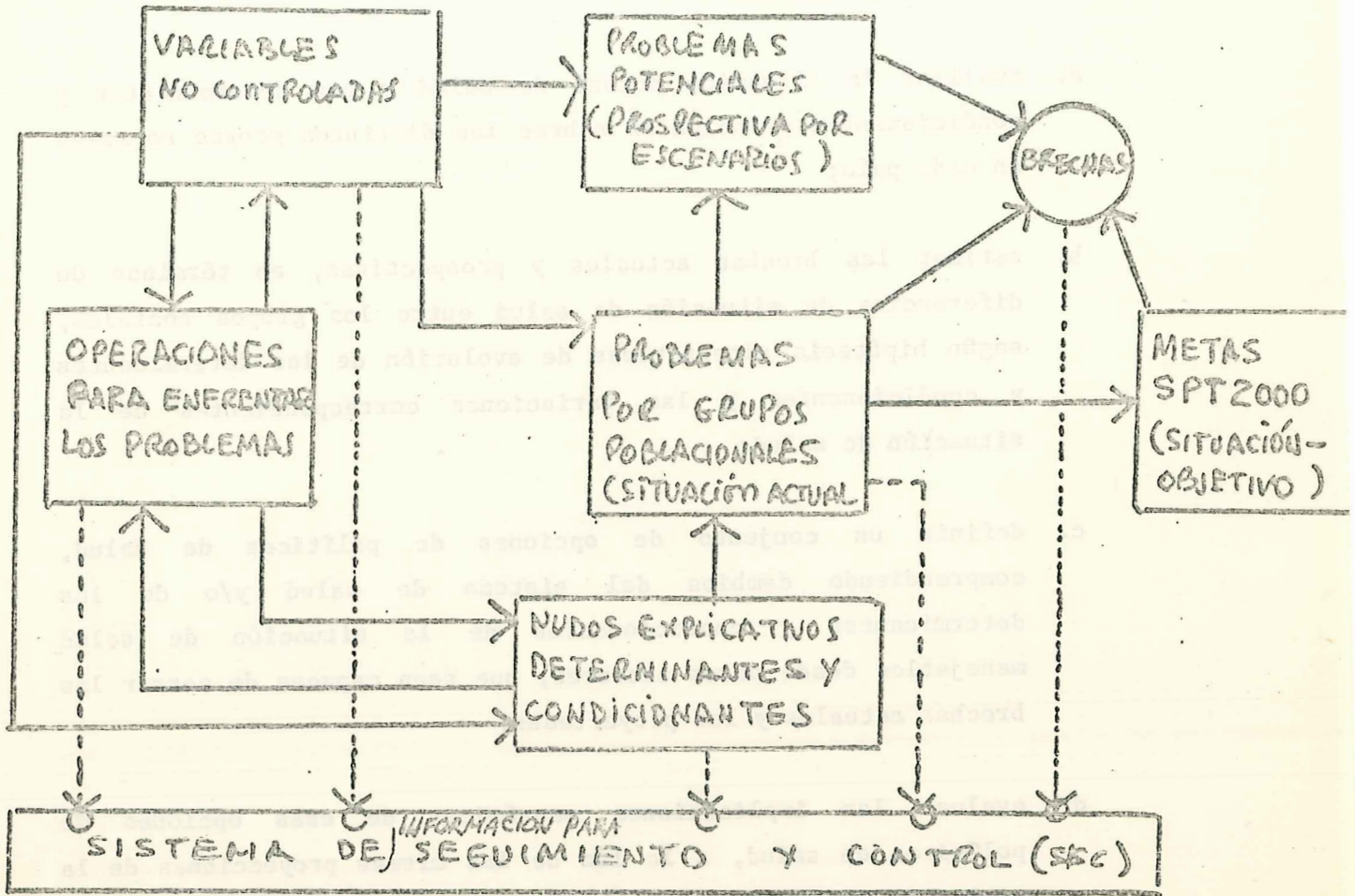
Para ello es necesario:

- a. analizar la situación actual de salud y sus determinantes y condicionantes principales sobre los distintos grupos sociales en cada país;
- b. estimar las brechas actuales y prospectivas, en términos de diferencias de situación de salud entre los grupos sociales, según hipótesis alternativas de evolución de los determinantes y condicionantes y las variaciones correspondientes de la situación de salud;
- c. definir un conjunto de opciones de políticas de salud, comprendiendo cambios del sistema de salud y/o de los determinantes y condicionantes de la situación de salud manejables desde otros sectores, que sean capaces de cerrar las brechas actuales y las proyectadas;
- d. evaluar las implicaciones económicas de esas opciones de políticas de salud, a la luz de las mismas proyecciones de la evolución de los determinantes y condicionantes respectivos; y
- e. establecer un sistema de información para el monitoreo de indicadores que permita darle seguimiento a las variables no controladas, a las operaciones (opciones), a los determinantes y condicionantes, a los problemas por grupos de población y a las brechas. Este sistema de seguimiento permitirá periódicamente reanalizar los problemas, reevaluar el peso de los determinantes y condicionantes y reajustar las operaciones en función de la nueva situación.

Una expresión gráfica de este proceso se presenta en el Gráfico No. 1.

Gráfico No. 1

ESTRATEGIA APS PARA LAS METAS SPT/2000



3.2. Caracterización de los grupos de población

Antes que nada es necesario subdividir la población por grupos lo más "homogéneos" posibles en relación a sus condiciones objetivas de existencia, las cuales, según se señaló anteriormente, deben entenderse como la forma particular como un grupo social se inserta en el proceso productivo, participa en la distribución y consumo de bienes y servicios, y participa en el proceso político y toma de decisiones.

Una primera aproximación puede aprovechar la distribución social del espacio y conformar así unidades espacio-poblacionales, las cuales pueden corresponderse con regiones y subregiones (estados), etc., tal como han sido determinadas para fines de planificación económica en la mayoría de los países, y en la medida que el conocimiento, la información y los recursos disponibles lo permitan, se conformarían unidades espacio-poblacionales menos numerosas y más homogéneas desde el punto de vista de las condiciones objetivas de existencia de sus pobladores, tales como barrios en las ciudades o zonas por tipo de producción agropecuaria o isocronas de distancia - tiempo a los servicios u otras que se han intentado.

Posteriormente podría intentarse reagrupar unidades espacio-poblacionales con similar composición social, aun cuando pertenezcan a diferentes regiones y subregiones para una visión en el nivel nacional de los diferentes grupos sociales.

Esta forma de abordar la clasificación de la población tiene grandes ventajas: Recupera los esfuerzos de regionalización ya realizados por los países, respeta, y por lo tanto permite utilizarlas, las unidades políticas de registro de los sistemas de información demográfica y de salud, y en general se aproxima a la experiencia teórico-metodológica del personal de los servicios de salud. Tiene, sin embargo, grandes limitaciones que es necesario reconocer para intentar su

superación progresiva: Las unidades espacio-poblacionales son una buena aproximación pero no se corresponden con grupos sociales, de esta forma encerrarán siempre una heterogeneidad social que puede ocultar problemas relevantes en grupos minoritarios. Otra limitación importante es que algunos grupos sociales podrían estar referidos a varias unidades espacio-poblacionales según el criterio que se adopte para el registro de la información. Ejemplo: Trabajadores de una industria pueden residir en otra zona, y así sus problemas de salud laboral se registrarían en una y los problemas de salud-enfermedad en general, suyos y de sus grupos familiares, se registrarían en otra. De esa manera será difícil conocer el verdadero perfil de problemas de ese grupo poblacional. Por otra parte, ocurre en muchos lugares que la población no demanda atención en la institución de salud que le correspondería según la zona sino en otras, o bien la demanda que pesa sobre dicha institución puede ser muy restringida porque la población considerará que ella tiene poca capacidad de resolución. Por ello sería necesario mejorar esta información corrigiéndola y redistribuyéndola por residencia o procedencia.

Por todo ello, será necesario entonces desarrollar progresivamente procedimientos de investigación e información mas activos que no se limiten a los sistemas de registro actuales, que partan de una caracterización mas rigurosa de los diferentes grupos sociales.

Mientras tanto, podrían intentarse investigaciones en "grupos centinelas"⁽⁸⁾, es decir en pequeñas muestras de aquellos grupos de población que se consideren relevantes y de los cuales se considera necesario obtener mejor conocimiento sobre sus problemas.

(8) Pequeños grupos de población seleccionados por ser altamente sensibles a los problemas y sus determinantes y ofrecer factibilidad para obtener información. Ellos serán señales de "alarma" de lo que puede estar ocurriendo en el resto de ese grupo poblacional.

Otra opción es intentar usar la muestra utilizada en las Encuestas de Hogares, para introducir información sobre la situación de salud. Ello permitiría clasificar posteriormente la población según las variables económicas y sociales evaluadas en la encuesta y definir así problemas prioritarios de salud para cada grupo. En este sentido ya existe experiencia en algunos países de la Región que podría aprovecharse.

3.3 La situación inicial y la selección de los problemas de salud

Salud para Todos en el Año 2000 precisa un conjunto de objetivos y metas que deben ser alcanzados. Estos tienen como contrapartida grandes problemas de salud que afectan a los países de la Región. Una condición necesaria para alcanzar esos objetivos y metas consiste en seleccionar en cada país los problemas que marcan la distancia entre la situación-objetivo y la situación actual.

El primer criterio para la selección y precisión de los problemas consiste en distinguir las brechas que separan a los diversos grupos poblacionales de un país, entre sí y con la situación-objetivo aceptada como necesaria y posible en el proyecto SPT/2000.

Un segundo criterio para seleccionar y precisar los problemas de salud que serán prioritariamente enfrentados en la estrategia de APS consiste en postular la relación:

(Pr1, Pr2, ... Prj) → Metas de SPT/2000

Esta relación implica el descarte de algunos problemas así como el dimensionamiento y calificación de los cambios que deben sufrir los problemas seleccionados (Pr1, Pr2, ... Prj) para que la relación enunciada sea aceptable como imputación de implicancia con una probabilidad razonable de verificarse más adelante en la práctica.

Esto obliga a verificar si la selección de los problemas en base a la situación promedio nacional responde o se aleja de la situación particular de cada grupo poblacional.

CUADRO NO. 1

VDP DE LOS PROBLEMAS SELECCIONADOS
POR GRUPOS POBLACIONALES

GRUPOS POBLACIONALES PROBLEMAS	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
P _{T1}	VDP ₁₁	VDP ₁₂	VDP ₁₃	VDP ₁₄
P _{T2}	VDP ₂₁	VDP ₂₂	VDP ₂₃	VDP ₂₄
P _{T3}	VDP ₃₁	VDP ₃₂	VDP ₃₃	VDP ₃₄
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
P _{Tj}	VDP _{j1}	VDP _{j2}	VDP _{j3}	VDP _{j4}

Esto puede hacerse precisando los VDP de cada problema seleccionado para cada grupo poblacional.

Hecho este análisis se podrá apreciar con claridad cuáles problemas son más relevantes para cada grupo poblacional y qué características del VDP son típicas para cada uno de dichos grupos. Con estos antecedentes es posible mejorar la selección y precisar la definición de los problemas de salud que parecen relevantes.

Un tercer criterio para la selección y precisión de los problemas supone ampliar los dos criterios anteriores con una exploración del futuro en distintos escenarios, a fin de captar no solo los problemas actuales en su dimensión presente, sino también los problemas potenciales que aún no muestran relevancia y reconsiderar la dimensión de los problemas actuales.

Un cuarto criterio de selección y precisión surge de la necesidad de conciliar, desde su inicio, lo normativo con lo estratégico. En efecto, la precisión de un problema no es ajena al plano y espacio situacionales en que se supone residen las causas de mayor peso para su desarrollo. Los problemas de salud solo pueden plantearse dentro de las restricciones para su solución que enfrenta el actor social que promueve el plan. Así, algunos problemas se descartan porque su solución resulta política, económica o técnicamente inviable y otras se redefinen en el espacio restringido en que pueden ser abordados después de agotadas las exploraciones para construirles visibilidad.

3.4 Análisis de problemas de salud

3.4.1 Precisión de un problema en su espacio

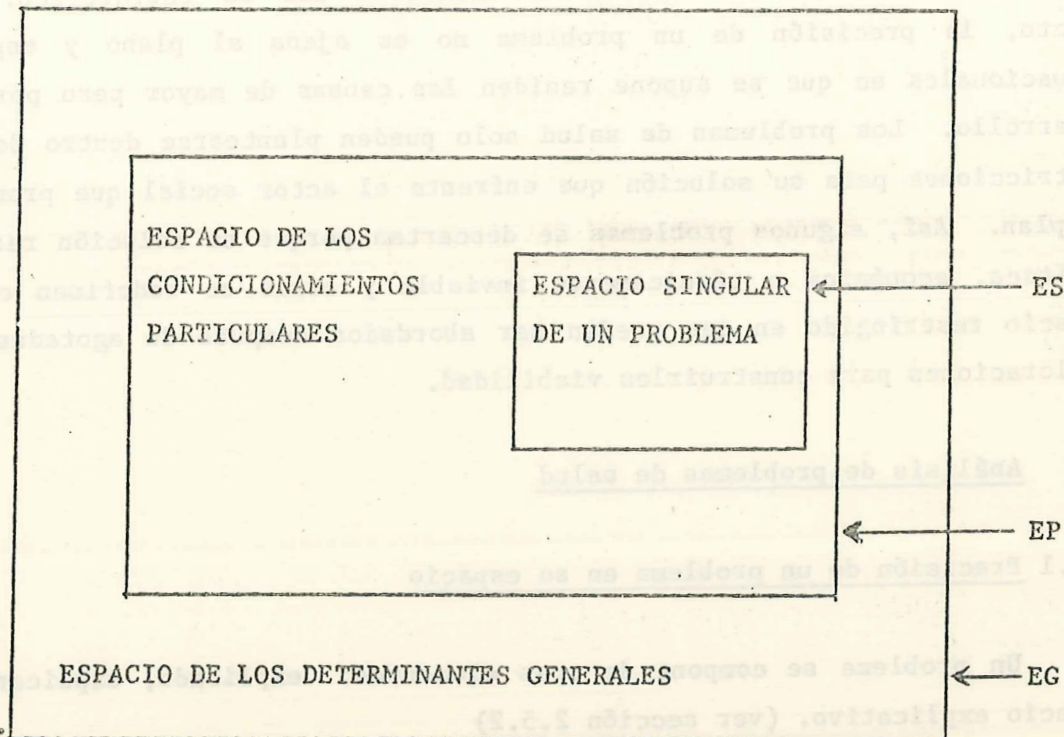
Un problema se compone de tres elementos: explicado, explicando y espacio explicativo. (ver sección 2.5.2)

$$Pr = E(Ex1, Ex2)$$

En esta relación "E" es el sistema recursivo de espacios jerarquizados del problema, Ex1 el explicado y Ex2 el explicando. Los elementos Ex1 y Ex2 son relativos al espacio E dentro del cual se hace la explicación del problema.

Un problema tiene que precisarse en un espacio determinado que es un espacio restringido o singular que delimita sus fronteras. A su vez, el espacio singular "ES" de un problema se ubica dentro del espacio "EP" que comprende los condicionamientos particulares que pesan sobre los diversos problemas de salud seleccionados como relevantes. El espacio "EP" es el ámbito explicativo que se postula como pertinente a la definición del conjunto $S_i = (Pr_2, \dots, Pr_n)$ de problemas de salud de un grupo de población considerados en la situación inicial del plan.

ESPACIOS JERARQUIZADOS QUE DETERMINAN Y
CONDICIONAN UN PROBLEMA



El espacio "EG" es el espacio de mayor jerarquía; es el ámbito de los Determinantes Generales del sistema social sobre los problemas específicos analizados.

El vector de definición de un problema (VDP) es la precisión del explicado Ex_1 . Es una caracterización precisa en el plano de los flujos de producción social mediante la enumeración de un conjunto $Ex_1 = (R_1, R_2, \dots, R_j)$ de resultados o hechos característicos que conforman una condición necesaria y suficiente para distinguir un problema de otro cualquiera o precisar las distintas maneras de entender un problema. Estos hechos enumerados son los puntos de contacto más inmediato de los hombres con las realidades insatisfactorias que viven.

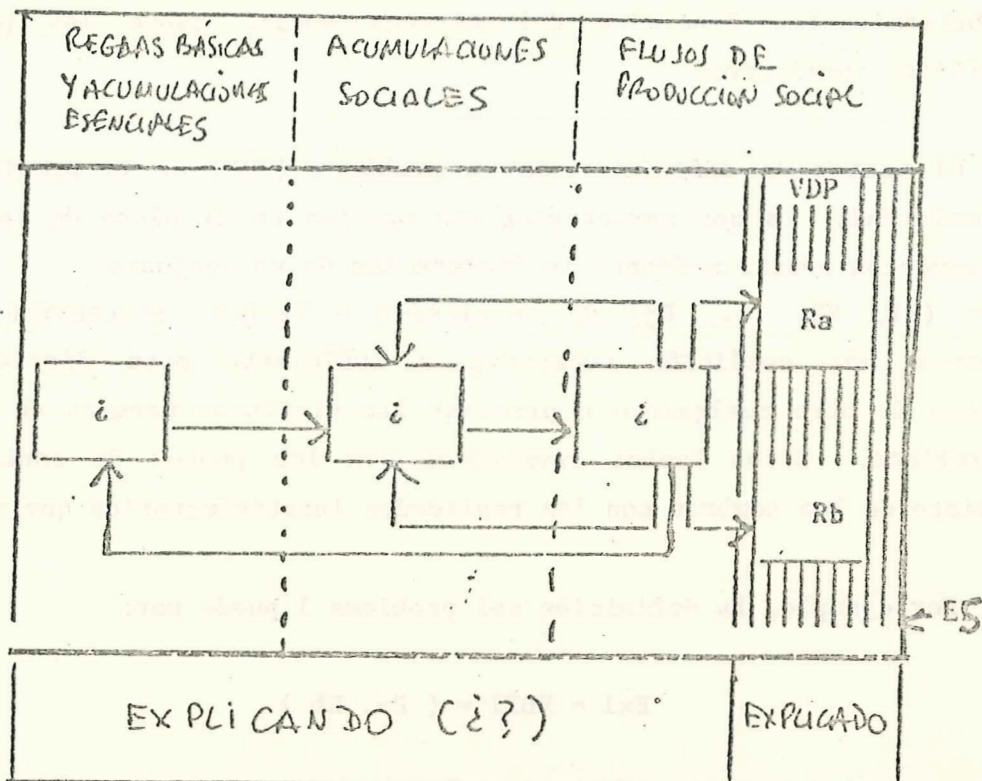
Por ejemplo, la definición del problema 1 puede ser:

$$Ex_1 = VDP_1 = (R_a, R_b)$$

donde el vector de definición del problema VDP_1 se precisa por los hechos R_a y R_b que constituyen resultados sociales reconocibles. Cualquier otro hecho adicional es redundante en la precisión del problema y si falta R_a o R_b la explicación es ambigua y da cabida a muy diversas interpretaciones sobre el contenido del problema.

La definición correcta de un problema se expresa en su VDP, pero ello no significa que su formulación sea correcta. Aquí es necesario distinguir entre formulación correcta de un problema y su precisión o definición rigurosa en el VDP. Los resultados (R_a, R_b) enumerados son relativos a la forma en que el problema es delimitado en el espacio ES por un actor social.

DEFINICION DEL PROBLEMA I



Una de las principales dificultades en la práctica de la planificación por problemas reside en que una realidad concreta constituye o no un verdadero problema no sólo en relación a la verificación del contraste entre hechos y normas en el espacio restringido "ES" de su análisis, sino respecto de los espacios más amplios "EP" y "EG" de la realidad que comprende al problema explicado como un subsistema. Así, un problema está bien formulado si existe como una deficiencia o una brecha actual o potencial entre hechos y normas no sólo en el espacio ES restringido a su constatación singular, sino en los espacios EP y EG del metasistema que lo comprende.

En efecto, el problema 1 en el espacio ES puede disolverse en el espacio EP que comprende un nivel superior recursivo de problemas. Si ello ocurre, el problema 1 es un "falso problema". Esta distinción es importante respecto de los criterios para precisar un problema, ya que el VDP de un problema puede ser preciso respecto a un falso problema o un problema mal formulado. A la inversa, un problema puede estar bien formulado pero ser impreciso su vector de definición.

Veámos el ejemplo siguiente. Se ha comprobado (problema 1) que en el grupo poblacional A los niños menores de 5 años no reciben total y oportunamente las raciones alimenticias necesarias para enfrentar el grado de desnutrición infantil que padecen; investigaciones recientes demuestran que un 50% de dichas raciones no llega a manos de las familias supuestamente beneficiadas. Alguien define entonces el siguiente problema: "baja eficiencia en la distribución de la alimentación en menores de 5 años para el grupo poblacional A".

El problema 1 está así definido en un espacio ES muy singular: el de la administración de las raciones nutritivas. Sin embargo, otro analista que estudia el problema de la pobreza crítica del Grupo Poblacional A en el Espacio EP puede identificar un problema distinto y más amplio: el de la desocupación y los bajos ingresos del grupo poblacional A (Problema 2). Si es posible solucionar o atenuar significativamente el Problema 2, el Problema 1 no se soluciona sino que se disuelve en el Problema 2 por la vía del mejoramiento de los ingresos y los niveles de ocupación. En efecto, en ese caso, distribuir raciones alimentarias podría ser superfluo.

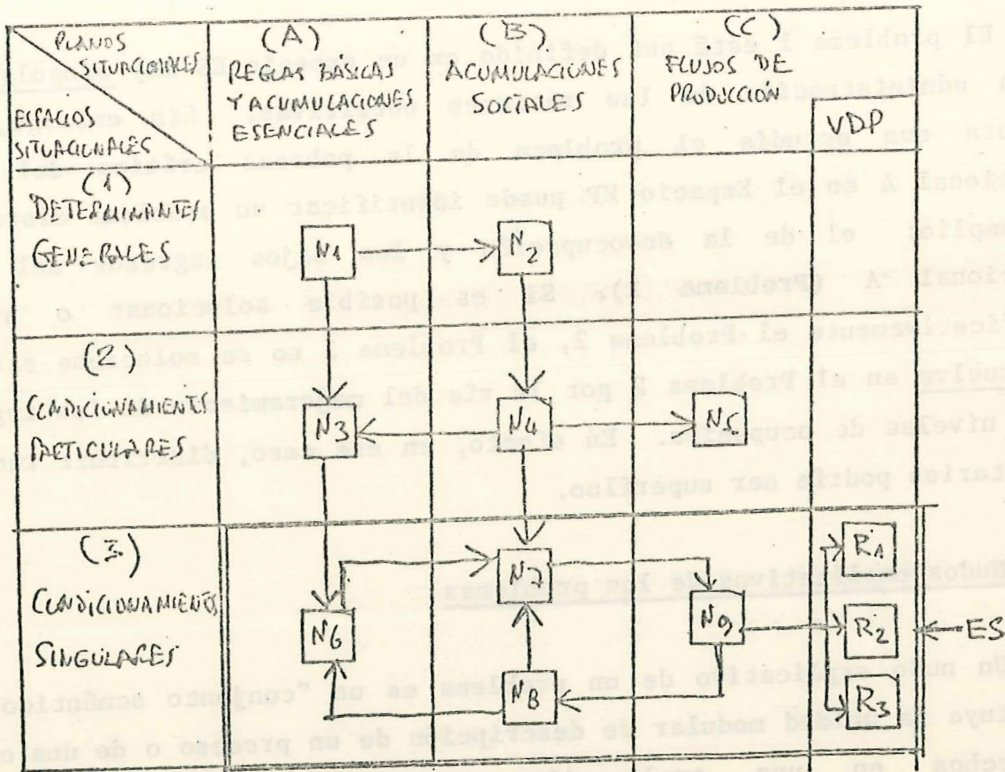
3.4.2 Nudos explicativos de los problemas

Un nudo explicativo de un problema es un "conjunto semántico" que constituye la unidad modular de descripción de un proceso o de una cadena de hechos en una explicación situacional. Estos nudos son

caracterizaciones que se localizan en el plano de las reglas básicas del sistema, en las acumulaciones sociales o en los flujos de producción social; cruzando la distinción anterior, también dichos nudos explicativos pueden localizarse en el espacio de las Determinantes Generales o en el de los Condicionamientos Particulares y singulares, según la autoreferencia del actor social.

Una relación entre dos nudos constituye una relación causal o una relación iniciativa-respuesta. De esta forma un flujograma de la explicación situacional es un sistema de relaciones explicativas donde el "explicado" es el vector de definición del problema y el "explicando" es una red de implicaciones explicativas que se ubica en los espacios A1, A2, A3, B1, B2, B3 y C1, C2, C3, que señala el cuadro No. 2.

CUADRO No. 2



En este esquema grafico son nudos explicativos (N1, N2, ..., N9) y el vector de definición del problema en el espacio ES es $VDP = (R1, R2, R3)$.

Estos espacios donde radican los nudos explicativos señalan grados distintos de dificultad del actor que, según el ejemplo, planifica en el espacio ES para cambiar las características de los "nudos críticos". Esto evidencia que algunos problemas podrán enfrentarse eficazmente con los recursos económicos, de tiempo y de poder de los cuales el actor dispone en su espacio. Otros requerirán su redefinición en un espacio de nivel superior y acumular mayores recursos para poder modificar sus nudos críticos.

El vector de definición de un problema se compone también de nudos, pero ellos son "nudos resultantes" del proceso explicado.

Para que un nudo sea un conjunto semántico preciso se requieren las siguientes condiciones: i) que su expresión cualitativa sea distinguible de otras aproximadas o similares; ii) que su expresión cuantitativa sea pertinente, significativa y precisa, y iii) que la articulación de las dos condiciones anteriores le otorgue al nudo un sentido desprovisto de ambigüedad.

Las relaciones entre los nudos de un flujograma de explicación situacional pueden ser el producto de: a) el juicio de expertos que indican cualitativamente el sentido y peso de una relación y b) un análisis métrico basado en modelos matemáticos experimentados si la relación específica entre dos o más nudos puede legítimamente tratarse como un problema bien estructurado.

3.4.3 La selección de los nudos críticos de intervención

El análisis de la situación inicial de salud, en relación al modelo social que el actor persigue, permitirá que éste identifique un conjunto

de problemas. En una primera aproximación será suficiente explicar la situación inicial por medio de un modelo cualitativo con algunos indicadores cuantitativos.

El gráfico siguiente ejemplifica en abstracto el tipo de esquema de flujos o redes explicativas que puede ser utilizado para el primer análisis sistemático de cada problema "aisladamente" considerado en la situación inicial. Aquí cada variable explicativa es un nudo de la red situacional, donde cada nudo contiene una argumentación cualitativa y, si es posible, también cuantitativa.

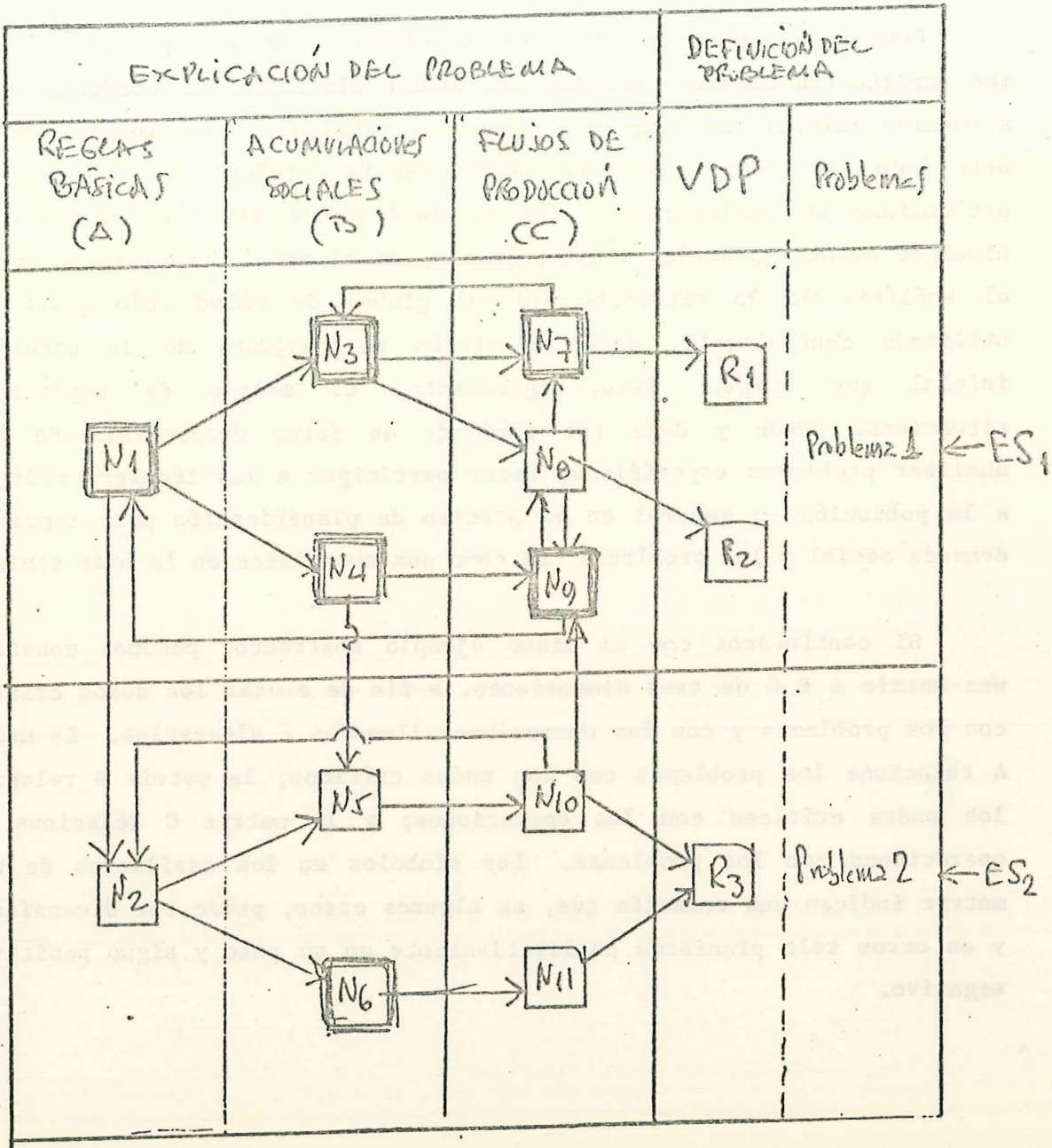
Este análisis de redes situacionales explicativas permite detectar "nudos críticos" que, en principio, contienen la explicación principal de los problemas analizados. Esos nudos críticos son los que deben ser intervenidos por el actor a fin de lograr los resultados identificados como objetivos.

En el cuadro No. 3 se muestra una red que explica simultáneamente dos problemas en el Espacio Singular. Los nudos rayados señalan su selección como nudos críticos para la acción sobre el sistema. Esto es naturalmente un juicio que depende del tipo de teoría aceptada por el actor que explica y de la forma en que ella es aplicada a la realidad concreta.

Un nudo es crítico si el VDP del problema es significativamente sensible al cambio de sus características. A veces, toda una cadena explicativa de la red puede ser crítica. La verificación de los nudos críticos puede hacerse mediante juicio de expertos o métodos métricos formalizados. Ahora bien, cada problema identificado tiene una red explicativa en el método propuesto. Sin embargo, cada red explicativa es inseparable de la explicación total, pues todos los nudos están interrelacionados de alguna manera directa o indirecta. Se trata en consecuencia de una explicación sistémica. Sin embargo aunque todos los

CUADRO NO. 3

NUDOS CRITICOS DE LA EXPLICACION



= NUDOS CRITICOS

problemas tienen una explicación de conjunto, es posible hacer un análisis problema por problema, siempre que se precise con rigor el concepto de espacio de un problema. De esta manera, tanto a nivel del problema particular como de la situación inicial que exhibe un conjunto de problemas, es posible detectar los nudos críticos sobre los cuales debemos actuar para cambiar la intensidad, características y tendencias de los problemas.

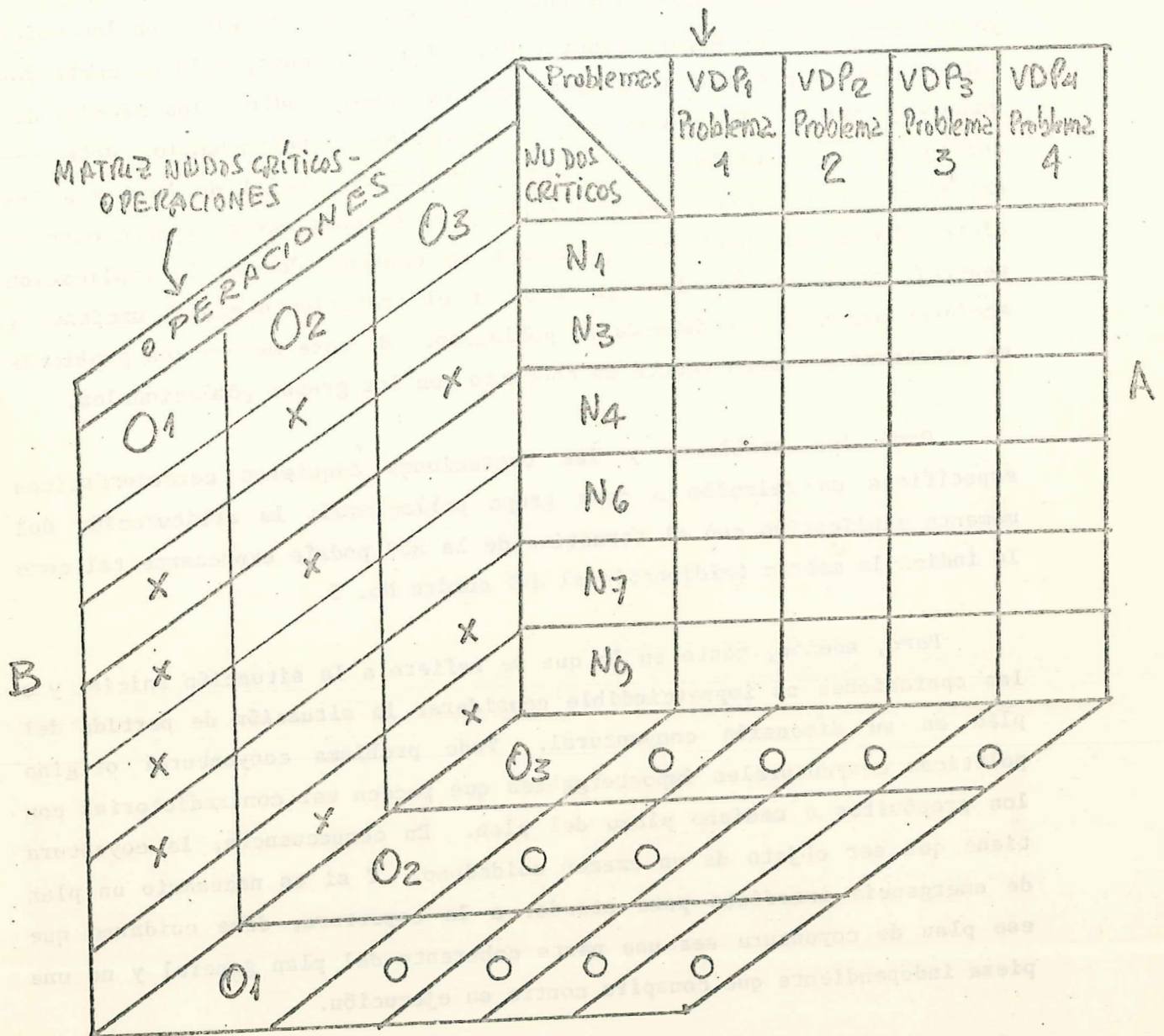
Esta esquematización tiene las siguientes ventajas: por un lado, la red explicativa completa permite una visión sistémica del conjunto de la situación inicial que comprende todos los problemas seleccionados, y por otro lado, las redes parciales hacen posible "aislar" un problema para profundizar su explicación a fin de fundamentar las operaciones a un nivel de detalle práctico. Naturalmente, si el método expuesto se aplica al análisis de la situación inicial global de salud sólo podrá ser utilizado centralmente, dada la visión de conjunto de la situación inicial que exige. Pero, igualmente, el método de explicación situacional puede y debe ser empleado en forma descentralizada para analizar problemas específicos, hacer participar a los técnicos medios y a la población en general en el proceso de planificación para captar la demanda social y los problemas tal como son apreciados en la base social.

Si continuamos con el mismo ejemplo abstracto, podemos construir una matriz A B C de tres dimensiones, a fin de cruzar los nudos críticos con los problemas y con las operaciones llamadas a alterarlos. La matriz A relaciona los problemas con los nudos críticos; la matriz B relaciona los nudos críticos con las operaciones; y la matriz C relaciona las operaciones con los problemas. Los símbolos en los casilleros de cada matriz indican una relación que, en algunos casos, puede ser dimensionada y en otros solo precisada cualitativamente en su peso y signo positivo o negativo.

CUADRO No. 4

MATRIZ TRIDIMENSIONAL - OPERACIONES - NUDOS CRITICOS -
PROBLEMAS

MATRIZ NUDOS CRITICOS - PROBLEMAS



C = MATRIZ OPERACIONES - PROBLEMAS

Por este camino realizamos entonces una explicación de la situación inicial, un listado provisorio de operaciones y algunas ideas generales sobre la situación-objetivo. El diseño de la estrategia APS, en su momento normativo, debe verificar que el conjunto de operaciones seleccionadas sean las necesarias y suficientes para alterar los VDP de los problemas y al cambiar los VDP de los problemas se alcancen las metas ya señaladas de Salud para Todos (SPT). Estas pruebas, sólo en parte son estructurables y muchas veces los expertos deben acudir a los métodos de ensayo y error. El inventario de operaciones, por ejemplo, debe ser corregido y articulado en relación a la demanda social de base y a las experiencias recogidas. Allí surgirán, en algunos casos, operaciones de cierta dimensión, problemas parciales no considerados en la explicación general, problemas locales ignorados en el tratamiento global nacional y acciones urgentes que demanda la población. De esta manera los problemas se constatan permanentemente en contacto con los grupos poblacionales.

Como los problemas y las operaciones adquieren características específicas en relación a cada grupo poblacional, la articulación del momento explicativo con el normativo de la APS podría expresarse tal como lo indica la matriz tridimensional del cuadro No. 5.

Pero, además, tanto en lo que se refiere a la situación inicial y a las operaciones es imprescindible considerar la situación de partida del plan en su dimensión conyuntural. Todo problema conyuntural origina políticas conyunturales impostergables que pueden ser contradictorias con los propósitos a mediano plazo del plan. En consecuencia, la coyuntura tiene que ser objeto de un examen cuidadoso. Y si es necesario un plan de emergencia inmediato para atender a la coyuntura, debe cuidarse que ese plan de coyuntura sea una parte coherente del plan general y no una pieza independiente que conspire contra su ejecución.

La situación-objetivo que, en las primeras ideas es un esbozo genérico, tiene que ser precisada en sus dimensiones y características. De otra manera, no podríamos verificar si las operaciones seleccionadas son capaces de alcanzarla.

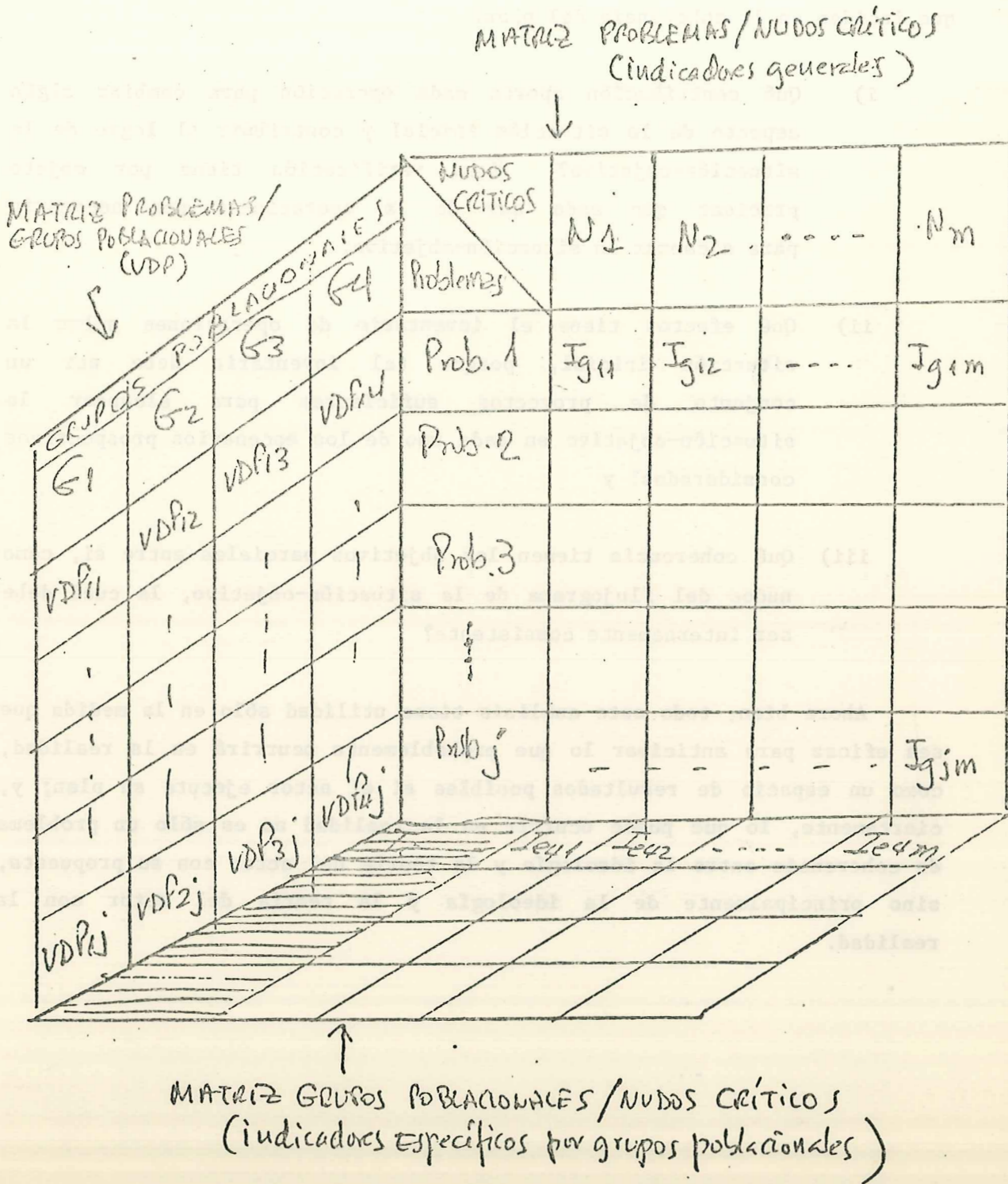
Sobre estas bases es posible verificar las siguientes cuestiones que inciden en la coherencia del plan:

- i) Qué contribución aporta cada operación para cambiar algún aspecto de la situación inicial y contribuir al logro de la situación-objetivo?. Esta verificación tiene por objeto precisar que cada una de las operaciones sea necesaria para alcanzar la situación-objetivo.
- ii) Qué efectos tiene el inventario de operaciones sobre la situación inicial, porque tal inventario debe ser un conjunto de proyectos suficientes para alcanzar la situación-objetivo en cada uno de los escenarios prospectivos considerados? y
- iii) Qué coherencia tienen los objetivos parciales entre sí, como nudos del flujograma de la situación-objetivo, la cual debe ser internamente consistente?

Ahora bien, todo este análisis tiene utilidad sólo en la medida que sea eficaz para anticipar lo que probablemente ocurrirá en la realidad, como un espacio de resultados posibles si el actor ejecuta su plan; y, ciertamente, lo que puede ocurrir en la realidad no es sólo un problema de coherencia entre la ideología y la teoría del actor con su propuesta, sino principalmente de la ideología y la teoría del actor con la realidad.

CUADRO No. 5

MATRIZ PROBLEMAS - NUDOS CRITICOS - GRUPOS POBLACIONALES



Esto pone en primer plano el problema de las relaciones entre la coherencia interna del plan y su eficacia práctica para alterar la realidad.

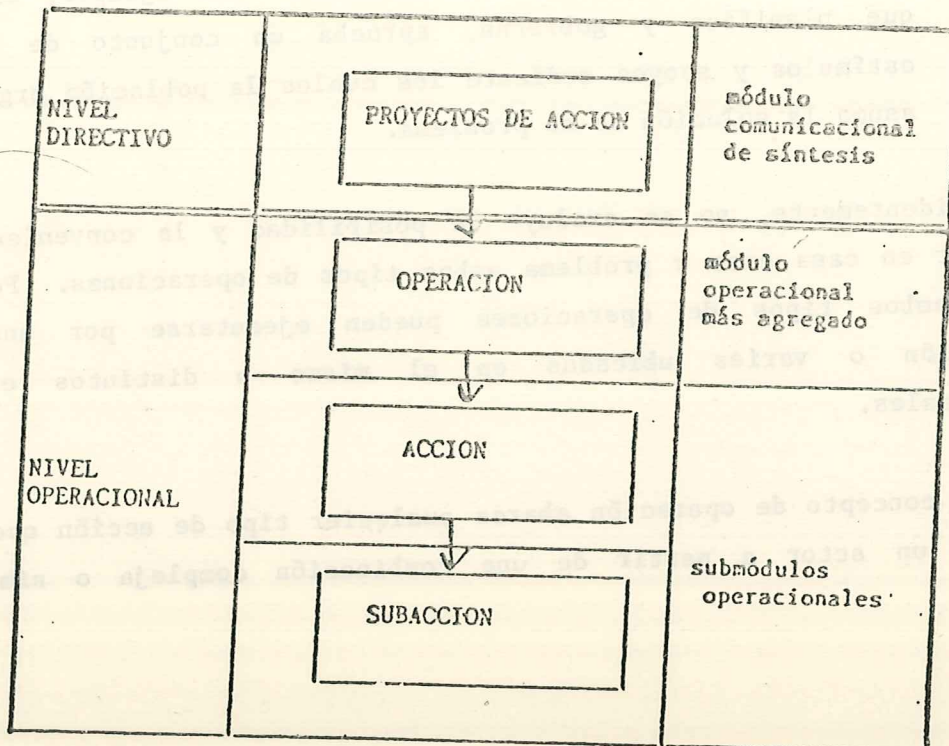
3.5 Diseño, selección y evaluación de operaciones

La estrategia de APS debe ser una estructura modular práctica; no debe ser un simple documento que expresa aspiraciones.

Los módulos de APS pueden ser de dos tipos genéricos: módulos de análisis y módulos de acción. Los módulos de análisis son problemas, subproblemas, microproblemas, etc. formulados en distintos espacios situacionales. Los módulos de acción son proyectos, operaciones, acciones y subacciones.

Los módulos de acción pueden a su vez dividirse en dos tipos: módulos de acción comunicacional y módulos de acción operacional. El cuadro adjunto precisa los conceptos y las relaciones entre ellos.

SISTEMA JERARQUICO DE LOS MODULOS DE ACCION DE LA ESTRATEGIA APS



En esta estructura modular los Proyectos de Acción se desagregan en operaciones, las operaciones en acciones y las acciones en subacciones. Así conforman un sistema jerárquico.

Las operaciones, desde el punto de vista estratégico, pueden dividirse en dos clases:

a. Operaciones directas (servicios, inversiones, etc.)

Estas operaciones atienden uno o varios problemas como responsabilidad central y directa del actor que planifica y gobierna. Por ejemplo, las instituciones de salud del sector público asumen la responsabilidad de atender al saneamiento ambiental; y

b. Operaciones de regulación social

Estas operaciones atienden indirectamente un problema mediante la adopción de reglas que permitan descentralizadamente una solución por la acción propia de los mismos afectados. En este caso, las nuevas reglas permiten una interacción entre los actores sociales de tal forma que sus sistemas de motivaciones autoeliminan las causas del problema. Por ejemplo, el actor que planifica y gobierna, aprueba un conjunto de reglas, estímulos y apoyos mediante los cuales la población organizada asuma la solución de su problema.

Evidentemente, no se excluye la posibilidad y la conveniencia de dosificar en cada caso y problema ambos tipos de operaciones. Por otra parte, ambos tipos de operaciones pueden ejecutarse por una sola institución o varias ubicadas en el mismo o distintos espacios situacionales.

El concepto de operación abarca cualquier tipo de acción que puede realizar un actor a partir de una combinación compleja o simple de

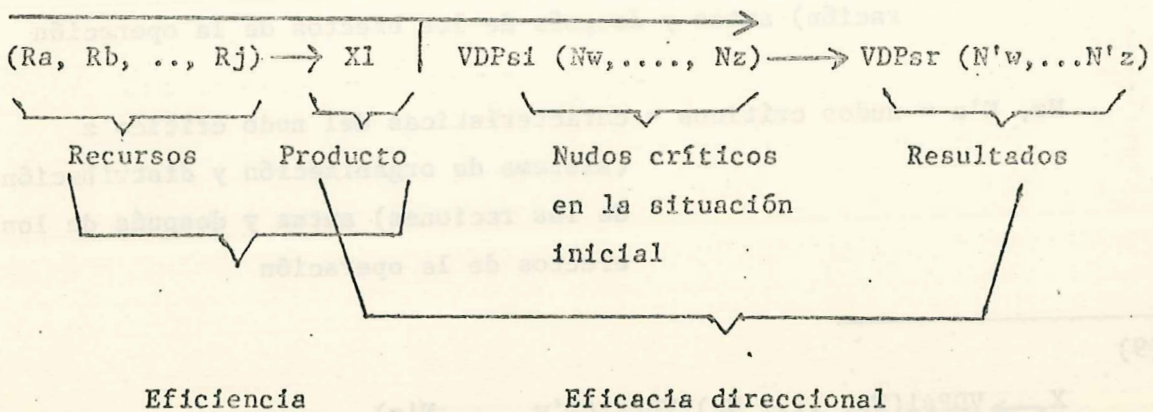
recursos escasos muy diversos. Así, algunas operaciones pueden referirse sólo a procesos de regulación social donde los recursos económicos no cuentan y en cambio son muy importantes los recursos de poder. Otras pueden referirse casi exclusivamente a la aplicación de recursos económicos o a combinaciones de recursos económicos y recursos de poder.

A su vez, las operaciones que se refieren a recursos económicos pueden constituir operaciones corrientes, operaciones de inversión y operaciones mixtas. Estas últimas son las más comunes en la estructura modular del plan, pues casi siempre las inversiones son acciones al interior de una operación más amplia y la racionalidad y eficacia de tales inversiones sólo puede comenzar a juzgarse en el contexto más amplio de la operación que las comprende.

Una operación se justifica por su impacto esperado en el vector de definición de un problema (VDP) y responde a una decisión de alterar las características de uno o varios nudos críticos de su explicación situacional.

La operación debe estructurarse como una relación (recursos producto resultados), precisados en calidad y cantidad.

Así, una operación típica se estructura de la siguiente manera:



La notación $A \overline{B} \rightarrow C$ debe leerse como A aplicado sobre B implica un espacio de resultados posibles C.

En esta expresión R_j es un recurso escaso, X_l el producto logrado con la combinación de recursos, N_w representa un nudo crítico en la situación inicial, $N'w$ el mismo nudo crítico en la situación resultante (sr) y Nz es dicho nudo en la situación-objetivo.

Aquí la relación:

$$\frac{\text{Recursos}}{\text{Producto}} = \text{Eficiencia}$$

y la relación:

$$X_l \longrightarrow \frac{\text{Resultado logrado}}{\text{Meta}} = \text{Eficacia direccional (9)}$$

Por ejemplo, si nos referimos a una operación destinada a alterar los índices de desnutrición, ella podrá estructurarse así:

$R_1 = (\text{recursos}) = 2 \text{ dólares por ración alimentaria}$

$R_2 = (\text{recursos}) = \text{uso de la capacidad de decisión en el Ministerio de Sanidad, Ministerio de Hacienda y el Congreso Nacional}$

$N_w, N'w = \text{características del nudo crítico } w \text{ (composición de la ración) antes y después de los efectos de la operación}$

$N_z, N'z = \text{nudos críticos} = \text{características del nudo crítico } z \text{ (sistema de organización y distribución de las raciones) antes y después de los efectos de la operación}$

(9)

$$X_l \longrightarrow \frac{\text{VDPsi}(N_w, \dots, N_z) / \text{VDPsr}(N'w, \dots, N'z)}{\text{VDPso}(N_w, \dots, N_z)} = \text{Eficiencia direccional}$$

Nw, Nz = nudos críticos propuestos como norma en el plan

X_1 = producto = Número y calidad de las raciones alimenticias efectivamente entregadas a los beneficiarios

VDP = Vector de definición del problema = índice de desnutrición

VDPs1 = Vector de definición del problema en situación inicial (índice de desnutrición)

VDPsr = Vector de definición del problema en la situación resultante después de la aplicación del producto X_1

VDPso = Vector de definición del problema en la situación objetivo

En el ejemplo señalado la eficiencia o eficacia económica interna se precisa como la relación entre el costo de las raciones alimenticias y la dimensión y calidad del producto X_1 . La eficiencia política se precisa, a su vez, en la relación entre el peso político usado en la toma de decisiones y el valor político del producto X_1 . Pero tales eficiencias están subordinadas a la eficacia direccional que relaciona el producto X_1 con los índices de desnutrición infantil.

Eficiencia y eficacia de una operación

En la selección y diseño de operaciones es indispensable distinguir eficiencia de producción y eficacia direccional.

La eficiencia de una operación es una relación recursos-producto que satisface un criterio establecido de maximización o minimización. Así puede hablarse de minimizar los recursos para alcanzar un producto-meta o de alcanzar el máximo producto con un conjunto dado de recursos. En el ejemplo anterior podemos reducir el costo de la ración

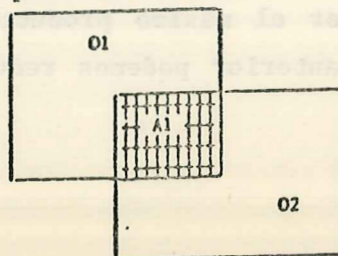
alimenticia a US\$1,80 con lo cual la operación es más eficiente si con ello no disminuye la calidad o la cantidad del producto-meta.

La eficacia direccional es, en cambio, una relación producto vector de definición del problema, y apunta a la capacidad o potencia del producto de la operación para alterar favorablemente el vector de definición del problema. Por ejemplo, la ración alimenticia unitaria puede reducirse a US\$1,80 de costo, aumentarse en 20% en número de raciones alimenticias efectivamente entregadas, pero la desnutrición infantil continuar aumentando. En este caso, la eficacia direccional de la operación es baja o nula aunque se ejecute con eficiencia.

Los mismos requisitos de diseño y estructura de las operaciones son aplicables a las acciones y a las subacciones.

La experiencia nos indica que la intersección bien definida de las operaciones de un plan es algo común. Por ejemplo una operación de educación preescolar es en parte, al mismo tiempo, una operación de nutrición infantil. Estas intersecciones crean la necesidad de diseñar las operaciones no sólo en relación a sus propósitos internos sino además para atender los requisitos externos que demandan los propósitos perseguidos por la operación con la cual se interseca. Así, podemos hablar de requisitos de diseño interno y externo. Naturalmente, la distinción entre interno y externo apunta a la auto referencia del actor que diseña o es responsable de la operación.

De esta manera, la operación 01 (entrega de raciones alimentarias en las escuelas) tiene requisitos de diseño interno en relación al VDP del problema "Desnutrición", pero además debe responder a las exigencias de diseño externo de la operación 02 (Educación preescolar). En este caso se asume la auto referencia del gerente de la operación 01 que define como interno el ámbito propio de su acción y externo el ámbito de acción del gerente de la operación 02.



En este diseño las operaciones exigentes en recursos económicos deben cumplir todos los requisitos de una acción presupuestaria y deben precisarse los organismos que se responsabilizan por cada nivel recursivo de la estructura de una operación.

Naturalmente, el que diseña una operación no sólo debe concebirla como eficaz para alcanzar normativamente la situación-objetivo (eficacia direccional), sino además debe intentar que cumpla algunos de los requisitos de una operación políticamente viable. Ello no siempre es posible ni necesario para cada operación particular en el horizonte de tiempo del plan, pero debe ser posible y es necesario para el conjunto de todas las operaciones en dicho horizonte de tiempo. En este sentido debe considerarse que el procedimiento, diseño y ejecución de una operación (el cómo) es igualmente importante que su contenido y propósitos (qué). Muchas veces la eficacia política se logra con un adecuado modo de diseñar, ejecutar y controlar. En este aspecto las diferencias entre el centralismo elitescos y la descentralización participativa en el análisis de problemas, el diseño de operaciones para enfrentarlos y la organización para controlar su ejecución puede hacer toda la diferencia entre eficacia e ineficacia política.

El diseño de una operación implica ineludiblemente el diseño de un sistema para hacerle seguimiento, controlarla y evaluarla. Por consiguiente, el diseño de una operación comprende además la precisión del "árbol relacional" de la operación respecto de los problemas que pretende enfrentar. Dicho árbol relacional se explica más adelante.

3.6 Posibilidades de Ajuste de una Estructura Modular a los Escenarios Prospectivos

La estructura modular por operaciones tiene además notables ventajas en relación a la necesidad de ajustar el plan a la

disponibilidad cambiante de recursos o a las necesidades cambiantes de la situación.

Para realizar este ajuste es necesario considerar:

- i) que es posible prever los ajustes necesarios a las operaciones si la prospectiva no responde a una sola trayectoria normativa y contempla diversos escenarios que combinan opciones y variantes, y
- ii) que si fallan los escenarios, es indispensable planificar las condiciones para hacer un cambio veloz de los mismos y rediseñar sobre la marcha las operaciones. Aquí se revela otra ventaja de la estructura modular del Plan: la velocidad con que los módulos pueden ser ajustados a circunstancias imprevistas. En estos ajustes se redefinen problemas, se eliminan problemas, se incorporan problemas, se redefinen operaciones, se redimensionan operaciones, se eliminan operaciones y reincorporan operaciones. El "Plan Libro" nos permite esta velocidad y precisión de los ajustes.
- iii) Los instrumentos de planificación situacional que se proponen permiten, también, aumentar la eficacia del proceso de gerencia, incluso en las coyunturas recesivas, cuando las técnicas de planificación no tienen medios de ajustar las metas a la incertidumbre. A partir de un modelo dinámico, la planificación situacional utiliza distintos escenarios que permiten proyectar una permanente redefinición de los medios en función del logro de las metas finales.

Pero la reacción veloz del gerente a las nuevas circunstancias requiere un sistema de información para el seguimiento y control de los problemas, las operaciones, los nudos críticos y las variantes que los

afectan. Este proceso de monitoreo y seguimiento debe ser planificado para operar con precisión y velocidad.

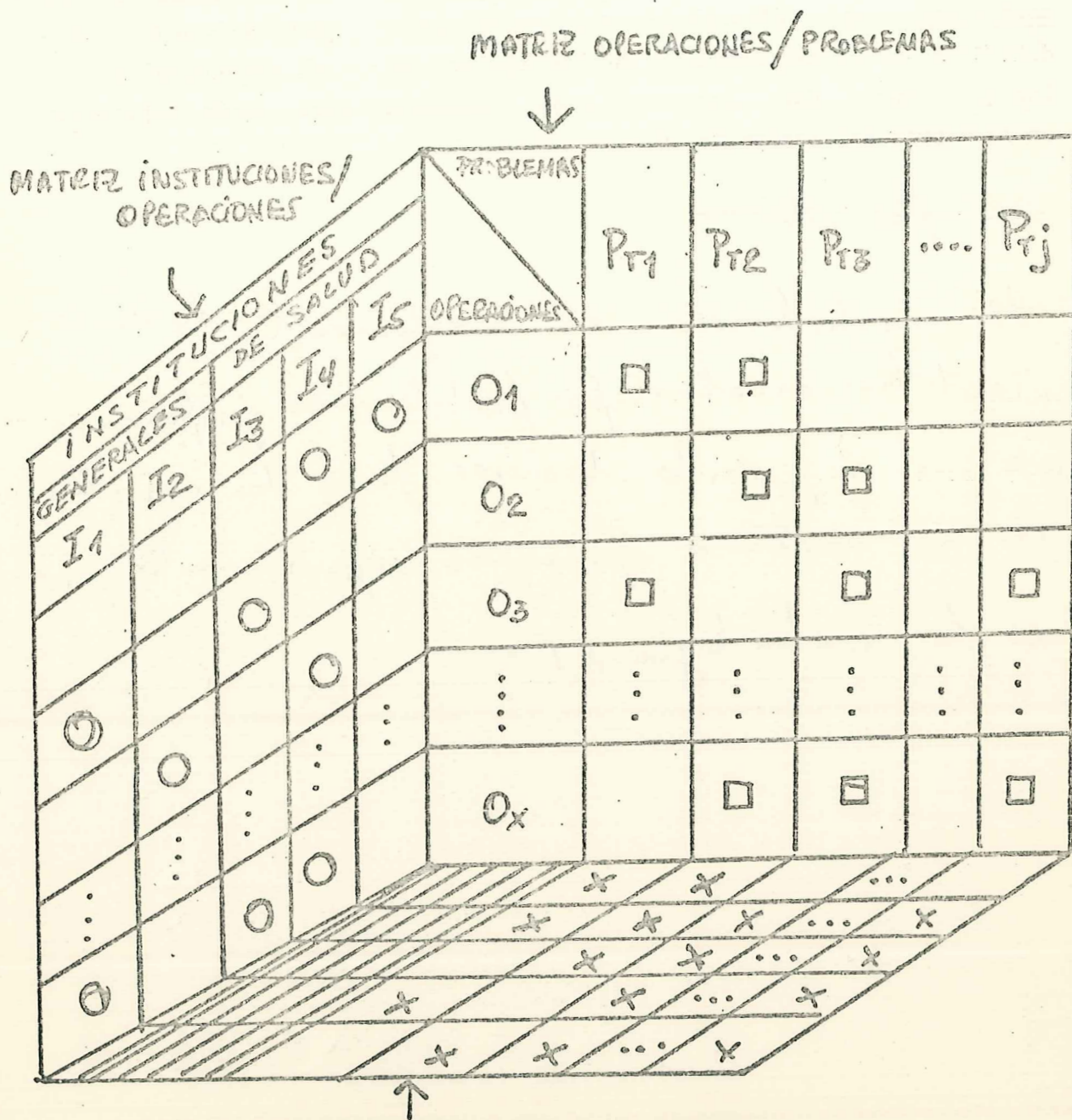
3.7 Responsabilidad institucional en la ejecución de la estrategia APS

El Plan debe ser al mismo tiempo un sistema de gerencia por operaciones que distribuye responsabilidades institucionales bien definidas en el cumplimiento de las operaciones y el enfrentamiento de los problemas. Esta distribución de responsabilidades puede expresarse en la matriz del cuadro No. 6.

~~El plan debe ser~~

La distribución de responsabilidades institucionales por problemas y operaciones es un requisito básico para la existencia de un sistema eficaz de seguimiento y control de la estrategia APS

CUADRO No. 6



CUADRO No. 7

PLANOS ESPACIOS	REGLAS	ACUMULACIONES	FLUJOS (Hechos)	(VDP)
GENERAL	Reglas Básicas Generales de una sociedad en un momento dado.	Características de la sociedad que determinan los hechos generales.	Hechos generales que se relacionan con los hechos del VDP general (variaciones)	Hechos que definen el problema en términos de procesos sociales
PARTICULAR	Reglas de la reproducción social de condiciones objetivas de existencia de un grupo social y las reglas del Modelo Asistencial.	Características del grupo poblacional que expresan sus condiciones objetivas de existencia, relevantes para Salud, y del tipo de relaciones con el Modelo Asistencial.	Hechos que se relacionan con los hechos del V.D.P. particular (Variaciones)	Hechos que definen el problema en términos de calidad de vida del Grupo Poblacional
SINGULAR	Reglas que condicionan las acumulaciones singulares	Características del grupo poblacional y del modelo asistencial que condicionan los hechos del problema específico de Salud.	Hechos que se relacionan con los hechos del VDP singular (Variaciones)	Hechos que definen el problema

III. EL SISTEMA DE INFORMACION PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS ESTRATEGIAS DE APS EN FUNCION DE SPT/2000

Un sistema de información para el seguimiento y control efectivo y práctico no puede plantearse simplemente como un sistema de acumulación de información. Su naturaleza cambia totalmente si el seguimiento y control de planes se redefine como una cuestión de gerencia: como un modo de pedir y rendir cuentas por resultados en un sistema descentralizado de asignación de responsabilidades por objetivos.

En esta concepción, un sistema de información para la gestión de salud es viable y eficaz sólo si se respetan los siguientes principios:

- a. todo productor de información es usuario de la información que produce y, en consecuencia, produce la información que requiere para su gestión interna y para rendir la respectiva cuenta al nivel superior;
- b. la información tiene que ser significativa de los problemas, operaciones y variantes que influyen sobre la eficacia de las operaciones;
- c. la información producida debe traducirse a indicadores susceptibles de interpretación precisa y tales indicadores deben convertirse en señales de atención o alarma, a fin de cumplir con la ley de Ashby⁽¹⁰⁾ de reducción de variedad; y,

(10) La ley de Ashby plantea que solo la "variedad" de un sistema puede controlar la "variedad" de otro. Se entiende por variedad el número de estados posibles del sistema. Así si el sistema A quiere controlar el sistema B debe tener igual o más variedad que él. En el caso de un sistema de información, el analista de la información debe tener más variedad que la información recibida o será abrumado por ella. Por lo tanto, es necesario reducir la variedad de miles de datos a indicadores y de cientos de indicadores a pocas señales de atención y alarma.

- d. el sistema de información debe ser parte de un sistema de petición y rendición de cuenta que obliga a usar la información que se produce, con lo cual regresamos al primer principio.

Por esta vía, la gerencia y los procesos administrativos no sólo se convierten en agentes de producción de información sino en los principales interesados por la misma. El sistema de información para el

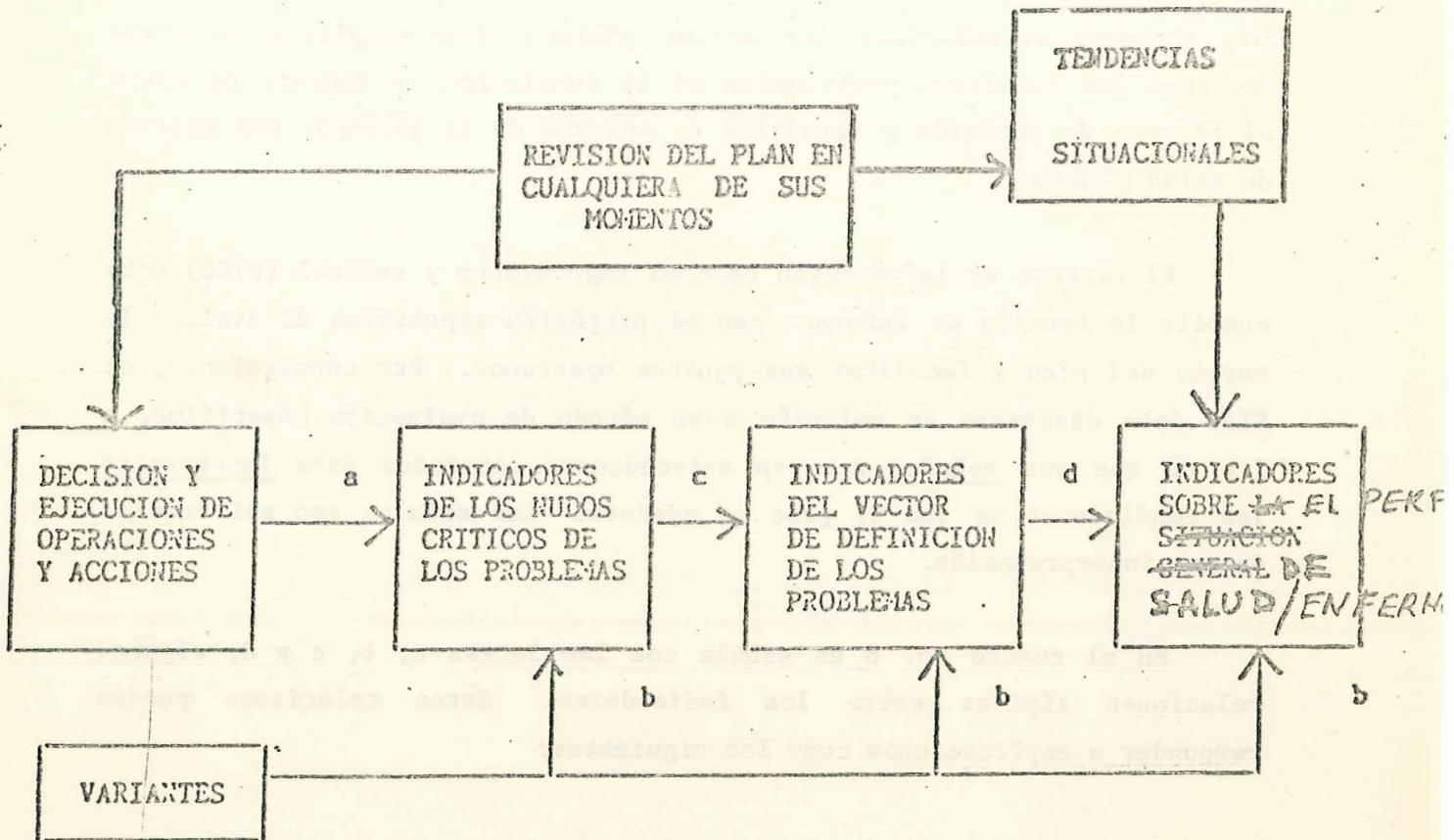
seguimiento requiere no solo de datos producidos en los centros de gestión de salud, sino también externamente. Nuevamente, en este caso, los sistemas estadísticos del sector público sólo cumplirán en forma oportuna las funciones pertinentes si se convierten en órganos de apoyo al sistema de petición y rendición de cuentas de la gerencia del sistema de salud pública.

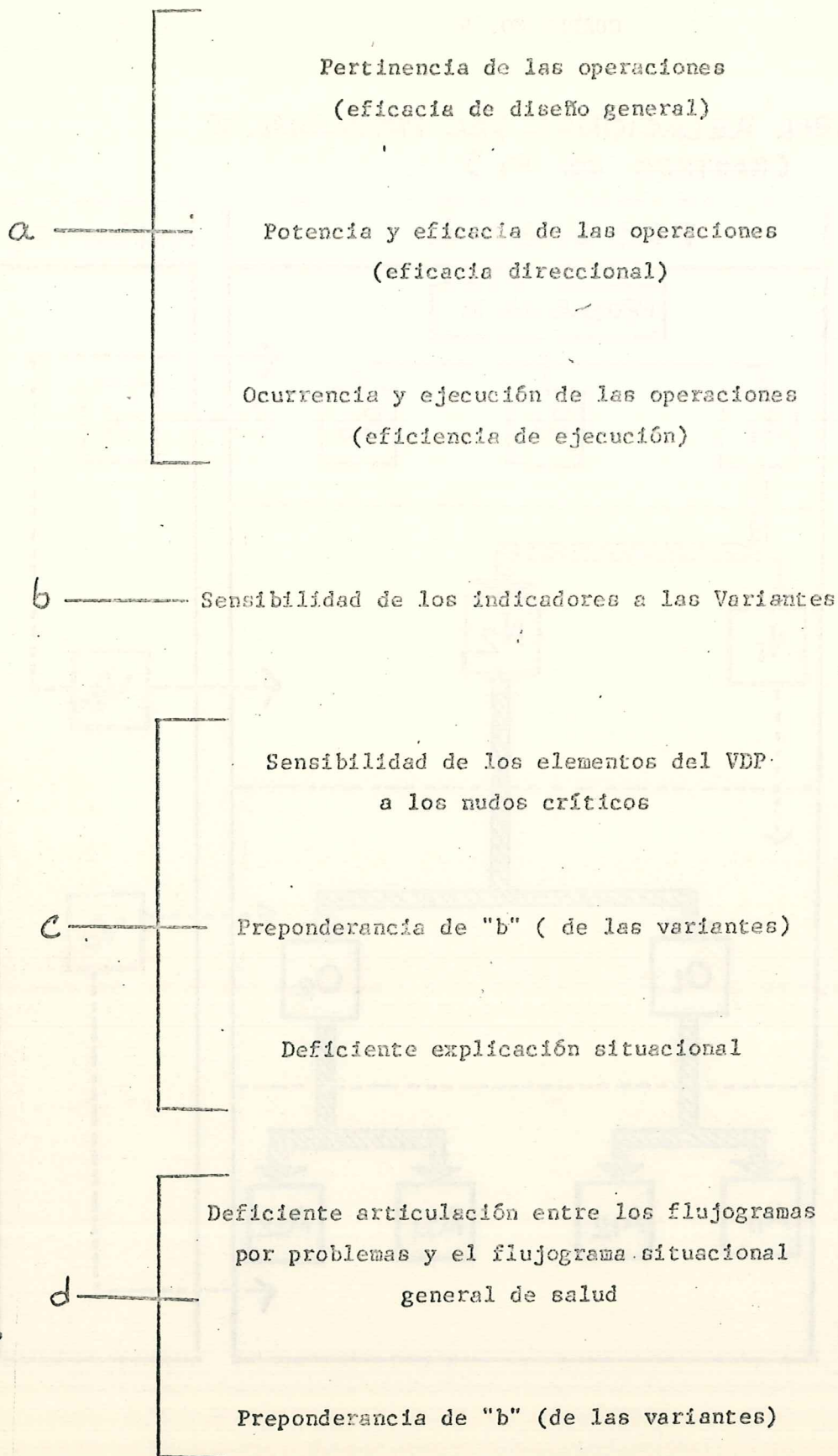
El sistema de información para el seguimiento y control (SISC) debe cumplir la función de informar con el propósito específico de evaluar la marcha del plan y facilitar sus ajustes oportunos. Por consiguiente, el SISC debe diseñarse en relación a un método de evaluación específico, a fin de que sus señales aporten antecedentes concretos para interpretar las condiciones en que el plan se ejecuta. Las señales son así insumos de una interpretación.

En el cuadro no. 8 se señala con las letras a, b, c y d, algunas relaciones típicas entre los indicadores. Estas relaciones pueden responder a explicaciones como las siguientes:

CUADRO No. 8

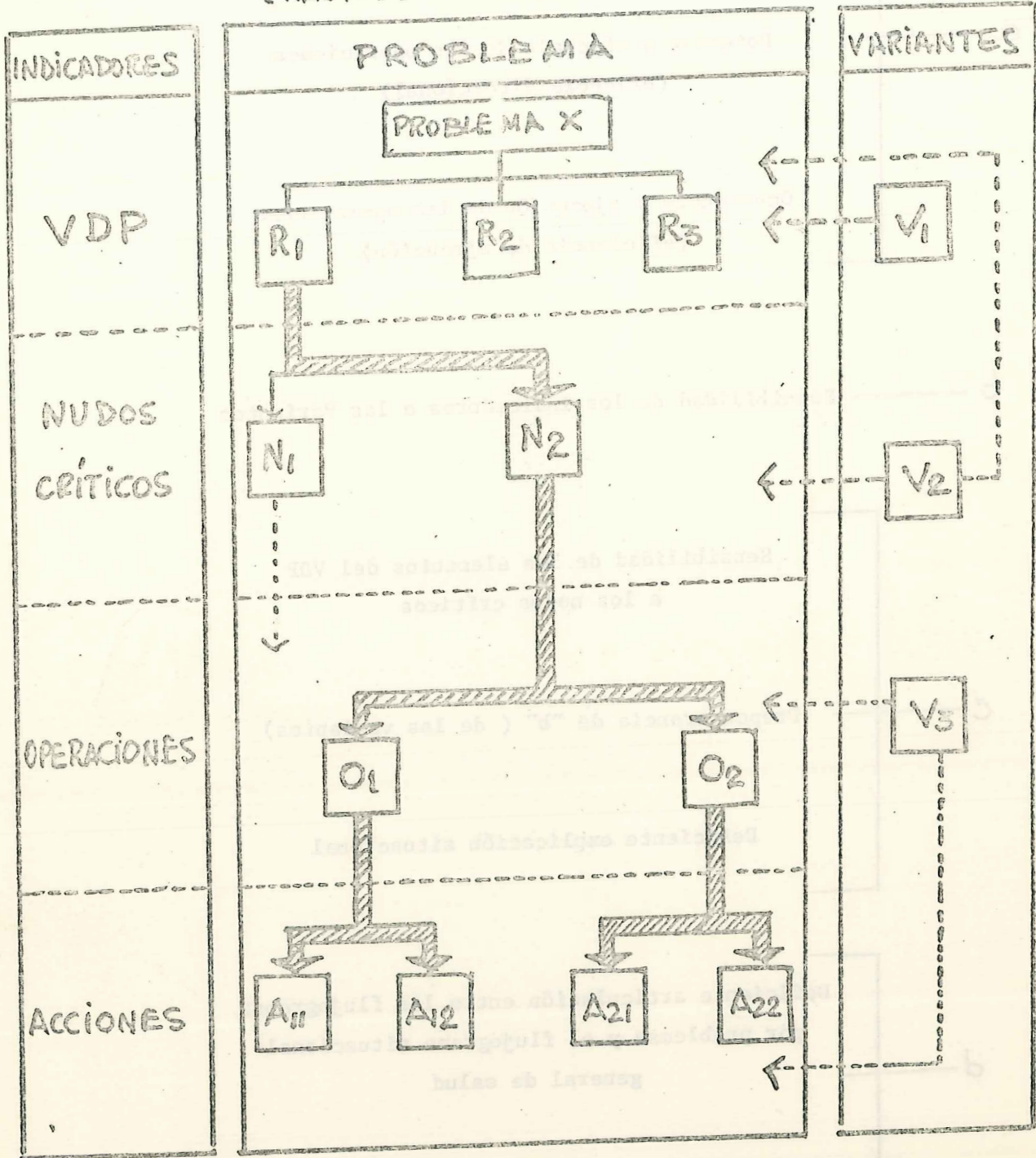
SISTEMA INTERPRETATIVO DE SEÑALES
DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL
INFORMACION PARA EL





CUADRO NO. 9

ARBOLE RELACIONAL DEL PROBLEMA X
(RASTREO DE R₁)



El cuadro No. 9 indica una manera de diagramar estas relaciones en un árbol relacional por problemas.

En el árbol relacional podemos rastrear e interpretar la "causalidad" de los resultados obtenidos, sopesando el efecto del atraso en la ejecución de las operaciones, los efectos distintos a los esperados de las operaciones, y el peso de las variantes como factores poderosos que escapan al control del gobernante.

En un sistema de información para el seguimiento de cada problema tiene un árbol relacional para su seguimiento y control. Así es posible rastrear cada elemento componente del VDP. En el cuadro mencionado se indica el rastreo de R_1 . Allí puede verse que el cambio de R_1 depende de los nudos críticos N1 y N2, así como de la posible ocurrencia de las variantes V1 y V2. El proceso prosigue rastreando las operaciones destinadas a cambiar los nudos críticos y en última instancia con las acciones y subacciones que componen las operaciones. En cada nivel se hace el respectivo análisis de las variantes.

En el análisis de seguimiento de un problema podemos encontrar múltiples explicaciones de atenuación y agravamiento y ello nos remite al cuadro no. 7 que sistematiza las principales explicaciones posibles.

