

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE UN MARCO
DE ANALISIS PARA EL ESTUDIO DE SALUD
Y EDUCACION MEDICA EN LA ARGENTINA

*Dr. Raúl Vargas
Consultor OPS/OMS*

ANTECEDENTES

La Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina manifestó en el año 1967 inquietud por abordar los problemas que planteaba el mejoramiento de la educación médica en el país. El propósito básico de "formar el médico que el país necesita", requería el conocimiento de la realidad sanitaria de la República Argentina y especialmente de la morbilidad que aqueja a la población. Con este motivo, la Asociación solicitó y obtuvo la colaboración de la Secretaría de Estado de Salud Pública, para el estudio de una Encuesta Nacional de Morbilidad. La iniciativa fué presentada por el Presidente de la Asociación en la Conferencia sobre Educación Médica celebrada en Maracay, Venezuela, a fines del año 1967. En esta reunión, el Director de la OSP sugirió al Dr. Santos la ampliación de los propósitos de la encuesta, con el objeto de incluir la investigación de la enseñanza de la medicina en la República Argentina, para lo cual se podía contar con el apoyo de la Organización, que disponía ya de un proyecto en marcha encaminado hacia el estudio de la enseñanza de la medicina preventiva. Asimismo propuso al Presidente de la Asociación extender la cobertura del estudio para cubrir también la investigación de los recursos humanos en salud.

Luego de la reunión de Maracay, los Dres. Holmberg y Santos movilizaron a un grupo de técnicos, particularmente de la Secretaría de Salud Pública, con el propósito de formular una propuesta de investigación en salud, cubriendo los temas mencionados. A más de ellos se consideró necesario también investigar los campos de población, de los recursos en operación y de ciertos factores sociológicos que afectan a la demanda de la atención médica, con lo cual se conformó el estudio de un proyecto para cuya realización se solicitó apoyo a la OSP. El trabajo de los técnicos encargados de la formulación de los planes, que contaron con la cooperación de funcionarios de nuestra Organización, fué realizado con gran celeridad de manera que a fines de 1967 se tenía ya una propuesta concreta para llevar a cabo un Estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y la Educación Médica, en la República Argentina, iniciándose en aquel tiempo las gestiones formales para la firma de un convenio entre la Secretaría de Salud Pública, la Asociación de Facultades de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud.

Mientras se efectuaban las conversaciones preliminares para formalizar estas operaciones, surgió en el país el deseo de incorporarse como área de estudio a la Investigación Colaborativa Internacional de Utilización de Recursos de Atención Médica, y no hubo inconveniente en integrar este nuevo aspecto dentro del marco de las investigaciones propuestas, ya que fué sencillo reemplazar integralmente el sector denominado Estudio de los Aspectos Sociológicos de la Demanda, por el WHO/ICS/CU.

Las tratativas para la formulación del convenio tomaron prácticamente todo el primer semestre del año 1968, firmándose finalmente el 19 de junio de ese año.

Según el convenio, el estudio debía realizarse a través de la operación de varios equipos, con objetivos específicos: (1) equipo de estudio de población; (2) equipo de encuesta de recursos en operación; (3) equipo de estudio de recursos humanos; (4) equipo de estudio de la enseñanza de la medicina, enfermería, odontología, etc.; (5) equipo de la encuesta de utilización de recursos de atención médica; (6) equipo de la Encuesta Nacional de Morbilidad. A más de éstos, se consiguió el funcionamiento de tres equipos de apoyo: (7) equipo de computación; (8) equipo de muestreo y (9) equipo de publicaciones. Durante la operación ya del convenio, se agregó el funcionamiento de un décimo equipo encargado de los aspectos administrativos de todas las operaciones del estudio.

Si se observa la secuencia en la concepción del funcionamiento de estos equipos, es fácil deducir que la manera como se han ampliado las miras del estudio, no concuerda con la preexistencia de una concepción global para la investigación de los problemas de salud del país. En efecto, el estudio es un conglomerado de investigaciones específicas relacionadas solamente en forma operativa entre sí. Sin restar importancia a los aportes que ofrece cada uno de los sectores en su campo específico de investigación, se estaría produciendo un derroche de esfuerzos y de recursos de no contarse con un marco conceptual amplio, en el que se integre cada uno de los mencionados campos a más de otros, como constituyentes de un todo, que es la problemática de salud del país.

Los técnicos encargados de la elaboración del proyecto solicitaron y contaron, entre otros, con la colaboración del Consultor de Estadística de la Zona desde el comienzo de las actividades. La presencia de éste era explicable por la gran preponderancia que en el proyecto tienen los aspectos metodológicos y por el importante rol que desempeñaba en la fase de programación el Dr. Carlos Ferrero, Director de Estadísticas de Salud y, como tal, su contraparte en el proyecto Argentina-3500.

Es justo señalar que, durante la elaboración del plan de acción, que se realizó con gran celeridad, fué difícil sustraerse a la contemplación de los objetivos de cada uno de los sub-proyectos específicos; y solamente de manera algo vaga pudo aludirse a la utilidad del Estudio para el logro de objetivos más amplios. Por otro lado, guardando cierta línea con la motivación primigenia del estudio, toda referencia a éste se hacía en términos de "recursos humanos" llegándose incluso a designársele como un proyecto relacionado con la educación médica y el desarrollo de los recursos humanos, y con una conspicua ausencia de toda referencia a la planificación de la salud.

El Director Ejecutivo del Estudio llegó a concebir su rol dentro del proyecto como el de "productor de datos" que alguien más, no precisamente él, debía utilizar para sus propios propósitos; es decir, tras-

ladó la concepción de su rol como Director de un Programa de Producción de Estadísticas de Salud, al Estudio. Tal posición no fué compartida por el Consultor de Estadística, quien hizo presente en varias oportunidades que era necesario contar con un marco general de análisis, vinculador de todos los aspectos investigados dentro de un esquema coherente y utilitario, en el cual se incluyera toda la información disponible (no solamente la proporcionada por el Estudio). Este esquema debería perseguir, como producto final, la especificación de diversas alternativas para la política de salud del país, que sería lo que el Gobierno podía esperar de un proyecto en el cual ha realizado una apreciable inversión de fondos y esfuerzo técnico, contando además con apoyo político adecuado. Las ideas del Consultor se reflejan en su proposición del Documento Base del proyecto elaborado en enero de 1969, cuya copia se adjunta, (Anexo I) que pretende dar una visión de conjunto de los propósitos y objetivos del Estudio.

El Jefe de la Zona VI, siguiendo esta línea, había igualmente señalado la necesidad de establecer la "columna vertebral" en la cual se articularía de manera orgánica el análisis de la información que se estaba recolectando en la Encuesta. Hubo continuas referencias a la conveniencia de construir modelos para tal propósito y el Director Ejecutivo del Estudio hizo la propuesta concreta de designar al Director de la Escuela de Salud Pública, quien pasaría a constituir un grupo asesor de la Dirección Ejecutiva integrado con otros técnicos, que se harían cargo de la elaboración de los modelos de análisis.

En opinión de la Oficina de Zona, el proyecto tiene una importancia que sobrepasa las expectativas actuales de utilización de sus resultados, ya que ofrece posibilidades de conocimiento sustantivo y metodológico utilizable en múltiples situaciones, no sólo en la República Argentina, sino como una valiosa experiencia internacional, a través de la aplicación del juego de simulación y la estructuración de modelos útiles en planificación del sector salud. Este punto de vista fue perfectamente entendido y compartido luego por el Director Ejecutivo del Estudio, quien creyó conveniente contar con la opinión y asesoría de un grupo técnico formado por personal de su proyecto (Dres. J.M. Paganini, Arnaldo Torrents, Abraam Somis y Sr. Adolfo Chorni) complementados con Consultores de la OPS/OMS (Dres. L.H. Vera Ocamo, Mario Testa y Raúl Vargas). Este grupo se reunió entre el 9 y el 13 de junio para cambiar opiniones y puntos de vista conducentes a cumplir con los siguientes propósitos:

- (a) Llegar a un primer acuerdo con respecto a la adopción de un esquema conceptual básico para el análisis de la información proporcionada por el Estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y la Educación Médica.
- (b) Concertar algunos términos de colaboración de diversas instituciones para el abordaje de aspectos específicos del Estudio.

- (c) Echar las bases para la constitución de un grupo de funcionamiento permanente, asesor de la Dirección Ejecutiva para el estudio y adopción de modelos globales y parciales de análisis.

Para comenzar la discusión se hizo la presentación del esquema general confeccionado por el Consultor de Estadística de la Zona, contenido en el Documento Base del proyecto Argentina-6201, cuyo desarrollo lógico constituye el nivel más abstracto de lo que integra el "proceso de planificación" como la expresión utilitaria de la aplicación del método científico a la investigación general en el campo de la salud. El esquema presentado fué el que se consigna en el Anexo II.

Como primera proposición aceptada por el grupo se resolvió continuar con las actividades del mismo, proponiendo al Consejo Directivo su institucionalización como asesor del Director Ejecutivo de la Encuesta en lo que respecta a la coordinación de los diversos estudios.

Esta coordinación se ejercería entre tres grandes áreas cubiertas por diversos mecanismos. La primera es la de información, cubierta por la Encuesta y otras fuentes, entre las que destaca el Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Una segunda área es la de creación de conocimiento, que se sintetizaría en la formulación de un modelo mediante el cual se examinarían aspectos metodológicos y se explorarían alternativas de acción; aspectos parciales de esta área son: la definición del campo de la salud; la definición de las actividades de salud; los factores condicionantes y el nivel y estructura de salud. La tercera área es la de aplicación de la información y/o del conocimiento generado, a través de los organismos regulares de manejo de las decisiones sobre salud, que quedarían fuera del dominio del estudio y del grupo, salvo en los aspectos que se refieren al estudio de las políticas de salud.

Otra proposición que obtuvo consenso fué trabajar en base a un esquema "abierto", es decir que tome en cuenta la interrelación de salud con otros sectores, comenzando por asignar responsabilidades respecto de cinco grupos en la siguiente forma: (1) Nivel y estructura de salud; (2) Hipótesis acerca de recursos y actividades; (3) Modelo vinculado; (4) Política de salud; (5) Inversión social.

Se convino, en un mecanismo de coordinación que funcionaría a través de los Dres. Paganini y Vargas, que centralizarían y distribuirían la información y los trabajos que se fueran produciendo, además de proponer las reuniones de discusión cuando fuera necesario y según lo disponga el Director Ejecutivo del Estudio.

Argentina-6201. ESTUDIO SOBRE SALUD, RECURSOS PARA
LA SALUD Y LA EDUCACION MEDICA

DOCUMENTO BASE

1. Situación del problema

El Gobierno de la República Argentina tiene un gran interés por instrumentar una nueva política sanitaria nacional dentro de un proceso coherente de planificación de su desarrollo. Para tal propósito ha impulsado el mejoramiento de los sistemas de producción de estadísticas vitales y de salud por los procedimientos regulares de recolección de datos. Aún con el pleno funcionamiento del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, se prevé que ha de persistir el desconocimiento de ciertos elementos de información para adoptar decisiones de gran trascendencia nacional. Por ejemplo, no se tiene un conocimiento cabal del tamaño, estructura y dinámica de la población, objeto de todas las acciones que se desarrollan en salud y por lo tanto se carece de los elementos de juicio indispensables para la asignación de recursos en forma racional.

Los sistemas corrientes de recolección de estadísticas de morbilidad han sido recientemente implantados en el país, pero se refieren únicamente a la morbilidad atendida en los hospitales y establecimientos de servicios oficiales, nacionales, provinciales y municipales. A más de las limitaciones que esta información pueda tener en calidad, se desconocen aún grandes sectores de patología que demanda servicios no oficiales. En consecuencia, puede afirmarse que no existe una precisa evaluación de los problemas de salud del país.

En varias oportunidades se ha intentado cuantificar el tipo, cantidad y distribución de los recursos para la salud en la Argentina. Una última operación de esta naturaleza se realizó en 1964-1965, pero la gran abundancia de información recolectada no pudo ser completamente elaborada, debido a la deficiente infraestructura de procesamiento de datos. En cualquier caso, esta información debe ser actualizada mediante un procedimiento más simplificado que proporcione información acerca de las instituciones de salud, camas, equipos, personal médico, paramédico y auxiliar, estructura de los establecimientos, dependencias, actividades desarrolladas, recursos financieros, etc.

Se estima que la República Argentina tiene aproximadamente 40.000 médicos pero no existe información fidedigna con respecto a su distribución geográfica, especialidad, características demográficas, etc. La formación masiva de médicos podría haber ido en detrimento de la calidad del profesional ante los recursos limitados para su formación, y la excesiva concentración en algunas áreas del país determina un cierto

desamparo de otras áreas, a más de algunos conflictos generados por la competencia en las primeras y la falta de ella en las otras. Ha cobrado cuerpo el convencimiento de que la Argentina no cuenta con el tipo de médico que requiere para el enfrentamiento de sus problemas de salud y cada vez se pone más énfasis en la necesidad de reformar la enseñanza en las Facultades de Medicina para colocar a los profesionales más en armonía con la realidad del país. De manera similar puede hacerse referencia a la situación crítica por la que atraviesa enfermería y otras profesiones relacionadas con la salud.

También se tiene conciencia de que los recursos disponibles para la atención de la salud en el país están siendo sub-utilizados o mal utilizados por la comunidad. No existe información que permita determinar las causas que generan esta falta de utilización; el Gobierno ha emprendido algunos planes de racionalización del uso de los recursos de atención médica, principalmente en las actividades de internación y consulta externa en los hospitales, pero el problema de la actitud subsiste y debe ser investigado hasta donde sea posible.

2. Propósito

Suministrar información importante para el proceso de planificación de la salud y estimular su vinculación con la investigación científica, aplicada y operacional. Ampliar y fortalecer la información obtenida por los sistemas permanentes de estadísticas de salud. Proveer elementos para adecuar la curricula de la educación médica y la formación profesional a la naturaleza y magnitud de los problemas de salud del país y a sus interrelaciones con factores económicos y sociales. Señalar la interdependencia de la educación médica y la administración de los servicios en la elevación de los niveles de salud, fomentando el acercamiento entre ellos.

3. Objetivos

- 3.1. Determinar el nivel y la estructura de la salud en el país y cada una de sus regiones.
 - a. Estimar el tamaño, distribución geográfica, composición y la dinámica de estas características de la población.
 - b. Llevar a cabo una Encuesta Nacional de Morbilidad que brinde información continua acerca del estado de salud de la población, a través de la operación de: (a) una encuesta domiciliaria, con interrogatorio directo, en una muestra de cobertura nacional de la población; (b) investigación retrospectiva de la morbilidad declarada y atendida, con miras a validar la información obtenida en la encuesta domiciliaria; y (c) examen físico de una muestra más reducida de la población.

- c. Compatibilizar y consolidar la información recolectada en la Encuesta de Morbilidad, con la brindada por el Programa Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud.
- 3.2. Estudiar y ponderar los factores determinantes y condicionantes del nivel y la estructura de la salud.
- a. Realizar estudios multifactoriales para hallar explicaciones a las diferencias en los niveles de salud de diversas áreas, con especial enfoque en la política de salud (recursos) y actividades propias del sector.
- 3.3. Estudiar las actividades en salud y el tipo, número, organización, distribución y utilización de los recursos con que se realizan tales actividades.
- a. Realizar un inventario de los recursos humanos y materiales actualmente en operación en todo el país (catastro) para lograr una visión de la capacidad instalada y del tipo de oferta.
 - b. Profundizar en el conocimiento del número, tipo y características generales y especiales de los recursos humanos críticos en salud: hacer un censo (antecedente de un registro nacional de médicos, enfermeras y odontólogos) y estudiar, utilizando una muestra de ellos, algunos aspectos relativos a su formación, sus actitudes y opiniones.
 - c. Determinar el grado de utilización de los recursos por medio de las estadísticas continuas brindadas por el Programa Nacional y la Encuesta de Morbilidad (3.1.b.)
 - d. Profundizar en el conocimiento de las pautas sociales, culturales y económicas que determinan el tipo y grado de utilización de los servicios de atención médica, llevando a cabo con tal fin una encuesta en el área de la Capital Federal y Gran Buenos Aires sobre una muestra de 1.200 hogares durante un año.
- 3.4. Formulación del diagnóstico de la situación, del pronóstico y de modelos de alternativa de modificación.
- a. Consolidación de toda la información existente explicitando el o los modelos reales.
 - b. Establecimiento de normas hipotéticas, y diseño de modelos de alternativa.
- 3.5. Estudio de los recursos para la formación y capacitación de los recursos humanos.

- a. Estudio de las Facultades de Medicina, de Odontología y Escuelas de Enfermería; facilidades, recursos docentes, currículo, profesorado, alumnado, etc. y determinación de su grado de adecuación a las necesidades de los modelos formulados en 3.4.b.

3.6. Formulación de recomendaciones.

NOTA: Se entiende por "Documento Base" aquel documento que ineludiblemente debe acompañar a todo proyecto de la Organización, que especifica las condiciones que dieron origen al proyecto, los propósitos de éste, sus objetivos y las actividades programadas para alcanzar estos últimos, las que, traducidas en metas anuales, permiten la evaluación del proyecto.

ANEXO II.

1. NIVEL DE SALUD

- 1.1. Se postula la existencia de un nivel de salud de una comunidad en un instante dado. Dicho nivel de salud no es solamente la suma de la salud de cada uno de los integrantes del grupo, sino una función algo más compleja.
- 1.2. Existe una imposibilidad práctica para determinar el nivel de salud de una comunidad, congruente con las dificultades para: (a) determinar el estado de salud de una persona; y, (b) determinar dicho estado de salud para la totalidad de las personas que integran el grupo. Por lo tanto, debe recurrirse, como indicador eficiente del nivel de salud, a su complemento; es decir, a la falta de salud, medida en términos de la presencia de enfermedades, lesiones o condiciones orgánicas o funcionales anormales que pueden o no culminar con la muerte; en otras palabras, a la medida del impacto que tienen la mortalidad y la morbilidad.
- 1.3. Es concebible una descomposición del nivel general de salud, medido en los términos complementarios arriba mencionados, en niveles específicos de salud con respecto a cada una de las entidades nosológicas.

2. FACTORES DETERMINANTES DEL NIVEL DE SALUD

- 2.1. Se postula que un nivel de salud se halla enteramente explicado por el juego y la interrelación de dos tipos de factores: endógenos y exógenos.
- 2.2. Los factores endógenos son los propios de la población: sus características biológicas, demográficas y sociales, que le fijan diversos grado de predisposición, exposición y susceptibilidad a los distintos riesgos para la salud. Estos rasgos de la población pueden a su vez considerarse como propios cuando ellos son hereditarios o comunes a la especie, o adquiridos como son los determinados por los estados que genera el grado de desarrollo económico y social.
- 2.3. Los factores exógenos son aquellos del ambiente físico, biológico y social cuya agresividad produce el desequilibrio ecológico que desencadena la enfermedad, lesión o condición orgánica o funcional anormal.
- 2.4. El estudio de las interrelaciones entre estos factores y de las situaciones que determinan el nivel y la estructura de la salud, es dominio de la epidemiología, disciplina a cargo de la cual debe hallarse el rol de desentrañar la naturaleza de tales inte-

rrrelaciones en términos cuantitativos, generalmente de tipo probabilístico, o tomando la forma de hipótesis verosímiles.

3. ACTIVIDADES

- 3.1. Los factores que determinan el nivel de salud se hallan en continua modificación debido al accionar de la sociedad. Por lo tanto hay también una permanente modificación de las interrelaciones entre los factores y por consiguiente, de los niveles de salud de la comunidad. Las acciones de la sociedad pueden dividirse en dos tipos: aquellas específicamente dirigidas a modificar el estado de salud y aquellas que no lo son.
- 3.2. Las acciones de la sociedad que no son dirigidas a modificar el estado de salud son todas las que persiguen el desarrollo económico y social y la elevación del nivel de vida en general, sin tener una motivación específica en la salud de la gente: cambios en las estructuras económicas, elevación de los niveles educacionales, de ocupación, seguridad social, mejoramiento de la vivienda, etc. Estas acciones tienen diverso grado de repercusión en los niveles de salud, dependiendo del grado de asociación e interrelación que los factores determinantes de aquellos tengan.
- 3.3. Las actividades de salud se llevan a cabo específicamente para modificar los factores que determinan la salud. Ellas pueden ser dirigidas a algunos de los factores endógenos a través de la acción sobre los individuos (atención médica) o de los exógenos a través de la acción sobre el ambiente físico, biológico o social que guarda directa relación con la salud.
- 3.4. El Sector Salud tiene una responsabilidad directa en la realización de las actividades de salud. Probablemente la gran mayoría de estas actividades son "pertinentes"; es decir que están relacionadas con el objetivo que persiguen de hacer impacto en la salud. Sin embargo no hay una certeza absoluta a este respecto, principalmente cuando se trata de actividades dirigidas a factores condicionantes de la salud cuyo tratamiento no cae íntegramente en el campo de competencia de este sector. Es imprescindible que dicho campo de competencia sea definido inequívocamente.
- 3.5. Se juzga también necesario establecer definiciones precisas de las actividades de salud que permitan su identificación y el estudio de las relaciones de causa-efecto en la modificación de los factores condicionantes, y a través de éstos, en los niveles de salud por la transitividad que otorga el conocimiento de las interrelaciones entre estos dos últimos. Desde luego será necesario tipificar las actividades, fijando diversos niveles de operación y criterios de costo-beneficio.

3.6. Esto conduce al estudio de diversas alternativas en los niveles de prestación de servicios que van desde modelos ideales hasta los observados en la realidad, con las consiguientes sugerencias de cambio emergentes de una previa confrontación con los recursos disponibles dentro del lógico proceso de elaboración de un diagnóstico, un pronóstico y varias alternativas de cambio según metas y objetivos en salud.

4. RECURSOS

- 4.1. Los recursos del sector salud, humanos y materiales, se hallan organizados funcionalmente para la producción de actividades. Cualquier cambio que se proponga en el tipo y número de actividades de salud a ser realizadas, implica un cambio en el tipo, número, calidad, organización y rendimiento de los recursos.
- 4.2. En particular, en lo que se refiere a los recursos humanos, es fácil ver que los planes de formación, capacitación y adiestramiento de personal médico y de salud "que el país necesita" tienen que guardar una íntima relación con todo el proceso anterior, de determinación no solamente de los niveles de salud, sino de cuáles son las actividades necesarias para enfrentarlos. Desde luego puede pensarse de manera similar en relación con los recursos materiales que envuelven planes de inversiones y de financiación.
- 4.3. Es casi innecesario mencionar que la disponibilidad de recursos en cantidad y calidad constituyen un factor limitante para la proposición de las actividades a desarrollar y por lo tanto estas últimas pueden estar demarcadas por la disponibilidad de aquellos. El punto crítico del proceso reside en la posibilidad de elaborar diferentes modelos con las diversas alternativas de modificación de los recursos y de las actividades hasta llegar a proposiciones óptimas.

LINEAMIENTOS GENERALES DE ESTUDIO

El nivel y estructura de la salud, en términos negativos como es operativamente necesario medirlos, está dado por la fuerza con que inciden en la población la mortalidad y la morbilidad. Una aproximación adecuada es la de utilizar la información que brinda:

- a. El Programa Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud, de donde se puede obtener:
- a.1. Mortalidad general y específica para cada una de las áreas y regiones.

- a.2. Morbilidad de pacientes que egresan de los establecimientos asistenciales oficiales de cada una de las áreas y regiones del país.
- a.5. Morbilidad de los pacientes ambulatorios atendidos en todos los consultorios de establecimientos oficiales del país, lograda por medio de una muestra de tales pacientes.
- b. La Encuesta Nacional de Morbilidad, que debe ofrecer alguna información adicional, especialmente aquella relativa a la morbilidad atendida por el sector privado. No debe esperarse que esta información sea utilizable hasta dentro de un año por lo menos y puede ser aplicable solamente a las áreas metropolitanas en las cuales se ha iniciado las acciones.
- c. La Encuesta de Utilización de Recursos de Atención Médica que debe ofrecer alguna información adicional acerca de la morbilidad presente en la Capital Federal y Gran Buenos Aires.
- d. Estudios especiales que puedan haberse realizado. Esta información debe ser recopilada y evaluada en su cobertura y calidad. Por ejemplo, encuestas de prevalencia de tuberculosis, lepra, etc., así como el resultado de la acción de algunos programas especiales (malaria, chagas, etc.)

Toda esta información debe ser compatibilizada y utilizada para lograr las definiciones más ajustadas posible de los niveles de salud del país.

Dichos nivel y estructura de la salud debe ser explicado en función de los factores endógenos y exógenos que los determina. Esto requiere de la aplicación de toda la gama de conocimiento médico y epidemiológico; y, si bien es cierto que hoy mucho es lo que se sabe acerca de la etiología de un buen número de enfermedades, también es cierto que hasta el momento no existe en el país una descripción de muchas otras, ni hay una clara delimitación geográfica ni demográfica de la incidencia y prevalencia de dichas afecciones. No está demás advertir que tal especificación de los factores que determinan y condicionan la salud es imprescindible para la programación de acciones racionalmente dirigidas a modificarlas. Tampoco debe dejarse de mencionar la necesidad de especificar claramente el grado de certidumbre que envuelve cada relación dada entre los factores, que va desde el conocimiento absoluto de las relaciones causa-efecto, hasta la simple enunciación del grado de su asociación con la presencia de ciertas enfermedades.

También es importante observar que, siendo imprescindible determinar la validez de los diagnósticos que se utilizan en la medición de los

niveles de mortalidad y de morbilidad, será conveniente hacer estudios de la nomenclatura médica y del significado que se dá a cada uno de los vocablos utilizados, así como también a la fijación de normas técnicas y definiciones operacionales que conduzcan a la uniformidad. Tal es también una función importante del estudio, una de cuyas actividades tendrá que centrarse en la reunión de grupos de expertos médicos que brinden las definiciones operacionales y normas aludidas para ser utilizadas en la Encuesta de Morbilidad, con perspectivas de una futura extensión a la práctica médica general en el país.

Es obvio que la medición del nivel de salud implica el uso de datos de población, con toda la especificidad necesaria para medir la fuerza de la mortalidad y de la morbilidad en subpoblaciones importantes. Tendrá que ponerse en marcha, por lo tanto, un mecanismo productor de estimaciones de población, por área, por sexo, por edad y por todos los otros atributos necesarios para la cuantificación. Tales estimaciones tendrán que ser producidas por el Grupo de Demografía del Estudio, o bien obtenidas por éste de las fuentes productoras de ellas.

El instante mismo en que se inicia el uso de los datos de población para la medición del nivel de salud, es también el momento en que comienza la explicación del fenómeno, al hallarse las respectivas asociaciones de niveles de salud con factores endógenos de la población que se encuentran asociados a ellos. Surge inmediatamente la inclusión de los factores endógenos como elementos explicativos, con el uso de toda la potencia del método epidemiológico.

La explicación de la situación en un instante, debe ser llevada a continuación, a un contexto dinámico y a una primera expresión proyectiva que envuelve la simple hipótesis de mantenimiento de los niveles observados en los factores exógenos y del cambio esperado de manera natural por los factores endógenos; en otras palabras, el pronóstico de lo que acontecería con el nivel de salud si se produjeran cambios en el tamaño y estructura de la población sin alterarse los niveles de desarrollo de los sectores económicos y sociales. Es obvio que tal situación puede ser sólo hipotética, ya que la interdependencia entre los factores es una realidad insoslayable, pero ello mismo nos lleva a la inclusión de las segundas proyecciones, que tomarían en cuenta la alteración de los factores exógenos - con la única prescindencia de los propios del sector salud - que nos llevaría ya al estudio del efecto de las actividades desarrolladas por los demás sectores económicos y sociales sobre los factores determinantes y condicionantes de la salud y por consiguiente sobre esta última.

Una segunda proyección de este tipo implicaría la hipótesis de mantenimiento del tipo y número de actividades de salud y el estudio, por aislamiento, al permanecer estas últimas constantes, del efecto de los cambios económicos y sociales previstos. Es ésta una zona de grandes lagunas en el conocimiento; y aunque es mucho lo que se puede intuir, es poco lo que se puede demostrar. Sin embargo, el auxilio de modernos

elementos de computación y análisis, dadas diversas alternativas hipotéticas de cambios económicos y sociales, pueden conducir a fijar ciertos marcos de referencia importantes.

Finalmente, en lo que se refiere al pronóstico, y dentro de cada una de las alternativas mencionadas, debe llegarse a un tercer juego de proyecciones que envuelven a las actividades propias del sector, cada uno de los cuales debe también comprender varias alternativas definidas por criterios de factibilidad tecnológica y financiera en el tiempo y en el espacio.

Este último paso significa prácticamente la enunciación de planes de alternativa para el sector salud y representa la culminación del proceso. No puede arribarse a él sin el debido análisis de los siguientes aspectos:

- (a) Las acciones de salud y las de otros sectores son inseparables y por lo tanto, las segundas proyecciones mencionadas anteriormente son artificiosas, aunque metodológicamente indispensables. El efecto de las actividades de salud realizadas para modificar los factores determinantes y condicionantes de la salud es variable, dependiendo de la naturaleza de las interrelaciones entre dichos factores. Es, por lo tanto, indispensable estudiar y medir tales interrelaciones con el objeto de establecer límites de variabilidad para el efecto de dichas actividades. Tendrá que efectuarse estudios multifactoriales que puedan brindar límites de confiabilidad para las metas a lograr en salud a través de las actividades de este sector.
- (b) Es fácil reconocer como propias del sector una serie de acciones sobre las que no cabe discusión (en particular las de recuperación de la salud). Hay algunas acerca de las que existe cierta penumbra y que señalan la necesidad de un pronunciamiento operativo que puede contenerse en la delimitación del sector luego de un acabado estudio del marco institucional en que éste se desenvuelve y de la correcta definición de las actividades de su competencia.
- (c) La definición de las actividades envuelve el establecimiento de normas técnicas acerca de la composición de sus acciones y de diversos niveles de operación, luego del examen de los recursos existentes y de las normas reales que se hallen en funcionamiento. A más de ello tendrá que establecerse otros niveles de operación, previas hipótesis de modificación de las características de los recursos en cantidad, calidad y distribución. Obsérvese que ya en este punto tiene que estudiarse necesariamente los recursos y la manera como ellos están organizados para la producción de las actividades.

- (d) Otros dos criterios importantes que cobran trascendencia para la determinación de las actividades son los de efectividad y eficiencia, que envuelven la idea de validez de las definiciones operacionales adoptadas.
- (e) La efectividad es la medida de la consecución del propósito que se persigue. La efectividad en su grado máximo está dada por la solución del problema de salud por la realización de una actividad. Esto implica necesariamente un conocimiento muy ajustado de la relación causa-efecto entre los factores determinantes y el nivel de salud y la seguridad de que la acción tomada, es decir la actividad, tiene una definición operacional con un alto grado de validez; en otras palabras, que es pertinente al problema y tiene con éste una relación lógica o empírica. Si la relación es lógica, la actividad tiene una definición operacional que posee validez externa, como sería el caso de algunas actividades dirigidas a daños producidos por una multiplicidad de factores.
- Cualquiera que sea el caso, es imprescindible contar con una idea acerca de la validez de las definiciones operacionales de las actividades, ya que de otra manera se corre el riesgo de realizar acciones en salud que pueden tener una efectividad tan escasa que resulte conveniente eliminarlas o reemplazarlas por otras; o de modo contrario, que se deje de realizar acciones de gran efectividad. Esto nos lleva a pensar en la delicada operación de examinar las actividades según estos criterios, para lo cual se requeriría del concurso de la opinión de expertos y la recopilación de literatura científica y de experiencias realizadas.
- (f) El grado de eficiencia, en cambio, se mide por medio de la observación del cumplimiento de las normas establecidas para la realización de una actividad. A él se llega por la investigación operacional y su "explicación" se puede lograr por el análisis de los instrumentos utilizados, es decir, de los recursos humanos y materiales organizados para producir las actividades, y por el comportamiento de la demanda.
- (g) El número, tipo, composición, concentración, etc., de las actividades que se realizan en el sector se obtiene, parcialmente, a través del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, de la Encuesta de Morbilidad y de la Encuesta de Utilización de Servicios de Atención Médica para el caso de la Capital Federal y Gran Buenos Aires. Desde luego la mayor omisión se halla en las actividades del sector privado; pero podría pensarse, de ser posible, en la inclusión de una investigación muy simplificada de una muestra de establecimientos privados, encaminada a brindar una idea aproximada de la estructura de dichas actividades.

- (h) El estudio de los recursos y de la combinación de éstos para la producción de actividades está contenido dentro de lo que se puede llamar la "función de producción" o "instrumento". El contraste entre los diversos niveles hipotéticos de actividades para abordar los problemas de salud detectados, y el tipo, número y organización de los recursos disponibles, debe proporcionar varias alternativas para la utilización y la formación de éstos. Es recién en este punto que se puede pensar de modo coherente en planes de adiestramiento y formación de personal, en equipamiento y mejoramiento de la capacidad instalada. Surge de manera natural la idea del "tipo de médico que el país necesita" y de todos los demás recursos humanos que hacen falta.
- (i) Debe tenerse presente que en todo momento del proceso no se ha dejado de mencionar las alternativas. Concebido así no existe el peligro de comprometerse con una sola de ellas que pueda "rigidizar" o hacer inoperante cualquier grupo de soluciones propuestas. Así pues, si bien la iniciación de este enfoque se halla en la determinación de las necesidades al basarse en la mejor determinación posible de los niveles de salud y sus factores causales y condicionantes, se continúa, no obstante, con la enunciación de diversas alternativas en los cursos de acción a seguir, que dependen tanto del grado de seguridad que se posea en el grado de asociación entre los niveles de salud y los factores, como de la efectividad esperada de las actividades y de su eficiencia. Esta última, a su vez, está determinada por la operación de los recursos, acerca de los cuales tendrá que establecerse diversas hipótesis en relación con su disponibilidad. Una de las tantas alternativas posibles, es la de la simple racionalización en el uso de los recursos disponibles con miras a incrementar su rendimiento y eficiencia, la que, en términos del conjunto, puede no ser la más efectiva ni eficiente. En suma, la línea de pensamiento en este proceso no consiste en remontarse de la situación en salud a los recursos, sino en un continuo juego de realimentación de alternativas que incluyen aún hipótesis de diversos niveles de salud.
- (j) El estudio de los recursos se haría utilizando la Encuesta de Recursos en Operación, complementada con la Investigación de los Recursos Humanos. Las diversas alternativas de utilización de los recursos humanos deben señalar también diferentes niveles de cantidad y calidad de ellos, los cuales deben ser compatibles con los medios de formación, capacitación y adiestramiento. Es recién en este punto que puede confrontarse las características de estos últimos con las de aquellas instituciones que idealmente estarían en condiciones de producir y capacitar los recursos humanos para la salud.

- (x) Concluye la misión del Estudio con la presentación de las diversas alternativas de los cursos de acción a tomar en el sector salud bajo las diversas hipótesis puestas en juego. La implementación es materia de decisión de las autoridades de salud en lo que concierne a las actividades del sector y de las autoridades educacionales en lo que se relaciona a la adaptación de los planes de modificación de la formación profesional, previo estudio de factibilidad.

ESQUEMA GLOBAL DE INTERRELACIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD

