

NOTAS CORRESPONDIENTES A LA DIVISION DE INVESTIGACIONES DEL
CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE SALUD, PARA LA PRE-
SENTACION AL COMITE EJECUTIVO DE LA OPS
(68° Reunión, 1972)

1. El programa

1.1 Justificación

Entendemos que la planificación de la salud forma parte del cuerpo de las ciencias sociales. Toda investigación en ciencias sociales es de uno de dos tipos: de hechos o metodológica.

Este programa ha sido diseñado contemplando ambos aspectos, pero poniendo un énfasis particular en la parte metodológica, por entender que ese es no sólo el terreno más débil de la planificación, sino porque estamos seguros que es el que debe orientar al otro, la investigación o recopilación de los hechos.

La existencia de problemas metodológicos fue reconocida en la reunión de asesores en planificación de la OPS, realizada en Caracas del 1 al 5 de junio de 1970. En el punto 4 del resumen de las discusiones aparecen los siguientes comentarios:

- "4. Los principales puntos mencionados sobre el estado de situación de los procesos de planificación de la salud fueron los siguientes:
 - 4.1 Los grados de desarrollo y de funcionamiento de los procesos varían considerablemente de país a país, reconociéndose igualmente diferentes formas y medios para establecerlos;
 - 4.2 En general, y pese a los muchos beneficios obtenidos directa o indirectamente, los procesos no han evolucionado a la velocidad y en la dirección que las realidades de los países

aconsejaban. Los esfuerzos se han orientado mayormente a los aspectos formales de preparación de planes de servicios, de establecimiento de unidades de planificación en los Ministerios o Secretarías de Salud, y de capacitación de personal en procedimientos metodológicos. En algunos casos se reconoce, inclusive, que procesos iniciados en esta forma parecen haberse detenido a pesar de la existencia de tales factores formales;

4.3 En función de los principales elementos de un proceso de planificación se reconocieron los siguientes hechos:

- a) En muchos casos, la actitud de los niveles políticos de decisión no ha sido lo suficientemente favorable al proceso;
- b) El personal de las unidades de planificación establecidas en los Ministerios o Secretarías de Salud ha tendido a un aislamiento del resto de la estructura institucional y sectorial, a la vez que ha demostrado cierta inflexibilidad operativa en el enfrentamiento de los problemas de la planificación;
- c) En muchos casos no se ha logrado una efectiva participación del personal del sector salud en el proceso, a pesar de la cantidad de recursos humanos capacitados para el efecto;
- d) Los sistemas de información estadística no se han adecuado a las necesidades del proceso y la información misma ha sido insuficiente, en tipo y calidad, para alimentarlo;
- e) No se ha considerado en su debida importancia el adecuamiento de la infraestructura administrativa para que el proceso pueda cumplirse efectivamente. La ausencia de diagnósticos y proposiciones al respecto en los planes de salud, ha permitido que permanezcan condiciones obstaculizadoras del proceso, tales como:
 - falta de definición del ámbito de responsabilidades del sector salud;
 - multiplicación institucional del sector y falta de medios operativos de coordinación intrasectorial;

- deficiencias estructurales, organizativas y administrativas en las instituciones; y
 - falta de adecuación de los sistemas administrativos a las necesidades y requerimientos de los procesos.
- f) Hay una limitación en el conocimiento y utilización de técnicas metodológicas complementarias para resolver problemas en áreas y aspectos de la planificación de la salud que la metodología OPS/CENDES no puede cubrir dados su propio enfoque y características."

Por otra parte, en la presentación que la División de Investigaciones hizo ante el Comité Técnico Asesor en febrero de 1971, se dijo lo siguiente:

"El problema que hay que enfrentar, desde el punto de vista de la investigación, es encontrar un procedimiento que cumpla con dos condiciones fundamentales: 1) que responda (sea "encajable") a la realidad del funcionamiento político administrativo; 2) que estimule el mejoramiento de ese funcionamiento. La primera condición requiere que el procedimiento que se diseñe no sea "demasiado" diferente de la forma actual de operar del sistema político administrativo. La segunda condición implica que no debe ser "demasiado" parecido ya que tiene que estimular cambios en el sistema. Y estas condiciones significan, a su vez, que en cada situación particular, o sea en cada país o región de un país, habrá que utilizar procedimientos particularizados, especialmente adaptados para esa situación particular.

Por otra parte, la necesidad de cumplir con las condiciones mencionadas requiere el reconocimiento de las dos características básicas: el problema es complejo y está mal definido.

La complejidad de un problema deriva del número de componentes que forman parte del mismo y de sus interrelaciones. En el caso de salud, esa complejidad llega hasta donde se quiera porque prácticamente todo tiene que ver con la salud. Quiere decir que hay que decidir cuáles de los componentes del problema van a ser considerados en el procedimiento de planificación. Este es un hecho conocido. En los procedimientos en uso lo primero que hay que decidir es cómo se define el

sector salud para los propósitos de la planificación. La decisión respecto a los componentes a ser tomados en cuenta no es arbitraria, está limitada por la primera condición antes mencionada, es decir, hay que incluir por lo menos los componentes que aseguren la suficiente semejanza con el proceso político administrativo real. Además de esos componentes, que son los que dan el contenido a la planificación, porque es sobre los que se puede actuar, también deben figurar los que corresponden específicamente a los que condicionan la situación de salud, o sea los aspectos epidemiológicos.

El separar los aspectos epidemiológicos de los político-administrativos tiene por único objeto poder entender con más claridad el tipo de variables que intervienen en uno y otro caso, la forma de estudiarlas y la posibilidad de actuar sobre ellas. Como es obvio, todas se relacionan entre sí para conformar el cuadro de la salud.

La mala definición del problema salud está determinada por el tipo de relaciones que existe entre sus diversos componentes. Muchas de esas relaciones no sólo escapan a la correspondencia biunívoca sino que se dan dentro de un rango de posibilidades bastante amplio lo cual, agregado a los muchos circuitos de causación circular que se presenta en cualquier sistema complejo, hace que las consecuencias de las acciones que se tomen sean bastante difíciles de predecir.

Las características que acabamos de describir son típicas de los problemas sociales. Tradicionalmente las ciencias que se ocupan de esos problemas se contentaban con hacer descripciones o interpretaciones de fenómenos, sin intentar hacer proposiciones para orientarlos. Esa orientación era dejada a los ideólogos políticos.

La planificación surge como un intento de introducir una mayor racionalidad tanto en el proceso de toma de decisiones como en el de la ejecución de las mismas. Sin embargo, la integración necesaria entre político, administrador y planificador no se produce. Esto caracteriza típicamente lo ocurrido en los últimos años en América Latina, no sólo en el terreno de la salud sino también en los otros

sectores de la sociedad. No obstante se puede percibir algunas diferencias. En el terreno estrictamente económico es donde se ha percibido con más claridad que el impacto importante lo han tenido la implementación de "grandes" decisiones políticas: industrializar, sustituir importaciones, defender los precios de los productos primarios, etc. La manera en que se implementaron esas políticas dependió más de los mecanismos administrativos existentes o creados para ello que de los esfuerzos de la planificación. Parecería que, en general, el planificador quedó al margen del proceso. En el sector salud ocurrió algo similar, con el agregado de que es o era bastante más oscuro el significado de una política de salud. No parecería existir la posibilidad de tomar "grandes" decisiones de política de salud, tal vez porque esas decisiones, en salud, afectan básicamente a grupos sociales, y es posible que no existiera la intención ni el interés de revolver ese avispero. El hecho es que, en general, la "gran" decisión de política que se tomó fue no cambiar el "statu quo" que mantenía una distribución de los beneficios de salud similar a la del ingreso.

En este contexto, un método de planificación de salud que intentaba sustituir la toma de decisiones políticas discrecionales por un procedimiento más "racional", y que permitía ordenar las decisiones en una escala de bondad a través de la medida del costo beneficio, pero que además reemplazaba en buena medida al mecanismo administrativo tradicional, tenía pocas posibilidades de éxito. Si, por otra parte, el método adolecía de lagunas importantes, es obvio que estaba destinado al rechazo."

2. Contenido

De acuerdo con los problemas planteados en la justificación, se diseñó un programa cuyo contenido sufrió leves modificaciones a través del tiempo. Esas modificaciones se pueden ver en los siguientes documentos: Esquema del programa de investigaciones, de enero 1969; memo OPS/INST-19-70, de febrero de 1970; Presentación ante la reunión de Jefes de Zona en Washington en julio de 1970; y Programa de actividades del Centro 1971-74 (este último se adjunta como anexo). En éstos y en otros documentos se planteó la necesidad de que

las investigaciones fueran consideradas como de responsabilidad de la OPS y no sólo del Centro, dada la insuficiencia del mismo para poder cumplir un programa tan ambicioso.

Los pasos avanzados han sido los siguientes:

- a) Formulación teórica del modelo vinculador.
- b) Ejemplo de utilización del anterior. Versión reducida.
- c) Formulación de intentos de aplicación parcial. Modelo global de Argentina y modelo para estudiar la viabilidad de sistemas de atención médica, especialmente en sus aspectos financieros (Argentina).
- d) Esquema de políticas de salud.
- e) Análisis de políticas de salud (caso del SERMENA en Chile).
- f) Programación del modelo metodológico (en terminación).
- g) Esquema de evaluación para Chile.
- h) Esquema de evaluación para Antioquia (Colombia).
- i) Tipología de salud.
- j) Tipología de desarrollo.
- k) Esquema de procedimiento para análisis de relaciones estructurales.

Excepto para la programación del modelo metodológico, para todos los otros trabajos existen documentos en los que se puede establecer la situación alcanzada.

Se reitera que de las investigaciones planteadas, varias pertenecen a la categoría de recopilación de hechos o datos, es decir, estudios empíricos que deben ser realizados en el terreno. Así los que figuran en el documento anexo como "determinación de parámetros y funciones" y "determinación de normas". En otros casos, se necesita la colaboración de personal de la OC:

para el diseño de los submodelos de enfermedades transmisibles, no transmisibles, de recursos humanos, y el estudio de factores condicionantes. Volveremos sobre estos aspectos.

2.1 Modelo vinculador

2.1.1 De qué se trata:

Es el intento de utilizar el procedimiento de experimentación numérica para superar los problemas metodológicos que se nos han presentado hasta ahora. La siguiente descripción está tomada de la presentación del tema "Métodos y modelos" hecho ante el Seminario realizado en Buenos Aires en noviembre de 1970.

En este procedimiento se utilizan modelos matemáticos con un enorme número de componentes elementales lo cual requiere cierto nivel de agregación tal como grupos sociales o de edad, tipos de hospitales, regiones, etc.

"El nivel óptimo depende del problema y siempre es difícil de encontrar (o cuántos y cuáles grupos de enfermedades, o qué tipo de camas de hospitalización, o cuáles niveles de complejidad hospitalaria, etc.). Cada relación entre variables es una hipótesis de tipo global, de las que hay pocas en ciencias sociales. Para solucionar este problema la experimentación numérica propone utilizar las alternativas más probables según la experiencia del usuario y utilizar criterios y resultados cualitativos. Son modelos muy específicos que obligan a definir las condiciones de contorno para todo el período que se quiere estudiar. Son modelos evolutivos que deben perfeccionarse continuamente para incorporar los nuevos conocimientos o los cambios que se vayan operando sobre el sistema real. Sus fuentes principales de incertidumbre son la forma de las hipótesis, el valor de los parámetros y el comportamiento futuro de las variables no controlables. Por último, no permiten hacer predicciones cuantitativas. Su uso es como criterio de decisión cualitativa.

Las características de este tipo de modelos los hace especialmente aptos, como que fueron diseñados para ello, para el tratamiento de los problemas que presentan los sistemas sociales.

Los problemas de contenido corresponden a la existencia de esquemas mentales o verbales bien claros y detallados de cómo funciona el sistema en estudio. En este terreno, que es específicamente el que corresponde a los especialistas de salud, es donde tal vez somos más pobres. No hay leyes y a veces ni siquiera hipótesis medianamente aceptables acerca del funcionamiento de componentes muy importantes del sistema de salud. Esta es una posible fuente de errores serios, pero lo grave es que, si se quiere tratar (conocer, manejar) al sector salud en un sentido global, es imprescindible considerar todos los componentes que teóricamente, a juicio del equipo modelista ^{tienen importancia. Es conveniente entender aquí al equipo modelista} en sentido amplio y no sólo a los matemáticos que escriben las ecuaciones, los estadísticos que estiman los coeficientes y los sanitaristas que describen el sistema, sino también a los usuarios posibles que son los que conocen cuáles son los problemas que enfrentan y deben resolver. Hay que estar consciente que puede existir una dificultad de comunicación entre el equipo modelista en sentido restringido y los supuestos usuarios, por ejemplo los funcionarios encargados de tomar decisiones. Esto ocurre porque se utilizan términos o variables que no son de uso corriente y que no se pueden adjudicar a una fuente específica del sistema real. El modelista que obtiene sus relaciones del análisis estadístico tiende a mantener sus coeficientes como resultados empíricos, abstractos, que no se pueden identificar con aspectos particulares del sistema real. No es lo mismo decir que la demanda es una función equis del ingreso y la accesibilidad, que decir que en condiciones determinadas tal grupo de población va a demandar atención en una cierta proporción. Debe intentarse siempre que cada constante y variable tengan un significado lo más coincidente posible con el del sistema real, para que se pueda discutir su aceptabilidad en términos de su significado común, físico o conceptual.

En la construcción de un modelo matemático se comienza por identificar los componentes del sistema y formalizar lo que sabemos o creemos de cada uno de ellos. Luego es posible la interacción de estos componentes, población, ambiente, hospitales. Una de las decisiones

que se toman en esta etapa es la del nivel de agregación. No se puede operar con desagregación máxima (cada persona, cada cama de hospital) porque se llega a dimensiones inmanejables, ni lo que se quiere (toda la población, todas las camas) porque se pierde toda significación.

En lo que respecta a la información sobre la cual construir un modelo, conviene insistir en que generalmente existe suficiente información descriptiva que forma parte de la experiencia común con la cual se puede comenzar la construcción de una primera versión de un modelo que puede resultar sumamente útil, entre otras cosas para decidir cuál es la información que hay que recoger. O sea, el modelo viene primero.

No hay que hacer hincapié en la existencia de datos formales. La recolección rutinaria de datos numéricos no va a generar nuevos conceptos ni identificar variables desconocidas pero importantes. Es trivial decir que esto no significa restar importancia a la información factual ni a los sistemas para su recolección y procesamiento.

Dice Jay Forrester: parece haber una confusión general acerca de que no se puede emprender la construcción de un modelo matemático hasta que cada constante y relación funcional se conozca con gran precisión. Esto conduce a menudo a la omisión de factores que se admiten altamente significativos, por ejemplo la mayoría de las influencias "intangibles" sobre las decisiones, debido a que no están medidos o no son medibles. Omitir esas variables es equivalente a decir que tienen efecto cero, probablemente el único valor acerca del que se sabe con certeza que es falso.

Cuando no hay teorías claras acerca de la relación funcional entre variables, las hipótesis que se adopten pueden ser cruciales. En la técnica de experimentación numérica, que es la que creemos conveniente utilizar, no se incluyen leyes generales sino hipótesis específicas de casos particulares, o sea se dan algunos valores de una función en vez de definirla en el dominio más amplio posible. La enorme ventaja que esto tiene es que se puede llegar a un acuerdo de expertos lo cual es imposible, o no tiene sentido, cuando se intenta llegar a formular la teoría general del fenómeno. Este proceso, en cambio, facilita la formulación de la teoría.

Un modelo matemático global del sector salud debe ayudar a comprender el funcionamiento del sector. Debe ser de ayuda en la toma de decisiones y en establecimiento de juicios evaluativos. Debe ayudar a establecer políticas deseables.

El uso de un modelo implica que: 1) conocemos algo acerca de las características detalladas del sistema, 2) estas características, conocidas o supuestas, interactúan influenciando la evolución del sistema en el tiempo, 3) el conocimiento que tenemos de los componentes individuales del sistema supera a nuestra capacidad intuitiva para visualizar la interacción de esos componentes, 4) mediante la construcción del modelo y la observación del comportamiento de los factores dentro del mismo podremos entender mejor el sistema que estamos estudiando.

Estos comentarios implican a su vez que un modelo útil de un sistema real debe ser capaz de representar la naturaleza del sistema. Debe mostrar la manera en que los cambios en la política o la estructura del mismo condicionan un mejor o peor comportamiento. Debe tomar en cuenta los tipos de perturbaciones externas a las cuales el sistema es sensible. Pero hay que insistir que no se incluye aquí la predicción de sucesos específicos en un momento futuro determinado. La utilidad de los modelos no está en su capacidad para predecir una trayectoria específica. Por otra parte, dados los objetivos de conocimiento y manejo que señalé al comienzo, debemos interesarnos más en la naturaleza del sistema que en su condición futura.

Hay, sin embargo, dos características de los modelos que están ligados a los objetivos señalados: precisión y adecuación. La primera se refiere sobre todo a la definición exacta, inequívoca, de cada atributo de los componentes y de sus relaciones. La construcción del modelo obliga, repetimos, a describir de manera exacta lo que queremos decir y esto nos ayuda a aclarar nuestras ideas y en consecuencia a mejorar nuestro modelo mental. Cuando el modelo mental se convierte a una forma matemática precisa, puede presentar inconsistencias

con la naturaleza del mundo real que observamos. De manera que ya a partir del comienzo de la tarea el modelista está usando el modelo como instrumento de conocimiento. El modelo es útil aunque represente solamente lo que nosotros creemos es la naturaleza del sistema que estudiamos. Imparte precisión a nuestro pensamiento, elimina la vaguedad, nos obliga a definirnos en cuanto a nuestra creencia acerca de la importancia relativa de los diversos factores que componen el sistema. Mediante su uso descubrimos inconsistencias en nuestros supuestos básicos. Esta es una segunda manera en que el modelo sirve para aprender. A menudo encontraremos que cuando se combinan entre sí los conocimientos o suposiciones que tenemos acerca de cada componente separado, los resultados difieren bastante, a veces diametralmente, de las consecuencias intuitivamente esperadas.

La segunda característica que mencioné es la adecuación. Entiendo por ésta el grado de correspondencia del modelo con el mundo real. Esta característica es importantísima si se pretende que el modelo sirva para ayudar en el manejo del sistema, o sea como instrumento de decisión. En este caso la similitud entre modelo y sistema debe ser bastante completa.

Este uso de los modelos de experimentación numérica para el análisis de decisiones es una parte de un procedimiento que Varsavsky detalla de la siguiente manera: 1) Fijación de objetivos detallados en tiempo, espacio y según todas las variables que puedan ser interesantes; 2) determinación de una estrategia especialmente en términos de tecnología a utilizar y forma de financiamiento; 3) hipótesis sobre evolución de coeficientes técnicos, incluyendo la influencia que tendrían sobre éstos los objetivos y las estrategias; 4) cálculo, mediante el modelo, de los resultados que se obtendrían. Los efectos se miden como discrepancias entre ofertas y demandas de recursos humanos, financieros, capacidades y otros; 5) si en el resultado obtenido se observan discrepancias grandes entre cualesquiera de los indicadores elegidos, se revisa la estrategia tecnológica y se hacen nuevos experimentos con el

modelo hasta encontrar una estrategia factible que resuelva los desajustes, o convencerse de que no se puede. Si ocurre esto último se revisan las hipótesis tecnológicas (coeficientes técnicos o funciones de producción) y si se perciben variantes posibles se ensayan incluyéndolas en diferentes estrategias. Si vuelven a encontrarse discrepancias no resolubles, los objetivos no son alcanzables y hay que cambiarlos; 6) se examina la factibilidad financiera; 7) se contrastan los resultados obtenidos con la factibilidad política (o de poder). Estos dos últimos aspectos se pueden estudiar con el modelo, si se han incluido los indicadores correspondientes, o fuera del mismo.

Este procedimiento puede tener algunas alternativas, pero lo que interesa destacar aquí es la importancia que se asigna al planificador, al especialista y al político. El modelo no hace más que facilitar y hacer más eficiente su trabajo."

En síntesis, el modelo vinculador sirve para hacer experimentos sociales que permitan probar políticas de salud y sus consecuencias

2.1.2 De qué no se trata:

Este procedimiento "no emplea mecanismos de optimización ni hace uso del análisis de costo beneficio para ordenar prioridades de asignación de recursos. Nuestro rechazo de estos enfoques no deriva de una oposición al propósito de los mismos ya que es tautológico decir que es mejor una solución mejor. En el caso de la optimización ocurre que los procedimientos que se utilizan requieren la existencia de un indicador único y una perfecta definición del problema, que no son las condiciones que enfrentamos. El análisis de costo beneficio necesita identificar todos los costos y todos los beneficios, medidos de una manera uniforme; éste es un problema no resuelto por completo ni siquiera en el terreno económico, en tanto que en los sectores sociales, y especialmente en salud, su dilucidación presenta dificultades tal vez insalvables (por ejemplo la comparación del valor de la vida a distintas edades para un mismo individuo o entre individuos)."

Tampoco intenta hacer pronósticos de situación en base a la extrapolación de regularidades históricas. Por eso rechaza específicamente la

determinación de tipo econométrico para los parámetros de comportamiento del sistema. Y esto se fundamenta porque entendemos que los problemas básicos de nuestra región son de cambio y no de mantenimiento de la situación social.

3. Actividades del Centro

Se describen sucintamente las realizadas en el curso del presente año. Lo anterior figura en los informes anuales.

3.1 Argentina

Se colaboró con el equipo de Análisis y Modelos del Estudio de Salud y Educación Médica, en la formulación de un modelo para estudiar la viabilidad de sistemas de atención médica, especialmente en sus aspectos financieros. Este trabajo fue discutido con funcionarios de la subsecretaría de salud del Ministerio de Bienestar Social y de la Delegación Regional de Cuyo del mismo organismo. Se utilizaría en el examen de aspectos parciales de la política de salud en la provincia de Mendoza. Hay un informe preliminar. Este modelo es una parte de lo que sería el modelo vinculador para Argentina.

3.2 Colombia

Se asesoró al equipo de PLANSA en la formulación del protocolo de la investigación y en el diseño de un esquema de evaluación del proceso de planificación. Hay un borrador del mismo. Forma parte de los estudios metodológicos no relacionados con el modelo vinculador.

3.3 Chile

Se presentó a consideración del organismo sectorial de planificación un esquema de evaluación del proceso de planificación de salud similar al de Antioquia, pero especialmente adaptado a las circunstancias del país. Hay un borrador.

3.4 Sede

Se terminaron las tipologías de salud y de desarrollo. Se prosiguió con la programación del modelo metodológico por contratación con la Universidad Central de Venezuela. Se prosiguió la colaboración con la División de Proyectos de ILPES en la preparación de guías para formulación de proyectos.

4. Esfuerzos realizados

4.1 A nivel de la oficina central

En la reunión de Jefes de Zona de julio de 1970 dijimos:

"Se solicita la aprobación, colaboración y apoyo de todos los Departamentos y Zonas de la OSP. Si esta condición fracasa se considera que el programa no es viable...

Nuestra idea es que el programa de investigaciones debe formar parte de una línea común de investigaciones en planificación, no del AMRO-3715 sino de la OSP...

Insisto en que para poder realizar esta tarea necesitamos el consejo de quienes están capacitados para darlo, además de la crítica de todos. No podría ser suficientemente enfático a este respecto, pero si el nivel central y el terreno no nos prestan su apoyo entonces nuestro programa no tiene sentido."

Posteriormente, en el memo AMR/3715-116-70 del 29 de julio de 1970 se puntualizan las áreas de colaboración con especificación de qué departamentos serían los que tendrían que intervenir en primera instancia.

En el programa de actividades 71-74 se especifica en cada caso la colaboración requerida de la O.C. o del terreno.

Por otra parte, en el relato del Comité Técnico Asesor se expresa lo siguiente:

"We have considered carefully the research programme of the Centre as outlined to us by the Centre's staff. We take the viewpoint that the quantity of research programmed for the next four years is so large and the budget so limited that there is a real danger that either the existing staff will be over-extended or that important areas of research will not be developed to the depth which these subjects clearly require. We suggest therefore that further funds and staff be sought to enable the existing programme to be completed at sufficient depth."

Estas ideas de una colaboración amplia de partes de los distintos Departamentos que forman nuestra Organización no han tenido ninguna consecuencia concreta.

4.2 A nivel de los países

No se ha realizado, hasta ahora, una campaña agresiva de "venta" de investigaciones. Las pocas experiencias que tenemos son, sin embargo, sólo parcialmente positivas. En los países en que se está desarrollando algún tipo de investigación se han encontrado algunas personas del equipo nacional interesadas, además del apoyo importante del personal de la Oficina. Sin embargo, y ésta puede ser una impresión muy subjetiva, se tiene la sensación que somos "tolerados" en base a cierto prestigio como institución. Esto debe ser aprovechado para el desarrollo del programa pero conlleva riesgos evidentes que exceden nuestra capacidad de análisis.