



LA EPIDEMIOLOGIA Y LA POLITICA DE SALUD

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Departamento de Relaciones Públicas**

**Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social
(BINASSS)**

LA EPIDEMIOLOGIA Y LA POLÍTICA DE SALUD

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Departamento de Relaciones Públicas**



**Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social
(BINASSS)**

INDICE

Prefacio	A
La Epidemiología en la Administración de Servicios de Salud	1
La Epidemiología y la Política de Salud	29
El Sistema de Salud de Quebec. ¿Objetivos de atención u objetivos de salud?	61

PREFACIO

El criterio básico que se ha seguido para la selección de estos tres artículos ha sido el de ofrecer, al cuerpo médico nacional y a otros profesionales de la salud, algunos elementos de cómo puede ser aplicada la evidencia epidemiológica en las organizaciones hospitalarias, ambulatorias y administrativas para la toma de decisiones de política de salud y en la administración de servicios de salud.

La epidemiología, durante mucho tiempo, se ha utilizado como una disciplina ligada, básicamente, a las enfermedades infecciosas y parasitarias; sin embargo, la epidemiología es más un método que una disciplina, la cual nos abre enormes posibilidades en la práctica clínica y administrativa.

En Costa Rica, las últimas dos décadas han sido testigo de un enorme avance en las condiciones de salud de nuestra población y en el grado de organización de nuestros servicios. En el presente nos enfrentamos a un patrón de morbi-mortalidad donde las enfermedades crónicas, los accidentes y violencias han pasado a ser los problemas prevalentes. No por ello se han abandonado algunos problemas de enfermedades infectocontagiosas, sobre todo en un grupo de cantones, que podemos identificar claramente y que se han denominado cantones prioritarios por el atraso en su condiciones de salud y desarrollo económico, sobre los cuales se hacen esfuerzos importantes para producir mejorías.

Estas condiciones, en el contexto de crisis económica que enfrenta nuestra sociedad, nos obliga a pensar e implementar medidas de mayor eficiencia, eficacia y efectividad en los servicios prestados, para que éstos tengan impacto en el mejoramiento de la condición de salud de nuestra población.

El último artículo seleccionado en esta colección analiza el Sistema de Salud de Quebec, Canadá. Viene a ser una síntesis con un ejemplo concreto de los elementos teórico-metodológicos presentados en las dos lecturas previas.

Dr. Guido Miranda Gutiérrez
Presidente Ejecutivo
C.C.S.S.

LA EPIDEMIOLOGIA EN LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

Tomado de:

Dever, G. E. Alan

Epidemiology in Health Service Management

An Aspen Publication, 1984

Antes de examinar el uso de la epidemiología en la administración de los servicios de salud es necesario asumir una visión más macroscópica de sus aportes al sistema de atención de la salud y su papel en la política de salud.

La planificación de políticas es un proceso dirigido hacia la obtención de un cambio social deliberado (1). Trata acerca de la estructura de valores de la sociedad, o acerca de lo que la sociedad considera importante. La planificación, a este nivel, es normativa, idealista o creadora de un futuro y trata con lo que "debe ser". Es definida por Hyman, como planificación orientada hacia metas o la creación de nuevos sistemas (2). El énfasis es ubicado tanto en los fines deseados, como en los medios para lograrlos. Bailey define como modelo de análisis de política a aquel que comprende "... un análisis cuidadoso, lógico, de un complejo de problemas diversos a un nivel político... con el propósito de hacer que todas las suposiciones resulten más explícitas, de que se reconozcan más claramente las restricciones, se llegue a conclusiones más confiables, a partir de las suposiciones y así sucesivamente". (3)

Pueden utilizarse varios modelos, incluyendo los siguientes:

- Modelos técnicos que provean una comprensión científica de la conducta, por ejemplo, de la dinámica poblacional de las enfermedades, y que predigan los posibles resultados de la intervención con miras a una salud óptima. Los modelos demográficos y de mano de obra caen dentro de esta categoría.

- Modelos de sistemas que tratan las interacciones entre los modelos técnicos.

- Modelos de sistemas de información que tratan el flujo de información para la toma de decisiones. (4)

La planificación de políticas de salud consiste, básicamente, en el desarrollo de metas y criterios a mediano y largo plazo. (5)

La política de salud está determinada por muchos factores: políticos, históricos, culturales, científicos y tecnológicos, así como epidemiológicos. (6)

Como se indicó en el Capítulo 1, la epidemiología tiene tres metas principales: el estudio de la ocurrencia, distribución, dimensión y avance de la salud y la enfermedad en la población humana; el contribuir a la comprensión de la etiología de la salud y la enfermedad; y la promoción de la utilización de conceptos epidemiológicos en la administración de los servicios de salud. Estas metas se relacionan, y a decir verdad, se entrelazan, con la búsqueda de la meta final de la política de salud: la promoción y conservación de la salud de la población.

Como se explicó también, los patrones de enfermedad cambiaron a lo largo del tiempo; de las dolencias infecciosas a las no infecciosas. El potencial mayor para la promoción y conservación de la salud pública descansa todavía en la prevención. La epidemiología, como lo hizo en el caso de las enfermedades infecciosas, brinda una muy importante contribución a la comprensión de las causas y los medios para la prevención de las dolencias no infecciosas.

Ford describe tres etapas en el control de una enfermedad: la popular, la científica y la de aplicación (7). La fase popular consiste en la recolección de conocimientos "desde sus raíces iniciales en la sabiduría popular y la observación a base de sentido común". La fase científica es la de la transformación de este conocimiento de sentido común en una comprensión científica. La fase de aplicación traslada esta comprensión científica hacia la prevención efectiva.

La epidemiología descriptiva es paralela a la fase popular, en tanto que la epidemiología analítica y la experimental (así como la descriptiva) contribuyen a la comprensión científica de la enfermedad. En la fase de aplicación los datos epidemiológicos son traducidos a decisiones significativas y naturales de política pública. Esto es lo

que Gordis llama "la responsabilidad social" de los epidemiólogos (8), y aquí ellos manejan las principales causas de muerte. La investigación epidemiológica ha identificado ya los principales factores de riesgo en las enfermedades del corazón, la mayoría de los cánceres, las enfermedades cardiovasculares y la mayor parte de las otras principales causas de muerte (9). Tal conocimiento, sin embargo, está aún por ser trasladado completamente hacia la política de la salud.

El hecho de que la política de salud esté determinada por muchos otros factores que no son los epidemiológicos explica, parcialmente, la ausencia de la aplicación del conocimiento epidemiológico. Además, como lo señala Ford, los principales responsables de tomar las decisiones en política de salud (a saber los ciudadanos promedio, los médicos, los administradores de la atención de la salud y los expertos en salud pública) mantienen diversos y claros puntos de vista acerca de la salud y la enfermedad. (10)

La epidemiología de la salud pública comprende el conocimiento y la consideración tanto de un numerador (número de casos, fallecimientos, servicios, etc), como de un denominador (la población general de la cual se toma el numerador). Los ciudadanos promedio se dan cuenta de que son parte del denominador, pero solo tienen un conocimiento limitado del numerador, o de la extensión de la población.

Por contraste, los médicos se centran en, y dan valor a la relación individual médico-paciente. Los médicos saben bastante acerca del numerador, pero muy poco acerca del denominador. Finalmente los administradores de la atención de la salud por lo general tienen un gran conocimiento acerca de la población general pero, con demasiada frecuencia, tal conocimiento se reduce a los términos económicos, más que a la preocupación por las necesidades no atendidas, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento y promoción de la salud.

No existen vías fáciles hacia la meta de la sociedad de la salud para todos. Sin embargo, una amplia aplicación del punto de vista epidemiológico puede facilitar una reducción de las principales causas de invalidez y muerte. Gordis escribe: "En última instancia estas decisiones (de política) son sociales y como miembros activos y preocupados de la sociedad, cada uno de nosotros debería ser un participante en este proceso y no renunciar a esta responsabilidad comunitaria".

(11)

El epidemiólogo experto en salud pública debería hacerse oír más e involucrarse o participar más en la fijación de la política. El adiestramiento de los médicos debería, como lo aconsejan muchos de los autores incorporar una perspectiva económica ampliada dentro de la consideración de la salud del paciente (12, 13,14, 15). El ciudadano promedio debe también involucrarse dándose cada vez más cuenta de las determinantes de salud y la enfermedad mediante una creciente participación en la formulación de la política.

La administración de la atención de la salud debería asumir una base de orientación poblacional. Las organizaciones de la salud deben tener conciencia de las necesidades y los problemas de la población a la cual sirven.

Deben también involucrarse en el mantenimiento y promoción de la salud pública.

MODELOS EPIDEMIOLOGICOS PARA POLITICAS DE SALUD

Si se utiliza la epidemiología como pauta, la política de salud se basará, entonces, en la primacía de la prevención (16). La política de salud debería conducir al desarrollo de programas para prevenir las principales causas de incapacidad y muerte. Los siguientes capítulos explican cómo se hace esto, mediante la planificación estratégica y operativa. Una comprensión general, o marco de referencia, inherentemente orientado hacia la prevención es, sin embargo, pre-requisito para el desarrollo de tal acción preventiva. Hay tres modelos que reflejan la salud y la enfermedad de tal manera que promueven un enfoque epidemiológico en el establecimiento de las políticas de salud: el concepto de campo de salud, los eventos de salud de Rutstein, y los paquetes canadienses de protección de la salud.

EL CONCEPTO DE CAMPO DE SALUD

El capítulo 1 señaló como el modelo tradicional de causa de enfermedad (agente-anfitrión-ambiente) resultaba inadecuado para el análisis epidemiológico de las enfermedades no infecciosas de hoy en día. Para reemplazarlo se desarrolló el concepto de "campo de salud". Este

es más amplio, más comprensivo y se ajusta mucho a una visión de la salud de causa y efectos múltiples y, evidentemente, al de los conceptos extendidos del riesgo.

Aún cuando esta conceptualización de la salud en cuatro divisiones primarias (estilo de vida, ambiente, biología humana y sistema de organización de la atención de la salud) fue inicialmente propuesto como un modelo de causa-enfermedad(17), se popularizó cuando fue aplicado a la política de salud del Canadá (18,19). Este modelo epidemiológico ofrece una aproximación más equilibrada al desarrollo de la política de salud, cuando se compara con las limitadas divisiones tradicionales de prevención, diagnóstico, terapia y rehabilitación, o con salud pública, salud mental y medicina clínica (20). Los cuadros 1-2, 1-3 y 1-4 (del capítulo 1) muestran las divisiones primarias de este modelo epidemiológico para el análisis de la política de salud.

ESTILO DE VIDA

Los estilos de vida, o para ser más exactos, los riesgos auto-creados, pueden ser divididos en tres elementos: riesgos por actividades del ocio, patrones de consumo y riesgos ocupacionales y de participación en el empleo. Esta división del modelo epidemiológico comprende el agregado de las decisiones de los individuos que afectan su salud y sobre las cuales tienen mayor o menor control (21). Las decisiones malas o incorrectas dan por resultado modos destructivos de salud que contribuyen a un nivel incrementado de enfermedad o muerte prematura.

Riesgos de la actividad del ocio: Algunos modos destructivos auto-impuestos son el resultado de los riesgos de la actividad del ocio. Por ejemplo: la falta de recreación está fuertemente asociada a la hipertensión y la enfermedad cardíaca coronaria. La falta de ejercicio agrava la enfermedad cardíaca coronaria, conduce a la obesidad y se traduce en una ausencia total de aptitud física.

Patrones de consumo: Otro tipo de riesgo auto-impuesto comprende los patrones de consumo. Estos incluyen:

- El exceso en el comer, que lleva a la obesidad y consecuencias subsiguientes,
- Absorción de colesterol, que contribuye a la enfermedad cardíaca;

- Adicción alcohólica, que lleva a la cirrosis hepática;
- Fumado de cigarrillos, que causa enfermedad pulmonar obstructiva (bronquitis crónica, enfisema), cáncer pulmonar y agrava la enfermedad cardíaca;
- Dependencia de las drogas y uso social de ellas, que llevan al suicidio, el homicidio, la desnutrición, los accidentes, la retracción social y a los ataques agudos de ansiedad;
- Abundancia de consumo de glucosa (azúcar), que contribuye a la caries dental, y a la hiperglicemia y sus problemas concomitantes.

Riesgos empleo/ocupacionales: Los estilos de vida destructivos resultantes de la participación en el empleo y los riesgos ocupacionales son igualmente significativos, pero mucho más difíciles de identificar. Las presiones del trabajo conducen a tensiones, ansiedades y "stress" las cuales, a su vez pueden causar úlceras pépticas e hipertensión. Otros hábitos (difíciles de categorizar, por definición) tales como el descuido al manejar, producen accidentes, mientras que la promiscuidad sexual puede traducirse en sífilis o gonorrea (22).

Ambiente: En el modelo epidemiológico, el ambiente es definido como los eventos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. Este elemento puede subdividirse en dimensiones físicas, sociales y psicológicas.

La dimensión física: En un ambiente físico, ciertos riesgos muestran una relación muy cercana con el uso de la energía (petróleo) por parte de una población expansiva. El consumo de energía per-cápita está creciendo de manera concomitante con la población y el patrón de vida. Así los riesgos para la salud originados en el aire, el ruido y la contaminación del agua, crecerán también de manera indudable. Las enfermedades y problemas resultantes incluyen la pérdida del oído, las enfermedades infecciosas, la gastroenteritis, el cáncer, el enfisema y la bronquitis. En casos limitados la ionización y la radiación ultravioleta tienen implicaciones en términos de cáncer cutáneo y mutación genética (24).

Las dimensiones social y psicológica: Estas divisiones de la salud ambiental comprenden factores mayores que involucran la modificación de la conducta, los problemas de percepción y las relaciones interpersonales. Por ejemplo: el hacinamiento, el aislamiento, las tasas rápidas y aceleradas de cambio y el intercambio social, pueden contribuir al homicidio, el suicidio, el "stress" en las decisiones y la sobre-estimulación ambiental (25,26).

Las condiciones ambientales crean riesgos que constituyen una amenaza mayor para la salud que la de cualquier incapacidad actual del sistema de la organización de la atención de la salud (27). Los problemas de salud resultantes solo serán resueltos por la imposición de patrones y controles sobre las entidades o industrias responsables de ellas.

Resulta interesante notar que antes de la aparición de la teoría microbiana de la enfermedad se había considerado a la determinante ambiental de la salud como la más importante. Hipócrates habla acerca de la influencia de los factores ambientales y las condiciones de vida en el inicio de la enfermedad, en un libro que bien puede haber sido el primer tratado epidemiológico o, a decir verdad, el primer tratado médico: "Acerca de Aires, Aguas y Lugares" (28). Más específicamente, Hipócrates habla acerca de los efectos que sobre la salud tienen las épocas del año, acerca de los "vientos calientes y frios", acerca del agua y acerca del suelo.

Biología humana: Este elemento centrado en el cuerpo humano, se preocupa por la biología básica de los humanos y su constitución orgánica individual. Así, la herencia genética de una persona crea desórdenes genéticos, deformidades congénitas y retardo mental. El proceso de madurez y envejecimiento es un factor contributivo en la artritis, la diabétes, la arterioesclerosis y el cáncer. Los desórdenes obvios de los sistemas esqueléticos, muscular, cardiovascular y digestivo son subcomponentes de sistemas internos complejos. Las categorías de enfermedades que comprenden la biología humana deben ser sopesadas en concordancia con las otras divisiones del modelo epidemiológico. La asesoría genética, para los padres cuyos hijos padecen de la enfermedad de Tay-Sachs puede ser un paso en la dirección acertada.

Si los problemas resultantes de la biología humana pueden ser superados debería ser posible el salvar muchas vidas, disminuir el dolor y reducir el costo de los servicios de tratamiento. Este es un deber para con la humanidad.

Sistema de Organización de la Atención Médica:

La división final del modelo epidemiológico es el sistema de organización de la atención médica. Este puede ser subdividido en tres elementos: curativo, restaurativo y preventivo. El sistema en sí consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para brindar la atención de la salud. Sus elementos restaurativos incluyen hospitales, guarderías y servicios de ambulancia. Sus elementos curativos comprenden las drogas medicinales, el tratamiento dental y los profesionales médicos. El sistema tiene elementos preventivos muy limitados. Los esfuerzos y los gastos por mejorar la salud en los Estados Unidos han estado dirigidos, casi totalmente, hacia el sistema de organización de la atención médica. Empero, los patrones de mortalidad y morbilidad de hoy en día están profundamente enraizados en las otras tres divisiones del modelo epidemiológico. Las enormes sumas en restaurar y curar podrían ser utilizadas de manera mucho más efectiva si pudieran ser destinadas a la prevención de la enfermedad. En lugar de concentrarse en las fallas del sistema de organización de la atención médica, sería más ventajoso promover los aspectos positivos de las otras tres divisiones estilo de vida, ambiente y biología humana.

Ventajas del modelo:

La combinación de las cuatro divisiones -sistema de organización de la atención médica, estilo de vida, ambiente y biología humana- en un modelo epidemiológico para la política de salud tiene muchas ventajas. Lalonde cita éstas:

- 1.- Este modelo eleva al estilo de vida, al ambiente y a la biología humana a un nivel de importancia categórica igual al del sistema de organización de la atención médica.
- 2.- Este modelo es comprensivo. Cualquier problema de salud puede ser rastreado hasta una sola o una combinación de las cuatro divisiones.

- 3.- El modelo permite un sistema de análisis mediante el cual una enfermedad o patrón pueden ser examinados a través de las cuatro divisiones a fin de valorar la importancia e interacción relativa (por ejemplo ¿qué porcentaje o proporción del estilo de vida, el ambiente, la biología humana o el sistema de organización de la atención médica contribuyen al suicidio?)
- 4.- Este modelo permite una subdivisión posterior de los cuatro factores principales: el ambiente por ejemplo, es subdividido en físico, social y psicológico.
- 5.- Este modelo ofrece una nueva perspectiva sobre la salud que crea el reconocimiento y la exploración de campos antes ignorados (29).

Aplicaciones del modelo a la política de salud:

La aplicación de este modelo comprende cuatro pasos:

- 1.- La escogencia de las enfermedades que son de alto riesgo y que contribuyen sustancialmente a la mortalidad y morbilidad generales.
- 2.- La ubicación proporcional adecuada de los factores contribuyentes de la enfermedad con los cuatro elementos del modelo epidemiológico.
- 3.- La asignación proporcional del total de los gastos en salud entre los cuatro elementos del modelo epidemiológico.
- 4.- La determinación de la diferencia proporcional entre los pasos (2) y (3).

Esto fue esencialmente lo que tomó el gobierno canadiense como base para su política federal de salud, como lo dice Lalonde en "Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses".

Como ilustración, puede examinarse el uso del modelo en el estudio de los patrones de enfermedad en Georgia y en los Estados Unidos. La aplicación a Georgia es el resultado de un estudio previo por parte del autor.

Las trece causas mayores de mortalidad fueron seleccionadas para un análisis (paso 1). El cuadro 2-1 muestra la distribución porcentual de muertes por grupo etario y causa. La enfermedad cardíaca, el cáncer y el derrame cerebral calificaron como primera, segunda y tercera respectivamente, con los grupos de alto riesgo concentrados en las edades superiores a los 55 años. Las muertes a consecuencia de acci-

dentes automovilísticos y de otros tipos se concentraron en el grupo etario de los 15 a los 34 años. Dos causas más, el homicidio y el suicidio, mostraron concentraciones de alto riesgo en los grupos etarios de 15 a 34 y 35 a 54 años. Así, los principales invalidantes y causantes de mortalidad de los georgianos fueron representados en grupos etarios múltiples, en términos de alto riesgo, y en etiologías múltiples en términos de la determinación de medidas preventivas contra las enfermedades.

Como paso 2 los factores contributivos fueron distribuidos proporcionalmente entre los cuatro componentes del modelo epidemiológico. El cuadro 2-2 muestra que los mayores factores contributivos están fuertemente enraizados en el estilo de vida, el ambiente y la biología humana. También indica que el sistema de organización de la atención médica tiene un impacto limitado con respecto a la prevención de la enfermedad.

En el cuadro 2-2 las ubicaciones de las cuatro categorías fueron logradas mediante la encuesta a 40 profesionales y para-profesionales, para determinar cuáles factores del estilo de vida, el ambiente, la biología humana y la organización del sistema de atención médica, creían ellos que contribuían a cada una de las causas de mortalidad de la lista. Las cuarenta respuestas fueron resumidas y promediadas para establecer el impacto potencial de los cuatro factores en cada **causa**. Recomendamos que cualquier organización que utilice este modelo forme un grupo similar de profesionales para esta tarea. Aún cuando el análisis del cuadro 2-2 es subjetivo y en muchos casos de mero juicio, la realidad es que está acorde con la mayoría de la literatura médica (30-31-32).

El paso 2, entonces, permite que las áreas programáticas que tratan las causas específicas de mortalidad fijen prioridades y tomen decisiones acerca de la política de salud. Este tipo de análisis puede revelar brechas en la provisión de servicios de salud.

Una reducción de la mortalidad sólo ocurrirá si el programa de salud está dirigido proporcionalmente hacia cada elemento del modelo epidemiológico.

El gobierno federal gastó un total de \$2.9 billones en salud, en 1974 (33). Se estimó que esta cifra aumentaría a \$37.7 billones para 1975 y 1976, respectivamente.

El cuadro 2-3 muestra la distribución de gastos federales en salud por categoría de actividad. De esta manera el cuadro ofrece poca información en términos del modelo epidemiológico propuesto para el análisis de la política de salud.

Por tanto el cuadro 2-4 fue preparado para corresponder a los cuatro elementos del modelo epidemiológico (paso 3). A lo largo de los tres años la mayoría de los gastos federales -un promedio de un 90.6%- fue designado al sistema de organización de la atención médica (cuadro 2-5). Los elementos de biología humana, ambiente y estilo de vida respondieron a un promedio de 6.9%, 1.5% y 1.2%, respectivamente. Finalmente, (paso 4) el cuadro 2-5 compra los cuadros 2-2 y 2-4. Muestra una cantidad de dinero enormemente desproporcionada como asignada al sistema de organización de la atención médica, pese al hecho de que los medios para reducir la mortalidad y la morbilidad están profundamente enraizados en el estilo de vida, el ambiente y los elementos de la biología humana, y de que el sistema, sólo puede esperarse reducciones mínimas de la mortalidad y la morbilidad.

Una utilización refrescante y creativa del modelo epidemiológico para el análisis de la política de salud pública ha sido esbozado por los Centros para el Control de la Enfermedad (34). Basándose en el modelo de diseño de Dever, el Centro analizó las primeras diez causas de muerte por raza y sexo en términos de vida potencial perdida (antes de los 75 y antes de los 65 años de edad) y de mortalidad total de uno o más años de vida. Utilizó la información del cuadro 2-2 como base para la asignación proporcional de los factores contributivos de la mortalidad prematura a los cuatro elementos del modelo epidemiológico. Los resultados de las diez principales causas de muerte entre la población total de uno o más años de vida, ordenados por el número de años perdidos antes de la edad de 65 años (Estados Unidos, 1975), son ofrecidos en el cuadro 2-6. La figura 2-1 presenta la información de ese cuadro de manera gráfica mostrando diferencias cuando la mortalidad total (uno o más años de vida) y los años perdidos de vida (antes de los 75 años de edad) son utilizados como diferentes puntos de partida. Para los años de vida perdidos antes de la edad de 65 es evidente que el estilo de vida y el ambiente (53.1% y 21.7%, respectivamente) son factores significativos que contribuyen a la mortalidad prematura para el total de población de los Estados Unidos (Cuadro 2-6). En contraste, las contribuciones de la biología humana y el sistema

de atención médica son sustancialmente menores.

Ambas aplicaciones parecen guiar hacia una conclusión que debiera afectar profundamente, la política de salud. A menos que la política de salud sea cambiada dramáticamente, de los procedimientos actuales para la reducción de la mortalidad y la morbilidad, habrá poco o ningún cambio en los patrones de enfermedad. A decir verdad, con la población envejeciendo, bien puede llegar a haber aumentos importantes en la mortalidad y la morbilidad.

Es evidente que las políticas actuales no dan apoyo a los métodos que más probablemente mejoren el estado de la salud. Si, empero, se aplica el modelo epidemiológico al estado de salud (enfermedad-específico), éste ofrecerá un marco de referencia básico para la especificación de metas y objetivos. Esto conducirá a recomendaciones para que las instituciones públicas y privadas programen acciones para mejorar la salud a los niveles de Estado y área. Las metas desarrolladas se relacionarían tanto con el estado de salud, como con el sistema de salud, describiendo, el último tipo, el sistema deseado y otorgando atención considerable a los servicios para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los eventos "centinela" de salud:

Una segunda aplicación del enfoque epidemiológico de la política de salud es delineado por Rutstein y sus colegas (35,36). Aún cuando su modelo tiende a medir la calidad de la atención médica, es esencialmente, una pauta para la formulación de una política de salud. Ellos presentan una lista de condiciones que llaman eventos centinela -advertencias- de que la calidad de la atención puede necesitar de mejoras. Suponen que si el sistema de atención de la salud hubiera funcionado satisfactoriamente, tres tipos básicos de condiciones -la enfermedad innecesaria, la incapacidad innecesaria y la muerte prematura innecesaria- podrían haber sido prevenidas o manejadas. Es más, indican si cada una de estas era prevenible o tratable (o ambos).

El cuadro 2-7 hace un listado de algunos de estos eventos centinela. Por ejemplo, el cólera es una enfermedad prevenible, innecesaria, la muerte innecesaria y prematura por ella puede ser evitada, tanto por la prevención, como por el tratamiento.

De manera similar, o la mayoría, de las muertes maternas podrían evitarse mediante la atención preventiva.

Rutstein y compañeros consideran la ocurrencia de cualquiera de estas enfermedades y muertes tempranas como advertencias que señalan la necesidad de mejorar la calidad de la atención y de que algo está equivocado en algún sector del sistema de atención de la salud.

Si el modelo anterior es combinado con éste, un evento centinela es una advertencia de que algo falta de la salud. Es un indicador de una necesidad de cambio o mejora en uno o más de los componentes del campo de la salud. En las palabras de estos autores el listado de los eventos centinelas de la salud: "puede utilizarse para determinar el nivel de salud de la población general y los efectos de los factores económicos, políticos y otros factores ambientales, sobre él". (37)

Puede agregarse que la combinación de un enfoque de campo de la salud y el modelo centinela pueden ser de gran beneficio en la formulación de la política de salud.

Los paquetes de protección de la salud:

En esta tercera aplicación del enfoque epidemiológico y sus técnicas en la formulación de la política de salud, un grupo de trabajo canadiense informó en 1980, acerca de los exámenes periódicos de salud (38). El panel identificó cerca de 100 de las principales condiciones incapacitantes o mortales, y aquellos estados y conductas insalubres que afectan a los canadienses y que son potencialmente prevenibles. Explicaron: "Tales estados y conductas son aquellos que, al ser descubiertos, indican que una persona está en un grado de riesgo de una enfermedad o desorden subsiguiente". (39)

Cada una de estas condiciones potencialmente fue estudiada extensamente al revisar la literatura mundial y al valorar la evidencia científica, mayormente epidemiológica, acerca de los beneficios de una detección o prevención tempranas. Fueron desarrolladas recomendaciones acerca del procedimiento y frecuencia del examen o maniobra específica para cada una de las condiciones juzgadas como prevenibles. Estas maniobras individuales fueron entonces agrupadas en paquetes de exámenes a ser llevados a cabo a edades específicas. El resultado fue una propuesta para un programa vitalicio de valoraciones o paquetes de protección de la salud, para todos los canadienses.

El aspecto más interesante de este modelo reside en el uso del enfoque epidemiológico para llegar a una política de salud sumamente concreta, selectiva y eficiente. En vez del método convencional, rutinario, no dirigido, esta serie de paquetes de protección de la salud ofrece una aproximación selectiva a la prevención, mantenimiento y promoción de la salud. El grupo de trabajo comentó: "Esto auxiliará a los profesionales y al sistema del servicio de salud a concentrarse en la identificación y el manejo temprano de condiciones que son potencialmente prevenibles. Esta aproximación selectiva reduce las maniobras de detección a aquellas acerca de las que existe evidencia de beneficio mediante el hallazgo de casos o el rastreo".

En el cuadro 2-8 se reproduce uno de estos paquetes de protección de la salud (para mujeres) entre los 16 y los 44 años de edad).

RESUMEN

Este capítulo ha examinado el papel de la epidemiología en la política de salud. Ha afirmado que la adopción de la perspectiva epidemiológica por parte de todos los participantes en la adopción de la política de salud -incluyendo a los administradores de la atención de la salud- llevaría a una reducción en los principales inhabilitantes y causantes de muerte de hoy en día.

El impacto sobre la salud de la población se obtendrá mediante el análisis cuidadoso de los problemas prevaletentes de salud. Este análisis deberá ser apoyado por una conceptualización (o marco de referencia) inherentemente orientada hacia la prevención de la salud y la enfermedad. Se examinaron tres modelos de tal enfoque.

FIGURA 2.1.
ASIGNACION DE LOS FACTORES DE MORTALIDAD A LOS CUATRO ELEMENTOS
DEL CAMPO DE LA SALUD



FUENTE: Reproducido de "Diez Principales Causas de Muerte en los Estados Unidos, 1975", Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Servicio de Salud Pública, Centros para el Control de la Enfermedad y Oficina de Servicios Estatales de Georgia, Análisis de la Salud y Planificación para la Servicios Preventivos, 1978, 35.

CUADRO 2-1
MUERTES POR GRUPO ETARIO Y CAUSAS SELECCIONADAS
GEORGIA 1973

CAUSAS DE MORTALIDAD	TOTAL TODAS LAS CAUSAS	Total MUER- TES.	DISTRIBUCION PORCENTUAL POR GRUPO ETARIO										
			Menos de 1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	64-75	75+	
TOTAL TODA CAUSA	43,910	100.0	3.7	0.8	1.1	3.2	3.4	5.1	10.6	18.4	22.2	30.5	
Enfermedades del corazón	14,922	34.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.7	2.8	9.6	20.3	28.2	37.8	
Cáncer	6,532	14.9	0.1	0.4	0.8	1.0	1.6	4.6	14.5	26.8	28.1	22.2	
Enfermedades vasculares	5,897	13.4	0.0	0.1	0.1	0.4	0.8	2.3	6.2	14.1	25.9	50.1	
Accidentes automotores	1,847	4.2	0.9	3.4	8.0	28.2	17.5	11.9	10.4	9.4	6.7	3.7	
Todo otro accidente	1,657	3.8	4.6	5.3	7.5	14.5	12.6	10.6	12.3	11.5	8.6	12.6	
Influenza y neumonía	1,648	3.8	11.6	2.2	0.8	1.6	2.1	4.7	8.4	11.4	18.9	38.2	
Enfermedades del Sistema Respiratorio	1,179	2.7	2.4	0.9	0.6	0.8	2.0	2.6	9.4	22.6	30.4	28.2	
Enfermedades de arterias, venas y capilares	1,120	2.6	0.2	0	0.1	0.1	0.2	2.1	4.3	12.2	23.7	57.1	
Homicidios	985	2.2	0.5	0.7	1.3	22.8	26.9	21.2	13.0	9.2	2.9	1.3	
Lesiones al nacer y otras enf. de la 1ª Infanc.	834	1.9	99.8	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	
Diabetes Mellitus	772	1.8	0	0	0.1	0.5	1.9	3.5	11.0	22.0	34.5	26.4	
Suicidios	630	1.4	-	-	0.8	15.6	17.0	19.0	22.1	14.4	7.8	3.3	
Anomalías congénitas	351	0.8	66.4	10.0	6.3	4.0	3.1	3.4	1.4	2.3	2.3	0.9	

FUENTE: Reimpreso de "Un Modelo Epidemiológico para el análisis de la Política de Salud" por G.E. Alan Dever con permiso de "Social Indicators Research" Copyright 1976, 2, 460-461.

CUADRO 2-2
UN MODELO EPIDEMIOLOGICO PARA LA EVALUACION DE LA POLITICA DE SALUD
Georgia 1973

DISTRIBUCION % DEL TOTAL DE MUERTES*	CAUSA DE MORTALIDAD	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD PARA EL MODELO EPIDEMIOLOGICO**			
		SISTEMA ORGANIZAC. ATENC. MED.	ESTILO DE VIDA	AMBIENTE	BIOLOGIA HUMANA
34,0	Enfermedades Corazon	12	54	9	28
14,9	Cáncer	10	37	24	29
13,4	Cerebrovasculares	7	50	22	21
4,2	Accidentes Automotores	12	69	18	1
3,8	Todo otro accidente	14	51	31	4
3,8	Influenza y neumonia	18	23	20	39
2,7	Enfermedades del Sistema Respiratorio	15	40	24	24
2,6	Enfermedades de las arterias, venas y capilares	18	49	8	26
2,2	Homicidios	-	66	30	5
1,9	Lesiones al nacer y otras enf. de la 1ª Infancia	27	30	15	8
1,8	Diabetes mellitus	6	26	-	68
1,4	Suicidios	3	60	35	2
0,8	Anomalías congénitas	6	9	6	79
	Asignación porcentual: Promedio	11	43	19	27

* 1973

**Puede, por redondeo, no sumar un 100 %

FUENTE: Reimpreso de "Un Modelo Epidemiológico para el análisis de la Política de Salud" por G.E. Alan Dever, con autorización de "Social Indicators Research" Co 1976, 2, 462.

CUADRO 2-3
PARTIDAS FEDERALES PARA ACTIVIDADES MEDICAS Y
RELACIONADAS CON LA SALUD
(EN MILLONES DE DOLARES)

PROGRAMAS DE SALUD	PARTIDAS		
	1,974 ACTUAL	1,975 ESTIMADO	1,976 ESTIMADO
Desarrollo de Recursos en Salud, Total	\$4,383	\$5,242	\$5,362
Investigación en Salud	2,085	2,424	2,512
Adiestramiento y Educación	1,146	1,324	1,145
Construcción	761	967	1,100
Mejora de organización y entrega	392	527	596
Provisión de Serv. Hospit. y Méd.Total	23,918	28,783	31,348
Servicios Federales Directos	4,797	5,390	5,828
Servicios Indirectos	19,120	23,393	25,520
Prevención y Cont. de Prob. de Salud	888	1,019	989
Prevención y Control de Enfermed.	419	458	405
Control Ambiental	90	129	137
Protección Consumidores	378	432	446
TOTAL PROGRAMAS SALUD	29,189	35,044	37,699

NOTA: No había información fiscal disponible a la fecha de este estudio, de manera que se utilizaron cifras de los Estados Unidos.

FUENTE: Adaptado de: Oficina de Administración y Presupuesto. "Presupuesto del Gobierno de los Estados Unidos, Programas Federales de Salud, Análisis Especial K, 1976, Pág. 169.

CUADRO 2-4

ASIGNACION DE GASTOS FEDERALES BAJO EL MODELO EPIDEMIOLOGICO

PARA EL ANALISIS DE POLITICAS DE SALUD
1974-1975 y 1976

ELEMENTOS DEL MODELO EPIDEMIOLOGICO PARA EL ANALISIS DE POLITICA DE SALUD	PARTIDA FEDERAL (En Millones)		
	1,974 ACTUAL	1,975 ESTIMADO	1,976 ESTIMADO
Total Gastos Federales en Salud	\$29,189	\$35,044	\$37,699
Sistemas de Organiz. de Atenc. Médica	26,216	31,601	34,197
Adiestramiento y Educación	1,146	1,324	1,145
Construcc. de Instalac. para Atenc.de Salud	761	967	1,108
Mejora de Organización y Entrega	392	527	596
Provisión de Serv. Hospital. y Médicos	23,918	28,783	31,348
Servicios Federales Directos	4,797	5,390	5,828
Servicios Indirectos	19,120	23,383	25,520
% del Total de Gastos Federales en Salud	89,8%	90,1%	90,7%
Estilo de Vida	420	458	405
Control y prevención de la Enfermedad	420	458	405
% del Total de Gastos Federales en Salud	1,4%	1,3%	1,1%
Ambiente	468	561	583
Control Ambiental	90	129	137
Seguridad del Consumidor	378	432	446
% del Total de Gastos Federales en Salud	1,6%	1,6%	1,5%
Biología Humana	2,085	2,424	2,512
Investigación en Salud	2,085	2,424	2,512
% del Total de Gastos Federales en Salud	7,1%	6,9%	6,7%

FUENTE: Reimpreso de "Un Modelo Epidemiológico para el Análisis de la Atención de la Salud" por G.E. Alvan Dever con autorización de "Social Indicators Research".

CUADRO 2-5

COMPARACION DE GASTOS FEDERALES CON ASIGNACION DE MORBILIDAD
BAJO EL MODELO EPIDEMIOLOGICO DE ANALISIS
DE LA POLITICA DE SALUD

MODELO EPIDEMIOLOGICO PARA EL ANALISIS DE LA POLITICA DE SALUD	GASTOS FEDERALES EN SALUD 1974-1976(%)	ASIGNACION MORTALIDAD AL MODELO EPIDE- MIOLOGICO
Sistema de Organización de la Atención Médica	90.6	11
Estilo de Vida	1.2	43
Ambiente	1.5	19
Biología Humana	6.9	27
Total	100.2*	100

*No suma un 100 % debido al redondeo

FUENTE: Reproducido de "Un Modelo Epidemiológico para el Análisis de la Política de Salud"
por G.E. Alan Dever , con autorización de "Social Indicators Research" Cº 1976.
2, 462.

CUADRO 2-6
ASIGNACION DE FACTORES DE MORTALIDAD PREMATURA
AL MODELO EPIDEMIOLOGICO

DIEZ CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE	AÑOS DE VIDA 65 PERIODOS	%	SISTEMA DE SALUD	ESTILO DE VIDA	AMBIENTE	BILOGIA HUMANA
Cáncer	1,802,820	17,5	10	37	24	29
Enfermedades del corazón	1,769,180	17,2	12	54	9	28
Accidentes Automotores	1,424,823	13,8	12	69	18	1
Todo otro accidente	1,166,793	11,3	14	51	31	4
Homicidios	621,846	6,0	0	66	30	5
Suicidios	583,751	5,7	3	60	35	2
Enfermedades Cerebrovasculares	352,524	3,4	7	50	22	21
Cirrosis del Hígado	320,457	3,1	3	70	9	18
Influenza y Neumonía	206,673	2,0	18	23	20	39
Diabetes	118,119	1,1	6	26	0	68
% Asignación Promedio	-	-	9,8	53,1	21,7	16,8

NOTA: En el informe de los Centros para el Control de la Enfermedad, los años de vida potencial fueron determinados computando la media de edad para cada causa, restando esa cifra ya fuera de 65 o de 75 y multiplicando la diferencia por el número total de muertes por causa específica. Esto fue calculado para muertes de uno-plus años.

Los porcentajes están basados en el Cuadro 2-2

FUENTE: Reimpreso de "Diez principales causas de muerte en los Estados Unidos", 1975, Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, Centros para el Control de la Enfermedad y Oficina de Servicios Estatales de Georgia, Analysis de la Salud y Planificación para los Servicios Preventivos, 1978, 46.

CUADRO 2-7
LOS EVENTOS CENTINELA DE SALUD*

CONDICION	ENFERMEDAD INNECESARIA	INCAPACI DAD INNE CESARIA	MUERTE INNECE SARIA Y PREMA TURA	NOTAS ²
Cólera	P	-	PT	
Fiebre Tifoidea	P	-	PT	
Botulismo	P	P		
Tuberculosis (toda forma)	-	-	T	
Silicotuberculosis	P	P	PT	P-Ocupacional
Plaga	-	-	T	
Difteria	P	-	PT	
Rubeola	P	P	PT	Incapacidad en descendientes
Sífilis congénita	P	P	PT	
Complicaciones mayores de la sífilis	PT	PT	PT	
Infecciones gonocócicas	-	-	T	
Neoplasma maligno del labio	P	-	PT	P-fumado de pipa y exposición solar
Neoplasma maligno de la laringe	P	-	P	P-fumado de cigarrillos y cigarrillos
Neoplasma maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	-	-	P	P-fumado de cigarrillo y ocupacional
Neoplasma maligno de la vejiga	P	-	P	P-Tintes de anilina y cigarrillos
Neoplasma maligno del ojo	-	T	T	Genético-rastreo y tratamiento
Carcinoma de la tiroides	P	-	P	P-exposición a radiación.
Bocio endémico	P	-	-	Deficiencia en Iodo
Deficiencias nutricionales	P	PT	PT	No asociadas con neoplasia y mala absorción.
Anemia Perniciosa	-	T	T	
Cor pulmonar	P	P	P	P-exposición ocupacional y ambiental
Bronquitis crónica, enfisema	P	P	P	P-exposición ocupacional y ambiental
Apendicitis	-	-	T	
Todas las muertes maternas			-	

* Esta lista es con fines puramente ilustrativos.

1. P: Prevención; T: Tratamiento.
2. Los símbolos P o T en las notas indican que la prevención o tratamiento están limitados a las circunstancias descritas.

FUENTE: Reproducido de "Midiendo la Calidad de la Atención Médica: un método Clínico" por David D. Rutstein, M.D., William Beremburog, M.D., Thomas Chalmers, M.D., Charles G. Child III, M.D., Alfred P. Fishman, M.D., y Edward B. Perrin Ph.D., con autorización del "New England Journal of Medicine, 1976, 294:585.

CUADRO 2-8

PAQUETE DE PROTECCIÓN DE LA SALUD
(Para mujeres y hombres de los 16 a los 44 años de edad)

CONDICIÓN BLANCO	MANIOBRA	FRECUENCIA ÓPTIMA DE MANIOBRA	CONSEJAS
Poliomielitis	Inmunización	Refuerzo a los 16	Unicamente deben ser inmunizadas las personas sanas. En ciertas circunstancias (por ejemplo, para personas con inmunodeficiencia) es mejor utilizar vacuna inactivada para la poliomielitis (Salk) en lugar de la oral (Sabin). La vacuna está contraindicada en ciertas condiciones. La inmunización de las mujeres embarazadas no está contraindicada si la protección es necesaria.
Tétano y Difteria	Inmunización	Refuerzo cada 10 años (Oportiva para la difteria)	Unicamente deben ser inmunizadas las personas sanas.
Alcoholismo Fumado Accidentes Automotores	Obtener información de la historia del paciente; asesoramiento; brindar servicios anticonceptivos eficientes a las mujeres alcohólicas sexualmente activas; controlar condiciones médicas subyacentes.	En el primer encuentro y a intervalos adecuados y regulares	Prioridad de investigación: establecer la efectividad del asesoramiento.
Distorsión funcional; problemas sexuales y maritales.	Obtener historia; asesorar	Intervalos adecuados basados en el juicio clínico.	Prioridad de investigación: determinar la efectividad de las maniobras preventivas.
Impedimento auditivo	Obtener historia y hacer examen clínico	Durante visitas por otras razones	Prioridad de investigación: determinar el valor de la detección temprana y de las estrategias de detección disponibles
Hipertensión	Medición de la presión sanguínea	Cada 5 años cuando menos	En cada visita hecha por otras razones.
Caries dental; Enferm. periodonticas. Cáncer oral	Examen oral, más roentgenografía, de estar indicada; promover higiene oral diaria	Anualmente	Prioridad de investigación: particularmente las de establecer la frecuencia óptima de los exámenes.

CONDICION BLANCO MANTORRA

FRECUENCIA OPTIMA DE MANTORRA

OBSERVACIONES

Rubeola Inmunización de las mujeres en riesgo

Una vez

Si la inmunización no se ha efectuado antes y siempre y cuando la mujer no esté embarazada y evite embarazarse durante los siguientes tres meses.

Cáncer de Cérvix Frotis de Papanicolaou

Al inicio de la actividad sexual pero con repetición al año luego cada 3 años hasta los 35 y, en adelante cada 5 años.

Para sujetos en alto riesgo: frotis anuales, especialmente cuando hay inicio precoz de la actividad sexual y multiplicidad de compañeros sexuales. Prioridad en investigación: determinación de la edad óptima y la frecuencia para la obtención de frotis.

Distrofia muscular Determinación de la concentración de la creatinofosfoquinasa del suero.

Pueden ser necesarios exámenes frecuentes ya que puede haber un traslape entre los valores en portadores y mujeres no afectadas

Para las mujeres familiares de pacientes con distrofia muscular.

Condiciones Inmunizables relacionadas con los viajes intar-nacionales. Inmunización: profilaxis

Varía según las diferentes condiciones.

Tuberculosis

Prueba de sensibilidad a la tuberculina: inmunización con vacuna bacillar Calmette-Guérin y, según se necesite, quitoprofilaxis

Con base en el juicio clínico

Para personas expuestas a la enfermedad debido a su trabajo, las que están en contacto con personas infectadas o viviendo en comunidad es con una alta tasa de infección.

Gonorrea Frotis de la cérvix y/o la uretra: cultivos de secreciones cervicales y/o urtrales y de primera evacuación de orina.

A intervalos adecuados sobre la base del juicio clínico

Mujeres embarazadas deben ser examinadas: la incidencia es mayor en personas con multiplicidad de compañeros sexuales.

Sifilis

Prueba serológica

A intervalos adecuados con base en juicio clínico

Deben ser examinadas las mujeres embarazadas: la incidencia es mayor en las personas con compañeros sexuales múltiples.

Thalassemia Obtener historia: rastreo de laboratorio: asesoría

Una vez

Para personas asiáticas, africanas y mediterráneas en edad reproductiva a quienes se ha informado que no hay asistencia posible para el portador pero, que aún así querían ser examinadas. Prioridad de investigación: determinar la efectividad de las maniobras preventivas.

CONDICION BLANCO	MANTOIRA	FRECUENCIA OPTIMA DE MANTOIRA	OBSERVACIONES
Desnutrición y anemia ferrodéficiente	Toma de historia: determinación de concentraciones de seroproteína y hemoglobina; medición de estatura y peso.	A intervalos adecuados basados en juicio clínico	Mujeres en circunstancias socioeconómicas bajas; indios e Inuit; seguidoras de "modas" dietéticas.
Cáncer de la piel	Inspección; asesoría	A intervalos adecuados con base en juicio clínico	Grupos de alto riesgo; personas que trabajan al aire libre o están en contacto con hidrocarburos aromáticos policíclicos.
Enfermedad de Tay-Sachs	Medición de la resistencia de la serohexosaminidasa a la inactivación por calor.	Con base en juicio clínico	Grupos de alto riesgo ocupacionalmente expuestos a carcinógenos de la vejiga y fumadores.

FUENTE: Reproducido de "Periodic Health Examination Monograph" Informe de un grupo de Trabajo a la Conferencia de Vice-Ministros de Salud, con autorización de "Health and Welfare, Canada, 1980, 114-115.

EPIDEMIOLOGY IN HEALTH SERVICES MANAGEMENT

- 1.- Henrik L. Blum. Planning for Health (2d. ed.) (New York: Human Sciences Press, Inc., 1981),5.
- 2.- H.H. Hyman, Health Planning-A Systematic Approach (Rockville, Md.: Aspen Systems Corporation,1975), 67.
- 3.- N.T.J. Bailey, "Systems Modeling in Health Planning," in Systems Aspects of Health Planning, ed., N.T.J. Bailey and M. Thompson (Amsterdam: North-Holland Publishing Company, 1975), 9.
- 4.- Ibid.
- 5.- World Health Organization, Application of Systems Analysis to Health Management, Report of a WHO Comité Experte- Technical Report Series No.596 (Geneva: World Health Organization, 1976), 27.
- 6.- M. Jenicek, Introduction a l' epidémiologie (St. Hyacinthe, Quebec: Edisern, 1976),372-373.
- 7.- A.B.Ford. "epidemiological Priorities as a Basis for Health Policy", Bulletin of the New York Academy of Medicine 54, n^o. 1 (January 1978): 10-22.
- 8.- L. Gordis, "Challenges to Epidemiology in the Coming Decade," American Journal of Epidemiology 112, n^o 2(1980) 319.
- 9.- Milton Terris, "Epidemiology as a Guide to Health Policy," Annual Review of Public Health,1980, 1, 323-44.
- 10.- Ford, "Epidemiological Priorities," 10-13.
- 11.- Gordis, "Challenges," 319.
- 12.- K.L.White, "Teaching Epidemilogic Concepts as the Scientific Basic for Understanding Problems of Organizing and Evaluating Health Services," International Journal of Health Services 2, n^o 4 (1972) 525-29.
- 13.- M. Jenicek and R.H. Fletcher, "Epidemiology for Canadian Medical Students-Desirable Attitudes, Knowledge, and Skills," International Journal of Epidemiology 6, n^o1 (1977: 69-72.

- 14.- C.W.Blair, "Teaching Community Diagnosis to Medical Students,"
Journal of Community Health 6, n^o 1 (Fall 1980):
54-64.
- 15.- M.A. Faghih, "epidemiology and the Training of Physicians,"
International Journal of Epidemiology 6, n^o 4
(1977); 331-33.
- 16.- Terris, "Epidemiology as a Guide", 334
- 17.- Henrik L. Blum et al., Notes on Comprehensive Planning for
Health (San Francisco: American Public Health
Association, Western Regional Office, 1968).
- 18.- H.L.Laframboise, "Health Policy: Breaking the Problem Down in
More Manageable Segments," Canadian Medical Associa-
tion Journal 108 (February 3, 1973): 388-393.
- 19.- Marc Lalonde, A New Perspective on the Health of Canadians
(Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974), 76.
- 20.- Laframboise, "Health Policy," 388.
- 21.- Lalonde, "A New Perspective," 76.
- 22.- Minister of Industry, Trade, and Commerce, Perspective Canada:
A Compendium of Social Statistics (Ottawa:
Statistics Canada, 1974), 321.
- 23.- G.E. Alan Dever, "Dimensions of Environmental Health" (Paper
presented at the Annual Convention of the Georgia
Public Health Association, Macon, Ga., 1974), 11.
- 24.- U.S. Department of Health, Education, and Welfare, "Man's
Health and the Environment-Some Research Needs,"
in Report of the Task Force on Research Planning
in Environmental Health Sciences (Washington, D.C.
U.S. Government Printing Office, March 10, 1970),
258.
- 25.- J.B. Cullingworth, ed., Problems of an Urban Society, vol 3:
Planning for Change (Totonto: University of Toron-
to: University of Toronto Press, 1973), 195.
- 26.- Alvin Toffler, Future Shock (new York: Random House Inc., 1970)
562.
- 27.- E.P. eckholm, The Picture of Health-Environmental Sources of
Desea (New York: W.W. Norton & Company, Inc.
1977).
- 28.- C.E.R. Lloyd. Hippocratic Writing (Hammondsworth, England:
Penguin Books, 1978), 32.

- .- Lalonde, "A New Perspective," 76.
- C.L. Erhardt and Joyce E. Berlin, eds., Mortality and Morbidity in the U.S., Vital and Health Statistics Monographs, American Public Health Association (Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1974),289.
- .- J.M. Hunter,ed., The Geography of Health and Disease, Papers of the First Carolina Geographical Symposium (Chapel Hill, N.C.: University of North Carolina, 1974), 193.
- .- S.M. Lillefeld and A.J. Gifford, eds., Chronic Diseases and Public Health (Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1966), 846.
- .- Office of Management and Budget, Special Analyses, Budget of the United States Government, Federal Health Programs, Special Analysis K. 1976, 169-196.
- .- Ten Leading Causes of Death in the United States (Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Centers for Disease Control), Atlanta: Bureau of State Service, Health Analysis and Planning for Preventive Service, 1978,70.
- 5.- D.D.Rutstein et al., "Measuring the Quality of Medical Care- A Clinical Method," The New England Journal of Medicine 294, n^o 11, 1976): 582-588.
- 5.- D.D. Rutstein, Blueprint for Medical Care (Boston: The MIT Press, 1974), 161-224.
- 7.- D.D. Rutstein et al., op. cit., 582.
- 3.- Health and Welfare Canada, The Periodic Health Examination Monograph, Report of a Task Force to the Conference of Deputy Ministers of Health (Ottawa: Health and Welfare Canada, 1980).
- 9.- Ibid., 15.
- 0.- Ibid., 96.

LA EPIDEMIOLOGIA Y LA POLITICA DE SALUD

Usos de la Epidemiología

La epidemiología es una disciplina que ha producido métodos relativamente especializados para la investigación de las causas de la enfermedad y ha recurrido, según las necesidades del momento, a los conocimientos específicos y las técnicas especiales de muchas otras ciencias. Con alguna justicia se ha llamado a la epidemiología más un método que una ciencia independiente. (1)

Los principios y métodos epidemiológicos pueden ser aplicados a una amplia gama de problemas, en muchos campos. Estos principios y métodos se relacionan con la descripción de las poblaciones humanas, con la investigación de los procesos subyacentes a su estado actual, con la interpretación y análisis de tal información y con los usos que se pueden dar a tal información. En el campo de la salud, la epidemiología tiene tres usos principales: el etiológico, el clínico y el administrativo.

Uso etiológico:

La epidemiología " clásica " se ocupa, fundamentalmente, de la búsqueda de las causas de la salud y la enfermedad. En cooperación con otras ciencias médicas tales como la bioquímica, la fisiología, la microbiología y la patología, la epidemiología contribuye a la comprensión de la historia natural de las enfermedades y de sus determinantes y frenos. Como se dijo en el Capítulo 1, una conceptualización expandida y multifactorial de la causalidad permite a los epidemiólogos el determinar los factores de riesgo; es decir, el estimar los riesgos y probabilidades de los individuos de desarrollar algún estado de salud o enfermedad.

Uso clínico:

En un ambiente clínico, la epidemiología es utilizada, según palabras de Morris, para ayudar a completar el cuadro existente y en la aclaración de

...

los síndromes clínicos (2), como asegura la Asociación Epidemiológica Internacional:

" La comprensión de la anatomía, la fisiología y la bioquímica por parte de un estudiante (de medicina) será sumamente deficiente si él no aprecia la variabilidad de los atributos físicos, fisiológicos, inmunológicos y otros más de la población general, así como que es raramente posible el establecer una línea divisoria clara entre lo normal y lo patológico, En las disciplinas el conocimiento derivado de la investigación epidemiológica, de la prevalencia la etiología y el pronóstico, tiene implicaciones obvias en cuanto al diagnóstico y manejo de los pacientes individuales y de sus familias. " (3)

Uso Administrativo:

La epidemiología puede y debe ser utilizada con propósitos de administrar servicios de salud. Contribuye al establecimiento de un diagnóstico comunitario de la presencia, naturaleza y distribución de la salud y la enfermedad. Ofrece un medio de monitoreo de la salud de una población, así como del registro de los cambios en el tiempo y entre los lugares. Mediante el uso de principios y métodos epidemiológicos los administradores de servicios de salud pueden determinar cuáles son las enfermedades de mayor importancia en sus poblaciones. Es más, utilizando la información causal de que disponen, los epidemiólogos clásicos pueden identificar a los individuos en riesgo - su mercado potencial o población " blanco " .

La epidemiología provee así muchos de los hechos necesarios para la administración y planificación de los servicios de salud, así como para su evaluación.

Administración de Servicios de Salud:

Para proveer atención de la salud a las poblaciones se necesita de alguna forma de acción colectiva organizada. Esto comprende la coordinación de las partes interrelacionadas de una organización (4) para lograr los ob-

...

jetivos involucrados en brindar la atención. La administración es el proceso que supervisa la producción de servicios - en este caso, de salud.

El enfoque " funcional "

Aún cuando todos tenemos algún tipo de idea acerca de lo que hacen los administradores, el proceso administrativo ha sido difícil de circunscribir. La mayoría de los textos de administración y la mayoría de los teóricos clásicos han adoptado un enfoque funcional para la definición del proceso. Examinan el trabajo de los administradores en términos de funciones o áreas de actividad.

Lamentablemente, hay falta de consenso en el ordenamiento de esas funciones. Es más, su conceptualización es, generalmente, ambigua. En todo caso cinco funciones parecen ser mencionadas de manera consistente: la planificación, la organización, la dirección, la coordinación y el control. Tras una revisión amplia de la literatura de los autores " funcionales ", Lorget las describe así: (5)

Planificación:

La función primaria de la administración es la planificación. En esencia, planificar significa el decidir, por adelantado, lo que se ha de hacer. Traza un curso de acción para el futuro. La meta de la planificación es la de obtener un conjunto coordinado y consistente de operaciones dirigidas hacia objetivos deseados.

Organización:

La organización puede definirse como el relacionar a las gentes y las cosas entre sí de manera tal que se combinen en una unidad capaz de ser dirigida hacia objetivos organizativos. El objetivo básico de la función organizativa es el del desarrollo de un marco de referencia llamado la estructura organizativa formal.

Dirección:

Una vez que se han hecho los planes y creado una organización para realizar-

...

los la siguiente función lógica de la administración es la de estimular el esfuerzo necesario para la realización del trabajo requerido. Esto se logra mediante la función de dirección que incluye el impartir órdenes, la supervisión, el liderazgo, la motivación y la comunicación.

Coordinación:

La coordinación es el acto de ensamblaje y sincronización de personas y actividades de manera que funcionen armónicamente en la obtención de los objetivos de la organización.

Control:

El control puede ser definido como la regulación de las actividades según los requisitos de la planificación. Consiste en la medición y corrección de las actividades de personas y cosas dentro de una organización de manera que nos aseguremos que los objetivos y planes sean cumplidos.

El enfoque procesal

Otra manera más realista de ver la administración es la de subdividirla en los procesos que la componen. Levi identifica tres tipos de procesos que juntos, comprenden el área de los intereses de la administración: el técnico, el administrativo y el político (6).

El proceso técnico especifica las acciones que serán cumplidas. El proceso administrativo permite que se ejecuten las acciones y se refiere a los métodos para su realización. El proceso político comprende todo lo que sea necesario para lograr los objetivos de la organización mediante la movilización del apoyo para las acciones. El avance hacia una acción liga al objetivo o evidencia técnica con los elementos administrativos y políticos, igualmente esenciales (7).

El enfoque con orientación procesal del análisis de la administración muestra varias ventajas:

- Refleja la naturaleza dinámica y política de la administración mucho

...

mejor de lo que lo hace el enfoque funcional. Los administradores están constantemente involucrados en el proceso de negociación con las influencias internas y externas de la organización (8). El reconocimiento de este aspecto político es esencial si la orientación de la administración y planificación de los servicios de salud han de ser exitosamente influenciada.

- Permite también el examen de cualquier nivel de la administración, desde el gobierno de una nación hasta la más pequeña organización. En cualquier nivel, la acción organizada es el resultado de una mezcla de los procesos técnicos, administrativos y políticos.

- Es consistente con un análisis comprensivo, sistémico de una acción dada. Administrar y planificar programas de salud o instituciones sin considerar sus interdependencias con otras partes de la sociedad, es ignorar el hecho de que los programas o instituciones son parte de un sistema mayor.

La epidemiología y la toma de decisiones

Sea cual fuere el enfoque adoptado, lo que liga a las funciones o a los subprocesos es la adopción de decisiones, la esencia de la administración. Lo que es más, las decisiones siempre se adoptarán sobre la base de alguna "información".

Aquellos que ocupan posiciones administrativas dentro de cualquier sistema funcionan, cuando menos en intención, como receptores y perceptores de información o de señales del ambiente, como decodificadores de esta información, como compositores y transmisores de mensajes diseñados para influenciar a otros dentro del sistema, para que actúen según esas decisiones (9)

Esta información puede ser "dura" (formal) o "suave" (más o menos subjetiva). En ambos casos los administradores procesarán algún tipo de información, sobre la cual han de basar sus decisiones. Los cursos de acción que determinen a partir de esas decisiones son traducidas a alguna acción organizada. El uso de la epidemiología en la administración de servicios de salud es

el de proveer alguna de esta información " dura , como base para la toma de decisiones.

El resto de este capítulo explica como un proceso de planificación comprensivo ofrece un marco de referencia para la toma de decisiones administrativas. El proceso administrativo examinado, ya sea desde el enfoque o el funcional, puede verse funcionando dentro de ese marco general de referencia. Es mediante ese proceso de planificación que se analizan los aportes de la epidemiología a la administración de los servicios de salud.

El Proceso de Planificación:

En su significado usual, diario, la planificación se refiere al diseño de un futuro deseado y a las maneras efectivas de hacerlo realidad (10). Lo que afirmamos aquí, sin embargo, es que la planificación puede ser considerada desde una perspectiva mucho más amplia, de manera tal que incorpore la toma de decisiones, tanto al nivel social al de administración de programas en un ambiente organizativo.

La planificación es la conducción del cambio dentro de un sistema social (11); el proceso por el cual las decisiones del presente son relacionadas con resultados futuros deseados (12). Aspira a enriquecer la toma de decisiones. Sus propósitos fundamentales son los de extender la profundidad de la comprensión y ampliar la visión de quienes son responsables por la toma de decisiones a cualquier nivel.

Definida así, la planificación es un proceso orientado hacia la acción por el cual la institución se adapta a los cambios, tanto en su constitución interna como en su ambiente externo.

Como se ha dicho antes, la toma de decisiones es la esencia de la administración. Ocurre en un campo de incertidumbre. Como lo han demostrado convincentemente los teóricos de la organización, el proceso de toma de decisiones muy rara vez corresponde al modelo racional clásico. Por el contrario es, esencialmente un proceso de reacciones adoptivas de corto efecto" (13) - de " Satisfacer en lugar de maximizar (14), un " salir adelante " (15) o un " incrementalismo desunido (16). La toma de decisiones es altamente reactivo-adoptivo ".

La paradoja de la toma de decisiones es la de que la acción nace por reacción. Es únicamente cuando las organizaciones, como sistema abierto, aceptan información del ambiente y reaccionan ante las condiciones cambiantes, cuando pueden actuar sobre el mismo ambiente para reducir la incertidumbre e incrementar la flexibilidad discrecional (17).

La planificación, tal y como la concebimos aquí, consiste en el proceso de recolección de esta información del ambiente y su utilización en el desarrollo y la elaboración de las acciones y organizaciones de las actividades de la organización. Para su institución relacionada con la salud, la epidemiología ofrece un método, dentro del proceso de planificación para la recolección de esta información y para guiar la implementación de las actividades o programas.

Niveles de planificación

Este análisis está basado en el concepto de tres niveles de planificación: planificación normativa o de política; planificación estratégica o comprensiva y planificación programática, tactico-operativa. La figura 3-1 ilustra la interrelación de estos tres niveles de planificación. El Capítulo 2 se ha ocupado ya de la planificación de la política, así pues el centro de atención aquí se concentra más en las planificaciones estratégicas y táctica, las cuales son preocupación más directa de los administradores de la salud (Hay más material disponible acerca de la planificación de la política en otras fuentes) (18,19).

Planificación estratégica

La planificación estratégica provee un marco general de referencia para la acción organizativa. Este proceso está orientado hacia el establecimiento de los principales objetivos y prioridades de la entidad. En el nivel estratégico son establecidas las metas a largo plazo y considerados los medios posibles para su logro.

Como se muestra en la figura 3-1, la planificación estratégica se ocupa del examen de las actividades posibles para la realización de las expectativas de la sociedad. Se establecen estructuras sistémicas específicas, se definen los indicadores de resultados probablemente efectivos, y se crean los instrumen -

tos o medios para operativizar las instituciones. El énfasis reside en la predicción de la futura conducta de las variables externas y la formulación de cursos de acción alternos, a la luz de los eventos esperados.

Planificación operativa

El nivel final consiste en el desarrollo de planes detallados para llevar a cabo las estrategias (de algunas de las prioridades consideradas) que fueron desarrolladas en el nivel previo de la planificación. La planificación operativa describe un proceso interactivo en el cual se fijan las expectativas acerca de cuánto, dónde y cómo ocurrirán las actividades, y en el cual se monitorean, miden y reorientan los resultados cuando se detectan desviaciones de las metas expresadas.

El punto de importancia es el de que el plan operativo debe ser implementado. Para estar en capacidad de serlo, debe estar acorde con el marco operativo (producción) de la organización y debe ejercer influencia en cuanto a la asignación de sus recursos. "La prueba de fuego para el éxito de la planificación en salud está en su capacidad para influenciar la asignación de recursos de manera que lo que está planeado llegue a ocurrir" (21).

Planificación para la Salud:

La planificación, en cualquiera de sus niveles, no se lleva a cabo en el vacío. Por el contrario, es permeada, en todo momento, por los valores sociales y el marco de referencia o paradigma prevaleciente de la salud. Esto está ilustrado por las Fig. 3-2 y 3-3.

La fig. 3-2, el modelo tradicional de planificación para la atención de la salud, no presta ninguna atención a los valores sociales. Las "normas" y "expectativas" dependen únicamente de la capacidad tecnológica para lograr algo. Lo que es más, la concepción de las actividades del sistema de salud deja de lado los "aspectos" ambientales y de estilo de vida de la enfermedad y la salud.

En contraste, la fig. 3-3 basada en el marco de referencia holista (ecológico

...

co) de la salud que describiéramos previamente, indica que la gente valora una vida de alta calidad, la oportunidad de un ser productivo, de estar bien y libre de la enfermedad. Las normas asociadas de morbilidad, incapacidad y mortalidad reducidas y de niveles incrementados de " bienestar " se convierten, en el modelo, en expectativas. En el nivel de la política las expectativas de un " bienestar " elevado actúan dinámicamente, mediante funciones adecuadas hacia el ser y el logro de una sociedad más saludable. El diseño holístico lleva a la creación de una institución llamada un sistema comunitario de atención de la salud.

En la segunda fase de la planificación se determinan estrategias que guardan un gran paralelismo con fase política. Por ejemplo: las expectativas de una sociedad más saludable evolucionan hacia estrategias de ejercicio físico, conocimiento nutricional, manejo del 'stress' y autoresponsabilidad. En esa fase operativa del proceso de planificación las actividades se convierten en natación, correr, ciclismo, consumo de alimentos saludables y vitaminas, y el desarrollo de habilidades para salir adelante.

Ello introduce el " bienestar " de alto nivel dentro de la vida cotidiana y resalta la necesidad de la responsabilidad y autoridad de los individuos en la administración de su salud. El desarrollo de un sistema de atención de la salud que refleje estos valores genera un potencial mayor para enfrentar las necesidades de la sociedad.

Pasos en el proceso de la Planificación:

El proceso de la planificación consiste en una serie de pasos, como se ilustra en la Fig. 3-4. No están en un orden inmutable, pero son seguidos de una manera más o menos sistemática. El proceso de planificación es, inherentemente, cíclico y continuo.

Los primeros dos pasos: la identificación de necesidades y problemas, y el establecimiento de prioridades son preliminares a la planificación de programas. Esta parte de la planificación estratégica da margen a la determinación entre los diversos problemas y, consecuentemente ofrece justificaciones para las acciones o programas. En otras palabras, la planificación de programas para la salud debe originarse dentro de un proceso mayor de planificación estratégica.

La Planificación y la Administración de Servicios de Salud:

El cuadro 3-1 ilustra la correspondencia entre el proceso de planificación recién descrito y la administración. Los primeros cuatro pasos corresponden a las definiciones estrictamente definidas de la administración. El quinto, movilización y coordinación de recursos, comprende la organización, dirección y coordinación de las funciones administrativas; el último paso, la evaluación está referida a la función del control. Desde un enfoque procesal, el aspecto técnico se refiere al primero y último pasos (cíclicos) de la planificación - la identificación de las necesidades y la evaluación. Los procesos administrativos y políticos funcionan en concurrencia con las demás partes.

Esta correspondencia abre el camino para el análisis de los aportes de la epidemiología a la administración de los servicios de salud, a lo largo de los diversos pasos de la planificación.

Paso 1. Identificación de necesidades y problemas:

Los conceptos de necesidad y de población " blanco " son básicos para cualquier nivel de planificación de la salud. El proceso se inicia con la identificación de las necesidades de servicios de salud de una población dada. Lo que se quiere decir con necesidades de salud, sin embargo, es sujeto de mucho debate en la literatura acerca de la planificación de la salud, la organización de la atención médica y la sociología de la atención de la salud.

Donabedian define brevemente la necesidad como " algún disturbio en la salud y el bienestar " (23).

Lo que constituye un " disturbio " está, sin embargo, lejos de ser definido. Tal disturbio es, siempre, una percepción y su valoración depende de quien sea el percepto. Como lo sugiere el mismo Donabedian, hay cuando menos dos perspectivas en cuanto a la necesidad: la del cliente y la del proveedor (24). Son posibles otras muchas perspectivas en conflicto, ya que la definición de las necesidades está condicionada por juicios de valores y por la comprensión o marco de referencia de la salud dentro de la cual está inscrita la descripción. No hacemos aquí ningún énfasis en el nivel de la semántica del concepto de necesi-

dad. Varios autores han ofrecido ya discusión más que adecuada sobre el tema (25, 26, 27).

Enfoques de la valoración de las necesidades (28)

Como es de esperar, los enfoques varían en cuanto a complejidad, costo, tiempo necesario para completarlos y efectividad relativa (29). Hay tres funciones que caracterizan el enfoque de la valoración de las necesidades: la compilación (recolección de información de fuentes ya existentes), el desarrollo (producción de información nueva) y la integración (sintetización de información originada dentro y fuera de los límites del sistema) (30).

El Cuadro 3-2 ofrece un resumen de los métodos de valoración de necesidades, documentado en la literatura basada en el enfoque por indicador, el enfoque por encuesta y el enfoque por arriba a consenso.

Enfoque por indicador:

Existen tres de ellos: el de salud, el social y el de extrapolación/suposición. Como las necesidades de la atención están basadas en el " status" de salud de la población, los indicadores utilizados para medir ese factor pueden asimismo, utilizarse para medir las necesidades. Tales indicadores de salud son desarrollados mediante el análisis de la morbilidad, la mortalidad y más recientemente, la información sobre la incapacidad. Las fuentes de esta información comprenden los informes hospitalarios de admisión y salida, las estadísticas de enfermedades notificables, las estadísticas maternas, neonatales y de mortalidad infantil, las tablas de expectativa de vida y los índices de incapacidad para poblaciones específicas (31).

Los indicadores sociales son pertinentes en cuanto a las necesidades en salud porque se correlacionan con la " utilización de la atención (32). Al igual que con los indicadores de salud, la necesidad es inferida a partir de mediciones de la condición social de la población. Los indicadores son generalmente utilizados sólo como señalamientos generales ya que la relación entre los factores sociales y la salud puede ser vaga (33). Las fuentes de información para la construcción de indicadores sociales incluyen las estadísticas acerca de la edad, el sexo, la educación, el trasfondo étnico, el empleo, la habitación y el consumo de alimentos.

...

El método de extra población/suposición aplica los datos epidemiológicos acerca de la prevalencia e incidencia de las enfermedades a ciertas condiciones de salud dentro de una pequeña población de referencia. El propósito es el de estimar la expectativa de necesidades en salud asociada con estas condiciones dentro de una población mayor. La calidad de las estimaciones depende de la validez de las tasas calculadas para la población de referencia y de su aplicabilidad a la población en estudio.

Enfoque por encuesta:

hay aquí cuatro elementos: análisis de utilización, tasas bajo tratamiento, ma no de obra e instalaciones de servicio y encuestas de muestreo.

El método de valoración de análisis de la utilización examina las necesidades en términos de la demanda de los servicios. La demanda mide por tipo y cantidad de servicios realmente utilizados. En sus interpretaciones más estrictas, este método presupone que no existe necesidad que no resulte en la utilización de los servicios, y que aquellos que son utilizados de manera total cumplen con la necesidad expresada. (34).

En otra forma más amplia, este análisis compara la utilización entre ingreso, etnicidad y otros grupos. Una de las razones para esta comparación es la de obtener conocimientos acerca de posibles barreras de servicio que puedan afectar a segmentos específicos de la población.

El método de tasas bajo tratamiento se ocupa, específicamente, de instancias de la utilización de los servicios, Por ejemplo: en una encuesta de encuentros con el servicio pueden tomarse, digamos, las visitas a la clínica durante un período específico de tiempo. Los datos tales como las características del cliente, los servicios recibidos, el " status " de salud, los problemas de transporte y los tiempos de espera pueden ser recolectados en formularios de encuentro especialmente diseñados o extraídos de los registros institucionales. La información se obtiene a partir de la organización que ofrece los ser vicios. (35).

La valoración de las necesidades se basa en las características documentadas

...

por la encuesta de encuentro. La medición de la necesidad está sesgada hacia los que más utilizan el servicio,

El método que comprende la mano de obra y las instalaciones para el servicio está basado en la presunción de que los individuos que reciben la atención están en verdadera necesidad de ella. El número de proveedores del servicio y las instalaciones del ambiente bajo estudio son comparados con el volumen conocido de utilización del servicio. El punto hasta el cual proveedores e instalaciones no puedan hacer frente a la utilización existente, representa el grado de necesidad (36). La necesidad es extrapolada de la provisión de personal de salud e instalaciones de servicio.

Las encuestas de muestreo de la población general valoran las necesidades mediante la recolección de datos acerca de los problemas de salud, la incapacidad y la percepción de necesidades directamente de los encuestados, con frecuencia en los lugares de los mismos. Un enfoque alternativo consiste en entrevistar a los usuarios de los servicios en el punto de utilización. Este método recolecta información de un grupo que ha tenido, cuando menos, algún contacto con los servicios de salud. Difiere del método de tasas bajo tratamiento en que la agencia que da el servicio no está directamente involucrada. Como el método de tasas bajo tratamiento, éste no incluye a los no usuarios. Una encuesta del personal involucrado en la oferta de servicios recolectaría información acerca de sus percepciones en cuanto a las necesidades de los clientes. Estas opiniones, por supuesto, reflejarían la perspectiva profesional. (37).

Enfoque de arribo a consenso :

Este segmento comprende cinco factores: el foro comunal , el grupo nominal los informadores clave, la técnica Delphi y las impresiones comunales.

El enfoque de arribo a consenso se centra en medios por los cuales los puntos de vista, en cuanto a la salud, tanto de legos como de profesionales, pueden ser valorados en discusiones grupales participativas. El foro comunal es una reunión abierta en la cual se invita a todos los miembros a exponer sus puntos de vista acerca de las necesidades de su área. Esto es justificado como suplemento para otros métodos más exhaustivos, y es utilizado para verificar hallazgos y establecer un consenso de apoyo (38).

El proceso de grupo nominal consiste en una reunión multifásica, muy estructurada, de individuos que mantienen una asociación muy inmediata con el área problemática que está siendo valorada. Por ejemplo, un pequeño grupo "blanco" (de siete a diez individuos) de consumidores de atención de la salud o administradores, y miembros de personal de salud, pueden reunirse para definir la naturaleza de las necesidades de salud de la comunidad.

Se sigue un procedimiento ordenado, prefijado a fin de que las ideas sean inicialmente definidas independientes e individualmente; luego enumeradas y aclaradas en el grupo mediante un proceso de enfrentamiento entre todos los participantes (round-robin). El grupo califica entonces las necesidades por voto secreto. El resultado es el de un ordenamiento prioritario de las necesidades por parte del grupo. (39).

En el método de informadores clave, las entrevistas se realizan con residentes de la comunidad o con trabajadores locales que cuenten con extensa experiencia de primera mano en el área bajo estudio. Los datos obtenidos son agregados para obtener un cuadro general de la comunidad, desde el punto de vista de los informadores clave (40).

La técnica Delphi ha sido definida como un " método para la sollicitación y recolección sistemática de juicios acerca de un tema en particular, mediante un juego de cuestionarios secuenciales cuidadosamente diseñados, con retroalimentación de opiniones derivadas de respuestas previas " (41).

Esta técnica recolecta y refina juicios de expertos mediante un proceso iterativo. Produce, en última instancia, un acuerdo colectivo en cuanto a la naturaleza y extensión de las necesidades existentes en atención de la salud de la comunidad, o una predicción de las necesidades futuras. Las opiniones son por lo general, remitidas anónimamente. La naturaleza del tema analizado afecta la organización del proceso Delphi. Las variaciones en la estructura de las preguntas, las reglas que determinan la agregación de los juicios y la interacción de los contestarios determinan, entre otras cosas su forma específica (42).

El método de impresiones comunitarias integra la información recolectada en entrevistas con pequeños grupos de informadores clave con una gama, lo más amplia posible, de información existente sobre indicadores, utilización y encuestas. El panorama de necesidades así desarrollado es entonces revalidado mediante el

proceso de foro comunitario.

La administración de los servicios de salud y la identificación de necesidades:

Hay, obviamente, mucha controversia alrededor del concepto de las necesidades, condición que se ve intensificada por los diferentes enfoques para su valoración. Sin embargo, la administración de servicios de salud necesita - y aún presupone - de una visión pragmática en cuanto a la identificación de necesidades y problemas. Los administradores de los servicios de salud determinan cuáles servicios deben ofrecerse y a quiénes deben ofrecérselos.

Los primeros cuatro pasos del proceso de planificación (Cuadro 3-1, supra) responden a estas dos preguntas básicas. El primer paso en la planificación, sin importar los diferentes significados del concepto de necesidad, se resume en una descripción de la población que rodea a la organización, sus problemas de salud, su utilización de los servicios de salud, los análisis de la posible etiología o los factores comprendidos en tales problemas de salud, y la identificación de los recursos existentes en la comunidad para el enfrentamiento de tales problemas.

Esto permite un vistazo general de las necesidades en salud mediante la identificación de algún tipo de brecha, potencial de servicios u oportunidad de mercado. La fig. 3-5 ilustra los componentes de este primer paso de la planificación.

Descripción de la población:

La descripción de la población a ser atendida por la organización es esencial para la planificación y administración de la atención de la salud. Esta población deberá ser analizada según sus atributos demográficos, socioeconómicos y geográficos (Esto es discutido en el Cap. 9 sobre demografía y el Cap. 10 sobre el mercado).

Descripción de los problemas de salud:

Como se señala anteriormente, los tres enfoques principales para la valoración

...

de las necesidades son: el de indicadores, el de encuesta y el de arribo a consenso. No cabe duda de que una combinación de enfoques, tomando en cuenta los propósitos de una valoración dada de necesidades, es más productiva y adecuada que cualquier método singular. La contribución de la epidemiología a la administración de los servicios de salud es, sin embargo, examinada aquí, básicamente en cuanto al enfoque por indicadores el cual es, esencialmente el enfoque epidemiológico descriptivo. (el Cap. 8 examina también la utilización de servicios la cual puede ser considerada como parte del enfoque por encuesta).

Utilizando principios, técnicas y métodos epidemiológicos, los administradores de servicios de salud necesitan analizar tres categorías principales de indicadores, o fenómenos, para obtener un cuadro de los problemas de salud de la población bajo examen; la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo. La morbilidad incluye la enfermedad, la incomodidad y la incapacidad, tanto agudas como crónicas. Los factores de riesgo se relacionan con elementos incluidos dentro de las cuatro dimensiones del concepto de campo de salud antes mencionado (biología, estilo de vida, ambiente y organización de la atención de la salud). Por ejemplo: la información acerca del fumado o los hábitos dietéticos pueden contribuir a la identificación de una necesidad de un servicio dado. En esta categoría se incluyen las " necesidades en mantenimiento de la salud ", o las necesidades de " servicios que se presume benefician a personas sanas al mejorar o proteger su salud " (44).

Tal análisis de los problemas de salud utilizando la información acerca de la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo es lo que constituye la epidemiología descriptiva. (Esto es examinado en detalle en los capítulos 4 5, 6, 7 y 8).

Análisis de la Etiología:

Una vez que se han identificado algunos problemas, es útil el tratar de determinar su fuente, o como dice Blum, las " fuerzas primarias que son su subyacimiento causal " (45). Como se dijo en el Cap. 1 el enfoque o comprensión de estas fuerzas causales pueden ser logradas mediante los " factores de riesgo ". Utilizando información y conocimientos de la epidemiología analítica, el problema de salud, expresado en términos de mortalidad o morbilidad, puede ser traducido a su factor precursor de riesgo dentro de una o todas las cuatro dimensio-

...

nes del campo de salud. Este enfoque es útil por tres razones principales:

1.- " La búsqueda y análisis inmediatos de los factores precursores de riesgo para las causas principales de la mala salud revelan que ciertos precursores son comunes a muchas condiciones " (46).

Este hecho permite agrupar los problemas en segmento más manejables en lugar de tratar de desarrollar o expandir un programa dirigido hacia cada condición morbosa indentificada como problema.

2.- Da una dirección para la intervención: el factor de riesgo se convierte en el problema que necesita solución; esto provee una posibilidad concreta de intervención.

3.- Ofrece la posibilidad de una visión más comprensiva y global de los problemas y posibilidades de intervención mediante el uso de un modelo de salud holístico o ecológico extendido. Los problemas y las posibles soluciones que, de lo contrario, habría sido considerados como estando fuera de los límites del sector de la atención de la salud, pueden ahora ser identificados. De manera similar, indica las posibilidades de colaboración con otros grupos de la comunidad.

Identificación de recursos de la Comunidad:

El último componente de este primer paso de la planificación es el de la identificación de todos los demás recursos de la comunidad que se refieran, o puedan referirse, a los factores identificados de riesgo. Estos podrían incluir a las agencias de salud pública, los hospitales, las escuelas o los grupos comunitarios. Esto puede hacerse de manera sumaria o mediante técnicas de mercadeo (descritas en el capítulo 10).

Necesidades: Brechas y Oportunidades de Mercado

De la evaluación demográfica de la población y de la descripción epidemiológica y el análisis de la mortalidad, morbilidad y la información sobre facto

tores de riesgo deberá emerger un cuadro claro de los problemas de salud del área. De manera similar, el análisis de la utilización de los servicios y la identificación de otros recursos de la comunidad indican cuáles son los problemas acerca de los cuales debe ocuparse la institución. Esto constituye la entrada al segundo paso del proceso de planificación: la fijación de prioridades.

Paso 2: Determinación de las Prioridades

Una vez que se han identificado los problemas acerca de los cuales debiera ocuparse la organización, los administradores de servicios de salud deben establecerse cuales de ellos son los más importantes, y, por tanto, requieren de la mayor atención en la planificación y asignación de recursos (47).

Muchos criterios, incluyendo algunos de índole muy política, entran en juego a la hora de determinar las prioridades. Una fuente cita los siguientes factores: " horizonte temporal, amplitud y gama de los problemas, gama de partes interesadas, grado de incertidumbre, grado de complejidad, grado de consenso ". (48). La epidemiología tiene también un papel importante que desempeñar al ayudar a quienes toman las decisiones (los administradores de servicios de salud) a racionalizar las prioridades. Anderson comenta: " Dado que las necesidades en salud, en todo momento, superan a los recursos disponibles, se hace necesario el hacer escogencias. El médico comunitario (epidemiólogo) tiene la función de proveer la evidencia que haya de orientar las escogencias políticas y de política en cuanto a alternativas especialmente durante la segunda y tercera etapas de la planificación " (49).

La contribución de la epidemiología a la determinación de las prioridades está basada en una noción bastante sencilla: los más importantes de los problemas de salud son aquellos que causan la mayor pérdida y que son más susceptibles a la prevención y el mejoramiento (50).

En este segundo paso de la planificación pueden utilizarse dos juegos de criterios epidemiológicos: (1) la magnitud de la pérdida, y (2) la accesibilidad de la pérdida a la prevención o reducción (51).

Magnitud de la pérdida

...

Las técnicas epidemiológicas pueden ser utilizadas para estimar la pérdida de vidas por una causa de mortalidad, o , de manera similar , del tiempo perdido debido a la morbilidad.

La importancia relativa de los factores de riesgo puede ser valorada mediante el uso de conceptos epidemiológicos tales como, riesgo atribuible riesgo absoluto, riesgo excesivo y riesgo relativo. (Todos estos son revisados en el capítulo 4).

Accesibilidad a la Prevención o Reducción

El segundo conjunto de criterios con que la epidemiología puede contribuir a la determinación de prioridades es el de la sensibilidad del problema a un programa de salud, o " la prontitud con la cual la enfermedad puede ser prevenida, o con la cual sus efectos adversos pueden ser minimizados (52). Esta accesibilidad o sensibilidad puede ser determinada por cualquiera de las siguientes maneras:

- normativamente utilizando el juicio y consenso de los expertos
 - empíricamente, con base en la experiencia de otras regiones, estados o naciones
 - operativamente, utilizando algún tipo de análisis de costo-beneficio entre más bajo el costo de un programa para lograr un objetivo predeterminado, más accesible o sensitivo resulta en cuanto a su prevención o reducción.
- (El Capítulo 4 examina brevemente el análisis de costo-beneficio y el papel que en él desempeña la epidemiología).

Paso 3: La fijación de objetivos:

Una vez que se han determinado las prioridades puede llevarse a cabo la planificación de programas para cada grupo de problemas o de factores de riesgo. La planificación de cada programa comienza con la fijación de sus objetivos. La contribución de la epidemiología a este paso está mayormente en la expresión de los objetivos de manera cuantificada (usando tasas de incidencia o prevalencia.) La epidemiología puede también aportar información acerca de la gama factible de reducción de la incidencia o prevalencia mediante el uso, una vez más, de las diversas proporciones de incidencia.

Paso 4: Actividades para el logro de los objetivos

Para que los objetivos sean alcanzados (y por tanto la necesidad previamente identificada) estos deben ahora ser operativamente traducidos a actividades o servicios. Esto comprende también la predicción, identificación y asignación de recursos que serán necesarios para producir los servicios requeridos.

El cuarto paso de la planificación se inicia con la generación de ideas acerca de posibles vías para el logro de los objetivos. Una vez más el marco de referencia adoptado por el administrador de servicios de salud influencia la generación de actividades y servicios. De manera similar, el análisis de factores de riesgo realizado en el paso 1, utilizando las cuatro dimensiones o insumos a la salud, puede y debe ser de mucha ayuda e inspiración creadora en el desarrollo de alternativas.

Una vez que se han generado las alternativas, ellas deben ser evaluadas utilizando el análisis de costo-beneficio, comparando los beneficios esperados de cada alternativa con los costos y riesgos de su adopción.

Paso 5. Movilización, Coordinación de recursos

Las actividades para alcanzar los objetivos han sido escogidos y se han determinado y asignado los recursos adecuados. Este quinto paso del ciclo de la planificación es el de la prestación real de los servicios. Es aquí donde funcionan y predominan la mayoría de las funciones tradicionales de la administración (ver Cuadro 3-1, supra). El aporte de la epidemiología es mínimo limitándose a la recolección de información que pueda ser útil para el monitoreo del programa y de sus efectos y, subsiguientemente, para evaluarlo de manera más formal.

Pueden también surgir situaciones en las cuales " no puede definirse, desde el principio, una forma definida de servicio ", y en la cual la epidemiología puede ser utilizada para " diseñar y realizar experimentos e implementaciones " piloto " para orientar las decisiones subsiguientes (54).

Paso 6: Evaluación:

El componente de la evaluación contiene tres áreas de atención: costos, activi-

...

dades y resultados. Estas son comúnmente llamadas evaluaciones fiscal, del pro
ceso y del resultado.

- La evaluación fiscal se centra y determina la contabilidad de los costos
- La evaluación del proceso determina la actividad programática en términos de, (1) La población que percibe los beneficios por edad, sexo, raza y otras variables demográficas;(2). La organización del programa, su personal y financiamiento; y (3). La ubicación momento del programa. La evaluación del proceso consiste en una medición de esfuerzos programáticos o actividades propuestas, más que de los efectos o resultados de un programa.
- La evaluación del resultado delinea los objetivos programáticos en términos de efectos para determinar si ha ocurrido un cambio en el estado de salud como resultado del esfuerzo.

Las siguientes observaciones son pertinentes en relación a la evaluación de programas:

- La mayoría de las decisiones administrativas están basadas más en la intuición que en los hechos.
- El propósito de la evaluación es el de contestar las preguntas prácticas de los administradores que desean saber si continuar o no un programa, si deben extenderlo a otros sitios, o modificarlos o suspenderlo.
- La evaluación es más productiva cuando es un proceso continuo con un enlace continuo de retroalimentación a los administradores, supervisores y administradores de programas que toman las decisiones. Los informes evaluativos de rutina deberán informar a los administradores acerca de los esfuerzos y resultados de las decisiones políticas y programáticas. Deberán alertar a los supervisores acerca de las tendencias en la prestación de los servicios y señalar los problemas que reclaman acción correctiva.

La epidemiología contribuye directamente a la evaluación de los programas de

dos maneras, cuando menos (55). Primero, el diseño ideal para la evaluación sigue siendo el de la prueba clínica controlada (56, 57). Segundo: las mediciones de los resultados son casi necesariamente mediciones epidemiológicas acerca del estado de salud de la población.

RESUMEN:

Este capítulo ha examinado el papel de la epidemiología en la administración de servicios de salud contemplando primero los diversos usos de la epidemiología y analizando, luego, la naturaleza de la administración. La conclusión es la de que la característica central de la administración es la de la toma de decisiones. Fue descrito un proceso global cuya meta es esencialmente la de auxiliar en las decisiones administrativas. Se señaló que este proceso de planificación y el proceso administrativo son básicamente correspondientes. El proceso de planificación fue utilizado para examinar los aportes de la epidemiología a la administración de los servicios de salud.

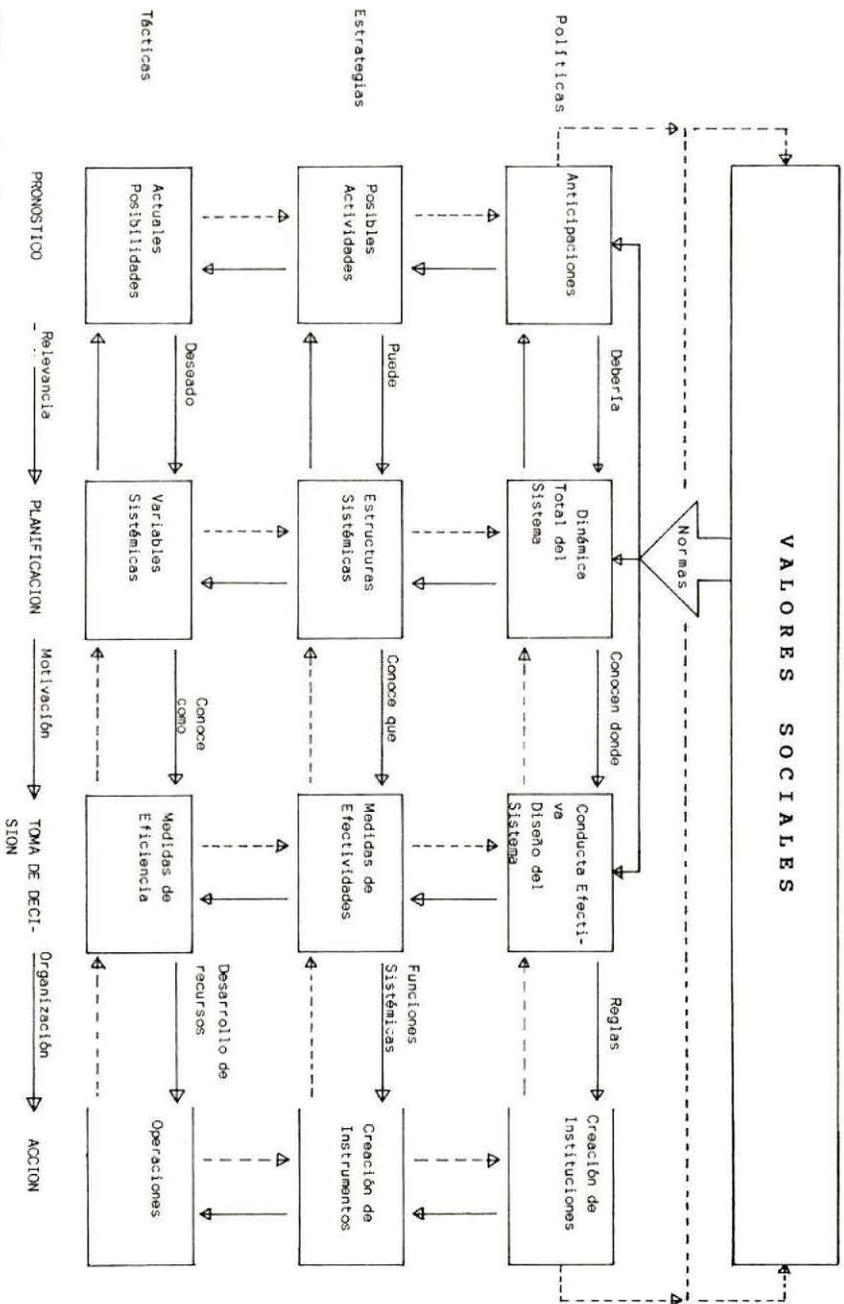
CUADRO 3-2

EVALUACION DE NECESIDADES ENFOQUES Y METODOS

ENFOQUE	METODO	Información Función de Procesa- miento	Medidas Necesidad de Experiencia	TIEMPO Y RECURSOS NECESIDADES
Indicador	Análisis de estadística en esperanza de vida, morbilidad, mortalidad, e incapacidad	Compilación	Moderada a Alta	Moderada
Indicadores Sociales	Análisis de estadísticas sociales relacionados a salud y a utilización de la atención médica	Compilación Compilación e Integra- ción	Moderada a Alta Moderada	Moderada Mínimo
Asume Extrapolación	Necesidades de extrapolación basados en datos epidemiológicos con datos de población de referencia	Compilación e Integra- ción.	Moderada	Mínimo
Enfoque de encuesta	Análisis de Utilización de Servicios o tasas bajo trata- miento.	Compilación	Moderado	Moderado
	Encuesta por muestreo de mano de obra y facilidades de servicio.	Compilación y desarrollo	Moderado	Moderado
	Encuesta por muestreo de la población general	Desarrollo	Alta	Extenso
	Encuestas por muestreo de servicios	Desarrollo	Alta	Moderado
Enfoque por consenso	Foro de la comunidad Grupos nominales Informantes claves Técnica de Delphi Impresiones de la comunidad	Integración Desarrollo Desarrollo Desarrollo e Integra- ción Desarrollo Compilación e Integra- ción	Bajo Moderado Moderado Moderado Moderado Moderado	Moderado Mínimo Mínimo Moderado Moderado Mínimo

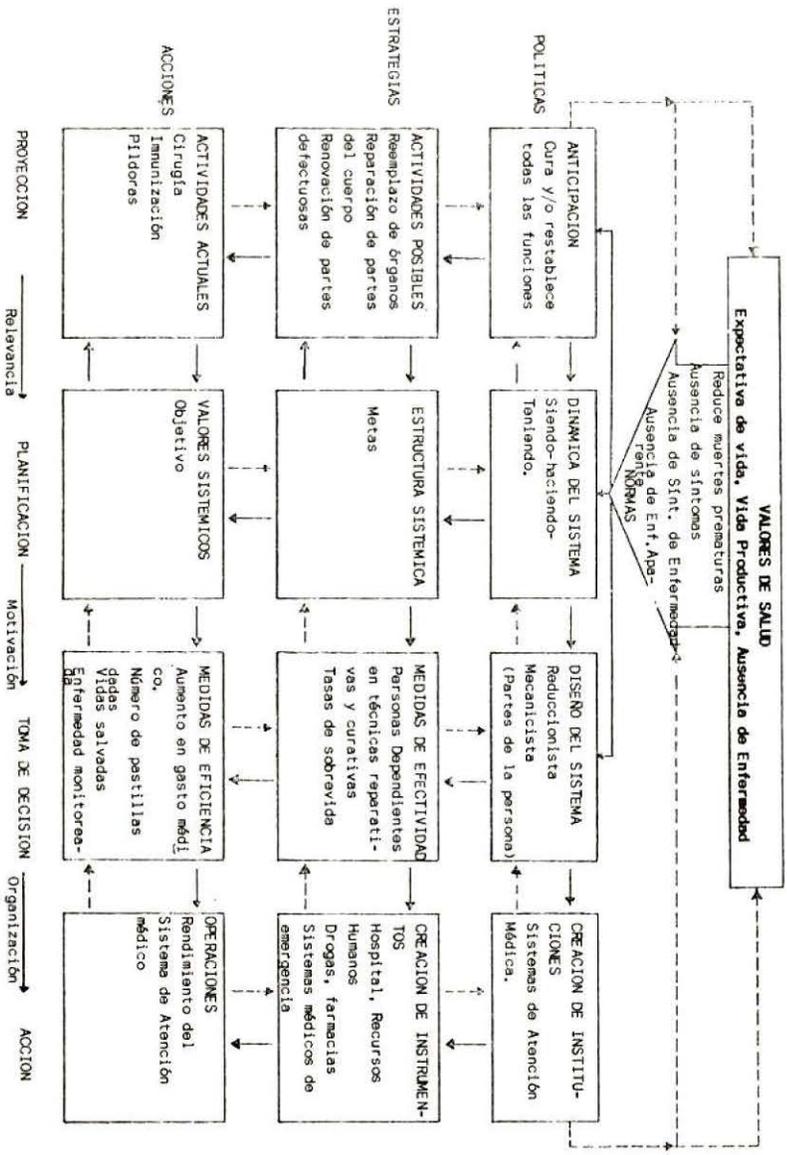
FIGURA 3-1-

UN PARADIGMA PARA PLANIFICAR



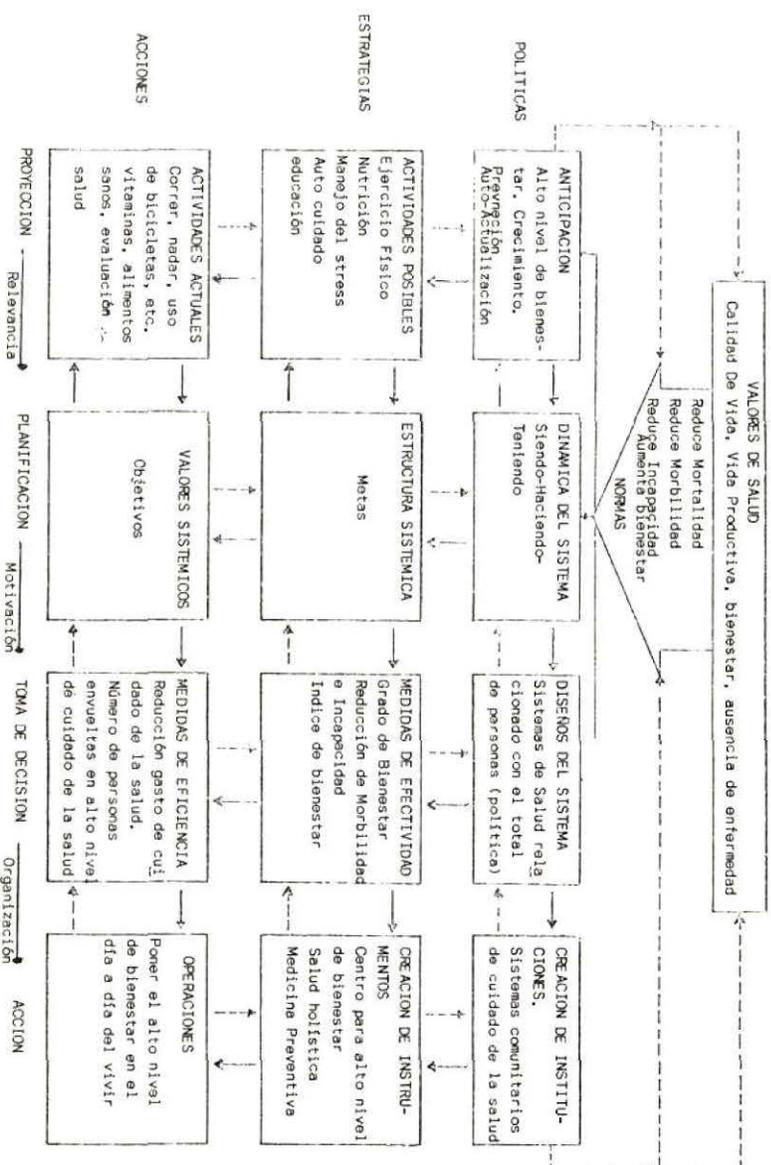
FUENTE: Adaptado de Technological Planning and Social Futures por Erich Jantsch con permiso de Associated Business Programms, London, 1972, 16

FIGURA 3-2
EL MODELO TRADICIONAL DE PLANIFICACION DE LA ATENCION MEDICA



FUENTE: Adaptado de technological Planning and Social Futures by Erich Jantsch con permiso de Associated Business Programms London, 1972, 16

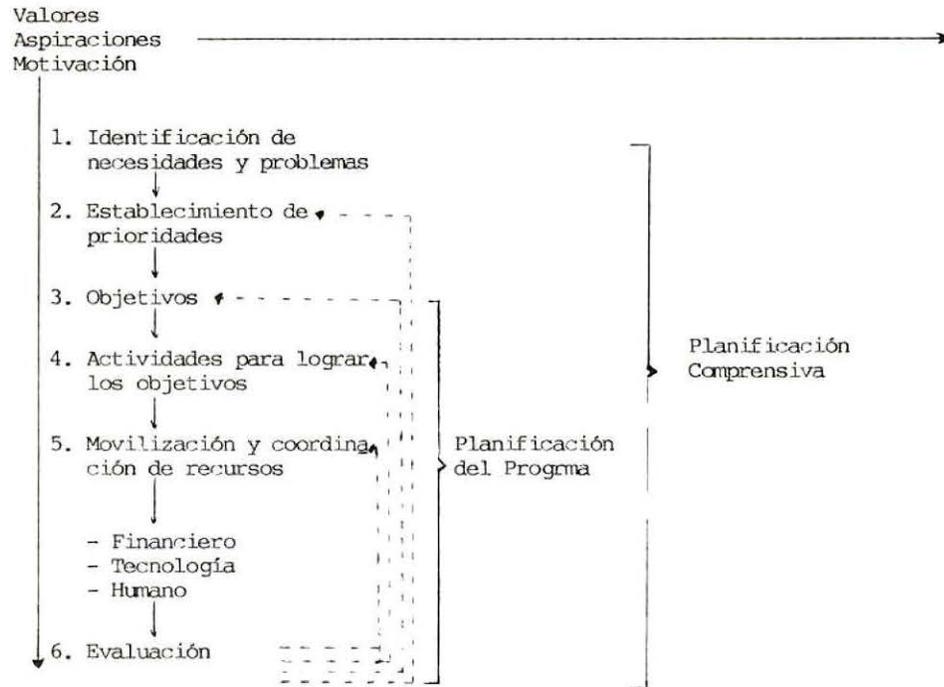
FIGURA 3-3



FUENTE: Adaptado de Technological Planning and Social Futures por Erich Jantsch con permiso de Associated Business Programes, London, 1972, 16.

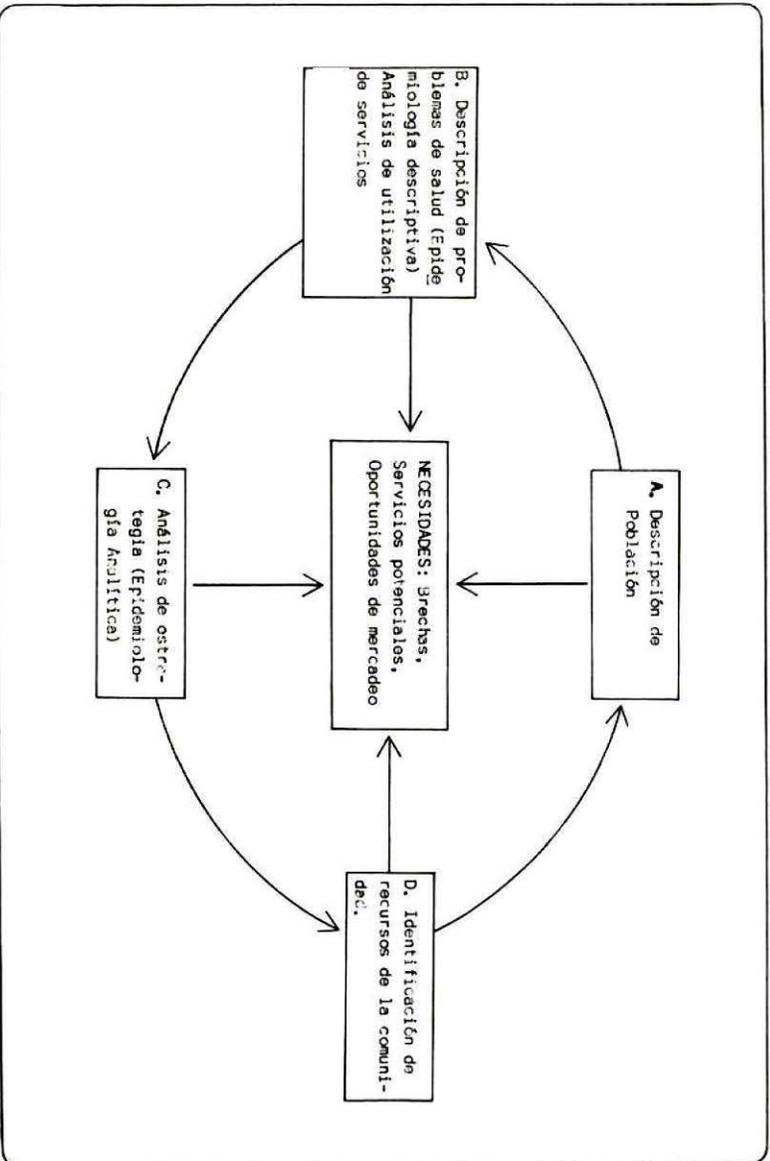
FIGURA 3-4

PASOS EN LA PLANIFICACION DE PROGRAMAS DE SALUD



FUENTE: Adaptado de "Eléments et étapes d'elaboration d'un programme de santé communautaire" por R. Pineault con permiso de Union Medicale du Canada 105, nº 8 1976, 1208-1214.

FIGURE 3-5
IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE SALUD Y PROBLEMAS



EPIDEMIOLOGY IN HEALTH SERVICES MANAGEMENT

BIBLIOGRAFIA

1. J.P. Fox, C.E. Hall, and L.R. Elveback, *Epidemiology: Man and Disease* (Toronto: The Macmillan Company, 1970), 10.
2. J.N. Morris, *Uses of Epidemiology* (3rd. ed.) (Edinburgh: Churchill Livingstone, 1975), 121.
3. International Epidemiological Association, *Epidemiology - A Guide to Teaching Methods* (Edinburgh: Churchill Livingstone, 1973), 8.
4. D. Mowbray, "The Management Process", in *Epidemiology and Health*, ed. W.W. Holland and S. Gilderdale (London: Henry Kimpton Publishers, 1977), 155.
5. B.B. Lorgest, *Management Practices for the Health Professional* (2nd. ed.) (Reston, Va.: Reston Publishing Company, Inc. 1980), 39-49.
6. P.H. Levin, "On Decisions and Decision-Making", *Public Administration* 50, no. 19 (1972).
7. Mowbray, "Management Process", 157.
8. H. Mintzberg, "Organization Power and Goals: A Skeletal Theory", in *Strategic Management: A New View of Business Policy and Planning*, ed. D.E. Schendel and C.W. Hofer (Boston: Little Brown and Co., 1979), 64-80.
9. Mowbray, "Management Process", 155-156.
10. R.L. Ackoff, *A Concept of Corporate Planning* (New York: Wiley Interscience Publications, 1970), I.
11. J. Friedmann, "A Conceptual Model for the Analysis of Planning Behavior", *Administrative Science Quarterly* 12 (1967):225.
12. J. Roeber, "Objectives, Forecasts, and Plans", *The New York Times*, July 12, 1971.
13. R. Cyert and J.G. March, *A Behavioral Theory of the Firm* (Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, Inc. 1963).
14. H.A. Simon, *Administrative Behavior* (New York: The Macmillan Company, 1957).
15. D.E. Lindblom, "The Science of Muddling Through", *Public Administration Review* 19 (1959): 79-99.
16. D. Braybrooke and C.E. Lindblom, *A Strategy of Decision* (Glencoe, III: The Free Press, 1970), 268.
17. M.Q. Patton, *Utilization-Focused Evaluation* (Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, Inc. , 1978), 409.
19. Henrik L. Blum , *Planning for Health* (New York: Human Sciences Press, Inc. 1981), 462.
20. H.G. Hicks, *The Management Of Organizations: A Systems and Human Resources Approach* (New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1976) 602.
21. Blum, *Planning*, 14.

22. R. Pineault, "La planification des services de santé: Une perspective épidémiologique", *Administration Hospitalière et Sociale*, Mars-Avril 1979, 6.
23. A. Donabedian, *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973), 62.
24. E. G. Knox, ed. *Epidemiology in Health Care Planning* (Oxford, England: Oxford University Press, 1979), 47.
25. Donabedian, *Aspects of Medical Care*, 58-207.
26. Blum, *Planning*, 88-95
27. Robin E. Mac Stravic, *Determining Health Needs* (Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1978) 268.
28. Carol Clemenahagen and Francois Champagne, "Program Planning in a Small Community Health Care Setting" *Health Care Management Review* 7, n° 1 (Winter 1982): 47-55.
29. R. A. Bell et al., "Service Utilization, Social Indicator, and Citizen Survey Approaches to Human Service Need Assessment", in *Evaluation of Human Service Programs*, ed. C.C. Attkisson et al (New York: Academic Press, Inc., 1978), 256
30. L.M. Siegel, C.C. Attkisson, and L.G. Carson, "Need Identification and Program Planning in the Community Context", in *Evaluation of Human Services Programs*, ed. C.C. Attkisson et al (New York: Academic Press, Inc., 1978), 226-227.
31. Committee on Health Sciences, *Science for Health Services*, Science Council of Canada Report N° 22 (Ottawa: Science Council of Canada, 1974), 144.
32. Siegel, Attkisson, and Carson, "Need Identification", 227.
33. P.H. Rossi, H.E. Freeman, and S.R. Wright, *Evaluation: A Systematic Approach* (Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1979), 108.
34. Mac Stravic, *Determining Health Needs*, 64-66.
35. L.W. Chambers, C.A. Woodward, and C. Dok, *Guide to Health Needs Assessment: A Critique of Available Sources of Health Care Information* (Ottawa: Canadian Public Health Association, 1980), 7.
36. *Ibid*, 9-10.
37. Siegel, Attkisson, and Carson, "Need Identification", 229.
38. Rossi, Freeman, and Wright, *Evaluation*.
39. A. L. Delbecq A.H. Van de Ven, and D.H. Gustafson, *Group Techniques for Program Planning* (Glenview, Ill.: Scott Foresman and Company, 1977), 66.
40. Siegel, Attkisson, and Carson, "Need Identification", 247.
41. Delbecq, Van de Ven, and Gustafson, *Group Techniques*, 10.

42. Ibid, II.
43. Siegel, Attkisson, and Carson, "Need Identification", 230.
44. Mac Stravic, Determining Health Needs, 58.
45. Henrik L. Blum, "Does Health Planning Work Anywhere, And If So, Why?" American Journal of Health Planning 3, n° 3 (July 1978):43.
46. Ibid, 44.
47. Donabedian, Aspects of Medical Care, 164.
48. J.H.F. Brotherton, et al. "Planning of Health Services and the Health Team", in The Theory and Practice of Public Health, ed. W. Hobson (London: Oxford University Press, 1979), 634
49. D.O. Anderson, "Priorities and Planning", in Holland and Gilderdale, Epidemiologic and Health, 178.
50. Donabedian, Aspects of Medical Care, 165.
51. Ibid, 164-192. (See also Pineault, "La planification", 6).
52. Donabedian, Aspects of Medical Care, 169.
53. Pineault, "La Planification", 8.
54. Knox, Epidemiology in Health Care, 124.
55. Pineault, "La Planificacion", 12.
56. D.P. Byar et al., "Randomized Clinical Trials: Perspectives on Some Recent Ideas, "The New England Journal of Medicine 295 (1976):74-80.
57. W. Spitzer, "What is a Health Care Trial?" Journal of the American Medical Association 233 (1975): 161-163.

EL SISTEMA DE SALUD DE QUEBEC: ¿OBJETIVOS DE ATENCION U OBJETIVOS DE SALUD?

Raynauld Peneault, André-Pierre
Constandriopoulos y Richard Lassard.
Traducido por: Sr. Jorge Cornick.

El principio de los setentas fue, para Quebec, un período de importancia en las áreas de salud y servicios sociales. El contexto sociopolítico llevó al inicio de una importante reforma en esta área, la cual fue llamada "salud comunitaria" para que quedara en claro que iba a darse un cambio orientado hacia la salud. - Después de diez años de experiencia dentro de esta reforma parece adecuado el que nos planteamos las siguientes preguntas:

1. ¿Ha habido, realmente, un cambio orientado hacia la salud en Quebec?
2. ¿Condujo este cambio hacia la formulación e implementación de políticas - originadas en objetivos de salud que en objetivos de atención médica?
3. ¿Hasta qué punto puede la importancia otorgada a las políticas de atención médica, más que a las de salud, reflejarse en consecuencias sobre la organización y administración del sistema de atención médica?
4. Cuáles medidas podemos proponer a fin de promover una verdadera política de salud que conjunto a los diversos actores del sector de atención de - la Salud?

Estas son las cuestiones acerca de las cuales se ocupa este artículo. No pretendemos tener respuestas definitivas para ninguna de estas preguntas, pero si abrigamos la esperanza de iniciar una corriente de pensamiento que sea de utilidad - para todos los interesados.

Marco de Referencia para la Planificación en Salud.

Para aclarar nuestro propósito presentaremos, brevemente, un marco conceptual para la planificación en salud. Primero, comencemos por definir, precisamente, lo que queremos decir al hablar de sistema de salud y sistema de atención médica.

Utilizaremos las definiciones adoptadas por el Informe del Comité para la Remuneración de los Profesionales en Salud de Quebec: "El sistema de Salud se refiere al funcionamiento de todos los elementos que determinan el estado de la salud de la población; está constituido por el sistema de atención médica y también por - ciertos aspectos o elementos del sistema económico y social, el sistema cultural, el sistema político, etc.

El sistema de atención médica está constituido por una cantidad de recursos (profesionales, hospitales, etc.) estructurados de manera que suplan a la población los servicios a fin de mejorar su estado de salud"(1).

La principal función de la atención médica es la proveer servicios para la restauración de la salud de individuos expuestos a diversos factores biológicos, personales y ambientales de riesgo.

El sistema de atención médica está constituido por tres elementos: recursos, servicios y estado de salud. Los recursos producen servicios que son utilizados por la población para mantener, mejorar o restaurar su estado de salud (2).

La tarea del planificador en salud incluye varias etapas. Por una parte debe llevar a cabo un análisis crítico del sistema de atención médica y determinar si los recursos empleados son accesibles y están siendo utilizados de manera productiva y adecuada. Es más, debe plantearse esta pregunta fundamental: ¿Hasta qué punto contribuyen los servicios producidos y utilizados al mejoramiento de la salud? - Por otra parte, la tarea esencial de la planificación es la de formular objetivos y desarrollar políticas. Esos objetivos pueden referirse a la salud (políticas de salud), a los servicios utilizados o producidos (políticas de recursos) o, - aún más allá , a otros determinantes de la salud (promoción de la salud y políticas de prevención de enfermedades). Lo importante a recordar es que una política de recursos o servicios debe fluir, lógicamente de una más comprensiva política de salud.

En otras palabras, no es lógico formular objetivos de servicios o recursos sin - preguntarnos si estos servicios o recursos son concurrentes con los objetivos de la salud.

En todos los tres niveles las necesidades están definidas por las brechas existentes entre los objetivos y la situación dada. Aquí, una vez más, las necesidades, definidas en términos de recursos o servicios, solo tienen valor real si están enlazadas con las necesidades en salud. Por ejemplo, ni una política de servicios centrada exclusivamente en los objetivos de accesibilidad y continuidad de la atención médica, ni una política de recursos centrada exclusivamente en la distribución "equitativa" de los recursos, pueden llevar a la efectividad social dentro del sistema de atención médica, a menos que sean parte de un sistema coherente de política de salud que enlace recursos y objetivos de atención médica a los objetivos de salud.

Finalmente, si nos referimos más al sistema de salud que al sistema de atención médica, podemos ver que el enlace entre el estado de salud y los otros determinantes de la salud es importante y que el sistema de atención médica es sólo un factor entre los muchos otros determinantes de la salud. Como tal el sistema de atención médica sólo constituye un subsistema del sistema total de salud. Así una verdadera política de salud debe incluir acciones sobre los otros determinantes, así como acciones referentes al sistema de atención médica, para ilustrar la distinción que hacemos alrededor de los objetivos de la salud, presentamos, en la Tabla 1, ejemplos para cada una de las dos categorías.

Atención Médica o Políticas de Salud.

Ahora que hemos definido los significados de los diversos términos que estaremos utilizando, e insistido en la importancia de situar las políticas de atención médica o de recursos dentro del contexto de una más grande política de salud, nos haremos la siguiente pregunta: ¿Tiene Quebec una verdadera política de salud?

EJEMPLOS DE OBJETIVOS DE ATENCION MEDICA Y OBJETIVOS DE SALUDObjetivos de atención Médica

- Asegurar una disponibilidad adecuada de recursos.
- Poner los servicios de salud a disposición de la población
- Asegurarse de que la calidad de la atención se ajuste a las normas profesionales.
- Lograr la universalidad de la atención médica, es decir ofrecer una gama completa de servicios sociales y de salud.
- Mantener la continuidad de la atención médica.
- Aumentar el grado de productividad en la provisión de los servicios.

Objetivos de Salud.

- Reducir la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares.
- Reducir la morbilidad y la mortalidad relacionada con los accidentes.
- Reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas de la infancia.
- Aumentar la proporción de ancianos que mantengan un debido grado de autonomía.
- Reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual.

Para responder a esta pregunta debemos primero retroceder en el tiempo y especificar el contexto dentro del cual se han formulado las políticas de salud en Quebec y Canadá y como han evolucionado a lo largo de los años. Un factor de importancia a considerar en el análisis de los sistemas de salud y la atención médica provincial en el Canadá, es el de la influencia determinante de los programas federales sobre los esquemas provinciales. El gobierno federal ha promovido medidas sociales que enfatizan la atención médica en primero y más prominente lugar. A decir verdad, desde el inicio de los cincuenta las preocupaciones reflejadas por los programas federales de atención médica, más notablemente el Seguro Hospitalario (en 1958) y el Seguro de Salud (en 1968) fueron las de poner una atención médica comprehensiva a disposición de todos los canadienses. Las provincias interesadas en las ventajas financieras ligadas a estos programas federales, fueron fuertemente impulsadas a participar en estos esquemas. El viento cambió abruptamente de rumbo en 1974, cuando el gobierno federal produjo el Informe Lalonde en el cual anunció, de manera clara y explícita, su intención de cambiar del énfasis en la atención médica a la priorización de la promoción de la salud y la prevención (3). Si analizamos este informe en detalle, especialmente las consideraciones económicas ocultas subyacentes en esta nueva política de salud, podemos decir que tenía el mérito de hacer explícita la posición del Ministerio de Salud en lo referente a la promoción de la salud y la prevención.

Volvamos a Quebec. Al igual que las demás provincias, pero con alguna vacilación y retraso, optó por ambos programas; el Seguro Hospitalario (en 1961) y el Seguro de Salud (en 1970). Esta dependencia de las políticas provinciales de Quebec en los programas federales puede incluso encontrarse en el nivel de la Comisión - Castonguay-Nepveu cuyo trabajo comenzó en 1966 y concluyó en 1970 con la producción de un informe final. Si bien el informe de la Comisión menciona que la meta última de la reforma de los servicios sociales y de salud de Quebec es la de mejorar la salud de la población, son los objetivos de la atención médica los que predominan en él. En verdad notamos que el primer objetivo de la reforma es el de la accesibilidad económica, el segundo es el del control de costos, y los demás se preocupan por la continuidad de la atención, así como su comprensibilidad, calidad y disponibilidad. En este informe se dice que la prevención y la promoción de la salud forman parte integral del sistema de atención médica, de ahí que no se les preste atención específica. El Ministerio de Asuntos Sociales, dándose cuenta

de que la Comisión no había adelantado proposiciones concretas en referencia a los programas de prevención nombró un grupo de trabajo en 1971. El mandato de este grupo de trabajo fue el de hacer recomendaciones referentes a la organización del sector de la salud pública.

La principal recomendación del grupo de trabajo fue la de crear un departamento de salud comunitaria en 32 hospitales designados, los cuales asumirían las responsabilidades de las unidades de salud pública y los departamentos municipales. La Ley Referente a la Salud y los Servicios Sociales, que fue promulgada a finales de 1972 y los reglamentos que la siguieron, constituyeron la base legal para la creación de los Departamentos de Salud Comunitaria (DSC) y los Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC). Estas dos estructuras constituyen la base organizativa para la prevención y la salud pública en Quebec.

Las funciones de la salud pública deberán ser asumidas por diferentes entidades. Como lo ilustra la Tabla 2, el Ministerio de Asuntos Sociales está a la cabeza de la organización. Luego, para cada región, un consejo regional tiene un papel mayor en la planificación asignativa según las prioridades regionales y las necesidades en salud de las subregiones o territorios de los DSC. En el nivel de la subregión el DSC tiene las siguientes cuatro funciones de salud pública:

1. Identificación de las necesidades de salud de la población.
2. Desarrollo de programas y exigencia de su implementación.
3. Coordinación de los esfuerzos de la comunidad orientados hacia el logro de los objetivos en salud.
4. Evaluación del impacto de los programas.

Hay 32 DSC en total, localizados, cada uno de ellos, en 32 hospitales designados. La integración de la salud pública dentro de la estructura hospitalaria constituye una innovación mayor. Pero la adición de esta nueva misión al hospital tuvo tantas ventajas como desventajas. Desempeñó, por una parte, un papel de importan-

cía en el rápido inicio de los DSC porque ellos fueron injertados dentro de una estructura ya existente y en funciones. Por otra parte, esta nueva misión "preventiva" no se ajustó bien al modelo predominante de servicios curativos prevalentes en el hospital y esto ha sido una fuerte fuente de conflicto entre el DSC y el hospital. En algunos casos el DSC ha sido rechazado por el resto del hospital (6).

En el nivel local, el CLSC integra los servicios sociales y de salud, y es el responsable de la provisión directa de estos servicios a la población. En estos momentos hay algo más de 130 CLSC en funcionamiento, pero su impacto sigue siendo marginal ya que solo representan un 6 % de los recursos dedicados a la atención primaria de la salud.

Lo que surge de esta somera descripción del sistema de prevención y salud pública de Quebec es que, hubo una reorganización de ese sector, según las recomendaciones del grupo de trabajo, pero que la principal preocupación del Ministerio no fue tanto la salud como el deseo de reemplazar las unidades de salud pública y los servicios municipales de salud por una bien organizada red de Salud Pública.

TABLA 2

ORGANIZACION	Nº	JURISDICCION TERRITORIAL	RESPONSABILIDAD EN SALUD PUBLICA.
Ministerio de Asuntos Sociales	1	Provincia	Establecimiento de políticas de salud pública.
Consejo Regional (CRSS)	12	Región	Asignar recursos según las necesidades y prioridades regionales.
Departamento de Salud	32	Territorio	Identificación de necesidades de la población, en salud. Desarrollo de programas y su implementación. Coordinación de esfuerzos comunales dirigidos al logro de los objetivos en salud. Evaluación del impacto de los programas.
Centro Local de Servicio Comunitario (CLSC)	130	Distrito	Ofrecer servicios sociales y de salud a los individuos y a la población.

FUENTE: Adaptado de la Tabla 1 en la referencia 6, página 3.

EJEMPLOS DE POLITICAS DE SALUD.

Hasta aquí, hemos señalado que el Ministerio de Asuntos Sociales de Quebec no ha adoptado, jamás, una verdadera política de salud pública. Este señalamiento no quiere decir que no haya habido interés en el asunto. A decir verdad, en ciertos sectores, tales como la atención perinatal, la nutrición y la atención odontológica, Quebec ha establecido políticas específicas de salud. En lo que se refiere a la atención perinatal la política establecida en 1973 tenía tres objetivos:

1. Reducir, en 1973, la mortalidad maternal a la mitad, de manera que en 1980 la tasa fuera de 1.1 por cada 10.000 nacimientos;
2. Reducir la mortalidad perinatal a 12 por cada 1000 nacidos vivos para 1980, en comparación con 18.3 en 1972;
3. Bajar la tasa de prematuridad a 4.5 % en comparación con el 8.24 % observado en 1970. (7).

Sin entrar en complejas interpretaciones de los resultados obtenidos, el aspecto importante, para nuestros propósitos, es el de que las acciones propuestas entonces lo fueron dentro de un contexto de objetivos de salud, más que de objetivos exclusivamente de atención médica, alejados de enlaces explícitos con el mejoramiento de la salud.

De la misma manera, actuando sobre la base de los hallazgos de la Encuesta Canadiense de Salud de 1971, el Ministerio de Asuntos Sociales lanzó su política de nutrición en 1977 (8). Los tres principales objetivos de esta política fueron - los siguientes:

1. Reducir el consumo de grasas en un 25 %
2. Reducir en un 50 % el consumo de azúcar.
3. Aumentar el consumo de alimentos fibrosos.

Aquí, nuevamente, en términos de las acciones propuestas por esta política, se nota la preocupación por enlazarlas con la búsqueda de objetivos específicos de salud

más que la de situarlas, simplemente, en el nivel de servicios y procesos.

Finalmente, la política odontológica es otro ejemplo que ilustra la posibilidad de establecer objetivos de salud y fijar acciones que se ajusten a estos objetivos(9). Dicho sea de paso, el marco de esta política le permitió al Ministerio tomar decisiones cruciales relativas a la transferencia de ciertos recursos del sector privado al público. Por ejemplo, el trabajo de prevención estaría a cargo de higienistas dentales y no de los odontólogos. Sin entrar a juzgar la validez de tal decisión tenemos que admitir que está, cuando menos, fundamentada en una corriente de pensamiento que relaciona a los servicios odontológicos con los objetivos de salud dentro de un contexto de política de salud mental. Sin embargo, la decisión es incompleta en cuanto a que no toma en cuenta factores externos al sistema de atención médica y, como resultado, no incluye entre sus acciones la única medida que está reconocida como la más eficiente y menos costosa en términos de prevención dentro de la salud dental: la fluoración del agua.

Los tres ejemplos precedentes sirven para ilustrar el hecho de que Quebec sí tiene algunas políticas de salud. Aún más, sería injusto pensar que estas son las únicas áreas en las cuales se han establecido políticas de salud. Por ejemplo, los ancianos han sido también objeto de atención considerable por parte de los planificadores y los documentos publicados por el Ministerio constituyen políticas definidas referidas a ellos. (10,11). Empero, un escrutinio más cuidadoso revela que el objetivo central de mantener a los ancianos en sus casas fluye a partir de una preocupación con los servicios y que el enlace entre los servicios que mantienen a los ancianos en casa y la meta de mantener la autonomía de los mismos no está siempre lo suficientemente clara. Este aspecto está muy bien subrayado en la conclusión de un estudio dirigido por Béland para el Ministerio: "Una política cuya meta es la de preservar la autonomía de los ancianos no es necesariamente una política orientada hacia mantenerlos en casa. Una política para mantener a los ancianos en casa debe ser reorientada hacia una política de mantenimiento de su autonomía"(12).

Podríamos mencionar otros problemas de salud que han sido objeto de pasos tendientes a políticas de salud, notablemente los referentes al fumado, el consumo de alcohol y la actividad física. Lo que deseamos enfatizar en este momento es que

estos ejemplos son escasos en número y reflejan la ausencia de una política de salud comprensiva que fije objetivos específicos a ser logrados en determinados problemas de salud.

Y sin embargo, no hay escasez de ejemplos del desarrollo de verdaderos objetivos de salud que ofrecen un marco de referencia para valorar la pertinencia y lo adecuado de los servicios y recursos de la atención médica. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó, recientemente, un documento (13) que presenta los puntos principales de los que podrían ser los objetivos de una política de salud y el marco de referencia para diversas acciones en el área de la salud. Más cerca aún de nosotros, los Estados Unidos, por medio del Servicio de Salud Pública del Departamento de Salud y Servicios Humanos, se ha involucrado, cada vez más, en los últimos años, en el establecimiento de objetivos de salud que ofrecen un marco de referencia para diversas acciones preventivas y curativas. Esta línea de pensamiento ha llevado a la producción de varios documentos. Uno de ellos, en particular, muestra, muy claramente, la diferencia entre una política de salud y una política de atención médica (14). Seamos bien claros. No estamos afirmando aquí que los Estados Unidos tengan una verdadera política de Salud. A decir verdad el documento a que estamos aludiendo no ha sido endosado por la actual Administración y su implementación está lejos de convertirse en realidad (15). Lo que queremos decir es que representa un buen ejemplo a seguir por quienes deseen proveer a su país de una verdadera política de salud. Nos atreveríamos incluso a afirmar que, dado el contexto de Quebec y, muy especialmente, la red de salud comunitaria ya existente, tal política podría ser implementada en Quebec con un alcance mucho mayor que el que podría tener en los Estados Unidos.

Hasta aquí hemos intentado demostrar que la preocupación mayor, en Quebec, se ha dirigido más hacia el sistema de atención médica que al más grande sistema de salud y que, en consecuencia, los objetivos formulados por el Ministerio de Asuntos Sociales, salvo raras excepciones, han reflejado esta preocupación primaria.

Las dos preguntas que ahora nos queremos plantear son las siguientes:

¿Cuáles son las consecuencias de no tener una política comprensiva de salud? y,
¿Cuáles serían las implicaciones de la existencia de tal política?

CONSECUENCIAS DE LA AUSENCIA DE UNA POLITICA DE SALUD.

De manera general, refiriéndonos a nuestro marco conceptual para la planificación en salud, podemos ver que la ausencia de una política de salud (es decir, de objetivos en salud) significa que los recursos y servicios de la atención médica tienden a ser planeadas dentro de un sistema cerrado que no se relaciona, necesariamente, con las metas en salud. Para ser más específicos podemos identificar las siguientes consecuencias:

1. La ausencia de un marco de referencia para las intervenciones o prácticas en prevención y promoción de la salud.
2. La exagerada importancia otorgada a la estructura y al profesionalismo;
3. Confusión y falta de dirección en lo que se refiere a la descentralización.
4. La incoherencia de las acciones en salud y el uso inadecuado de la experiencia.
5. La dificultad, por no decir la imposibilidad, de evaluar los resultados de las intervenciones en salud.
6. Finalmente, la dificultad en el manejo racional del crecimiento o la restricción de los recursos.

Analicemos estas consecuencias una por una. Una primer consecuencia es la de la ausencia de una marco de referencia para las acciones preventivas y la promoción de la salud. Para poder lograr los objetivos en salud deben ejercerse, a menudo, acciones de salud que están fuera del sistema de atención médica, en el nivel de los "otros determinantes" de la salud. Es un hecho bien conocido que los factores socioeconómicos desempeñan un papel crecientemente importante en la explicación de problemas relacionados tanto con las enfermedades infecciosas como con las no infecciosas. En consecuencia, para dirigir nuestras acciones sobre los

factores de riesgo, tenemos, a menudo que ir más allá del sistema de atención médica y tomar en cuenta hábitos de vida, y otros factores de riesgo encontrados en los ambientes físicos, social o de trabajo.

La ausencia de objetivos en salud puede llevar a que estas acciones no sean consideradas en absoluto, o que su pertenencia sea minimizada. Esto contribuye a la fragilidad de los programas de prevención así como a la de las instituciones que responden por ellos, más aun si tomamos en cuenta el hecho de que los efectos de la prevención no se manifiestan si no lentamente, a lo largo de un prolongado período. Por tanto, en lo que se refiere a gobiernos cuya vida media es generalmente limitada, la ganancia política de la inversión en prevención no es siempre evidente.

La primera consecuencia es amplificada por la segunda, es decir, la exagerada importancia otorgada a la estructura y al profesionalismo. En un sistema en el cual no existen los objetivos en salud la primacía de las estructuras organizativas y las profesiones está bien establecida por cuanto ellas tienden, naturalmente a responder más a sus propios intereses que a los de un sistema. A decir verdad, la primera meta de las estructuras y las organizaciones es la de la supervivencia y las profesiones deben velar por sus intereses. Dentro de este contexto, las prácticas innovadoras tales como la prevención, difícilmente pueden surgir y desarrollarse puesto que amenazan las prácticas profesionales existentes, al introducir un nuevo competidor por recursos limitados. En todo caso, estas prácticas innovadoras necesitan de tiempo para justificar su existencia. Resulta interesante el notar, a este respecto, que el Ministerio es a menudo más exigente con estas nuevas prácticas que tienen aun que probar su efectividad, que con las prácticas bien establecidas que jamás han sido sometidas a una evaluación formal y las cuales no obstante, representan una amplia proporción de los gastos públicos en salud.

Si existieran objetivos específicos (como p. ej. en referencia al problema de la hipertensión o cualquier otro problema de salud sobre el cual se pueda actuar, dados los conocimientos y recursos actuales), la profesión médica podría, en este caso, enlazar su práctica con las políticas de salud y contribuir al logro de los objetivos en salud.

Otra consecuencia de la ausencia de una política de salud es la de una cierta cantidad de confusión y una falta de dirección en el nivel de la descentralización. A decir verdad, la existencia de políticas de salud para todo Quebec podría permitir a las regiones el fijar objetivos dentro de un marco general de referencia, en lugar de tener que asumir la responsabilidad del desarrollo de sus políticas de salud. En otras palabras, el descentralizar sin ofrecer orientación, puede llevar a situaciones caóticas. Dada la ausencia de una política de salud, en lugar de trabajarse en el nivel de la política y la planificación estratégica, se dedican a la planificación operativa, o sea a los servicios y recursos. Las directivas que emanan del Ministerio son demostración de este estado de cosas, puesto que las órdenes impartidas a la CRSS se refieren, generalmente a la administración de recursos y servicios y solo raramente se ocupan a los problemas de la salud.

Nos parece que una manera más lógica de proceder sería la de que el Ministerio formulara orientaciones generales de salud y que dejara a las regiones la escogencia de los medios (servicios y recursos) mediante los cuales cumplirán con esas orientaciones.

El ejemplo de las DSC es también demostración de esto puesto que, ante la ausencia de políticas de salud y metas para la prevención, estas estructuras han dedicado gran parte de su energía a la definición de problemas de salud y al establecimiento de programas de salud. Sin ir hasta el otro extremo, según el cual los programas de salud deberían desarrollarse en el nivel provincial, creemos que las DSC podrían trabajar mucho más extensivamente, de manera colectiva, en la definición de programas de salud que sean aplicables a todas las regiones. Este trabajo colectivo debería también permitir una mayor cohesión, no sólo en el nivel de la programación, sino también en el de la implementación de estos programas. A este respecto los ejemplos de programación presentados en uno de los documentos estadounidenses arriba mencionados podrían resultar de utilidad(14).

Como lo acabamos de mencionar, la descentralización resultante de la ausencia de políticas de salud puede llevar a cierta incoherencia en la acción y al mal uso de la experiencia. Esta situación puede, ciertamente, agravarse por la ausencia de comunicación entre los diversos niveles del sistema de atención médica. La falta de comunicación puede también encontrarse en estructuras del gobierno en las cuales los tecnócratas se ven, generalmente, amenazados por tal movimiento de -

descentralización hacia las estructuras regionales o subregionales.

La ausencia de una política de salud dificulta, si no imposibilita, la evaluación del resultado de las intervenciones en salud, y esto es otra consecuencia desafortunada. La evaluación de los resultados debe ser hecha, necesariamente, en relación con estos objetivos. Cuando los objetivos en salud no son claramente definidos resulta imposible la evaluación de los resultados.

En este caso la evaluación queda restringida a la estructura y al proceso, es decir, a la cantidad y tipo de los recursos y a lo adecuado de los servicios producidos y utilizados.

Estos últimos dos tipos de evaluación no pueden, evidentemente, dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Hasta qué punto han contribuido los servicios desplazados y los servicios producidos al mejoramiento de la salud de la población meta?

Para ilustrar mejor este punto tomemos dos ejemplos: el primero de ellos es el de la atención perinatal. Sin entrar en las cuestiones metodológicas referentes a la investigación evaluativa, es justo reconocer que el hecho de que Quebec haya establecido una política de atención perinatal con objetivos específicos nos permite llegar a ciertas conclusiones referentes al impacto de esta política sobre la mortalidad y la morbilidad (16).

Por otra parte, en el área de las enfermedades cardiovasculares, ha habido, en la última década, una mejora definida en lo que se refiere a la mortalidad, en Quebec, - en Canadá y en varias otras naciones industrializadas (17, 18). Una de las dificultades inherentes en la interpretación de esta información es precisamente el hecho de que, en oposición a la atención perinatal, estos cambios se han producido en ausencia de políticas y programas de salud. La utilidad de una política de salud reside en la provisión de un marco de referencia para el análisis, permitiendo el asociar ciertos resultados en salud con acciones específicas.

Una última consecuencia, la cual surge parcialmente de la dificultad para evaluar los resultados, es la de la dificultad en la administración sea del desarrollo o de la contención del gasto, de una manera racional. Durante el período de relativa prosperidad que disfrutamos en los sesentas, no nos preocupamos demasiado por la cohe-

rencia del desarrollo de los servicios de salud. Como lo mencionamos anteriormente, este desarrollo fue dictado, fundamentalmente, por una dependencia auto interesada y casi cómplice de las políticas provinciales en los programas federales de atención médica. Desde principios de los setentas esta situación ha cambiado considerablemente. La prosperidad ha dado paso a la recesión. Dentro de este contexto, ¿cómo debemos manejar la contención del gasto? Es obvio que la ausencia de una política real de salud dificulta la aplicación de medidas restrictivas o de contención del gasto.

Lo que está faltando es un plan general de salud. Tenemos la impresión de que el razonamiento que hay detrás de las medidas dirigidas a la contención del gasto asume la forma limitada de un recorte de gastos en el nivel de los servicios y recursos cuando la siguiente es la pregunta que realmente deberíamos plantearnos: ¿cuáles son los servicios y recursos sobre los cuales podemos hacer recortes sin correr el riesgo de afectar la salud de la población? En un contexto dentro del cual no hay marco de referencia, las decisiones de nuestros representantes electos o sus tecnócratas tienden a ser tomadas sobre la base de criterios administrativas, económicos y políticos.

Si una política de salud es absolutamente esencial, ¿podemos decir que basta con ella?

IMPLICACIONES DE LA EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA DE SALUD:

Hemos demostrado que una verdadera política de salud no puede limitarse a la orientación de escogencias en el sistema de atención médica. Debe también presidir sobre las escogencias hechas en todos los demás sectores de actividad de una colectividad que tengan implicaciones sobre la salud de la población. Esto implica el que la salud es un valor colectivo que deja de ser responsabilidad exclusiva de los individuos y del sistema de atención médica.

Idealmente, esta responsabilidad colectiva para con la salud debiera siempre asumir la forma de un sistema colectivo de gratificación, mediante el cual todas las intervenciones que tengan un impacto positivo sobre la salud sean recompensadas y se impongan sanciones sobre las intervenciones que puedan dar lugar a problemas de salud(19).

Obviamente, en el momento actual no existe tal sistema de gratificación; podemos hasta suponer que existe un sistema perverso de gratificación. Podemos mencionar, por ejemplo, el beneficio monetario indirecto asociado con la disposición de desechos en el ambiente (contaminación del agua, el aire y la atmósfera); con las enormes ganancias ligadas a la producción y venta de alcohol, tabaco, etc.; con los estímulos (pago de honorarios por servicios) que incitan a los médicos, y al sistema de atención médica en general, a la producción de servicios inútiles y a veces hasta peligrosos; con la ignorancia que rodea a las consecuencias, en términos de salud, de fenómenos tales como el desempleo, el paro forzoso, etc.

En tanto no haya una mayor coherencia entre el sistema actual de gratificación y los objetivos de la salud resulta inútil el pensar que tal política de salud pueda producir resultados reales.

Para que exista una política real de salud, la totalidad de la sociedad tendría que someterse a una transformación radical y quedar la primera prioridad a la salud. Esto tendría que ocurrir en todos los niveles de la actividad colectiva y que ser orquestado por el gobierno mediante un sistema coherente de gratificación. Un elemento esencial de tal sistema debiera consistir en el establecimiento de mecanismos que obliguen a los agentes a justificar, públicamente cualesquiera acciones que tengan repercusiones sobre la salud. Este estado de cosas simplemente reflejaría el hecho del reconocimiento de que la salud constituye una responsabilidad colectiva.

Si tal perspectiva fuera aceptada había que hacer un seguimiento sistemático acerca de la evolución de la salud en la población (mediante la realización de encuestas de manera regular, por ejemplo). Esto haría posible, entre otras cosas, la valoración de la evolución global de la salud, el evaluar las ventajas de haber implementado diversas políticas y para prever la aparición de nuevos problemas de salud. La perspectiva en salud tendría también que ser integrada dentro del sistema económico y social como un todo. Esto podría, por ejemplo, tomar la forma de la publicación, por parte las corporaciones, de informes anuales acerca de la salud. Este informe podría contener información acerca de las políticas internas de la corporación (descripción de las prestaciones en salud, las políticas internas referentes a la venta y uso del tabaco, la existencia de una verdadera cafetería, un programa de ejercicios físicos, etc.) así como de mecanismos montados para limitar todas las formas de contaminación, para aumentar la seguridad de los trabajadores, promover la esta-

bilidad del empleo, etc.

Esta información podría también, más allá de su interés público, servir para modular el sistema fiscal a fin de favorecer a aquellas corporaciones que tengan una acción positiva sobre la salud y para castigar a aquellas que contribuyan al deterioro de la salud.

CONCLUSION:

El punto principal de nuestro análisis es el de demostrar que una verdadera política de salud debe estar constituida no sólo por políticas referentes a los servicios y recursos del sistema de atención médica, sino también por políticas referentes a la determinación de los factores de salud que están fuera del sistema de atención médica.

La necesidad de una verdadera política de salud se hace aparente cuando uno analiza la experiencia canadiense y, en particular, la de Quebec. En realidad el punto principal de nuestro análisis es el de la ausencia, en Quebec, de una política de salud universal y coherente. Este análisis se ve afectado por varias consideraciones. Primero, Quebec no está totalmente privado de objetivos en salud, como lo hemos demostrado ya. Lo que es más, Quebec no es un caso singular, ya que este hallazgo es aplicable a las demás provincias canadienses y a la mayoría de las naciones industrializadas. Sin embargo, aun cuando el programa de atención médica de Canadá y particularmente de Quebec, puede ser considerado por varios analistas como incluido dentro de los sistemas más avanzados, (21, 22) y aún si el control del costo total del sistema de atención médica durante los últimos diez años ha sido ejemplar, la ausencia de una verdadera y comprensiva política de salud hace que los esfuerzos tendientes a la racionalización se hagan cada vez más difíciles.

La cuestión del efecto del control de los gastos en salud se hace cada vez más urgente. A decir verdad, sin una política de salud general y global se hace difícil, cuando no imposible, el hacer escogencias racionales o sea el reconsiderar la asignación de recursos entre los servicios preventivos y los curativos, entre los profesionales y entre las regiones a fin de llegar a alguna clase de lenguaje común

que posibilite la comparación de los resultados en términos de salud, de las diferentes estrategias previstas.

A este respecto, una publicación reciente del Consejo de Asuntos Sociales de Quebec constituye una verdadera política de salud y debiera ser endosada por el Ministerio(23) Basada en un documento de los E.E.U.U. contiene, para los diversos grupos etarios, objetivos generales de salud a ser logrado, así como las acciones generales a seguir según los factores más pertinentes. Por ejemplo, se proponen los siguientes objetivos para los niños de 0 a 5 años de edad:

- Disminuir el número de defectos de nacimiento así como sus consecuencias para el niño y su familia.

- Crear condiciones favorables para el desarrollo afectivo y social de los niños.

Obviamente tales objetivos son aún muy generales y vagos y el paso siguiente es ciertamente, el de fijar metas, como en los documentos ya citados (13,14).

Esto permanece como una ambiciosa agenda en salud para los años por venir. Los DSC han expresado ya su disposición en cuanto a utilizar esta política de salud como marco de referencia para sus acciones y hasta la de participar en el establecimiento de metas (19).

Pueden llegar a tener un papel importante que desempeñar a este respecto, dados el mandato que tienen y los recursos de que disponen.

BIBLIOGRAFIA

1. Le Système des Honoraires Modulés. Rapport fu Comité sur la Rémunération des Professionnels de la Santé du Québec, Québec, 1980.
2. Pineault, R. "La Planification des Services de Santé: Une Perspective Epidémiologique", *Adm. Hosp. Soc.* 25 (1979): 6-13.
3. Lalonde, M. Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens. Gouvernement du Canada, Ottawa, 1974.
4. Evans, R. "A retrospective on the New Perspective", *J. of Health Politics, Policy and Law* (1982): 325-44.
5. Terris, M. "Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report", *J. Pub. Health Policy* 5 (1984): 327-37.
6. Pineault, R. "The Place of Prevention in the Quebec Health Care System", *Can. J. Pub. Health* 75 (1984):92-97.
7. *La Périnatalité: Une Politique du Ministère des Affaires Sociales.* Ministère des Affaires Sociales, Québec, 1973.
8. *Une Politique Québécoise en Matière de Nutrition.* Ministère des Affaires Sociales, Québec, 1977.
9. *Politique de Santé Dentaire au Québec.* Ministère des Affaires Sociales, Québec, 1981.
10. *Le Ministère des Affaires Sociales et les Personnes Agées.* Ministère des Affaires Sociales, Québec, 1977.
11. *Pour Mieux Viellir au Québec.* Ministère des Affaires Sociales, Québec, 1980.
12. Béland, F. *Les Principaux Résultats de L'Analyse des Désirs d'Hébergement de Trois Echantillons de Personnes Agées au Québec.* Ministère des Affaires Sociales, Québec, 1982.
13. *Health for all by the Year 2000: Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies.* Pan American Health Organization, Official document no. 179, Washington, 1982.
14. *Promoting Health, Preventing Disease: Objectives for the Nation.* U.S. Dept. of Health and Human Services, Washington. 1980.

15. Robbins, A. "Can Reagan be Indicted for Betraying Public Health?" *Am. J. Pub. Health* 73 (1983):12-13.
16. Blanchet, M. and Levasseur, M.: "Périnatalité: Bilan et Prospective", *Carrefour des Aff. Soc.* 2 (1980):10-28.
17. Mortalité, Morbidité et Facteurs et Facteurs de Risque Reliés aux Maladies du Système Circulatoire au Québec. Ministère des Affaires Sociales, Québec, 1978.
18. "Tendances de la Mortalité et de la Morbidité Liées aux Maladies du Cœur", *Mal. Chron. au Can.* 2 (1981):9-12.
19. Contandriopoulos, A.P. "Le Québec A-t-Il Besoin d'une Politique de Santé? Oui, Plus que jamais". Colloque des dép. de santé communautaire décembre 1983, pp.57-70.
20. White, K. "Ill Health and its Ameliorations: Individual and Collective Advices", in Carlson. R. and Curnumhan, R., eds, *Future Directions in Health Care: A New Public Policy*, Cambridge: Ballinger, 1978, pp. 64-66.
21. Rodwin, V.G. "Health Planning in International Perspective", in Henrik, L. Blum, ed., *Planning for Health*, New York: Human Sciences Press, 1981, pp. 396-444.
22. Bennett, J.E. and Krasny, J. "Health Care in Canada", in D. Coburn and coll., eds, *Health and Canadian Society*, Fitzhenry and Whiteside, 1981, 40-66.
23. Objectif: Santé. Rapport du Comité d'Etude sur la Promotion de la Santé, Conseil des Affaires Sociales, Québec, Août 1984.
24. *Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Washington, 1979.