

SIMPOSIO

Estrategias para mejorar la atención de la salud*

I. INTERACCION DE LA SALUD CON LOS SISTEMAS DE SALUD GENERAL, DE SALUD PUBLICA Y DE SALUD PERSONAL

JOSÉ LAGUNA†

Uno de los asuntos de mayor importancia en la actualidad, es definir la responsabilidad de la medicina y de los servicios de salud en el cuidado de la salud humana. Para este fin, es preciso considerar a la salud, en la forma expresada repetidas veces, como la resultante de un proceso multifactorial, íntimamente ligado al proceso de desarrollo, siendo a la vez instrumento y producto de él. Es de hecho imposible separar la salud del resto del proceso de desarrollo.

El concepto multifactorial de la salud forma la base de la definición de la Organización Mundial de la Salud, que considera a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad"; y más aún, del concepto ecológico de la salud, del "equilibrio entre el individuo y su ambiente, físico y social". Sin embargo, sabemos lo difícil que es medir con precisión la salud, o el grado de salud, y por lo tanto, lo complejo de establecer metas operacionales o de resultados en este aspecto, más si se tienen en cuenta los aspectos educativos, económi-

cos, personales, religiosos y otros íntimamente ligados al disfrute de la salud. Es, en este sentido, como podemos hacer un análisis de las relaciones entre la salud y los sistemas de atención a la salud. A riesgo de caer en una excesiva sistematización artificial, deseo establecer las siguientes divisiones:

1. *Un sistema de salud que podría llamarse general, o básico o fundamental*, que depende de las condiciones de vida de nuestra sociedad y que se deriva, principalmente, del grado de desarrollo alcanzado por los diferentes núcleos poblacionales en nuestro país. Este sistema de salud es la consecuencia de las condiciones de educación, de empleo, del acceso al transporte, a la vivienda adecuada, al agua y aire limpios, al alejamiento de basuras y otros factores.

Esta salud básica o general es tan importante, que existen países con estructura médica limitada pero con buena nutrición, higiene, saneamiento ambiental y educación, que ostentan indicadores de salud parecidos a los de los países desarrollados. Es posible que si no se alcanza un nivel mínimo de esta salud general, los apoyos médicos convencionales, o sea la formación de más médicos, la apertura de más hospitales, el establecimiento de numerosos consultorios, pueden aumentar el gasto y la demanda de servicios pero no el nivel de salud de la población.

2. *Sistema de salud pública.* Comprende todas

* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 23 de agosto de 1978, en homenaje al Prof. Dr. Fernando Latapí, con motivo del quincuagésimo aniversario de su recepción profesional.

† Académico titular. Subsecretario de Planeación. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

las acciones enfocadas a la protección o promoción de la salud o a su restablecimiento, a través de los recursos gubernamentales, con enfoque colectivo, comunitario. Aquí se registran las grandes acciones de la salud pública formal, como son las actividades de vigilancia epidemiológica efectiva, los sistemas de información rápida y adecuada, los programas de inmunizaciones, el saneamiento general, la vigilancia y control del medio ambiente, la utilización de los servicios de salud en relación con la demanda, las características de calidad de los mismos y el desarrollo de los distintos tipos de personal de salud.

En este sistema de salud pública, los recursos y las actividades médicas tienen gran responsabilidad. Aquí, el instrumento fundamental es la propia planificación: el diagnóstico y la definición de los problemas, el diseño de estrategias y programas, la supervisión y control de los mismos y la evaluación.

Parte del esfuerzo ocurre en el orden administrativo y se apoya en recursos no médicos —economistas, sanitaristas, ingenieros de sistemas— pero todos girando alrededor de problemas expresables en términos de enfermedad, de salud, de acciones médicas, de metas en relación con la morbilidad y la mortalidad.

3. Sistema de servicios personales de salud. Comprende los cuidados médicos habituales a individuos o familias, a través de médicos y auxiliares, como enfermeras, técnicos y personal paramédico. Sus actividades se enfocan tanto a la prevención de la enfermedad como a su diagnóstico y tratamiento y la atención de la invalidez en sus diversos grados. El sistema de salud personal funciona en consultorios, clínicas y hospitales, aunque parte de sus acciones puede efectuarse en el seno de los hogares.

El sistema de salud personal es el que se relaciona de manera más directa con los aspectos médicos propiamente dichos, y el que más nos interesa, pues depende de las agencias y organismos de salud modificables para responder a las necesidades y demandas de la población.

En México, el sistema de salud personal es especialmente complejo, por estar muy fragmentado y ser de limitada eficacia. Existen tres grandes organismos oficiales y muchas otras agencias gubernamentales o privadas que ofrecen servicios de salud. Esta multiplicidad de organismos, precariamente coordinados entre sí, hace difícil fijar objetivos de salud nacionales, definir prioridades, planear los programas y el gasto requeridos o evitar la duplicación de servicios en ciertas áreas y la ausencia total de ellos, en otras.

Un análisis, aun superficial de la situación, permite ver que en el nivel de la medicina institucional, el sistema salud, especialmente el de servicios

personales, no está relacionado con las verdaderas necesidades de salud del país; los escasos recursos disponibles no se distribuyen en relación con los requerimientos. El gasto favorece la atención médica orientada hacia la "enfermedad" y el cuidado individual; las acciones médicas son de tipo "curativo", sobre todo las ubicadas en el ámbito de los hospitales, el sostenimiento de estructuras dependientes de un personal médico especializado o subespecializado y, por fin, un predominio de sistemas médicos concentrados en las zonas urbanas del país. Una consecuencia de este enfoque es la desprotección seria de las áreas rurales; otra es la del excesivo predominio del personal profesional sobre el técnico o auxiliar y la dificultad para trabajar como grupo. En nuestro medio no se ha logrado aún aceptar la responsabilidad de dar atención para la salud por equipos de salud, en vez de dar la atención médica por médicos, como ocurre hasta ahora.

Estas son las circunstancias y el panorama de la salud en nuestro país. Es obvio que es el último sistema, el de servicios personales, aquel en que debemos concentrar nuestros esfuerzos para mejorar la atención de la salud de nuestra sociedad y la razón por la que en este simposio se planteará el análisis de los mecanismos más prometedores para reconocer los grandes problemas y desarrollar los programas que puedan resolverlos.

Se requiere aquí la óptima metodología de planificación: identificar los objetivos, las opciones, diseñar los estudios de costo-beneficio y los instrumentos para la evaluación de la efectividad, establecer las reformas institucionales y los cambios de políticas indispensables para lograr los resultados requeridos.

II. DETERMINACION DE PRIORIDADES EN SALUD PUBLICA

GREGORIO MARTÍNEZ-NARVÁEZ*

El establecimiento de prioridades constituye una etapa fundamental en el proceso de planeación. De ella se derivan las decisiones para la asignación de recursos a los programas y a los servicios; razón por la que es importante disponer de instrumentos adecuados para jerarquizar acciones, es decir establecer prioridades en forma sistemática y racional, puesto que en este proceso de selección entre varias opciones posibles se revela el valor de la planificación para responder a las necesidades que plantea la sociedad actual.

* Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A pesar de los avances técnicos, que se han traducido inclusive en el diseño de modelos matemáticos para otorgar valores a los componentes de cada problema de salud, con la finalidad de establecer un sistema escalar de prioridades, se reconoce en la actualidad, que cuanto más amplia es la capacidad para incluir criterios de orden social y económico, mayor calidad tendrá la planificación. La visión a mediano y largo plazo de factores de política económico-social, es lo que transforma la planeación, de un ejercicio metodológico efficientista, en un instrumento de utilidad real para el desarrollo y el mejoramiento de la vida.

El papel de las metodologías

Algunos métodos utilizados para el establecimiento de prioridades, que han sido llevados a la práctica, generalmente en proyectos experimentales, consideran como puntos para la ponderación de problemas los siguientes factores básicos: la magnitud de un daño determinado a la salud; su trascendencia en cuanto a repercusión biológica, económica y social; la vulnerabilidad del problema, de acuerdo con la disponibilidad de tecnología para abatirlo o a la capacidad de la organización para efectuar medidas para su control; y finalmente, el análisis del costo-beneficio de los programas, para valorar comparativamente los gastos entre alternativas de acción semejantes.

La ventaja de los procedimientos mencionados es que proporcionan criterios uniformes para valorar problemas, en términos de morbi-mortalidad, pérdida económica y eficacia en su control; sin embargo, la experiencia ha demostrado que la jerarquización de prioridades en salud, no debe basarse sólo en estimaciones cuantitativas, pues esto la limita a la selección de estrategias o tecnologías, cuando deben tenerse en cuenta elementos derivados de factores políticos y sociales, que circunstancialmente adquieren tanta importancia como cualquier procedimiento metodológico.

Importancia de la información

En cualquier caso, todo proceso racional de establecimiento de prioridades se basa en una valoración del estado de salud del país, en la investigación de la demanda y de los recursos humanos y técnicos disponibles, conjuntamente con el análisis de la capacidad en cuanto a infraestructura y organización del sistema de salud. Para realizar lo anterior, se requiere de buenos sistemas de información, que generalmente son deficientes en países como el nuestro, precisamente por las limitaciones de la estructura sanitaria.

En estas circunstancias, lo que se hace es aprovechar la información disponible para fijar prioridades, llevando a la práctica programas que tienen como objetivo colateral un mejoramiento de los sis-

temas de información (morbilidad, mortalidad, recursos, atenciones, demanda y costos).

Los factores sociales en la fijación de prioridades

Como ya se ha mencionado, en la práctica deben tenerse en cuenta factores políticos, sociales, culturales y económicos, los cuales predominan según situaciones coyunturales. Por ejemplo, hace diez años no formaban parte de las prioridades de salud los programas de planificación familiar; ello sólo fue posible cuando la evolución social y la valoración de los problemas demográficos alcanzaron cierto grado de desarrollo.

Los factores políticos, considerados muchas veces como distorsionadores de la planificación, pueden ser en realidad los mecanismos catalizadores de necesidades sentidas por la población y sólo distorsionan los programas cuando predominan los intereses de un sector de la demanda, de un grupo, o de una región, como es el caso de la tendencia a proporcionar servicios de atención médica integral, con un alto costo, para el cuidado de un sector de la población, generalmente ubicada en áreas urbanas, con detrimento de la atención rural.

Ordenamiento de los factores socioeconómicos

Para que los factores políticos y sociales no se constituyan en limitantes y sirvan de lineamientos de jerarquización en salud pública, es necesario que exista un sistema nacional de planeación que señale prioridades, estrategias, mecanismos y rangos de financiamiento a las áreas de atención del sector público; todo ello respaldado por una estructura administrativa que facilite la coordinación y propicie mecanismos de vigilancia y evaluación de las prioridades.

Si el país define políticas de atención en áreas deprimidas, de equilibrio demográfico, de suficiencia tecnológica y de mejoramiento de la eficiencia, por ejemplo, el sector salud podrá fijar sus acciones prioritarias hacia la extensión de la cobertura, la planificación familiar, el apoyo a la investigación y el desarrollo de servicios de atención primaria, en congruencia con las políticas nacionales mencionadas en primer término.

Estas medidas asegurarán que las prioridades de salud se vean respaldadas por intereses reconocidos como fundamentales para el desarrollo económico y social del país, y naturalmente por los derechos de los ciudadanos para el bienestar.

Políticas actuales del sector salud

Dentro de este contexto, en concordancia con los planes generales del sector público, en México han definido como áreas prioritarias a mediano plazo, las siguientes:

Atención preventiva, con énfasis en programas de

atención materno-infantil y planificación familiar, así como de control de enfermedades transmisibles.

Extensión de los servicios, especialmente en la atención primaria de la salud a las áreas rurales y a las marginadas de las grandes urbes.

Capacitación de la población en técnicas y procedimientos sencillos para la protección de su salud.

Saneamiento y mejoramiento del ambiente, con énfasis en la higiene de los alimentos y el control de las causas de la contaminación urbana e industrial.

Formación de recursos humanos para la salud, especialmente de los niveles técnicos y auxiliares, como apoyo a los programas de atención primaria.

Producción de biológicos para el control de las enfermedades transmisibles.

Desarrollo de sistemas de apoyo a la información, control y evaluación técnica y presupuestal.

La presencia de estas prioridades en el programa quinquenal del sector salud, es congruente con los criterios anteriormente mencionados. Por ejemplo, es necesario extender la cobertura de los servicios al gran número de mexicanos que aún no tienen acceso a ellos y los demandan individualmente o a través de sus organizaciones, en tanto que la estrategia seleccionada para proporcionar dichos servicios se basa en la atención primaria como procedimiento que permite mayor número de atenciones con el mínimo de recursos. Con este mismo criterio, y a fin de atacar los problemas en sus primeras fases, se desarrolla la capacitación de la población para proteger su salud mediante acciones de carácter educativo.

La prevención de las enfermedades transmisibles continúa siendo responsabilidad del sistema de salud, sobre todo cuando es posible utilizar tecnología capaz de romper el ciclo natural de las enfermedades, ya sea por vacunación o eliminación de vectores.

La persistencia de factores de contaminación biológica del medio ambiente, junto con la adición de agentes físico-químicos propios del desarrollo urbano-industrial, hacen necesarias una serie de medidas para controlarlos y evitar que el deterioro del medio ambiente tenga consecuencias negativas en la salud humana.

Los programas de salud materno-infantil, grupo expuesto a numerosos riesgos, se refuerzan con las acciones de planificación familiar, no sólo como procedimiento para contribuir al equilibrio de la población, sino como elemento de bienestar familiar.

Otras prioridades señaladas responden a una necesidad advertida, tanto por la información relativa

a daños de la salud como por una demanda expresada. Sin embargo, se tiene presente que las prioridades y su trascendencia deben ser objeto de evaluación y revisión constante, junto con los elementos estratégicos de los programas y servicios utilizados para atacar cada problema de salud, con la finalidad de que las respuestas de las instituciones se mantengan al ritmo de los cambios epidemiológicos y sociales.

III. JERARQUIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

JORGE FERNÁNDEZ DE CASTRO*

Estimo pertinente ubicar conceptualmente el término *sistema* al que el doctor Laguna se refirió al definir las características de los servicios de atención de la salud, así como el de *jerarquización*, expresamente incluido en el título del tema que me toca desarrollar. En la acepción corrientemente usada, el vocablo *sistema* connota un conjunto de cosas ordenadas e interdependientes para un fin o una función. Y entendemos por *jerarquización* la disposición progresiva, gradual de las partes de un sistema, de la mayor o más importante, a categorías de orden subsidiario. Advirtamos que en la definición de sistema no se halla implícita axiomáticamente la idea de gradación, aunque en múltiples casos de sistemas biológicos, así como en incontables ejemplos de la inventiva humana, es común encontrar ambos principios, el de orden y el de gradación, íntimamente ligados.

En los diseños de sistemas de servicios públicos, suele introducirse como elemento definitorio el que las unidades que compongan el todo se hallen dispuestas en un orden de complejidad paulatino, en pasos progresivamente de menor tamaño y mayor profundidad, de la base al vértice, de lo simple a lo complicado, de lo general a lo particular, orden que forma además, la ley universal de los sistemas lógicos.

En esta misma línea de pensamiento conviene recordar que la metodología del estudio clínico establece también un desarrollo gradual, en que paulatinamente se estrecha el enfoque de la averiguación etiológica, desde la localización del sitio enfermo hasta las sutilezas de la exploración por las técnicas de gabinete más finas.

Tocáme en esta ocasión aportar alguna evidencia de que la precisión y establecimiento de escalones de complejidad gradual en nuestros sistemas de atención médica, serán por sí mismos un mecanismo útil para el mejoramiento de dicha atención.

* Académico numerario. Director General de Productos Biológicos y Reactivos. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Aceptemos en principio que los servicios médicos y paramédicos deben estar sujetos a administración, indispensable en países de pobres recursos, cuya utilización requiere "optimizarse", pero en general necesaria dentro de cualquier contexto de estructura socioeconómica de un país. Si tal criterio es válido, recordemos que existe en administración el llamado proceso gradual, representado esquemáticamente por una pirámide.

En la literatura mundial dedicada a investigación de servicios de salud se afirma que, en las tareas de asistencia al enfermo, crece cada día la distancia entre el segmento privilegiado de la población y el de los desposeídos¹ y que esto rige tanto para comparar un país rico con un subdesarrollado, como para contrastar entre sí a los estratos sociales de una misma nación, cualesquiera que sean la clasificación de su estructura política o su grado de desarrollo.

En México, el crecimiento explosivo de la clase media y la migración masiva de las áreas verdes a las urbanas, hace que esta aseveración, aunque veraz, deba ser objeto de consideraciones. Por nuestra parte, lo que sí hallamos como denominador común entre países del llamado "tercer mundo" y algunas naciones desarrolladas (subrayo "algunas"), es la falta de definición de niveles de atención, con un marcado desequilibrio entre los servicios de atención primaria y los de otros niveles.

Así encontramos, por ejemplo, que en Suiza,² en 1976, había 2,368 médicos generalistas contra 2,885 especialistas, es decir, 40 por ciento más de éstos últimos. La consecuencia es obvia: aquí y allá, el médico de alta especialización consume su tiempo en atender casos triviales, es decir, realiza la medicina de "primer contacto", que se caracteriza precisamente por un volumen altamente mayoritario de personas que demandan el servicio para problemas de diagnóstico y tratamiento sencillos, lo que constituye un desperdicio de recursos obvio, amén de otras serias desventajas, como la de que el especialista, al tener saturada su consulta con casos triviales, muy poco va a poder dedicar al ejercicio de su elevada capacitación, lo que repercutirá también en la calidad de los servicios que presta.

En México, es obvia la pésima distribución de los servicios médicos, con una paupérrima disponibilidad de los mismos en las áreas rurales; pero además, los recursos instalados para la atención funcionan sin definición en cuanto al nivel de contacto, y lo mismo vemos como un médico familiar en nuestras instituciones de seguridad social, refiere al especialista casos que deberían ser tratados por él (p.ej. una proporción importante de los de amigdalitis al otorrinolaringólogo o los de hemorroides al proctólogo), que al especialista dedicando 80 ó 90 por ciento de sus horas de trabajo a la atención de problemas menores; pongamos por caso, el neu-

mólogo examinando casos de infección respiratoria superior aguda, o el dermatólogo, copando su tiempo en la consulta de niños con sarna. Sabemos que cada mexicano sufre en promedio varios episodios de gastroenteritis infecciosas por año, arrojando una crecida suma de millones de casos de este cuadro, y vemos que la medicina de primer contacto para estos pacientes la realiza lo mismo el farmacéutico (que mal lleva este nombre pues por lo regular carece de toda información médica que no sea la consulta de un vademecum), que el gastroenterólogo, pasando por el médico familiar y el pediatra.

Paralelamente a esa pirámide que representa el proceso gradual en cualquier modelo administrativo, al que antes nos hemos referido, parece clara la conveniencia de establecer una gran base de servicios con personal médico y paramédico encargado de la atención personal de primer contacto, por cuya cuenta correrán tanto la atención de problemas menores, generales y específicos, para los que recibiría la preparación debida, como la referencia adecuada de casos a niveles superiores. Dos estrategias, la cobertura al medio rural y la jerarquización de los servicios, para ayudar a resolver el problema que significa el caos en que funcionan nuestros recursos médicos en el país.

Si tratáramos de expresar este problema a través de un solo parámetro, escogeríamos uno que se antoja altamente concluyente: en México mueren anualmente 70,000 personas por neumonías y bronconeumonías, con una tasa de 108/100,000 habitantes, comparada, por ejemplo, con este mismo coeficiente en países desarrollados, donde es diez veces menor. Una gran mayoría de estas muertes es en niños y atribuible a falta de atención médica oportuna, y no atención de alta especialidad; quizás bastaría con que cualquier persona afectada por una infección respiratoria superior tuviera a su alcance, en el momento oportuno, penicilina de acción lenta, para que se abatiera significativamente esta tasa, tomando en cuenta que los decesos en este rubro pueden atribuirse en gran parte a complicaciones bacterianas por gérmenes sensibles a dicho antibiótico.

Se acepta universalmente que un esquema bien integrado de asistencia al enfermo debe comprender puestos de primer contacto, para grupos humanos concentrados o dispersos de dimensión variable, según diversos considerandos de naturaleza social, educativa, logística y epidemiológica, pero, en general, no mayores de 30,000 habitantes.³

En cálculos gruesos, estimo que para las necesidades actuales de nuestro país, los núcleos de atención primaria serían de la tercera o la sexta parte de dicha cifra. En este primer nivel, servido por un médico generalista, cuando lo hubiera, o por personal paramédico debidamente adiestrado (esta última frase debe enfatizarse), se atenderían pro-

blemas menores:⁴ generales, como infecciones respiratorias superiores, gastroenteritis, enfermedades de la piel; o específicos, como amigdalitis-faringitis, tapones cerosos en los oídos, infecciones urinarias agudas, síndromes dolorosos de espalda y sistema músculo-esquelético (tan comunes en nuestro medio rural), con rutinas bien diseñadas de diagnóstico y prescripción, tan claras y sencillas como las gráficas taxonómicas, donde figurara en cada paso de la exploración una salida hacia la referencia del paciente al siguiente nivel.

En el puesto de primer contacto podrían además realizarse una serie de exámenes de laboratorio o gabinete. Hemos podido constatar cómo en India, personal auxiliar realiza con extraordinaria eficacia en sitios apartados, baciloscopías en tosedores crónicos. Pensamos que lo mismo se podrían practicar en este escalón exámenes químicos de orina y sangre con cintas reactivas, tomar la tensión arterial, etc. Para un catálogo completo de tareas, objetivos, niveles de adiestramiento y procedimientos terapéuticos consúltese el libro de Golden: *An inventory for primary health care practice*.⁵

El segundo nivel se ubicaría teóricamente en el centro geográfico y estratégico de varias de estas comunidades de primer nivel, que en conjunto compusieran grupos humanos de unos 100,000 habitantes.

Creemos que, hablando en términos amplios, disponemos ya de una estructura secundaria con nuestros hospitales rurales de los que, obviamente, tendrían que crearse otros en algunos lugares, una vez que se hubiera precisado el esquema organizativo nacional. En los mismos se atenderían casos difíciles que demandan entrenamiento médico y quirúrgico de cierta especialización. No es ocioso señalar que nuestros hospitales rurales necesitan ser equipados con los medios adecuados para su trabajo, pues en la actualidad las carencias en rubros tan importantes como son medicamentos y alimentación para el paciente encamado, dan la paradoja de que, habiendo déficit reconocido de estos servicios, encontremos que una porción importante de estos centros exhiben índices de ocupación muy bajos o aun nulos.

No nos ocuparemos de definir ni de hacer mayores comentarios sobre el siguiente nivel, el de asistencia terciaria, con subespecialistas e instalaciones y medios tecnológicos para asistencia intensiva, pues parece suficientemente claro que en México existe en estado hipertrófico, y sólo enfatizaremos una vez más que, por desgracia, las carencias y deficiencias de organización de primero y segundo nivel hacen que el último desperdicie sus recursos de alta especialización, al tener que dar servicio que correspondería a los escalones inferiores. Así contemplamos, como ejemplo, un servicio dermatológico en la ciudad de México, que podríamos

considerar avanzado en escala mundial en 95 por ciento o más, que se dedica a la consulta de pacientes con sarna, dermatofitosis y dermatitis por contacto.

Reiteramos la conclusión: se imponen en México dos grandes estrategias, la ampliación de coberturas en el medio rural y la definición precisa y en la práctica, de estos niveles jerárquicos.

No es ocioso señalar que la ampliación de cobertura debe apoyarse en investigaciones inteligentes, que incluyan como parte fundamental las necesidades epidemiológicas por una parte, y las necesidades sentidas por la población, pues podría darse el caso de que tratásemos de llevar un servicio rudimentario a comunidades que en forma imperceptible para nosotros tienen, satisfactoriamente para ellos, resueltos sus problemas de atención médica, situación que quizá pudiéramos superar, pero no sin un programa previo informativo-educativo, de adiestramiento de empíricos y actividades de promoción.

Es bastante frecuente en nuestro medio, particularmente en estratos socioeconómicos bajos, el desdén del público por la parte diagnóstica del quehacer médico, al menos para problemas comunes de enfermedad, con su contraparte de concepto de la prescripción como un acto mágico. El resultado es que en una proporción nada despreciable, la medicina de primer contacto, la efectúa el boticario, el familiar, el vecino o el paciente mismo, situación que explica porqué llegan a los centros de segundo o tercer nivel tantos casos de individuos con problemas claros de yatrogenia, p. ej. de dermatitis medicamentosa. Aunque, dicho sea de paso, no estamos seguros de que la autoprescripción tenga más importancia cuantitativa/cualitativa en cuanto a yatrogenesis se refiere, que el afán de los médicos por prescribir o la existencia de una absurda multitud de polifármacos en nuestra farmacopea.

¿Cómo vería un analista de sistemas la investigación necesaria para la ubicación de puestos de atención primaria y para conformar módulos geográficos de integración de servicios primarios-secundarios? Procedería a enlistar el tipo de problemas a resolverse en uno y otro, clasificándolos como "estado de salud alfa", "estado de salud beta", etc. Seguiría con estudios sobre la frecuencia de las enfermedades en cada región aparentemente descubierta por lo que toca a servicios médicos. A continuación, realizaría las encuestas sociomédicas necesarias para contestarse interrogantes como las siguientes: 1) En el estado alfa (supongamos a guisa de ejemplo que este estado significa un caso de cualquier enfermedad infecciosa), ¿cuál es la probabilidad de que los pacientes tengan conciencia de sus síntomas? 2) ¿Cuál la de que, teniendo conciencia de sus síntomas, busquen atención médica? 3) ¿Qué proporción de estos va a seguir una pauta preestablecida para resolver su problema (p.

ej., acudir al curandero, o al boticario? 4) ¿En qué porcentaje no van a emprender acción alguna, por no tener a su alcance servicios de medicina empírica o mágica? 5) En el caso de instalarse en este lugar un servicio ¿de qué facilidades deberá estar dotado para resolver el problema en cuestión? 6) A la luz de todas las respuestas obtenidas, ¿qué carga de trabajo tendría el servicio que supuestamente hace falta? ¿Conviene instalarlo? ¿Con qué recursos humanos e instrumentales deberá contar para resolver, en una proporción también calculable, el conjunto de problemas que va a atender? ¿Qué proporción de casos tendrá que referir? ¿Cuál es la probable cifra relativa de pacientes que, referidos a un segundo nivel, acudirán al mismo? ¿Qué probabilidad existe de que una acción informativa-educativa cambiara los patrones de conducta que interferirían con el aprovechamiento óptimo de estos servicios? Y así sucesivamente.

Creemos que sin llegar a las funciones de una investigación exhaustiva y de la elaboración de modelos decisionales, es absolutamente indispensable, antes de instalar un puesto de atención primaria, realizar el más elemental estudio de mercado. Esto, por una parte. Por la otra, resulta de primordial importancia el adiestramiento adecuado del personal que va a ubicarse en estos servicios, pues lo contrario podría conducir a un fracaso rotundo al intentar substituir, pongamos por caso, a un empírico que por selección natural se ha adaptado a las necesidades de una comunidad, por otro empírico sin la capacitación técnica ni las habilidades de relaciones humanas para tal propósito.

Nuestras autoridades del sector salud apoyan la idea de que, aunque difícil de implantar, un programa de extensión de cobertura de atención primaria a los veinte millones de mexicanos habitantes de áreas rurales aisladas, es realizable a mediano plazo, y —de cubrirse los requisitos antes expresados— seguramente tendrá éxito. También estamos convencidos de que una buena organización en la base de la pirámide traerá aparejado el inicio de una buena definición en la práctica de los niveles de atención, a efecto de que lleguemos algún día a contar no sólo con servicios suficientes, sino también eficientes, partiendo del principio de que se hallen operativamente bien jerarquizados.

REFERENCIAS

1. O. M. S.: *Atención primaria de salud*. Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud. Alma Ata. URSS. Septiembre de 1978, p. 7.
2. Kohler, F.: *Organización sanitaria y hospitalaria en Suiza*. Hospital 2: 12, 1978.
3. O. M. S.: *Fundamentos y práctica de la planificación y la gestión nacionales de los servicios de salud*. Cuadernos de Salud pública. 67: 122, 1977.
4. Knowles, J. H.: *Doing better and feeling worse*. En:

Health in the United States. Nueva York, Norton & Co. Inc. 1977, p. 91.

5. Golden, A. S.: *An inventory for primary health care practice*. Nueva York, Ballinger Publishing Co. 1976.

IV. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

JUAN RODRÍGUEZ- ARGÜELLES*

La tendencia de los servicios sanitarios a ser cada día más integrales y su propósito de alcanzar cada vez mayores coberturas de grupos humanos, ha ocasionado repercusiones importantes en la atención a la salud como procedimiento. El concepto de salud adoptado por la Organización Mundial de la Salud, que se maneja en el ámbito universal y que ha sido profusamente enunciado, no ha sido completamente comprendido, pues se ha llegado a considerar muchas veces que el médico como tal debe ser el responsable de hacer operante ese concepto en cualquier tipo de sociedad.

En el aspecto biológico de atención a la salud, nuestras instituciones, en diversa proporción, manejan los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria y en este proceso, las figuras del médico y de su equipo tradicional persisten como elementos sobresalientes; sin embargo, en la actualidad se considera también a un conjunto de profesionales que ha venido a enriquecer a ese equipo y se destaca también una serie de disciplinas que propenden a la consecución de la salud.

Se debe reconocer, dentro de ese amplio concepto, en sus dimensiones biológica, psicológica y social, el ámbito de acción de cada uno de los profesionales de la salud, lo que resulta particularmente difícil. Dentro del ejercicio médico destacan en la actualidad diversos tipos de médicos: el médico general, el familiar, el comunitario, el especialista, los educadores médicos y los investigadores, cada uno con un campo de acción que tiene algo en común y algo diferente en relación al cometido básico de dar atención a la salud. Si por otra parte estableciéramos un análisis de este personal, en lo que respecta a su formación y a su actuación dentro del gran concepto de salud, en el mejor de los casos la resultante sería un profesional que sólo ha podido profundizar más o menos en el nivel biológico de atención sanitaria, algo en el nivel psicológico por los componentes médicos que éste pudiera tener y muy poco en el componente social, por lo que de orden médico pudiéramos encontrar en el mismo.

Por lo tanto, tal vez deberíamos partir del punto

* Académico numerario. Director General de Educación Médica. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

de vista de que el médico, como tal, es un profesional no capaz de resolver por sí solo el problema de salud de acuerdo con la concepción moderna, pues aun diversificado como está, ha tenido mayor capacidad de penetración en el llamado nivel biológico y poco en los restantes componentes.

Aparece ahora como cierto que el médico no puede estar solo en esta misión y lo que es más, que no es necesario ser médico de formación para poder encajar en un grupo multiprofesional, que convenientemente integrado, deba actuar tratando de hacer operante el concepto salud.

Por otra parte, el funcionamiento de los servicios destinados a proporcionar atención médica, de tiempo atrás ha descansado en la actuación de un personal de nivel profesional en forma prominente, pero este no ha logrado transformar significativamente el panorama integral de salud de nuestra sociedad.

Los servicios de salud confrontan situaciones complejas derivadas del crecimiento importante de la población, de la estratificación en la misma con necesidades específicas para cada nivel, del aumento en la demanda de servicios de atención a la salud, del incremento importante de los grupos marginados de la sociedad, del aumento en los recursos tecnológicos al servicio de la administración de la salud y de la escasez de recursos humanos para la atención en los diversos campos de la administración.

Estas y otras razones adicionales han creado consenso general acerca de la importancia que tiene la formación de recursos humanos, no solamente dentro del terreno estrictamente profesional, sino que, precisamente con el fin de lograr la máxima utilidad de esos mismos profesionistas, se precisa formar otros grupos diversos de elementos que encajen satisfactoriamente dentro de los grandes esquemas de atención a la salud.

Es indudable que los recursos humanos constituyen la parte fundamental en los servicios de salud, de tal manera que su formación debe recibir impulso preferencial. En la preparación de este personal resulta trascendente fomentar el conocimiento de la dinámica social y cultural de la población que va a servir, así como su incorporación al proceso de actualización continua y a la investigación.

Esta preparación debe ser acorde con las necesidades de los conglomerados sociales, pero al mismo tiempo que se determinan estos requerimientos, se deberían optimizar tanto la estructura como el funcionamiento de los propios servicios de salud.

Por tanto, la formación y la utilización de los recursos humanos podrá realizarse con éxito, si se conocen los factores comunitarios, la estructura y organización de los servicios existentes y las modalidades en la administración de ellos.

Al personal de salud se le debe preparar desde su fase de pregrado, con el fomento de actitudes éticas, de humanismo, con pleno conocimiento y contacto de la comunidad y rodeado de vivencias directas permanentes. Sólo así se contribuirá a que estas personas lleguen a ser verdaderos líderes y logren la confianza y respeto de sus semejantes.

Debe existir una relación muy estrecha entre quienes forman al personal y aquellos que lo utilizan, con modificaciones oportunas en los planes de estudios y en los procedimientos de selección y de orientación a los aspirantes.

Por otra parte, cabe considerar que si pretendemos encontrar soluciones factibles a nuestros problemas de salud, habremos de entender que todavía está en marcha el proceso de transformación del tipo de atención médica individualista hacia una atención por el equipo de salud y hacia la institucionalización en el ejercicio médico.

Resulta indispensable entonces, en cuestión de recursos humanos, definir las categorías de personal necesario; el tipo de enseñanza teórico-práctica que requiere, los recursos financieros necesarios, los integrantes de los equipos de salud y cómo y dónde habrán de ejercer.

Se precisa comprender a satisfacción que el equipo de salud no debe entenderse como un grupo siempre rígido y uniforme, tanto en su constitución como en sus funciones; tampoco debe concebirse solamente para las áreas rurales o las zonas marginadas, y es también fundamental entender que ni siquiera debe necesariamente ser coordinado siempre por el médico.

Las características del equipo de trabajo obedecerán a las necesidades que se pretende resolver. Se integrará de acuerdo con la magnitud de acciones que se proponga realizar. Se precisa, eso sí, una definición del o de los equipos, definición que habrá de estar acorde con el sistema de atención médica.

Por lo tanto, para definir quiénes deben formar parte del equipo en una determinada situación, así como para señalar qué características debe reunir cada miembro y qué funciones debe efectuar, es necesario tomar en cuenta las particularidades de una comunidad o de una población por atender, tanto las socioculturales como las económicas y relacionarlas con la morbilidad imperante. De esta manera, los componentes pueden ser únicos, con un bajo nivel de preparación para ciertas acciones, al mismo tiempo que para otras, el grupo deberá ser complejo, de gran dimensión y elevada competencia. De acuerdo con las tareas por realizar, se seleccionará al coordinador o dirigente, pero no será excepcional que grupos pequeños ni siquiera lo ameriten.

En los niveles primarios de atención, las acciones son básicamente las que tienden a promover la

salud, así como las de protección específica o inespecífica. A medida que se progresa hacia los otros niveles, aumenta la complejidad del equipo, y sus tareas y responsabilidades se multiplican.

En la organización de la atención a la salud deberá tomarse en cuenta la necesidad de contar con personal directivo, intermedio, auxiliar y técnico, diversificado para que sea capaz de proporcionar servicios a los diferentes grupos sociales.

Por lo que respecta a la enumeración del personal que en un momento dado deba incorporarse a los sistemas de atención, se acepta en la actualidad que no puede, como afirmamos anteriormente, pensarse en equipos únicos en su conformación, preestablecidos, en los que encaje cierto número de elementos y que de esta manera puedan o deban multiplicarse a manera de módulos, sino que se acepta que el concurso profesional y paraprofesional deberá estar acorde con las necesidades que se pretende solucionar en un momento dado, en una institución, en un grupo poblacional, en un programa específico. Lo más importante, en todo caso, es el concepto de macrosistema de la salud que deben tener, su ubicación consciente en el equipo y su actitud de servicio, situaciones que sólo pueden contemplarse a través de los procesos formativos.

En México y en nuestro momento, dada la capacidad instalada de las instituciones de salud, sus posibilidades de absorción de personal, así como el aparente fenómeno de la oferta y la demanda, parece evidente que no se requiere incrementar la formación numérica actual de médicos especialistas. Sobre estas mismas bases se percibe la necesidad de contar con un número mayor de médicos generales, motivados y capaces de resolver los problemas médicos de contacto primario en el mismo sitio en que se generan; lo mismo puede decirse del personal de enfermería, del auxiliar y del técnico.

La correcta planeación del personal de salud implica la necesidad de definir el perfil profesional de cada uno de ellos, o sea la identificación, enumeración y descripción de las características necesarias para desempeñar satisfactoriamente las actividades inherentes a un puesto determinado (asignación de funciones).

Este perfil profesional deberá especificarse para el personal directivo, intermedio, auxiliar y técnico, pero necesariamente tiene que hacerse un análisis local y el establecimiento, también local, del mencionado perfil para los puestos en cuestión, de acuerdo con las políticas sanitarias, el marco institucional, los recursos para la salud, las necesidades específicas de atención médica, las políticas educacionales y los recursos para la docencia. Es con base en estos perfiles que se establecerán los contenidos formativos del personal en el nivel correspondiente.

Al mismo tiempo que se pone especial empeño

en los planes formativos del personal, se hace aparente la necesidad de diseñar políticas tendientes a la ubicación del recurso humano ya formado dentro de los diferentes programas institucionales, ampliar considerablemente el mercado de trabajo, así como el establecimiento de políticas de superación profesional.

El aspecto formativo del personal no debe considerarse sólo cuantitativamente sino que, de manera prioritaria, se deben atender los aspectos cualitativos, pues bien pudiera ser que ni siquiera un mercado de trabajo ampliamente diversificado resultara el principal polo de atracción para que la persona brinde sus mejores esfuerzos dentro de los programas de salud. Se necesita un proceso educativo que se aparte de moldes de formación tradicionales, en los que sabemos que se ha dado énfasis a las acciones individuales, se ha exaltado el espíritu de competencia, se ha estimulado poco el trabajo en equipo y no se han propiciado en general las acciones multidisciplinarias e interdisciplinarias.

En conclusión, podemos considerar que para disponer de recursos humanos idóneos e integrar equipos de trabajo adecuados, se requiere la implementación de sistemas de asistencia médica que señalen claramente los distintos niveles de atención, la formación descentralizada de personal por equipos, integrados de acuerdo con las necesidades de los conglomerados en que habrá de actuar; la coordinación formal y permanente entre las instituciones de salud y las de enseñanza; el establecimiento, para cada nivel de servicios, de las metas que se pretenden alcanzar, precisando el número del personal, el lugar de su preparación y el tipo de reconocimiento a que se harán acreedores.

Será de esta manera como esperamos integrar, en un plazo que no puede ser largo, una pirámide de recursos humanos en el campo de la salud, en la que podamos observar proporción adecuada en el personal directivo, intermedio, auxiliar y técnico involucrado en el compromiso de transformar el panorama de atención a la salud de nuestra población.

V. INVESTIGACION Y EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

JOSÉ RODRÍGUEZ-DOMÍNGUEZ*

Vale la pena tomar al pie de la letra lo que Rashi Fein refiere, al mencionar a Sir William Petty, al final del siglo XVII, como uno de los primeros

* Director General de Evaluación. Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

que propusieron evaluar los costos, los beneficios y la eficacia de la atención de la salud:¹ "Sir William propuso a la Corona iniciar el análisis de los servicios médicos, arguyendo que el gobierno podía gastar dinero en mejorar la atención y disminuir el impacto de la peste; así salvaría vidas, al salvar vidas, aumentaría la productividad y al final el gobierno salvaría dinero." Sin embargo, apenas a partir de la segunda mitad de este siglo puede decirse que se han dado pasos firmes para evaluar formalmente los programas de salud.

En efecto, durante los últimos 25 años ha habido un esfuerzo creciente en evaluación de servicios de salud. Aun cuando ya no nos amenazan la peste ni otras calamidades históricas, enfrentamos problemas agudos que demandan atención y que representan un reto para lograr que estos servicios se ofrezcan a toda la población, sin distinción de sexo, raza, edad y condición social, pues en los mecanismos que la sociedad genera para hacer accesible la atención a todos, surge una serie de problemas que hemos de conocer y examinar.

Resulta de lo anterior que cualquier programa, por bien que se lleve a cabo, es sobrepasado en sus acciones por el deseo de distribuir los servicios a un mayor número de demandantes. Este es el momento para que tales programas de acción pública y social, muestren su consistencia ante la demanda y conozcamos la real validez de muchos programas que están siendo desarrollados bajo el techo de la ciencia. Esto ha generado repentinamente interés en áreas de investigación social por largo tiempo descuidadas, v. gr. los resultados de evaluación. Actualmente los críticos de programas de servicios públicos claman por investigación evaluativa. La revisión de programas en campos tan diversos como salud pública, salud mental, educación universitaria, atención médica y educación a adultos, han revelado la urgencia de conceptualización e investigación sobre la efectividad de las actividades en la mayoría de esas áreas.

Por los datos que observamos y por nuestras experiencias personales, sabemos que muchos de estos problemas están relacionados con los aspectos de calidad de la atención a la salud y con el grado, con el cual, el aumentar los gastos conduce a una mejor salud. Dice Wildavsky:² "La gran ecuación: atención médica = salud está equivocada. Más atención médica disponible no es igual a mejor salud; las estimaciones mejores dicen que afecta apenas a diez por ciento de los índices usuales para medir salud; el 90 por ciento restante lo determinan factores sobre los cuales los médicos tienen poco o ningún control, desde el estilo individual de vida (hábitos de fumar, beber, hacer deporte), hasta condiciones sociales (ingreso, hábitos de nutrición, herencias fisiológicas) y el ambiente físico (calidad del agua y del aire)." Estos asuntos no son nuevos; quizá lo

único novedoso sea el aumento de participantes en el debate, como resultado de la intervención de muchas organizaciones en la prestación de los servicios de salud. Aun el más superficial vistazo a los problemas actuales, confirma que cambios importantes, quizá trascendentales, están en proceso y que las estructuras y acuerdos sobre el proporcionamiento de los servicios de salud, constantemente se cuestionan y confrontan con proposiciones que tienden a reestructurar el sistema completo de atención a la salud.

Como conclusión de lo anterior, existe una tremenda necesidad de evaluar. Todas las instituciones sociales y sus sistemas, sean médicos, educacionales, económicos o políticos, tienen que dar "pruebas" de su legitimidad y efectividad para justificar el apoyo continuo por parte de la sociedad.³

Aun cuando la mayor parte de la presión se ejerce sobre el asunto central de calidad de los servicios, hay una amplia brecha tecnológica entre la necesidad y el deseo de evaluar, por un lado, y la capacidad de hacerlo, por el otro. Muchos de los cambios que se proponen, asumen que ya tenemos disponibles métodos para evaluar la calidad, o que rápidamente podríamos desarrollar esta tecnología, sobre una escala nacional. Desafortunadamente esto no es cierto. La evaluación de la atención a la salud es todavía una disciplina nueva y subdesarrollada. Muchos trabajos de evaluación existentes son molestos y demasiado costosos para ser implantados.

Naturaleza y propósitos de la evaluación

La evaluación puede definirse como un proceso mediante el cual se determinan los resultados alcanzados por alguna actividad programada, con objeto de alcanzar una meta valorada o un objetivo. En general, la evaluación prueba una hipótesis, la cual supone que el programa causa un resultado deseado.

Es decir, la evaluación es un proceso que presupone una sucesión de formulación sobre determinados objetos, fenómenos y acontecimientos, por comparación con patrones especificados y que sirve para decidir entre las diversas posibilidades de acción.

En dicho proceso, se pueden identificar cuatro fases, que son:

1. Definición de estándares o indicadores, que permiten establecer una base de comparación.
2. Medición de los fenómenos, situaciones o resultados obtenidos.
3. Valoración y comparación subsecuente.
4. Establecimiento de medidas, para mejorar las situaciones o resultados obtenidos, a través de un proceso de retroalimentación.

Razones para la evaluación

En general, hay dos enormes razones para tener

un programa de evaluación: 1. los recursos para conducir una actividad son limitados, por lo que es deseable que se usen de la mejor manera posible; 2. los efectos de las decisiones a menudo son irreversibles; de aquí, que se debiera saber tan rápidamente como sea posible, cuando o no los resultados son los previstos.

Es útil distinguir tres usos separados a los cuales puede dirigirse la necesidad de evaluación. Primero, indicar, en parte, el éxito o fracaso del sistema de atención médica sobre una población dada. Ello refleja qué tan efectivo ha sido el aprovisionamiento de la atención, tanto en cantidad como en calidad. La relación, sin embargo, es parcial, ya que la prevalencia de salud y enfermedad también se ve influida por una serie de factores sociales, biológicos y físicos, adicionales a la atención médica. Un segundo uso es el de la formulación de prioridades para acciones de salud. Un tercer uso tiene el propósito de traducir en unidades equivalentes de servicios y recursos, lo requerido para satisfacer las variedades y niveles de necesidad prevalentes en una población dada. Tal traducción es un paso indispensable en la planeación para el aprovisionamiento de la atención.

Más específicamente, de acuerdo con Berkwall, Reeber y Woodside,⁴ los principales propósitos de la evaluación deben ser enumerados como sigue:

1. Medir la efectividad de un programa, o sea, el grado con el cual los objetivos son alcanzados.
2. Examinar la eficiencia del programa, o sea, responder a la pregunta de si se están obteniendo suficientes resultados como para justificar la cantidad de recursos usados.
3. Adecuadamente diseñada y usada, es un mecanismo para el control de calidad, permite asegurar no solamente lo que se está obteniendo cuantitativamente, sino también que los materiales o servicios utilizados llenen los estándares mínimos de aceptabilidad.
4. Identificar los efectos colaterales; esto puede ser positivo o negativo, pero los efectos colaterales negativos son particularmente importantes en programas de salud a causa de los riesgos potencialmente incluidos.
5. Ayudar a identificar la fortaleza y debilidad en el proceso usado para desarrollar el programa, de tal manera que se pueda, bien corregir la debilidad, o construir sobre la fuerza.
6. La evaluación no solamente capacita para probar la efectividad del programa en sí mismo, sino también permite probar la efectividad de la estructura organizacional y de los métodos de operación.
7. La evaluación es un medio de proveer al público con una contabilidad explícita; si se usa con integridad, puede ser una respuesta válida

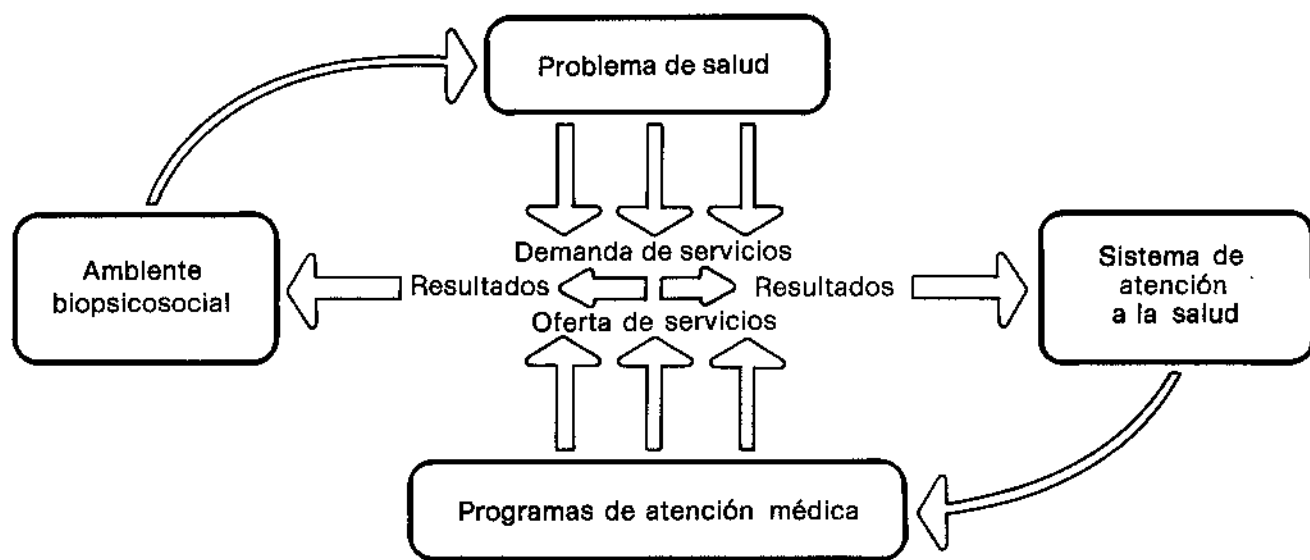
a las demandas aumentadas, para que la comunidad esté al tanto del desarrollo y se involucre en los programas.

¿Cómo se relaciona la investigación con la evaluación

Al hablar de la investigación, Allan Gregg, antiguo director de ciencias médicas en la Fundación Rockefeller,⁵ sugiere que el marco de referencia de un buen investigador científico, incluye el conocimiento de lo que vale la pena observar, la formulación de un problema específico y preciso, con imaginación, revelación intuitiva e ingeniosidad, y la ejecución de experimentos dictados por un pensamiento claro y consecutivo. Existen, por lo tanto, dos porciones claras para la mayoría de las actividades de investigación: reflexión sobre un problema; y acción diseñada para examinar cruzadamente la naturaleza del fenómeno. Por otra parte, el proceso de evaluación es altamente complejo y subjetivo; inherentemente, involucra una combinación de afirmaciones básicas sobre lo subyacente a la actividad evaluada y sobre los valores personales de aquellos cuyas actividades son evaluadas y de los que realizan la evaluación. La evaluación es un proceso social continuo, que para salvar el riesgo de la subjetividad, al analizar abiertamente las tareas, depende de la investigación evaluativa como un proceso científico para controlar esta subjetividad intrínseca, ya que no puede ser eliminada totalmente.

Esto define con claridad el problema de la naturaleza primaria de la tarea de evaluación, por lo que es necesario examinar los principios y procedimientos que el hombre ha desarrollado para controlar la subjetividad —el método científico— para su aplicación al proceso social de evaluación, sobre la base de comprender la extensión en la cual es posible describir y analizar, investigación evaluativa común para aquellos factores que promueven o detienen el logro de este objetivo. De aquí que se señale que no se encuentra ninguna diferencia entre el método científico y la investigación evaluativa; cabe señalar desde el arranque, que la evaluación como tal, debe suscribirse tanto como sea posible, a las normas corrientemente aceptadas para metodología de investigación. No obstante que los propósitos u objetivos de la evaluación pueden favorecer variaciones del diseño, y las condiciones administrativas requerir adaptaciones a técnicas de investigación, al final, la significancia de los resultados debe determinarse de acuerdo con las mismas normas científicas usadas para juzgar la investigación no evaluativa. Sin embargo, la extensión en la cual estos estándares satisfacen los de una investigación básica, es una materia sujeta a un gran riesgo de "fallas", dependiendo más de normas de posibilidad que de reglas inequívocas. Algunos estudios se acercan al ideal más que otros, es decir, algunos es-

Cuadro 1. Marco referencial para la investigación en medicina y salud.



tudios de evaluación son mejores que otros (aun concediendo el hecho de que muchos sean francamente "malos").

Problemas en el diseño de la evaluación

Hay ciertos problemas significativos que deben ser considerados en el diseño de un proceso de evaluación. Cinco de estos son dignos de particular atención.

La primera preocupación, el diseño de investigación estándar cuando uno esperaría tener un grupo control. Sin embargo, ante un programa de salud cuyo objetivo es presumiblemente mejorar el status de la gente, ¿cómo seleccionar aquellas personas que van a ser privadas de los beneficios anticipados? También, cuando se trata con comunidades, es bastante difícil establecer similitud entre el grupo control y el grupo experimental; en cierta extensión este problema puede resolverse mediante selección al azar, garantizando que haya una población lo suficientemente grande con la cual tratar.

El segundo problema, incluye el mantenimiento constante de los efectos del programa operado, para asegurar que solamente el efecto del programa está siendo medido.

El tercer problema, corresponde a la importancia de mantener tanto a los observadores como a los observados inconscientes del status de las personas observadas; así los resultados serán sin sesgo. Este problema generalmente puede resolverse por el uso de la técnica de placebo u otros diseños de inves-

tigación, tales como experimentos doblemente ciegos.

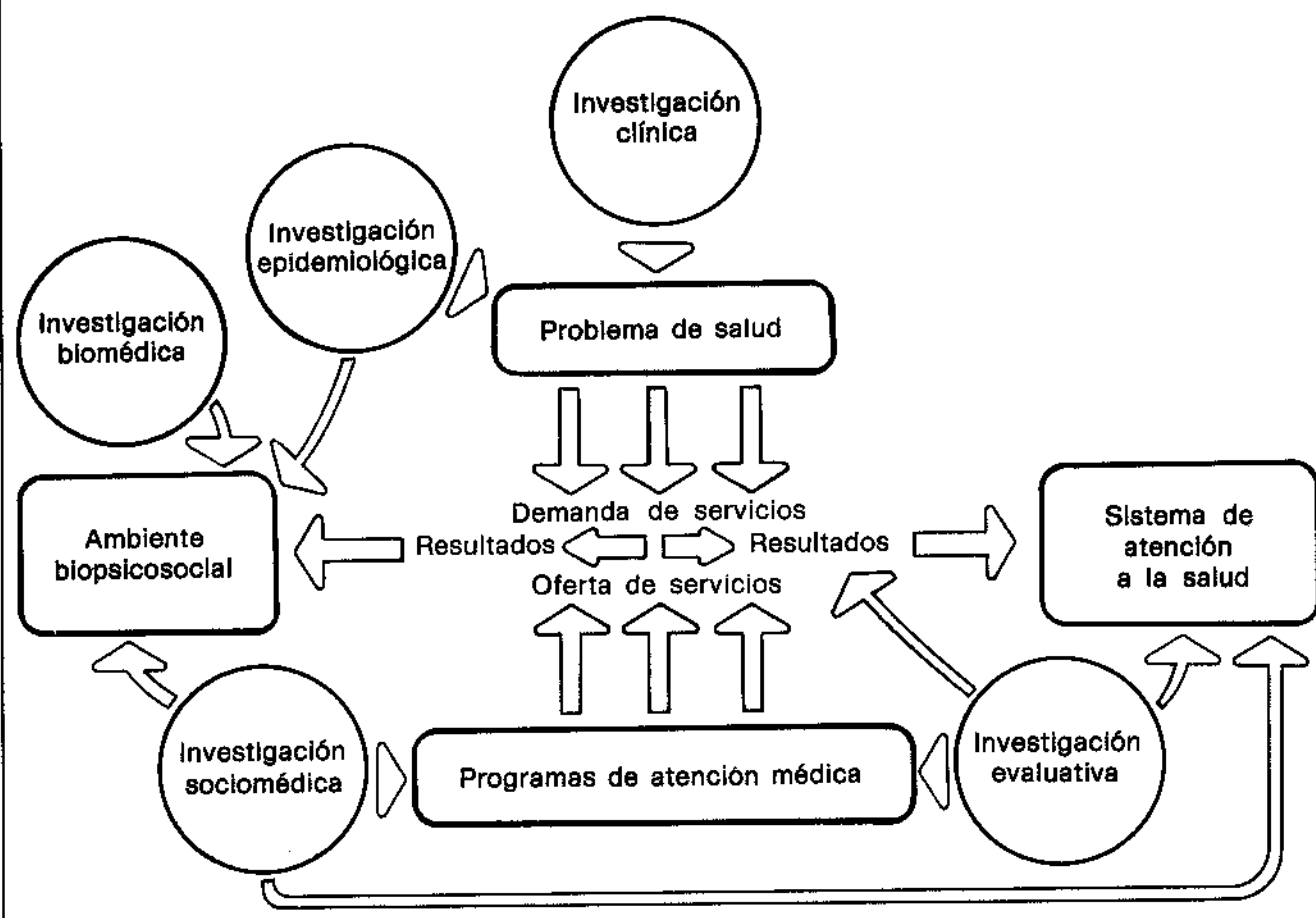
El cuarto problema, es la selección de criterios; se debe recordar que la medición no es la misma en cuanto a la validación. Obtener mediciones válidas de efectos, es frecuentemente la parte más molesta del diseño y evaluación de un programa, pero este asunto no debe ser comprometido. Existe también el problema de determinar cuáles estándares se usarán. Finalmente, como se mencionó al principio, debemos preocuparnos con la medición de los productos o resultados, más que con los insumos intermedios.

El quinto problema, más importante en el diseño de la evaluación, es desarrollar una especificación para el tipo de acción que va a tomarse cuando no se poseen los patrones de rendimiento recomendables.

Marco referencial para el proceso de evaluación: investigación evaluativa

En el cuadro 1 se muestra cómo de los resultados obtenidos al confrontar la demanda con la oferta de servicios, se ejercen simultáneamente campos sobre el ambiente biopsicosocial y por lo tanto, cambiando el problema de salud y sobre el sistema de atención a la salud, imprimiendo modificaciones a los programas de atención médica, que nuevamente permiten recomenzar el ciclo con diferente demanda y diferente oferta y así sucesivamente.

Cuadro 2. Marco referencial para la investigación en medicina y salud.



En el cuadro 2 se ve como dentro de este marco se insertan los diversos campos de investigación en medicina y salud, investigación clínica, investigación biomédica, investigación epidemiológica, investigación sociomédica e investigación evaluativa.

En el cuadro 3 se muestra en detalle cómo la investigación evaluativa realizará la evaluación de la eficiencia y la eficacia; fundamentalmente estudiando el proceso de los programas de atención médica, realizará la evaluación de la efectividad, estudiando fundamentalmente los resultados y el impacto de los servicios de salud proporcionados y evalúa la estructura de todo el sistema de atención a la salud.

REFERENCIAS

1. Hogness, J. R. Cit. en: *A strategy for evaluating health services*. En: *Contrast in health status*. Washington, Institute of Medicine, 1973, vol. 2, p. XI.
2. Wildavsky, A.: *The political pathology of health policy*. En: *Doing better and feeling worse*. Nueva York, W. W. Norton & Company, Inc. 1977, p. 105.
3. Suchman, E. A.: *Principles and practice in public*

service and social action programs. Nueva York, Russell Sage Foundation. 1967, p. 2.

4. Nossal, G. J. V.: *Medical science and human goals*. Londres, Edward Arnold Publ. Ltd. 1975, p. 11.
5. Bergwall, D. F.; Reebes, P. N. y Woodside, N. B.: *Introduction to health planning*. Nueva York, Information Resources Press. 1974.

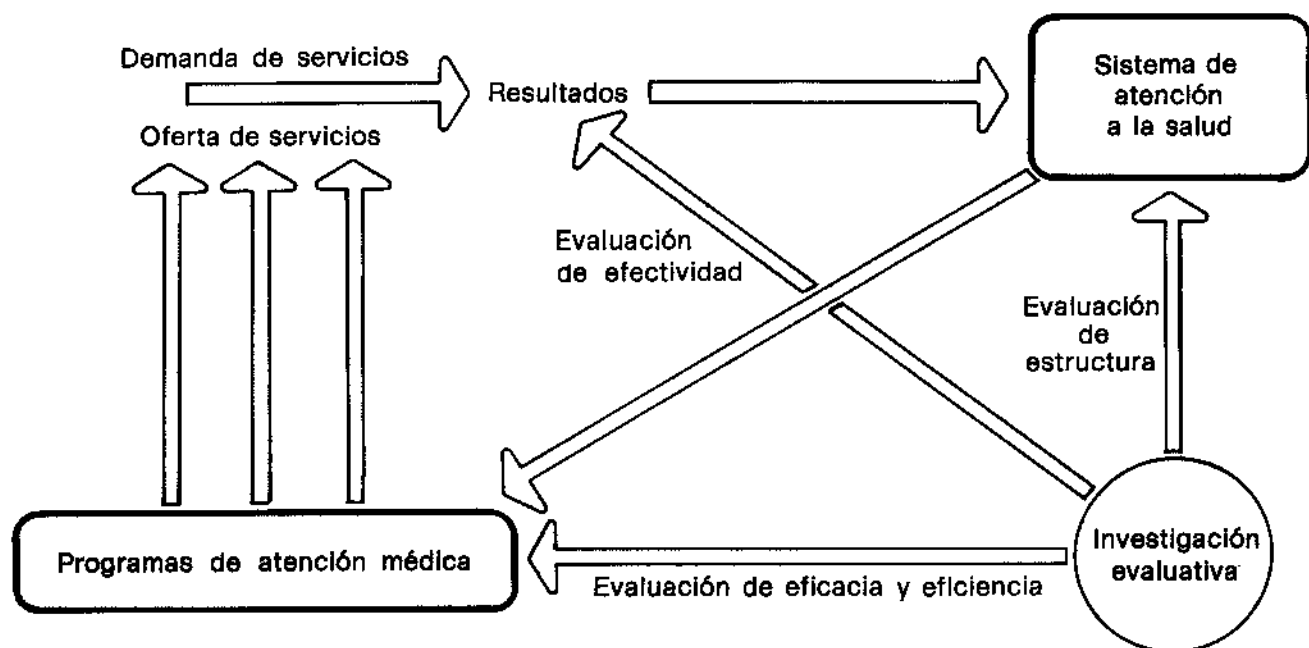
VI. CONCLUSIONES

JOSÉ LAGUNA

Se han planteado aquí proposiciones que podrían favorecer la impartición de unos servicios de salud más útiles, más eficientes de acuerdo con los recursos disponibles, mejor distribuidos entre la población, que alcancen realmente a los más necesitados. Son unos cuantos ejemplos de estrategias que, de ser aplicadas, pueden tener más probabilidades de ofrecer buenos resultados.

La tesis fundamental de Martínez Narváez es la

Cuadro 3. Investigación y evaluación en salud.



de que los programas se establecen con base en prioridades, que dependen tanto de la valoración del daño como de la demanda sentida y de vulnerabilidad del problema. Hace un llamamiento directo a la necesidad de partir, como arranque de nuestras tareas, de una información confiable y segura, de la que, a la fecha, aún carecemos. Insiste en la necesidad de tomar en cuenta los factores políticos y de demandas sociales que sólo pueden ser generados, legítimamente, por la propia población. Informa cómo, en la actualidad, siguiendo estos criterios, se han establecido ya, en la realidad, los programas que definen mejor la utilidad de la planificación: el reforzamiento de la atención preventiva, la extensión de los servicios, la producción de biológicos, entre los que ya dan rendimiento. Quedan otros escrupulosamente delineados en los documentos, pero, por desgracia, lejos aún de mostrar su huella en la práctica: el de capacitación de la población para la protección de su salud, el del saneamiento y mejoramiento del ambiente, el de formación de recursos humanos —sobre todo de técnicas y auxiliares— y otros.

Fernández de Castro insiste en la necesidad de distribuir y jerarquizar los servicios; define con claridad las funciones y la estructura del primer nivel y señala su dependencia del segundo nivel, para lograr efectos positivos en tan difícil tarea. Hace ver

lo indispensable de contar con programas informativo-educativos como la base de toda actividad de promoción. Insta a plantear el trabajo con el rigor de la ciencia, que debe responder a cada cuestión antes de seguir adelante, a realizar estudios de posibilidades, a adiestrar al personal requerido. De paso hace ver, entre líneas, que llevamos muchos años conscientes del problema, hablando del problema, ejerciendo acciones para resolver el problema, pero que el problema parece persistir.

Lo mismo ocurre con el planteamiento de Rodríguez Argüelles. Hace varios lustros sabemos que la solución —cuando menos en parte— del problema de la atención primaria es la formación y la utilización de médicos generales y de un equipo de salud integrado, además, por enfermeras, técnicos y auxiliares.

¿Por qué entonces, seguimos empeñados en formar profesionales —sobre todo médicos— del más alto nivel y dotarlos de los apoyos que los sustenten en hospitales altamente tecnificados?

¿Por qué no hemos formado ni mucho menos empleado, técnicos medios en salud y auxiliares en los números requeridos?

¿Por qué seguimos insistiendo en una mejor coordinación, sin lograrla, entre las instituciones educativas y las de servicios de salud?

Rodríguez Domínguez, por fin, expresa una espe-

ranza. Su convicción de que al través del instrumento evaluativo —que se confunde con la propia investigación—, adquiramos conciencia de las acciones en que progresamos con sentido positivo y de aquellas que demuestren su ineffectividad; saber si alcanzamos las metas fijadas y, claro está, la premisa obligada, fijar primero metas razonables.

Las razones que enlista, como justificantes de la evaluación, son llamados de atención verdaderos a nuestra forma de trabajar, son en rigor objetivos de tipo afectivo, conductual. ¿Nos interesa, en verdad, saber si tenemos éxito o fracasamos con un sistema de atención? ¿Nos preocupa medir lo logrado en forma tangible y referible a acciones futuras? ¿Deseamos realmente fijarnos estándares mínimos de calidad de nuestros servicios? ¿Pensamos resolver los problemas provocados por la presencia de recursos

humanos no calificados? ¿Estamos conscientes de que la única evaluación adecuada es la evaluación correctiva y tenemos interés y fuerza para aplicarla?

Como vemos, en este breve resumen, sólo se han tocado puntos aislados de una situación de dimensiones formidables. En todo caso, en mayor o menor grado, cada una de las estrategias analizadas representa esfuerzos tangibles que ya se están efectuando en nuestro medio. Siento que el más importante de los compromisos debe ser el de citarnos para un futuro próximo a analizar lo logrado con cada una de estas estrategias. Y entonces, de acuerdo con el éxito o los pobres resultados obtenidos, deberemos plantear, con toda honestidad, las medidas por aplicar en cada uno de esos caminos —o cualquiera otro que se abra en el futuro— para la solución de nuestros complejos y crónicos problemas de salud.