

OPS / HP
PS 1 116 2

INFORMACION, DECISION Y POLITICAS NACIONALES DE INFORMACION SANITARIA

CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
"Dr. JUAN C. GARCIA"
OPS/OMS

Américo Miglónico



Publicación Nº 2

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
Representación de Argentina, 1989

Primera edición, 1988

Organización Panamericana de la Salud, 1989

Organización Mundial de la Salud, 1989

Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad del autor. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

INDICE

| | Página |
|---|--------|
| 1. Datos, información, conocimiento | 5 |
| 2. Subordinación de la información | 5 |
| 3. Información, decisión, usuarios | 9 |
| 4. Vigencia y necesidad de la información. Potencialidad de la información | 9 |
| 5. Problemas para la vigencia y necesidad de información sanitaria | 10 |
| 6. Factibilidad y viabilidad de la información sanitaria | 11 |
| 7. Gestión y sistemas de información para la gestión | 13 |
| 8. Complejidad. Red de sistemas. Participación | 14 |
| 9. Informática en salud | 15 |
| 10. Problemas para la formulación de una política nacional de informática | 16 |
| 11. Política nacional de salud y política nacional de información sanitaria | 17 |

1. DATOS, INFORMACION, CONOCIMIENTO

En el transcurso de los últimos años se ha generalizado el hecho de destacar la importancia que tiene para el desarrollo favorable de cualquier actividad el manejo de información oportuna y confiable sobre la misma. No es aventurado ligar esa importancia con la aparición de las computadoras, ya que precisamente cuando entran en el mercado comercial de los países desarrollados estos nuevos instrumentos, comienzan a utilizarse en la literatura especializada, y también en la de divulgación, los términos de información, sistemas de información, banco y base de datos, sistemas de información para la gestión, etcétera.

Antes se hablaba de datos, ahora de información. Por lo general, no se ahonda mucho en la separación entre ambos conceptos. Si se analiza esa suplantación terminológica se ve que hay algo más que un problema de semántica. Se parte de la concepción de que dato es la representación o registro de algún hecho o idea: puede ser cuantificada o no. Por información se entiende aquellos registros que resultan del procesamiento de los datos primarios. Aparentemente, lo que diferencia a ambos conceptos es el nivel de agregación y presentación. La relación entre información y conocimiento se deja de lado. Al aislarse esta última relación, se comienza a desvirtuar un problema importante para nuestros países, ya que se focaliza el objetivo en agilizar los mecanismos de recopilación, flujo, procesamiento y distribución (por lo demás, identificables totalmente con las partes de los equipos de procesamiento automático de datos) y no en cuáles son las cosas que se deberían conocer para entender la realidad. Desde este punto de vista, es considerablemente más rica la definición dada por la teoría matemática de la información, que sostiene que información es todo aquello que cambia o corrobora un estado de conocimiento anterior.

Cuando el campo de aplicación es un sector social como el de la salud, el concepto de sistema de información global para el sector (y no para los establecimientos asistenciales que forman una parte del sector pero no todo), está subordinado al objetivo del sector. En consecuencia, debe estar centrado en el conocimiento de la problemática de la salud y, en especial, en lo que atañe a la repercusión que tienen sus actividades en la sociedad global y, por lo tanto, lo que importa medir en primer lugar son los impactos que esas actividades tienen en el bienestar de los integrantes de una sociedad. Con otras palabras: no es correcto, si lo que se pretende es aumentar el conocimiento para la acción, conducente a mejorar la realidad social, separar las acciones o hechos de los resultados obtenidos, y la consiguiente evaluación debe ser total.

Esto es lo que más adelante llamamos ecuación de impacto. El problema, sin embargo, radica en que la metodología e instrumental informático tienen un origen y aplicaciones ligados a otra ecuación de impacto (producción-valor-ganancia).

2. SUBORDINACION DE LA INFORMACION

La argumentación de que en nuestros países el desarrollo del sector salud está frenado, entre otros motivos fundamentales, por la incapacidad de

sistemas de información de cumplir con las necesidades que exige el cambio, y que dicha incapacidad plantea graves restricciones a las posibilidades de formular planes, tomar decisiones fundamentadas con información valedera, etc., es falaz, y en lugar de mejorar la situación la confunde. Los datos no alcanzan para hacer estudios exhaustivos sobre tal o cual problema, y en especial acerca de su comportamiento a través del tiempo. Pero esta sería una justificación de tipo sociohistórico y no de acción inmediata.

La complejidad de la información debe estar acorde con la complejidad de la utilización que se le quiere dar, y esta última debe ser consecuencia de la valorización de cuáles son los grandes problemas que hay que resolver en nuestros países. Este es el nudo gordiano de la situación. El problema no radica en la cantidad de datos; siempre es posible desagregar más y definir datos actualmente no registrados, y, por lo tanto, demostrar así la ineficiencia de los actuales sistemas; tampoco reside en la "utilización", ya que siempre es posible "justificar" la necesidad de información y los planes nacionales o sectoriales son una buena demostración de esa "justificación" a posteriori.

El problema radica en la correspondencia entre problemas y datos que permitan definirlo, pero en un nivel compatible con las acciones que se van a desarrollar en cada realidad y tiempo concretos, y no basándonos en una realidad copiada en sus categorías por utilidades en países que sí lo pueden hacer. Al centrar la discusión en esos términos, se aprecia que resultará muy difícil encontrar un problema real y prioritario (desde el punto de vista de la importancia que tiene para el desarrollo del área analizada) sobre el cual no se disponga de información. Si es así, la labor fundamental es establecer esos problemas y después la información, y no el proceso inverso, como actualmente se pretende, que equivale a atar la carreta delante del buey.

Analizando la cuestión de la información desde una perspectiva gnoseológica, bien pudiera ser que las conclusiones diagnósticas a las cuales se llegara fueran otras, y en vez de sostener alegremente que la falta de datos es un impedimento para la toma de decisiones fundamentales, se podría afirmar que para los problemas reales la información es suficiente, y que lo que imposibilita el desarrollo son algunas cosas bien distintas de la problemática de información. Esto no quiere decir que no exista ningún problema relacionado con la toma de datos, su recopilación, procesamiento y distribución; los hay, pero en un nivel muy distinto de los que existen en otras áreas. Tampoco se pretende negar la importancia creciente que está tomando la información como herramienta indispensable para el conocimiento. De lo que se trata es de ubicarla en su verdadero lugar, para así visualizar todo el bosque y no como sucede ahora, que solamente nos preocupamos por algunos árboles dejando incluso los más importantes fuera.

La utilización de equipos electrónicos de procesamiento de datos ha permitido alcanzar ciertos progresos; sin embargo, es necesario señalar que ha cerrado algunas puertas. Esas puertas tienen que ver con los métodos y organizaciones de trabajo, así como con una mejor comprensión global de la institución o sector, puesto que al pensarse en términos de cuáles son las cosas factibles de automatizar, se está antropomorfizando un instrumento, adjudicándole propiedades que no tiene; esto último por no pensar en términos de problemas y de soluciones globales a los mismos, e importar los paquetes tecnológicos creados para otras realidades socioeconómicas. Quizás valga la pena traer

a consideración un instrumento también de nuestra época, aun cuando cumpla una finalidad distinta: el automóvil.

Es un medio de transporte que por su utilización y promoción masiva se ha convertido en estrictamente individual. Su origen explica en gran parte los excesos a los que ha conducido, que rebasan el campo de los transportes pues afectan el desarrollo urbano en su totalidad, los servicios, los gastos del país, etc. Sin embargo, los problemas de producción, de creación de verdaderos *ghettos* en las ciudades, ya existen, y no es aventurado pensar que el costo de cambiar toda la situación anormal creada por el automóvil exceda el costo del parque automotriz. Esto no quiere decir que haya que prohibir los medios de transporte; de lo que se trata es de estudiar el problema del transporte y no dejarse envolver por solo una de sus representaciones, ya que hay otras que con un costo social y económico pueden solucionar mejor dicho problema.

De la misma manera que el automóvil representa uno de los medios de transporte, también se debe pensar que la información representa uno de los medios de conocimiento. Por lo tanto, a la vez que se está estudiando la cuestión de los medios de transporte en función de su impacto socioeconómico en la sociedad como un todo y no como un problema en sí, aislado, también se debe pensar en el problema del conocimiento en términos no solo del aporte a la comprensión de la realidad sino en función de los cambios necesarios para mejorarla.

Los datos son uno de los medios de conocimiento pero no el único. Deben estar inmersos en un modelo, teoría o paradigma que delimite su papel. Los datos e información, así como los mecanismos, recursos e instituciones creados para tal efecto, son intermediarios y no un fin en sí mismos.

Si no hay un problema, acción o decisión que justifique la necesidad de información, esta queda huérfana y comienza un proceso de autovalidación y justificación para seguir las actividades e incluso aumentarlas. Es así que, de ese divorcio o ruptura conceptual, se pasa a una situación en la cual se parte de que la información es válida *per se* y se la comienza incluso a denominar como otro recurso más de la misma categoría que los humanos, físicos y financieros; admitiendo lo anterior se deduce claramente que se hace necesario montar una organización para administrar los recursos y, por lo tanto, comienza a crecer "la importancia" de la información.

Sin embargo, al separarla del problema del conocimiento, lo que se hace al mismo tiempo es apartarla de su contenido sustantivo, ya que no hay información *per se*, sino información sobre algo, y esto es, en un sentido amplio, el conocimiento. Afirmar que quien domina la información es el que mejores posibilidades tiene sin decir el resto de la verdad, es cometer un grave error ya que se omite la ubicación de la información en el contexto del conocimiento al cual puede conducir. Quienes más adecuadamente actúan en una realidad no son aquellos que poseen mayor información sino los que utilizan mejor ese insumo, junto con otros, para conocer mejor la realidad y actuar en ella.

Para actuar en una realidad no es imprescindible, en muchos casos, contar con una gran cantidad de datos (cuantitativos, cualitativos; agregados o no) sobre la misma. Puede ser más eficaz, y al mismo tiempo menos costoso, disponer de pocos datos pero integrados en una concepción en la cual cada uno de ellos aporte significativamente al conocimiento de dicha realidad y a la

determinación de los aspectos principales para su desarrollo y cambio. Con esto último no debe interpretarse que todo problema es factible de ser caracterizado por pocos datos, ya que eso va a depender no solo de la complejidad del problema sino también de qué es lo que se quiere conocer y qué cosas se puede y define hacer.

Un argumento utilizado comúnmente es el que señala que las actividades e instituciones de una sociedad se vuelven cada vez más complejas, que las interrelaciones son múltiples y que, por lo tanto, las posibles influencias y repercusiones de áreas e instituciones ajenas nominalmente a las nuestras son de tal magnitud, que hacen necesario su conocimiento para mejor comprender nuestros problemas.

Con respecto a la primera parte del argumento, es innegable la complejidad que están adquiriendo las actividades y organizaciones humanas; para nuestro caso de salud y medicina basta comparar la situación de hace cuarenta años con la actual para darnos cuenta del gran salto cuantitativo y cualitativo que ha conducido a esa complejidad creciente (desde este punto de vista, el simple listado de la farmacopea y equipamiento anterior y del actual es un buen indicador de dicha complejidad).

Sin embargo, las influencias y repercusiones de los diversos componentes de la vida económica, política y social que afectan la salud de la población, no son recientes, aunque sí lo sea la conceptualización que de ellos se haga. De ahí, entonces, la necesidad de establecer el modelo general para, dentro de él, definir y a la vez interpretar y utilizar el conocimiento y la información.

No se está negando la importancia que pueden tener los datos, sino que se trata de colocarlos en su verdadero lugar ya que son demasiadas las opiniones circulantes que los colocan como insumos sin los cuales no se puede hacer nada. Existen deficiencias, vacíos, y escasa distribución de los datos sobre la salud pública. Algunos de esos vacíos, como veremos más adelante, no son susceptibles de ser solucionados instrumentalmente, ni con formularios, registros estadísticos o equipos informáticos. Sin embargo, no se puede distorsionar la realidad diciendo, por ejemplo, que la falta de cobertura del Sistema de Servicios de Salud es un problema de información, o que las dificultades para la formulación de planes de salud, para los programas de materno-infantil, infecciosas, saneamiento básico, nutrición, etc., se deben a la ausencia de datos.

Los datos actuales alcanzan para la definición de esos problemas: la cuestión comienza, justamente, cuando se establece el marco contextual para la interpretación de los datos; por ejemplo, cuando se traza un plan. Este define, mal o bien, el modelo de interpretación y de acción que se va a llevar a cabo.

Será la coherencia y realismo de este instrumento, como de los que de él se deriven, lo que permita desarrollar aquella categoría de datos no existentes actualmente y sin los cuales no se podría llevar a cabo ese proceso de conocimientos-explicación-acción, inherente al proceso de planificación, como instrumento deliberado de conducir el Sistema de Servicios de Salud a una configuración deseada compatible con una imagen u objetivo deliberado de la situación de salud de la población (impacto). Aparece claramente ubicado el papel instrumental que debe tener la información y jamás debe olvidarse ese rol instrumental, so pena de caer en una mistificación peligrosa.

3. INFORMACION. DECISION. USUARIOS

En toda consideración que se hace sobre datos e información, se parte de una premisa que es necesario reformular y ubicar en su verdadera dimensión. Dicha premisa establece que los niveles ejecutivos solo pueden tomar decisiones correctas si disponen de una información oportuna, adecuada y fácilmente accesible (argumento que también se utiliza para justificar la compra de equipos electrónicos que podrían brindar esa información en forma oportuna, adecuada y rápida).

En primer lugar, las decisiones se toman exista o no la información correspondiente a las diversas alternativas, de las cuales el nivel ejecutivo tomaría una; decimos tomaría ya que en muchos casos no hay alternativas conscientes expresadas como tales sino nuevas hipótesis de trabajo. En segundo lugar, la decisión correcta no es una consecuencia lógica y determinada por la información que la avala. La validación de la decisión se expresa por los resultados que la realidad presente en comparación con los resultados previstos. Suponer una relación causal determinista es falsear la naturaleza de los problemas a los cuales nos enfrentamos. En tercer lugar, muchas decisiones no son previsible y, por lo tanto, es imposible plantear un sistema de recopilación de datos para cualquier eventualidad.

Esa mistificación del usuario se basa en las suposiciones de que:

- a) el usuario, es decir la persona que utiliza la información, sabe cuáles son los datos que necesita, y
- b) los problemas de conducción se presentan por la no existencia de datos.

Sin tratar de minimizar la importancia de la información para la toma de decisiones, el problema se debe plantear en términos de una relación recíproca entre información y decisión. Dicho de otra manera, las modalidades y grados de libertad (y arbitrariedad) que tiene en determinado contexto la toma de decisión, determinan las características de los datos que se utilizan. Eso significa la subordinación que tiene la información respecto al proceso de gestión real. Si este se maneja en forma centralizada, de acuerdo con criterios solo políticos, con despreocupación administrativa sobre la eficiencia de los recursos, y sin claras definiciones de niveles para la toma de decisiones reales, ningún sistema de información se le acomodará.

Se debe dar un salto cualitativo para lograr que las decisiones se tomen con base informativa, y este salto corresponde darlo más en el terreno de los usuarios que del sistema de información en sí. Este último existe en función del resto de la organización y a ella se debe. Hay poca costumbre de tomar decisiones fundamentadas y, en la medida en que no se quiebre esa muralla, el desarrollo de un sistema de información no tendría validez para la acción inmediata. (Aquí utilizamos el concepto de usuario como equivalente a aquellas personas o niveles en los cuales están ubicadas las instancias de decisión.)

4. VIGENCIA Y NECESIDAD DE LA INFORMACION. POTENCIALIDAD DE LA INFORMACION

Existe una serie de actividades, servicios, hechos, etc., que por su propia naturaleza, o sea por su inserción en el medio social y económico, posibi-

litan la potencialidad del uso de la informática. Entendemos esta potencialidad en el sentido de una interacción entre oferta tecnológica y necesidad social de la información o comunicación. Esta interacción o interdependencia entre la oferta tecnológica comercial y la dinámica social (demanda), todavía no ha madurado totalmente, aunque es claro que ya se han producido avances relevantes en los países desarrollados, con distintas especificidades.

La verdadera potencialidad y su posible incidencia en la vida social y económica, dependerá no de la tecnología en sí sino de las prácticas y contenidos que se le den, así como del nivel de desarrollo en el cual se inserte. Es claro, eso sí, que estamos en una etapa de búsqueda de usos, con una oferta relativamente abierta y flexible que posibilita la creatividad en la utilización, ya que todavía no se ha convertido en un instrumental con aplicaciones rígidas, como es el caso, por ejemplo, de la industria automotriz.

En nuestro caso particular, salud, y, más concretamente, información sanitaria, las particularidades de las actividades, servicios y hechos que deberían ser objeto de conocimiento para así actuar, tienen, en algunos temas, características que no se adecuan bien a esas potencialidades de uso, ya que caen fuera de lo observable o registrable, o necesitan para su utilización real de una reorganización en la estructura que no pasa por el uso de la informática sino por la nueva definición de roles, funciones, derechos y responsabilidades de los distintos componentes del Sistema de Servicios de Salud y de la población hacia la cual están dirigidos esos servicios.

Las especificidades de las actividades que hacen posible la utilización de la informática, provienen del hecho de estar relacionadas con la existencia de una transacción (contacto activo entre dos elementos) que necesita, para su vigencia, ser registrada, por las condiciones de la misma.

En la gran mayoría de los casos, la necesidad proviene de la naturaleza económica de dicha transacción o porque sirve como soporte para la operación de esas transacciones económicas. La vigencia y necesidad provienen de que los distintos elementos participantes en la transacción usan esos registros como comprobantes de la misma o como soportes de las decisiones involucradas en dicha transacción.

En la medida en que vaya aumentando el conjunto de fenómenos o hechos que tienen un valor económico, los registros también lo harán, sea cual fuere el soporte en el cual se hagan. Por lo tanto, se comprende perfectamente que para aquellas actividades de la vida económico-social de una sociedad que posean esas características, desde hace ya mucho tiempo, la incorporación de la informática ha permitido potenciar la interacción, pues ya existían bases reales de registro y experiencia histórica en el manejo de dichos registros. De ahí la adecuación entre oferta tecnológica y demanda social de la informática a aspectos de administración económica y afines (personal, ventas, compras, depósitos, pago de personal, inventarios, contabilidad, presupuesto, cuentas bancarias, producción, costos, etc.).

5. PROBLEMAS PARA LA VIGENCIA Y NECESIDAD DE INFORMACION SANITARIA

Para el caso de la información sanitaria nos encontramos con situaciones variables respecto de la potencialidad. Existen fenómenos y eventos sanitarios cuyo conocimiento sería importante para una mejor comprensión de lo que

está sucediendo en la salud de la población y del impacto que sobre la misma tienen las actividades y servicios de salud que la sociedad en conjunto realiza. No obstante, en la medida en que dichos fenómenos no ocurran mediante una transacción o interacción entre algunos componentes del Sistema de Servicios de Salud (incluida la población), la necesidad y vigencia del registro primario no se plantea como tal. Por lo tanto, el problema no es estadístico ni informático, sino que se refiere a la integración que pueda haber entre la población y el Sistema de Servicios de Salud. Esos fenómenos están fuera del "mercado" y no por reglamentarlos entrarán en él. Básicamente, hacen referencia a la mortalidad, natalidad y morbilidad. El gran problema aquí no tiene nada que ver con el procesamiento y análisis de los registros; está centrado en la cobertura incompleta, en especial de la mortalidad y natalidad (no tanto con la morbilidad atendida, aunque sí con la morbilidad percibida). Es un problema de accesibilidad, de falta de conocimiento (y no solo por parte de la población), e incluso de la existencia en algunos casos de medidas antirregistro (cobro para registrar esos hechos). Es decir que existen grupos importantes de población que están fuera del sistema de salud y del sistema de registro de hechos vitales. La mejoría en este campo pasa por la ampliación de la cobertura de los servicios asistenciales y de integración y derecho de la población a los servicios básicos, uno de los cuales es la atención de la salud.

Esto no se arregla con informática ni con procedimientos estadísticos de registro. De la misma manera que la introducción del papel moneda como medida de valor para las transacciones de bienes y servicios no significó la abolición de los trueques y la economía de autoconsumo, tampoco la introducción de instrumentos sofisticados de registro, procesamiento y análisis de los registros primarios de acciones de salud va a significar que existan esas acciones de salud para toda la población.

Lo anterior significa que la real evaluación del impacto del Sistema de Servicios de Salud sobre la salud de la población va a ser en muchos casos incompleta, pues no estamos en condiciones de medir la real situación de salud de la población (por ejemplo, la mortalidad por causa, residencia, edad, sexo). A diferencia de lo que sucede en una institución u organización productora de bienes y/o servicios que son comercializados cuyo impacto global se mide en términos de: $\text{Impacto} = \text{Ingresos } (\$) - \text{Egresos } (\$)$, nuestra ecuación de impacto sería:

Situación de Salud Actual - Situación de Salud Previa

y esto, a pesar de que asignamos valores económicos a la mortalidad (suponiendo que tomamos esos indicadores como reflejo de la situación de salud), no es posible cuantificarlo puesto que, por lo dicho antes, existe toda una problemática de mortalidad sin registro.

6. FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DE LA INFORMACION SANITARIA

Pasemos ahora a otras áreas de contenido de la información sanitaria de factibilidad actual de aplicación de la informática, aunque de viabilidad variable según los subsectores (público, mixto, privado), y cuya real posibilidad de introducción pasa por un proceso de reorganización institucional, particularmente del sector público de la salud. Esas áreas de contenido se refie-

ren al conjunto de instituciones de salud y sus características informáticas en términos de qué hacen, con qué lo hacen, sobre quién lo hacen; es decir, los temas de:

- . producción de servicios finales a la población y al medio;
- . servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- . servicio y actividades de apoyo;
- . recursos (humanos, físicos, financieros), y
- . morbilidad registrada.

En la medida en que conceptualicemos el sector institucional de la salud como recursos, actividades y servicios (productos), es claro que el enfoque anterior de considerar las diferentes transacciones para, a partir de los registros de las mismas, llegar a un sistema de información, con más o menos, hardware y software, sirve. No obstante, se presentan aquí una serie de especificidades y problemas que se deben tener en cuenta para lograr una información sanitaria sobre lo que la sociedad, en sentido amplio, realiza para atender la salud de la población y las características y estructura de los recursos que usa para dicha atención. Las especificidades hacen referencia a que el Sistema de Servicios de Salud está compuesto por varios subsistemas y, salvo raras excepciones, no existe una conducción única de los recursos para la salud. Por lo tanto, un diseño único utilizable en todas las instituciones sanitarias no es útil y es contraproducente enfocarlo así; más que en el mínimo común múltiplo hay que pensar en el máximo común divisor, y plantear por fuera las especificidades de las instituciones involucradas. Es así que se podrían establecer normas únicas sobre el mínimo de estadísticas hospitalarias, ambulatorio, otros servicios, recursos utilizados, etc., con menor o mayor grado de desagregación, según la complejidad de cada situación particular. Cuando la especificidad se aplica a un sanatorio, clínica o laboratorio privado, en los cuales la ecuación de impacto está planteada en términos monetarios, la oferta tecnológica de la informática y otros equipamientos con mayor o menor incorporación de componentes informáticos es apabullante. Se los conoce como MIS (Medical Information System), y la ofensiva comercial se puede medir en términos de las páginas y páginas de propaganda en las revistas especializadas de Hospitales. A pesar de la variedad de los mismos, su utilización todavía no se ha estandarizado. Eso sí, lo que es ya indudable es que, a pesar de nuestras limitaciones actuales en cuanto a equipamiento y recursos humanos especializados, se hace difícil imaginar que dentro de veinte años exista algún hospital que no posea equipamiento informático, sea público, privado o mixto.

Donde la situación se complica más es en el sector público de salud, cuya ecuación de impacto no es la misma; pero, aunque dicha ecuación no sea la misma, esto no significa que no haya que considerar los recursos y su producción. Es aquí donde pueden desempeñar un papel fundamental los sistemas de información para la gestión.

Detengámonos un poco aquí. Entendemos la gestión como la esfera o campo de acción donde se desarrollan las definiciones de fines y las relaciones de control o dominio para la consecución de los mismos. Este control se entiende como el ejercicio del poder mediante la asignación, cambio y utilización de los recursos.

Decimos que existe un proceso de gestión cuando existen instancias de decisión que detentan el manejo y control de los recursos. Dichas instancias es-

tán expresadas en un conjunto de normas, con variado grado de consenso, que regulan dicho uso. Esas normas establecen quién está autorizado a ejercer el control y decisión; cuándo, o sea en qué circunstancias; cómo, es decir a través de qué procedimientos, lo cual significa, además de otras cosas, que el poder puede usar la fuerza de que dispone solo después de un proceso regular; y en qué medida, lo que tiene como consecuencia que debe estar establecida, en forma previa, la relación entre falla o culpa y sanción. La finalidad del sistema de información para la gestión es hacer accesible a los decisores, en sus distintos niveles, un conjunto de información para la toma de decisiones relacionadas con el proceso de gestión. Este debe entenderse como las decisiones sobre la asignación de recursos. Por lo tanto, no hay decisión de gestión fuera del ámbito de los recursos (humanos, físicos, financieros).

7. GESTIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA GESTION

De acuerdo con lo anterior, la validez real de un Sistema de Información en Salud para la gestión está relacionada con la existencia real de decisiones referidas al uso y asignación de recursos. El problema no está planteado en términos de nuevos recursos, sino respecto a la situación actual de los mismos. Por lo tanto, el conocimiento de esta situación actual y de su evolución (lo que significa un sistema permanente de información y no un esfuerzo coyuntural para obtenerla en un diagnóstico típico en la formulación de un plan), se convierte en uno de los elementos esenciales para una buena gestión. Para que esta sea real, debe existir la posibilidad de que los decisores (destinatarios de la información o usuarios), tengan poder real para el uso y distribución de los recursos.

Esto no se logra mediante atribuciones formales sino mediante las responsabilidades legales que permitan un ejercicio efectivo de las mismas. Es claro que ello no es fácil y requiere tiempo, maduración, aprendizaje y medidas reales de descentralización. Debe hacerse por etapas, de acuerdo con las posibilidades y experiencias de cada país e institución. Lo que no se puede es evitar el problema. Basta citar el hecho de que un porcentaje, de ningún modo despreciable, de los recursos de los países están dedicados a la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo, el conocimiento real de qué se hace, con qué se hace, dónde se hace, etc., no está disponible. No es posible seguir pensando en un sector público de salud en el cual la consideración de cómo se usan los recursos sea la de un gran hotel más o menos equipado que solo se dedica a saber cuánto gasta en total (su presupuesto asignado), cuántos días-huésped ha tenido (días cama utilizados) y la cantidad de comida a huéspedes y visitantes (consultas) que ha brindado. Por otro lado, solo se preocuparía, en cuanto al exterior, en saber qué población tiene la ciudad y el número de los que entran y salen de ella (estadísticas vitales).

Debe quedar claro que la consideración de la absoluta dependencia del Sistema de Información en Salud para la gestión respecto de los recursos, no implica que las metas de la institución se deben plantear en términos de rentabilidad. Es claro que un hospital público no se puede administrar de la misma manera que un sanatorio privado. En este priva la consideración económica por un motivo muy elemental: si sus ingresos son menores que sus egresos, no es viable. Por consiguiente, la contabilidad y adjudicación de costos por ac-

to médico es inherente a la propia lógica. Parece ser, sin embargo, que en el sector público la situación de "tener asegurados" sus ingresos vía tesoro nacional, condujera a descuidar el conocimiento de cómo se emplean esos recursos. Es decir que, "si no debo justificar para conseguir ingresos, para qué preocuparme de saber cómo se distribuyen los egresos" (salvo aquellas categorías obligatorias referidas a la presentación y control presupuestario: salarios, insumos, inversión, transferencias, etc.). La potencialidad real que permitiría el conocimiento de la situación y el uso de los recursos cuando los relacionamos con acciones finales, es un elemento de cambio para mejorar y ampliar los servicios, así como para cambiar la estructura y funcionamiento de los mismos.

Es evidente, en el contexto de los sistemas de información de gestión, la gran utilidad que pueden tener los sistemas basados en informática, aunque es de esperar que la aplicación de los mismos pase de las tradicionales aplicaciones administrativas y se integre más, involucrando otros contenidos. Para el sector público, es claro que el problema pasa por el real proceso de gestión en el sentido anterior. Mientras esto no ocurra (y no es un problema de información), la potencialidad del uso de la información (tanto sea la basada en equipamiento electrónico como aquella que no) es mínima. Mientras no haya usuarios y decisores reales, los datos, información o como se les quiera llamar, no sirven. Por el contrario, la existencia de datos o información valiedera pero sin uso puede dar lugar a lo que se podría llamar degradación de la información. Son muchas las experiencias habidas en diversos países, en las cuales se desarrollaron planes y programas, no solo en el nivel sectorial, sino (lo que para nosotros en este momento es más importante) en el nivel de establecimientos públicos de salud. Los mismos contemplaban objetivos, metas y coberturas de actividades y servicios, así como el presupuesto, el programa, la asignación de recursos e incluso el cálculo de costos. Se levantó información (y a veces se lo hace todavía), se hicieron los tabulados, las comparaciones, etc. Sin embargo, asociado con eso, no se presentó una reestructura y descentralización que facilitara e hiciera real y operativa la toma de decisiones correspondiente. Resultado evaluativo: esta información no sirvió o, peor aún, no se la consideró, ya que las instancias de decisión real no pasaban por el establecimiento. La información se degradó, no por su inutilidad, sino por falta de uso. Si el responsable formal de determinados recursos no tiene poder real para asignarlos, en sentido amplio y compatible con las políticas globales de la institución o establecimiento, ninguna información le es útil pues no puede tomar las decisiones de gestión correspondientes.

8. COMPLEJIDAD. RED DE SISTEMAS. PARTICIPACION

Mirada globalmente la problemática de información sanitaria, incluyendo los contenidos de mortalidad, natalidad, morbilidad, recursos, producción, población y factores condicionantes, la complejidad que puede adquirir el volumen e información implícitos en las categorías anteriores se empieza a visualizar no solo mediante el desarrollo de las variables a incluir en las mismas, sino cuando se comienza a pensar en los distintos niveles de uso y decisión de las dependencias del Sistema de Servicios de Salud proveniente de la

división programática del nivel político administrativo, así como en la distinta naturaleza de dichas dependencias (público, seguridad social, privado). Es claro que en esta situación de complejidad en aumento, la posibilidad de concretar un único sistema de información (único en el sentido de que opera bajo una conducción definida y aceptada como tal) que pueda servir de soporte, apoyo, mantenimiento y adecuación para todos los posibles tipos de usuarios, es ilusoria, salvo excepciones. Más que de un sistema habría que hablar de red de sistemas, y más que de dirección habría que expresar coordinación. Pero el problema de complejidad no se arregla tapándose un ojo para ver menos, o caminar por una calle de una sola dirección porque se prefiere ese sentido. Eso significa que para la definición del contenido y las relaciones del sistema de información sanitaria, se debe pasar por una etapa previa de involucramiento, participación y responsabilidad de los distintos agentes comprometidos en la salud pública.

9. INFORMATICA EN SALUD

No es fácil definir una conceptualización operativa que sea lo suficientemente rica en contenido para el trabajo, pero no tan específica como para impedir el análisis más allá del caso particular. La situación actual plantea el desafío de una potencialidad con respecto al ámbito de aplicación de la informática, que trasciende la definición primitiva de "rapidez y oportunidad para el procesamiento electrónico de un gran volumen de datos cuantitativos"; fue bajo esta sombrilla que se desarrollaron las primeras aplicaciones.

El desarrollo tecnológico se presenta con una gran variedad (en aumento constante) de aplicaciones que trascienden el campo de la gestión. Ya existe una considerable cantidad de instrumentos con gran peso informático disponibles para la acción y decisión en el nivel del sistema de operaciones.

Es así que tenemos robots cirujanos, marcapasos computarizados, cámaras de resonancia nuclear magnética, sistemas expertos, etc. Esto significa que los usos de las nuevas tecnologías electrónicas están invadiendo todo el espectro de acciones (finales, intermedias, de apoyo), creando nuevas funciones y reemplazando otras. Por lo tanto, la delimitación de lo que es informática sanitaria respecto del resto de tecnologías de equipamiento en medicina es borrosa, ambigua y está en continuo movimiento. En estas últimas, por lo general, aunque no sean totalmente electrónicas, es cada vez mayor la incorporación de algún componente electrónico y también de elementos informáticos.

En consecuencia, la definición de informática sanitaria no pasa por el instrumental que usa; quizás por el tipo de uso (gestión), para separarla del campo de la operación o producción. Sin embargo, en este caso la cuestión tampoco se clarifica, puesto que también la frontera entre gestión y operación se está volviendo progresivamente confusa, ambigua y errática.

La consideración de gestión como el campo de la toma de decisiones referida a la asignación de recursos, y de operación como el campo de acción relativo a la ejecución y operación de los servicios finales a la población, si bien es conceptualmente clara, en términos prácticos, por la introducción de las nuevas tecnologías, su aplicación se está volviendo cada vez más difícil. Cabe preguntarse si la decisión que se debe tomar para la aplicación de una tomografía computarizada es de gestión u operación.

Supongamos que reducimos el contenido de la informática sanitaria a lo que podríamos llamar el campo de la informática no estrictamente médica. Esto último, en el sentido de que no hace referencia al mejor conocimiento de la problemática biológica individual de la enfermedad o del tratamiento de la misma. Aquí haremos una separación entre información sanitaria e informática sanitaria. Esta diferenciación se hace por el uso conceptual de informática como equivalente a tratamiento de la información mediante equipos electrónicos. No siempre fue así; no obstante, la realidad actual de la utilización de la palabra informática así lo ha impuesto.

Sería indudablemente más útil plantear el problema en términos de políticas nacionales de información sanitaria y no restringirla a aquellos casos o situaciones en los cuales se utilizan determinados instrumentos.

10. PROBLEMAS PARA LA FORMULACION DE UNA POLITICA NACIONAL DE INFORMATICA

Todo lo anterior nos ha servido de antecedente para tratar de ubicar conceptualmente el término "informática sanitaria". Ya vimos que esa ubicación conceptual trae aparejados problemas. Pero, a los efectos de abordar el tema, definiremos el término "informática sanitaria" como el tratamiento de la información, no estrictamente médica (en el sentido que decíamos antes), para la gestión, mediante el uso de equipos electrónicos. De esta manera entraríamos en el tema principal de políticas nacionales de informática sanitaria.

Planteado así, nos encontramos con que, salvo excepciones, en los países de nuestra Región no es posible hablar de políticas nacionales en el campo de la informática. A lo sumo, se podría hablar de políticas nacionales de "utilización" de informática y, siendo más consistentes, lo correcto sería hablar de políticas nacionales de compra, mediante importaciones, de equipamiento electrónico. Esto deriva del hecho de que, salvo excepciones en contados países, no existe producción nacional de equipos de informática. Por lo tanto, el ámbito máximo de acciones de una política nacional se restringiría al de la normatización, control y regulación de la compra de equipo ya listo para así poder influir en los usos. Esto es válido no solo para la informática sanitaria sino también para la informática médica.

En este contexto se presentan dos problemas: el primero, sustantivo, es el referido a que dicha política solo se aplicaría a la posibilidad de utilización de lo que otros hacen y no de lo que debería hacerse en cada caso particular. Esto puede llevar a distorsiones grandes, en especial por el monto de inversiones requeridas para dicha compra importada y por el tipo de patologías o grupos sociales hacia los cuales está dirigido. Esto último deriva del hecho de que dichos equipamientos fueron diseñados y producidos de acuerdo con la estructura de morbilidad y de posibilidad de recursos monetarios para su financiación de los países productores de los mismos y no de los nuestros. En consecuencia, el ámbito de aplicación de dicho instrumental será para aquella parte de nuestra realidad que sea semejante a la de la realidad en la cual fue producido. Esto es válido tanto para la informática sanitaria como para la informática médica.

En este último aspecto -informática médica- es donde la invasión y la distorsión está repercutiendo más, no solo por los recursos involucrados para

su instalación y mantenimiento, sino por el hecho de que está relacionado con problemas individuales de salud.

Se hace, por lo tanto, más fácil su promoción y uso por parte del cuerpo médico hacia aquellos grupos de población que puedan financiarlo. Aquí se debería agregar que, a pesar de que formalmente aparece como financiado por dichos grupos, en términos reales lo financia toda la sociedad, pues su compra se hace mediante uso de divisas, ya que son productos fabricados en el exterior. Esto significa que el uso de divisas para la compra de esos equipos, bloquea otros usos que quizás fueran prioritarios para toda la sociedad.

El segundo problema, relacionado con el anterior, es la creciente dificultad de controlar esas compras, ya sea por la diversificación de los equipos, la propaganda bien dirigida, o por los costos y tamaños decrecientes, en especial de los equipos de procesamiento electrónico de datos.

No es posible pensar que estos dos problemas puedan resolverse mediante medidas restrictivas fiscales o de control aduanero, puesto que tienen que ver con el avance incontenible de la tecnología, con la liberación de trabas en la comercialización, con la difusión creciente de los avances obtenidos en los métodos de diagnóstico y tratamiento, y, por último, con la ciencia y tecnología de nuestros países, tanto sea por su estado embrionario como por los problemas de escala de producción en un campo como la informática, que necesita un volumen de mercado y de poder adquisitivo grande para poder desarrollarse.

Por lo tanto, hablar de política nacional de informática (sanitaria o médica), sin ligarla a la producción, es como tratar de definir una política nacional de automotores sanitarios en países sin industria automotriz. La versión más correcta sería hablar de política nacional de consumidores de informática. Pero esto, conceptualmente hablando, no solo es de difícil comprensión y definición, sino que tiene connotaciones bien distintas de lo que, por ejemplo, es una política nacional de recursos humanos, ya que ellos sí se producen o forman en cada uno de nuestros países. En este último caso, el equivalente sería hablar de política nacional de consumidores de médicos o, dicho de otra manera, política nacional de pacientes; es decir, demanda.

Así planteado, la posible respuesta a cuál sería una política nacional de informática sanitaria (en su doble contenido: gestión y operación o médico) es de muy difícil aplicación, ya que los centros de decisión pasarían al campo de la demanda y no de la oferta. Pero, ¿es posible definir una política de demanda condicionada a una oferta no controlable? La experiencia histórica del desarrollo del sector salud ha sido que la que manda es la oferta y no la demanda.

II. POLITICA NACIONAL DE SALUD Y POLITICA NACIONAL DE INFORMACION SANITARIA

La urgencia de una política nacional de información sanitaria que sirva de base para la formulación de un sistema de información sanitaria (mejor una red de sistemas) está supeditada a la existencia real de una política nacional de salud con sus correspondientes planes y programas de desarrollo, así como a las relaciones con otros sectores que afectan la salud de la población.

Aquí no estamos estableciendo cuáles serían los componentes de esa política, sino exigiendo la existencia de la misma a fin de desarrollar el proceso de gestión correspondiente, del cual el sistema de información sería el soporte. De acuerdo con las características que tenga esa política nacional serán las especificidades que tendrán los datos y la información.

Si el énfasis real está puesto en la preocupación del gasto, por las dificultades financieras, tendremos sistemas de información centrados en los recursos y su productividad; si las prioridades pasan por atender grupos postergados, el énfasis estará en reasignar recursos para ampliar la cobertura (si no hay recursos adicionales), etc.

Esa subordinación de la información sanitaria es la que le otorga vigencia y necesidad al uso de la misma, sean cuales fueren los contenidos. La consideración adicional de que tengamos un Sistema de Servicios de Salud integrado con toda la población atendida, y la real existencia de decisiones ligadas al uso de recursos, en especial los financieros (pero no solo como categorías de gasto presupuestario tradicional o del manual de cuentas), posibilita la introducción, sin distorsiones, de la informática, puesto que todos los servicios y hechos sanitarios se registrarían naturalmente. A la información hay que hacerla "vivir", no alcanza con hacerla existir; pero la vida se la dan otros, y no los que registran y procesan.