

1081

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 16, No. 2

INDEXED

Julio 1995

La epidemiología y la gestión de los servicios de salud

Gilles Dussault

*Departamento de Administración de Salud
Facultad de Medicina, Universidad de Montreal
Quebec, Canadá*

Es fácil demostrar la utilidad de la epidemiología en el proceso de toma de decisiones relativas a la organización y la gestión de los servicios de salud. En la medida en que los servicios tengan como objetivo final atender las verdaderas necesidades de una población, la epidemiología y la gestión son socios, aliados lógicos. Las decisiones relativas a la asignación de recursos, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas y su distribución en la población objetivo.

El problema de la relación entre la epidemiología y la gestión no radica tanto en justificar la utilidad de la epidemiología sino en entender por qué los administradores no la utilizan y cómo fomentar un uso más adecuado del potencial que ofrece la epidemiología. Por ejemplo, en Quebec, donde existe desde principios de los años setenta un sistema público, universal y gratuito de servicios de salud, el primer estudio general de salud, cuyo objetivo fue obtener un perfil del estado de salud de toda la población, se realizó apenas en 1987-1988 (y se repitió en 1992-1993). Ese trabajo, de excelente calidad, ha producido datos muy importantes para la orientación de las políticas públicas. Por otra parte significa que durante 20 años, los administradores y los dirigentes políticos tomaron decisiones estratégicas y operativas basándose únicamente en

los datos de salud proporcionados por el censo, los registros de mortalidad, la utilización de los servicios (que describían sólo una parte de la realidad) y los pocos estudios sobre poblaciones y problemas específicos.

1. La contribución necesaria de la epidemiología a la gestión de los servicios de salud

La contribución fundamental de la epidemiología a la identificación de los problemas de salud, a la comprensión de la causa y al conocimiento de la dinámica de su distribución en una población se reconoce universalmente. También se reconoce su contribución limitada a la gestión de los servicios. Las presiones para que esta situación cambie vienen aumentando en varios contextos:

a) Cada vez más, los países de la región de las Américas tratan de definir **políticas de salud** y no sólo políticas de servicios. Es decir, definir políticas cuyas metas se formulen en términos de indicadores de salud (incluidos los indicadores de la calidad de vida) que hay que alcanzar, y no sólo en términos de servicios que hay que ofrecer y de recursos que hay que movilizar. El objetivo de tales políticas es tener un efecto mensurable en la salud de una población determinada. Es muy diferente de tener como objetivo satisfacer la demanda espontánea de las personas.

EN ESTE NUMERO. . .

- La epidemiología y la gestión de los servicios de salud
- Condiciones de Salud en las Américas, 1994
- Reunión Internacional de la OMS sobre la nueva salud pública
- IX Congreso de la International Association of Health Policy

- Cólera en las Américas
- Comité Asesor Científico del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), 1995
- Vigilancia del SIDA en las Américas
- Brote de Fibre Hemorrágica por virus Ebola-Zaire, 1995

Tales políticas requieren que se disponga de datos fiables y pertinentes a la situación inicial, la definición de criterios aceptables de prioridades, entre los cuales la disponibilidad de las estrategias válidas de intervención es uno de los más fundamentales. La epidemiología puede ayudar describiendo y explicando en forma válida la situación sanitaria y vigilando la evolución de los problemas; también puede contribuir a la evaluación de la capacidad resolutoria de las distintas opciones de intervención a través de estudios de evaluación.

La epidemiología que estoy describiendo es la que se sale del marco tradicional de estudio de variables biológicas para preocuparse del papel, que actualmente se reconoce como determinante, de las variables socioculturales. No se puede entender la eficacia clínica y poblacional de las intervenciones, que no se mide en condiciones experimentales sino reales, sin tener en cuenta las dimensiones sicosocioculturales de las mismas. Los antropólogos y los sociólogos han demostrado muy bien, sin recurrir a métodos cuantitativos, el papel de las representaciones frente a la enfermedad y en la relación que existe entre los terapeutas y los servicios y el paciente.

La gestión dirigida a mejorar los indicadores de salud tiende a generar una organización de los servicios que deja de hacerse en torno al tipo de establecimiento y a la división profesional del trabajo. Se va sustituyendo por una organización en torno a programas; es decir, tiene fines específicos como un problema determinado (problemas mentales, accidentes de tráfico, de trabajo, enfermedades de transmisión sexual, etc.). Tal gestión no puede realizarse sin tener acceso continuo a datos epidemiológicos válidos para permitir vigilar el efecto de las medidas de salud fomentadas por el programa.

b) Los procesos de regionalización, de municipalización y de desarrollo de sistemas locales de servicios tienen en común favorecer un enfoque poblacional de los problemas de salud. Si bien es cierto que el enfoque institucional y profesional pueden funcionar sin el aporte de los datos epidemiológicos (basta con esperar la demanda o finalmente estimularla), el enfoque poblacional no puede hacerlo. Sus fines se expresan en términos de los indicadores en los que hay que influir. Sin la contribución de la epidemiología para proporcionar

datos sobre la evolución de la situación sanitaria no se puede hablar de enfoque poblacional, a menos que se piense que las impresiones de los administradores, de los profesionales o de los representantes de la población constituyen una fuente fiable, válida y suficiente de datos sobre las condiciones de salud.

c) La búsqueda de una distribución más equitativa de los recursos disponibles para los servicios de salud también necesita de la contribución de la epidemiología, por lo menos en dos niveles:

- la identificación de las diferencias en el perfil epidemiológico de las distintas regiones y categorías de la población, puesto que equidad significa asignar los recursos en función de las necesidades;
- la evaluación de las repercusiones de las distintas opciones de intervención para evitar el desperdicio de los escasos recursos.

Si cada desembolso tiene un costo de oportunidad, que es su equivalente en otros desembolsos que no pudieron hacerse, es importante, en el proceso de toma de decisiones, incluso a nivel de las micro decisiones (recetar un medicamento, ordenar una prueba, internar a una persona, etc.), disponer de datos válidos sobre la eficacia relativa de las opciones de decisión. Los datos, cada vez más numerosos y de mejor calidad, sobre las variaciones en la práctica de la medicina no pueden descartarse simplemente por las diferencias entre los pacientes, ni por las características del contexto de la práctica. Sería aceptar que todos los médicos tienen razón todo el tiempo. Los médicos y los demás profesionales de la salud deben aceptar el análisis riguroso de esos datos, para determinar cuáles son las variaciones aceptables y las que deben eliminarse. Cada vez que una cesárea, un puente de safena, una ablación de próstata o de las amígdalas se hace inútilmente, los recursos utilizados no permiten que se atiendan necesidades para las cuales, muchas veces, existen intervenciones eficaces.

Esta postura es idealista (promover la búsqueda de coherencia máxima entre las necesidades, la eficacia y la eficiencia de las intervenciones y la asignación de los recursos), pero no es utópica porque ya tenemos la capacidad técnica para acercarnos a ese ideal. Nuestro problema es que no utilizamos esa capacidad. ¿Por qué?

2. ¿Por qué hay diferencia entre lo posible y lo real respecto a la relación entre la epidemiología y la gestión?

Hay dos causas principales que pueden explicar esta diferencia: primero no siempre existe una voluntad política de aplicar una política de salud, con miras a reducir las necesidades. Segundo los epidemiólogos y los administradores son responsables de la falta de diálogo: los primeros por estar encerrados en un mundo reservado a las necesidades de los servicios, y los administradores por no poder definir sus necesidades de información, ya sea por ignorancia en epidemiología o por falta de interés en las repercusiones de sus decisiones.

a) Pocos son los ejemplos de gobiernos que han adoptado una verdadera política de salud y que tienen la voluntad auténtica de aplicarla. Todavía es rara la planificación en torno a metas formuladas en términos de indicadores de salud y es todavía más rara la coherencia entre las estrategias de organización y esas metas. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se observa el mayor esfuerzo para definir "objetivos de salud" basados en los resultados de investigaciones muy elaboradas; por otra parte, las políticas del sector de la salud están poco articuladas con dichos objetivos. La organización y la gestión de los servicios tienen poco que ver con las metas generales. En Quebec, se definió una política de salud en 1992, **después** de que el gobierno aprobara una ley de reforma de la organización de los servicios.

Eso ilustra bien que las decisiones relativas a la asignación de recursos están influidas por factores que no siempre tienen que ver con las necesidades. Son factores económicos vinculados a los intereses de los productores de equipos e insumos, de las compañías farmacéuticas, de los seguros, de los profesionales, de los constructores y, obviamente, de los políticos. Los criterios técnicos de decisión, entre los cuales los criterios epidemiológicos serían los más importantes, desempeñan un papel más significativo cuando existe una adhesión verdadera, por parte de los que toman las decisiones, al objetivo de cambiar las condiciones de salud. Sin ese prerrequisito, es ilusorio pensar que la epidemiología tendrá una repercusión importante en las decisiones. Además de producir datos pertinentes, los epidemiólogos deben participar en el movimiento de promoción de la mejora de las

condiciones de salud como proyecto social prioritario.

Incluso cuando existe esa voluntad política de aplicar una política de salud, no siempre se pueden definir metas claras, por falta de información: por ejemplo, en Quebec, la política de salud se explica en el caso de los problemas biofísicos como el cáncer (dentro de 10 años, reducir la mortalidad por cáncer de la mama en un 15%) o los problemas respiratorios (dentro de 10 años, reducir la mortalidad en 10 %). En cuanto a los problemas mentales o sociales, fue mucho más difícil definir las metas: por ejemplo, uno de los 19 objetivos es "dentro de 10 años, reducir los problemas mentales" y otro de ellos "dentro de 10 años, reducir el número de casos de abuso sexual, de violencia y de negligencia que sufren los niños y disminuir las consecuencias de esos problemas".

b) A pesar de que el contexto no siempre es favorable para el mejor uso de la epidemiología en la gestión de los servicios, tenemos que convenir en que la conducta de los mismos epidemiólogos no siempre tiende a fomentar la demanda de su contribución. Los administradores también son responsables de la subutilización de la epidemiología en la gestión. Ambos tienen visiones diferentes, pero no necesariamente divergentes, de lo que es la "buena información".

Los epidemiólogos se preocupan por los problemas relacionados con la validez de los numeradores y los denominadores, la credibilidad de los instrumentos de recopilación de datos, la calidad científica de los análisis. Eso es normal y deseable. Muchos de ellos se sienten más a gusto con variables que son útiles para las medidas cuantitativas y que en ese caso tienden a reducir los problemas de salud en sus dimensiones biofísicas. Esa corriente de la epidemiología, que es más prevalente en los países del norte, tiende a desvalorizar la perspectiva de la salud y los métodos cualitativos de las ciencias sociales. Los epidemiólogos "duros" descartan fácilmente la opinión de los sociólogos y los antropólogos de que la salud y la enfermedad son productos culturales (productos de representaciones) en vez de tener una base biofísica; y consideran que la enfermedad es sólo la manifestación de una diferencia entre una situación observada y las normas definidas por los profesionales. El desarrollo de la epidemiología ha ido ocurriendo más en función de criterios académicos que en relación con las necesidades de los sistemas de servicios.

En América Latina, históricamente, la epidemiología se preocupó más de los aspectos socioculturales que de los problemas de salud. Pero hasta ahora, no se ha acercado mucho a la gestión de los servicios.

El resultado es que el epidemiólogo que asume una responsabilidad de administrador, corre el riesgo de experimentar un choque al ver las diferencias entre el tipo de información que necesita para tomar decisiones y la información que producen sus colegas y él mismo.

Por lo que respecta a los administradores, se observa su limitado conocimiento en cuanto a las contribuciones que puede aportar la epidemiología a la gestión. En América del Norte, la gran mayoría de los administradores no son médicos y conocen poco los aportes potenciales de la epidemiología (ello no significa que los médicos en la gestión sean muy diferentes). Por ejemplo, la revista **The Journal of Health Administration Education**, una de las más respetadas en el campo de capacitación de los administradores en salud, publicó a finales de 1993 una edición dedicada al tema "Epidemiología y gestión"; esta incluye artículos que introducen ese tema con definiciones clásicas de la epidemiología y hasta conceptos elementales como la incidencia y la prevalencia. Asusta un poco comprobar que los editores de la revista, incluso hoy día, consideran necesario incluir esas definiciones para facilitar la comprensión de las discusiones.

Para los administradores, la información útil es la que incluye a la población atendida, la que es de rápido acceso, de fácil interpretación y de bajo costo. Los administradores son poco conscientes de las dificultades de producir datos que tengan esas características, y muchas veces piden cosas irrealizables. Ellos tienen una perspectiva más institucional que poblacional, lo cual explica el interés limitado que tienen en los datos epidemiológicos. Por consiguiente, los epidemiólogos tienen una tarea educativa que cumplir: explicar los límites de lo posible, los problemas de incompatibilidad de las fuentes de datos¹, las exigencias de la validez, las dificultades metodológicas de medir ciertas variables, etc.

El contexto de municipalización o de regionalización favorece la integración horizontal y vertical de las instituciones que prestan servicios (una integración que exige un compromiso político muy fuerte). A medida que la asignación de los recursos se vincula a la distribución de las

necesidades de la población, los administradores comienzan a preocuparse por la información sanitaria y se convierten en "reclamadores" de pericia epidemiológica. Por consiguiente, no se contentarán con los indicadores tradicionales; también van a querer información sobre los problemas que desatienden los epidemiólogos: los problemas mentales y sociales, la violencia familiar y urbana, el abuso de estupefacientes y la eficacia de las opciones de intervención. Ellos tienen la responsabilidad de definir mejor sus necesidades y explicar a los epidemiólogos cómo la información socio-sanitaria interviene en el proceso de decisión. Por otra parte, los epidemiólogos deben estar preparados para responder a esas exigencias, si quieren mantener la legitimidad profesional.

3. ¿Cómo fomentar el acercamiento entre la epidemiología y la gestión?

Las decisiones en el sector de la salud se toman basándose en numerosos factores, como las exigencias y las preferencias de los usuarios, los profesionales y los administradores (no necesariamente en ese orden). Además de eso, entran en juego los intereses políticos y económicos, las relaciones de poder entre los participantes del proceso de la toma de decisiones, los costos, la disponibilidad de los recursos, las necesidades percibidas y las medidas. Nuestra preocupación es concebir estrategias que permitan ampliar la contribución relativa de los datos sanitarios y sociales en las decisiones.

El mayor incentivo sería subordinar la asignación de los recursos para el logro de los resultados expresados en términos de indicadores de salud; en otras palabras, formular una política de salud y subordinar a ella las políticas de servicios y de recursos. Tal propuesta podría considerarse idealista: la realidad exige un compromiso político, que existe en pocos países, a favor de una mejora del estado de salud de la población. Exige la voluntad y la capacidad política para hacer frente a los intereses económicos y profesionales que se benefician de la asignación actual de los recursos que está concentrada en los servicios hospitalarios y en los medicamentos. La experiencia de Quebec de intentar esa subordinación es reciente, pero demuestra que los actores del sistema se dan cuenta rápidamente de la necesidad de contar con buenos datos epidemiológicos para justificar sus exigencias de recursos. Al saber que las reglas del juego exigen

ahora la documentación de las necesidades de salud y de la utilidad (pertinencia) de los servicios propuestos, los profesionales y los administradores buscan los datos pertinentes.

Una buena ayuda sería reforzar la educación de los administradores en el campo de la epidemiología y la de los epidemiólogos en el campo de la gestión. En el caso de los administradores, deben conocer el lenguaje de la epidemiología, saber cómo funciona ésta y conocer sus limitaciones. El error que debe evitarse es enseñar epidemiología a los administradores como si fuesen a ser capacitados para ser epidemiólogos. La epidemiología debe enseñarse más bien como un instrumento de gestión, como un apoyo en la toma de decisiones. Debe favorecer la adopción, por parte de los administradores, de un enfoque poblacional de las necesidades de salud e informarlos acerca de las estrategias para conocer esas necesidades. Por otra parte, los epidemiólogos deben ser sensibles a las necesidades de la gestión, de modo que produzcan datos pertinentes y útiles, presentados en tal forma que aumente la probabilidad de uso; lo cual significa que deben aprender a **comunicar** los datos.

Los epidemiólogos y los administradores podrían examinar juntos las siguientes preguntas: 1) ¿Cuáles son los datos más susceptibles de producir variaciones o inducir cambios en las decisiones? La respuesta permitiría identificar prioridades en la recopilación de datos; 2) “¿Cuál sería el “paquete mínimo” de datos esenciales para cada nivel de decisión (institucional, local, regional, nacional)? El examen de esas preguntas podría ayudar en el proceso de sensibilización mutua necesario para garantizar un mayor y mejor uso de la epidemiología en la gestión, así como promover un uso más eficaz de los recursos disponibles para la recopilación, el análisis y la difusión de datos.

El problema actual no es la escasez de recursos sino la mala utilización de esos recursos. Los administradores se quejan de que no tienen acceso a los datos que quisieran utilizar y que los datos que han recibido no son útiles. Esa postura es un poco caricaturesca, pero refleja las diferencias de percepción entre los administradores y los epidemiólogos en cuanto a lo que es pertinente. La incorporación de los epidemiólogos en los equipos de gestión puede contribuir mucho en el proceso de definición de las necesidades, las prioridades, las estrategias de intervención y de evaluación. Tal propuesta no significa que los epidemiólogos deben

subordinarse a las exigencias de la gestión, al actuar sólo como técnicos en abastecimiento de datos. La epidemiología debe conservar un papel de análisis crítico de las políticas y de las decisiones en el sector de la salud; a los mismos administradores les conviene reconocer ese papel que debe cumplirse en las actividades de evaluación.

Conclusión

La epidemiología no sustituye ni sustituirá la decisión; su papel es introducir más racionalidad en la toma de decisiones. Los campos en los que puede influir son numerosos: 1) en las políticas públicas de salud, apoyando la definición de prioridades, objetivos y estrategias; 2) en la configuración de los servicios, examinando las consecuencias de la descentralización, o de la cirugía de un día, o de la reducción de los internamientos, o de la integración de los servicios en los programas; 3) en las prácticas de los profesionales, estudiando las variaciones de la eficacia y de la eficiencia; 4) en las prácticas de la gestión; 5) en las prioridades de investigación. Esa contribución es necesaria tanto en el contexto de la disminución de recursos disponibles, que caracteriza a los países ricos, como en el contexto del aumento de las inversiones en el sector de la salud, que ocurre en los países de América Latina que han estado controlando la inflación y crecieron. Por consiguiente, el desafío tanto para los epidemiólogos como para los administradores es lograr el tipo de alianza que produzca políticas y estrategias que tengan un mayor impacto en el bienestar de las poblaciones.

En una encuesta de opinión, solicitada por el Ministerio de Salud y de Servicios Sociales de Quebec, realizada a finales de 1994, el 51 por ciento de los entrevistados (administradores de hospitales y de centros de salud), desconocía la mayoría de los bancos de datos existentes. Tal vez, la prioridad de los epidemiólogos sería difundir información acerca de los bancos existentes.

Bibliografía

1. Carson, C.A., Zucconi, S.L., *Epidemiologic indicators of health status to guide health care management decision making*, *The Journal of Health Administration Education*, 11:4, fall 1993:551-
2. MacDowell, N.M., Lutz, J., *Applications of epidemiology in the operation and marketing of managed care plans*, *The Journal of Health Administration Education*, 11:4, fall 1993:541-550.
3. Massé, R., *Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie, Santé, Culture/Health*, vol. IX, 1, 1992-93; 109-138.
4. Minayo, M.C. (ed.), *O impacto da violência social sobre a saúde*, suplemento 1 dos *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 10, (1994), 225 p.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux, (Québec), *Et la santé, ça va?*, Rapport de l'enquête Santé-Québec, 1988.
6. Oleske, D.M., *Linking the delivery of health care to service population needs: the role of the epidemiologist on the health care management team*, *The Journal of Health Administration Education*, 11:4, fall 1993:531-539.
7. Uchôa, E., Vidal, J.M., *Anthropologia Médica: Elementos Conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 10 (4); 1994:497-504.