

Epidemiología, gestión y políticas en el campo de la salud

Epidemiology, management and policy in the field of health

Grunfeld, María Verónica¹; Palomo, Diego²

1Médica de familia. Profesora adjunta exclusiva del Área de Salud Individual y Colectiva. Secretaria de Posgrado e Investigación. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. vero.grunfeld@gmail.com

2Médico de Familia. Profesor adjunto del Área de Salud Individual y Colectiva del Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Secretario de salud y promoción social de la Municipalidad de Bahía Blanca. diegopalomobb@gmail.com

RESUMEN: Cuando desarrollamos trabajos dentro del campo de la salud, pensamos en epidemiología, en la gestión y en políticas de salud como ejes temáticos de ese trabajo. Cuando pensamos en estos ejes, por lo general, lo hacemos desde un punto de vista normativo, en donde una persona puede decir y decidir cómo gestionar o cómo llevar a cabo determinadas políticas y nos olvidamos que los seres humanos somos sujetos que no nos regimos por la racionalidad y que las acciones pueden variar según su historia, su cultura y las relaciones y vínculos que los atraviesan. Las políticas de salud, deben tener una mirada territorial y contextualizada de los planteos políticos. La crítica a la matriz normativa que se representa en la planificación, gestión y epidemiología, no es ni más ni menos que la misma cabeza pensando distintas disciplinas. El resto está en cuestionar esa matriz, desarrollar planteos estratégicos desde el pensamiento y organizar la tarea en función de los problemas analizados en situación y con los actores intervinientes en la misma. Debemos elegir el consenso, al menos en nuestra realidad política, como estrategia de trabajo para garantizar acuerdos y líneas de acción que permitan avanzar hacia organizaciones de salud humanas.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología; gestión; planificación.

ABSTRACT: When we develop work within the health field, we think in epidemiology, management and health policy as central axis of this work. When we think of these axes, usually we do it from a policy perspective, where a person can say and decide how to manage or how to carry out certain policies and we forget that human beings are not subjects governed by rationality and actions may vary according to their history, culture and relationships and ties that go through them. Health policies should have a look in context of territorial and political proposals. Criticism of the policy matrix represented in the planning, management and epidemiology, is neither more nor less than the same head thinking across disciplines. The rest is to question this matrix, develop strategic concerns from thinking and to organize the task based on the issues addressed in situation and with the actors involved in it. We must choose consensus, at least in our political reality, as a working strategy to secure agreements and lines of action for moving towards human health organizations.

KEYWORDS: Epidemiology; management; policy.

Cuando desarrollamos trabajos dentro del campo de la salud, pensamos en epidemiología, en la gestión y en políticas de salud como ejes temáticos de ese trabajo. Cada uno es pensado, usado y practicado en la tarea diaria.

Si tenemos posibilidad de trabajar en una universidad, en un hospital, en una unidad sanitaria, en una secretaría de salud, podemos ver que estos lugares están atravesados por estos tres ejes, por lo tanto, creemos importante hacer una breve descripción de ellos.

CAMPO DE LA EPIDEMIOLOGÍA

Cuando comenzamos con nuestra profesión como médicos en las residencias de Medicina Familiar y General teníamos actividades sobre "epidemiología". La epidemiología que se nos mostraba y enseñaba era única, la del riesgo, la de la clínica, la del individuo. Era aquella que llevó a reducir sus objetivos a la búsqueda de los factores determinantes y las supuestas soluciones dentro del ámbito biológico (1).

Las características que predominan en esta epidemiología moderna son el énfasis en la medición y la cuantificación así como también el uso compulsivo de diseños de estudios y técnicas analíticas. Esto demuestra que este tipo de epidemiología se ha convertido en altamente cuantitativa, empírica y analítica (2). Esto tiende a transformar a la disciplina en un conjunto de técnicas que pueden usarse en forma homogénea en todas las poblaciones, sin tener en cuenta la heterogeneidad de las mismas.

Hace varios años que la epidemiología planteó para la descripción de la enfermedad en las poblaciones el reconocimiento de grupos vulnerables y la evaluación de servicios de salud.

La epidemiología puede ser definida como el estudio del proceso salud-enfermedad en la sociedad, analizando la distribución y los factores determinantes del riesgo de enfermar y/o lesionarse, como así también analiza eventos asociados a la salud, proponiendo medidas específicas de prevención y de control o erradicación de enfermedades, daños o problemas de salud, y de protección, promoción o recuperación de la salud individual y colectiva. La misma produce información y conocimiento para apoyar la toma de decisiones en la planificación, administración y evaluación de sistemas, programas, servicios y acciones de salud (3).

Al discutir el uso de la epidemiología en los servicios de salud es común resaltar su papel en la producción del conocimiento para la toma de decisiones en lo referente a la formulación de políticas de salud, en la organización de los mismos sistemas y en las intervenciones destinadas a dar respuestas a problemas específicos (4).

Autores como Texeira, destacan la contribución de la epidemiología en la planificación en el campo de la salud (4). Texeira considera que hay procesos que se llevan a cabo en los servicios de salud que no pueden estar escindidos de esa disciplina –tal como la gestión–, y que la epidemiología puede ser utilizada en esos ámbitos para la elaboración de políticas, de programas y en su evaluación, entre otros usos que deben darse a ésta, como destaca Almeida Filho en la definición aludida en párrafos anteriores.

Luego de consignar esta definición está claro que la epidemiología no puede ser definida solo desde la clínica. Es mucho más que eso, podemos pensarla desde lo familiar, lo poblacional, desde los lugares de gestión y planificación. La epidemiología tiene diferentes teorías y objetos, según desde donde se la comprenda. Debemos concebirla como disciplina científica y como medio de trabajo en lugares de gestión y de atención.

En el campo de la epidemiología deberíamos poner en agenda la discusión de las teorías alternativas y dominantes, evitando el reduccionismo de la mirada unipolar e instrumental. Incorporar una mirada ecléctica, sin falsos antagonismos pero reconociendo los diferentes marcos teóricos y objetivos de estudios de la epidemiología. De esta forma, debemos poder adecuar el enfoque epidemiológico al tipo de problema analizado incorporando las dimensiones culturales e históricas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Para conocer los fundamentos epistemológicos de cada teoría epidemiológica debemos analizar los modelos explicativos de dicho proceso. Asimismo, creemos fundamental difundir en el grado y en el posgrado este concepto amplio de las teorías y objetos de la epidemiología, como así también estimular en la organización de salud, modelos de atención que incorporen sistemas de información con esta mirada.

Al hacer una comparación con los otros dos ejes discutidos (gestión y políticas) encontramos que tanto la epidemiología como éstos tienen puntos en común. Existen actualmente paradigmas dominantes y alternativos que están explicando e interpretando la gestión y las políticas. En estos

últimos, ellos recuperan la noción de una relación sujeto-sujeto, y no una relación sujeto-objeto, lo que lleva a explicaciones más amplias y complejas incluyendo enfoques socioculturales e históricos.

CAMPO DE LA GESTIÓN

Al pensar en políticas y planificación en salud la mayoría de las veces se lo hace desde la explicación del mismo sistema, siendo éste representado por características propias y divididas en tres sectores: público, privado y el de las obras sociales. Esta manera de comprender los espacios y los lugares donde son generadas las políticas en salud puede ser un tanto reduccionista y simplificadora (5).

Utilizaremos el concepto de campo y no de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (5).

En 1992, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) propusieron la denominada administración estratégica, allí se tienen en cuenta los diferentes tipos de poder y su distribución, como también la construcción de la viabilidad de las intervenciones diseñadas.

Podríamos decir que la gestión en salud es un proceso complejo, que puede resultar conflictivo y contradictorio, donde se direccionan o conducen las acciones político-institucionales que se encuentran relacionadas con el campo de la salud. Es también en la gestión donde se desarrollan acciones de planificación, organización, gerenciamiento y control, entre otras (4).

Debemos recordar que en la gestión se trabaja con problemas, que son los insumos de los gestores, y que deben ser tomados de la realidad.

Hay que remarcar la importancia de la naturaleza ético-política de la gestión entendiendo esto como una manera de dar respuestas a los problemas humanos.

Cuando se trabaja gestionando se lo hace con sujetos que tienen su propio punto de vista –lo que para Matus es el punto de vista del actor–, por lo que para lograr el consenso que pretende la gestión es importante hablar y escuchar. En este

punto, la gestión tiene un gran desafío: la comunicación.

Flores manifiesta que los trabajadores de estas instituciones trabajan con el lenguaje y el conocimiento (6), “hacen con las palabras”, y están muy alejados de ser trabajadores como los de una fábrica que produce elementos en serie, que son fundamentalmente manuales. Los sujetos que se encuentran en estas organizaciones deben pensarse como trabajadores del conocimiento, y que el producto final que se genera es difuso y complejo de definir: salud, lo cual le aporta complejidad a este campo.

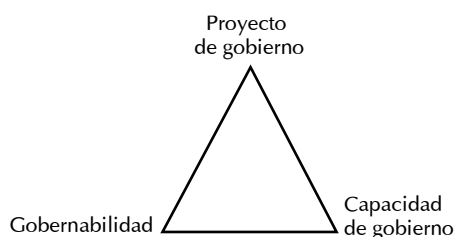
Las personas que están trabajando en instituciones de salud tienen la idea de un jefe en la cima de una pirámide que imparte sus propuestas, y las personas que se encuentran en la base de esta pirámide son las que acatan todas sus órdenes.

Hay que pensar que las organizaciones donde se desarrollan estos trabajos tienen características propias, se comportan como burocracias profesionales. Entendiendo burocracia profesional a aquellas organizaciones que tienen en sus bases altos grados de autonomía y democracia, con altos niveles de capacidad de resolución en los núcleos operativos y escasa capacidad de modificar conductas o normas establecidas vía la imposición, se reconoce a esta como altamente descentralizada (7), por lo que, en este tipo de burocracia es difícil pensar en la estandarización, no solo por su organización, sino también al pensar que los problemas que maneja no pueden ser resueltos en forma estandarizada (8).

Convenimos en comprender que la gestión en estas organizaciones no se basa en estructuras piramidales, ni se organiza en organigramas. Esta forma de pensar y de gestionar debe comenzar a cambiar, repensando a las organizaciones como burocracias profesionales. Esto hace que nuestro trabajo esté pensado de manera de estimular a todos los trabajadores a desarrollar un pensamiento crítico, y que utilice los altos niveles de autonomía para poder trabajar en libertad y con entusiasmo, generando así, mística. Esto ayudará a tener mejores y más trabajadores, que cumplan con su tarea, que ésta se relacione con la misión de la organización y, que a su vez, sea en un contexto saludable.

Una propuesta realizada para poder abordar las complejidades descriptas, sería la de pensar la gestión desde la matriz TOGG (trabajo, organización, gestión y gobierno), que en cierta manera contradice la visión clásica sobre las posibilida-

des de cambio, dado que piensa en una secuencia de GGOT (gobierno, gestión, organización y trabajo). No entendemos al TOGG, ni al GGOT como excluyentes sino que vamos a sostener al TOGG como central en un proceso de acumulación de fuerzas institucionales en el tiempo, y al GGOT como un dispositivo facilitador del TOGG en un momento determinado (5). Lo importante de esta propuesta es poner en valor a la gestión como una dimensión relevante en las políticas de salud, la cual era generalmente subestimada en función de planteos que se centraban más en el gobierno y en los proyectos de gobierno. En este punto, queremos remarcar que muchos de los buenos proyectos con fundamentos solidarios y humanos han fracasado en función de poder concretar los planteos que realizaban, es en este sentido que Matus propone el triángulo de gobierno (9) para pensar esta situación y la relación entre el gobierno y la gestión:



Este triángulo explica en forma conceptual y operativa la articulación entre proyectos de gobierno, gobernabilidad y gestión, e incorpora el análisis de viabilidad y las estrategias de hacer en la dimensión de la G.

CAMPO DE LA POLÍTICA

La constitución de 1994 incorpora a la salud como un bien esencial que debe ser garantizado por efectores tanto públicos como privados (5). La salud es un derecho social, donde la condición de la ciudadanía es de igualdad en el beneficio y donde el principio es de resultados, de acuerdo a la necesidad (9).

La Argentina está adherida a declaraciones y tratados internacionales que expresan de manera directa e indirecta a la salud como un derecho. Esta enunciación queda solo en los papeles escritos de nuestra Carta Magna, desde hace muchos años estos puntos son legales pero no legítimos, planteo que grafica Mario Testa con la descripción de nuestro país, como cementerio de leyes (9).

Desde los organismos nacionales e internacionales de salud, se formulan políticas con una mirada pretendidamente "técnica", donde se deja fuera la mirada de muchos de los actores del campo de la salud, y que niega los diferentes intereses de los actores al interior de las organizaciones y homogeniza las realidades y los contextos, negando la diversidad. Este tipo de políticas no solo genera ineficiencia sino que dificulta la posibilidad del aporte creativo de los actores en situación. Éstos, al quedar por fuera de la formulación de políticas, restan legitimidad y viabilidad a las mismas.

Sabemos que existe una enorme heterogeneidad entre las diferentes problemáticas en un territorio, los perfiles epidemiológicos son diferentes entre las ciudades, entre los mismos barrios y más aun entre las provincias. Bajo estas características es que se siguen enunciando políticas, que son pensadas desde una lógica de planificación normativa del "debe ser" y desde la lógica de la solución. Las personas que trabajan en salud siempre tienden a "planificar" desde las soluciones, así se plasma luego en las políticas escritas. De este modo lo refleja el Dr. Hugo Spinelli en su texto "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina":

"...es entonces cuando esa razón instrumental, mas preocupada por el "cómo" que en saber "qué"; "por qué", "para qué", "con quien", y/o "para quién", se vuelve hegemónica. Esa razón instrumental siempre está al servicio de otra razón principal o sustantiva, pero se la desconoce ya que se subordina a los hallazgos inmediatos, colonizada por el sentido común. Se constituye así una racionalidad-en cuanto modelo de conocimiento-que impide cualquier proyecto transformador, mas allá de lo que se declame (5 p.279)..."

Debemos comenzar a pensar y trabajar desde la lógica de los problemas y no de las soluciones. Pensar en soluciones obtura lo simbólico, esto hace que se naturalicen problemas, que se perpetúen las condiciones que generan a los mismos y se haga difícil la posibilidad de cambiar la realidad. Estas maneras de pensar y hacer están íntimamente relacionadas con la planificación normativa y el pensamiento normativo instrumental. Recordemos que autores como Mario Testa hacen una clara autocrítica en relación a esto al plantear los errores de la planificación normativa llevada al campo de la salud. Al transpolar el método económico de planificación, tan rígido, a este campo, pensando que el campo de la salud no tenía especificidad y que entraba en el domino

económico, llevó a dificultades en la implementación posterior. Tal vez el error más significativo y que puede describir los problemas que fueron dándose en este tipo de planificación fue la subestimación del poder en el campo de las políticas y de la planificación. Con respecto al poder de las políticas y en la planificación, se debe pensar en los distintos tipos de poderes que allí encontramos: político, administrativo, técnico y el poder ideológico, planteados por Mario Testa. Esta es la base fundamental para comenzar a pensar a las políticas con una mirada diferente del "debe ser".

Teniendo en cuenta lo anterior, tendríamos que pensar a la planificación en función de los aportes de Mario Testa y Carlos Matus, ambos protagonistas de las principales críticas a la planificación normativa y de los principales aportes superadores de la misma. Matus nos lega su propuesta de la Planificación Estratégica Situacional (PES), que más allá de las características y aplicabilidad del método, enriqueció a las teorías de la planificación con el desarrollo de conceptos como: actor, situación, problema, paisaje, y finalmente con el aporte de la teoría del juego social. Mario Testa, fundamentalmente puso el centro de su desarrollo en superar la idea de buscar el método ideal, para promover un pensamiento estratégico y generó propuestas analíticas que permitirán entender las políticas y las organizaciones en su contexto socio-histórico-político-cultural.

En esta misma línea de análisis y con esta matriz de pensamiento, normativo e instrumental, muchos de los planteos modernos de la política de salud, que no son ya tan modernos, se originan en la aplicación de normas, teorías, prácticas desarrolladas en otros lugares y otros contextos políticos, culturales y sociales, tal cual es el caso de la Atención primaria de la salud (APS) y de la promoción de la salud. Como plantea Testa en sus aportes, en este sentido, redefiniendo a la APS como atención primaria o primitiva (10). El planteo de este tipo de políticas en un contexto histórico como en la Rusia de 1978, nada tenía que ver con la Argentina de la dictadura y, por ende, pocos de los conceptos amplios y democráticos de la APS, podrían siquiera imaginarse en esa Argentina, como tampoco podían adecuarse a la Argentina del neoliberalismo de los años 90. Por esto, la advertencia de Testa en función de la APS, que no sea una atención primitiva para pobres bajo el lema de una propuesta humana y amplia. Otro ejemplo es el de promoción de la salud y sus orígenes canadienses y el lanzamiento internacional de dicha propuesta por parte de los organismos internacionales con la misma matriz de pensamiento y la misma estrategia.

Para finalizar y como conclusión a todo lo anteriormente planteado, la salud en el correr de la historia ha sido interpretada según las diferentes concepciones de cada momento, esto presenta el desafío de la coexistencia de distintos modelos explicativos del proceso-salud-enfermedad-atención-cuidado. Creemos que hay que ir plantando retos concretos para relacionar las prácticas cotidianas del trabajo en salud y la necesidad de los ciudadanos en este sentido con las teorías y objetos de la epidemiología. Este desafío, hoy nos implica enriquecer y ampliar la mirada biomédica e instrumental de los planteos de este campo con enfoques integrales y contextualizados.

La epidemiología, la gestión y las políticas atraviesan el campo y las organizaciones de salud y a sus trabajadores. Estos ejes aportan en su interrelación las teorías y prácticas para posibilitar pensar el trabajo en organizaciones que se comportan como burocracias profesionales, con trabajadores que utilizan el conocimiento y las palabras para hacer y desarrollar sus acciones; que además trabajan con la complejidad de interactuar permanentemente con otros sujetos y que su producto final es difícil de definir y es intangible: la salud.

Cuando pensamos en estos ejes, por lo general, lo hacemos desde un punto de vista normativo, en donde una persona puede decir y decidir cómo gestionar o cómo llevar a cabo determinadas políticas y nos olvidamos que los seres humanos somos sujetos que no nos regimos por la racionalidad y que las acciones pueden variar según su historia, su cultura y las relaciones y vínculos que los atraviesan. Esta característica es importante tenerla presente ya que disminuiría la frustración de quienes están trabajando en estas organizaciones, ayudando a comprender y trabajar con mayores niveles de satisfacción y probablemente de éxito.

En relación a las políticas de salud, queremos remarcar la importancia de rescatar la mirada territorial y contextualizada de los planteos políticos. La crítica a la matriz normativa que se representa en la planificación, gestión y epidemiología, no es ni más ni menos que la misma cabeza pensando distintas disciplinas. El resto está en cuestionar esa matriz, desarrollar planteos estratégicos desde el pensamiento y organizar la tarea en función de los problemas analizados en situación y con los actores intervinientes en la misma. Siempre debemos elegir el consenso, al menos en nuestra realidad política, como estrategia de trabajo para garantizar acuerdos y líneas de acción que permitan avanzar hacia organizaciones de salud humanas y que pongan el acento en defensa de la vida y de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios sociológicos. 1998;16(46):37-67.
- 2) De Almeida Filho N. Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. Salud Colectiva. 2007;3(3):229-233.
- 3) De Almeida Filho N, Rouquayrol, MZ. Introducción a la Epidemiología, 1a ed. Buenos Aires: Lugar editorial; 2008. p. 13-20.
- 4) Silva Paim J. Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. 1a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.
- 5) Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010;6(3):275-293.
- 6) Flores F. Ent revista. En: Creando organizaciones para el futuro. 5a ed. Santiago: Dolemen, Granica;1997.
- 7) Mitzberg H. La burocracia profesional. En: El diseño de las organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo; 2001. p. 227-254.
- 8) Brisson ME, Spinelli H. Utilización de proyectos de trabajo en una organización de salud del sector público en Argentina: paradojas, dilemas y oportunidades. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005;21(1):554-564.
- 9) Matus C. Los tres cinturones de gobierno. 1a ed. San Justo: Universidad Nacional de la Matanza; 2007. p. 17-49
- 10) Testa M. Pensar en Salud. 3a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.