ATE ARGENTINA | idep | Área de Salud

CUADERNOS PARA TRABAJADORES DE LA SALUD

Fascículo 3

SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD. SIS

Material de publicación periódica y coleccionable

Información, desinformación, sus determinaciones y fines. Cómo transformar dispositivos de manipulación social en herramientas de emancipación?

ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

SECRETARIO GENERAL
Julio Fuentes

SECRETARIO GENERAL ADJUNTO
Hugo Cachorro Godoy

INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACIÓN (IDEP)
PRESENTACION
Director Horacio Fernandez

AREA DE SALUD IDEP
Daniel Godoy

INVESTIGACIÓN Y SUPERVISIÓN
Mario Borini
Diplomado en Salud Pública
Especialista en Metodología

INVESTIGACIÓN :
Luis Migueles,
Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social

IDEA, PRODUCCIÓN, DESARROLLO y DIAGRAMACIÓN :

Daniel Godoy -
Cecilia Fernández Lisso – Sofía Goñi-
Marion Gravier

AÑO 2014
www. ateargentina.org.ar

Índice

Páginas

5/18 **1.- Introducción, génesis de los SIS y propósito de este Cuaderno**

19/27 **2.- Definición y atributos generales de los SIS**

28 **3.- Entorno teórico que sustenta la existencia y las características de los SIS**
29/31 3.a- Método cuantitativo y método cualitativo: en pugna o integrados?
32/34 3.b- Estadística, Demografía y Epidemiología, disciplinas médico-matemáticas para ejercer la bio-política (un proyecto social)
35/36 3.c- Complejidad, orden y caos en los SIS: un desafío para su comprensión
37/38 3.d- Colonización ideológica y (o) construcción social.

39 **4.- Estructura de los SIS**
40/41 4.a- Fuentes de datos
42 4.b- Unidades de informatización
43 4.c- Central de consolidación de datos
43/44 4.d- Instancias de análisis estadístico y epidemiológico
45 4.e-Unidades de elaboración de informes
45/46 4.f- Evaluación del sistema
46/49 4.g.- Nivel de conducción

50 **5.- Proceso técnico en los SIS**
50/55 5.a- Gestión de la calidad del circuito de datos: selección, confiabilidad y validez.
56/57 5.b- Almacenamiento y seguridad de la información
57/62 5.c- Producción de información para la toma de decisiones

63 **6.- Usos extra-técnicos de los SIS, no explícitos, pero reales**
63 6.a- Utilización para intereses de pequeños grupos de gran poder
64/66 6.b- Selectividad socio-política de las fuentes

67 **7.- SIS como parte de sistemas globales: los organismos internacionales concentran información y fijan sus pautas**
67/69 7.a- Organización Mundial de la Salud (OMS):
69 7.b- Organización Panamericana de la Salud (OPS):
70 7.c- Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF):

Páginas

71 7.d- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
71/73 7.e- Banco Mundial (BM)
73 7.f- Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
74 7.g- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)
74 7.h- Mercado Común del Sur (MERCOSUR)
75/77 7.i- Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)

78/80 **8.- El Sistema de Información de Salud nacional**
80/87 8.a- El sistema estadístico nacional de salud
87/90 8.b- Los Sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica
90/94 8.c- El Sistema nacional único de información sanitaria argentino

95 **9.- Los SIS de los estados provinciales**
96 9.a- Las direcciones de estadística provinciales
96/97 9.b- Autonomías y dependencias nacional/provinciales
98 9.c- Ventajas y debilidades de los sistemas locales

99 **10.- Los SIS de las entidades no estatales**
100 10.a- Los SIS en las Obras Sociales Nacionales
101 10.b- El SIS del Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI)
102/103 10.c.- Los SIS en la Obras Sociales Provinciales
104/105 10.d- Los SIS en las Empresas de Medicina Prepaga

106 **11.- Los SIS como parte del sistema de salud**
106/108 11.a- Segmentación, fragmentación y estratificación jerárquica en los SIS.
108 11.b- La fragmentación como instrumento reaccionario/conservador que tiende a una mayor estratificación.
109 11.c- Cada programa nacional, un SIS: las determinaciones del financiamiento internacional.
110 11.d.- Integración de los SIS: utopía o deuda social?
111/114 11.e.- Papel de los trabajadores en la transformación de los SIS

115/119 **12.- Datos económicos en referencia a los SIS**

120 **13.- Conclusiones**

122/124 **14.- Propuestas finales para recomenzar**

125 **15.- Recapitulación**

Iconografía a tener en cuenta

para leer

para estudiar

en grupo

para escribir

para pensar

Aclaración

Importante

para charlar

A los compañeros:

*Presentamos el tercer fascículo de la colección "**CUADERNOS PARA TRABAJADORES DE LA SALUD"**, que pretende abordar uno a uno los "procesos" más decisivos para el entendimiento del "campo" de la Salud.*
*El trabajo está encuadrado en las otras series coleccionables de **IDEPSALUD**, integrada por los **CUADERNOS PARA VOLVER A CARRILLO** (que encarna el enfoque específico de algunos recortes o **"temas"** de la Salud; y **LABRADORES DE LA SALUD POPULAR** que ofrece una galería de la obra y el testimonio de los verdaderos "héroes" de la salud popular en la Argentina.*

*Con el tratamiento de los **SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS)**, terminamos un primer módulo inicial de la Salud pública argentina como es su **Organización** (Fascículo I), su **Financiamiento** (Fascículo II) y su Medición.*

"Información, desinformación, sus determinaciones y fines. Cómo transformar dispositivos de manipulación social SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS),en herramientas de emancipación?" es la consigna que eligieron los autores para presentar este material.
Particularmente apropiado nos pareció esta "provocación", en momentos donde está tan en cuestión el "relato", y la "mediciones" que lo sustentan.
Una vez ejecutada la minuciosa "descomposición" de los Sistemas de Información, su funcionamiento y sus fines que los autores desarrollan en este Fascículo, nos pareció oportuno complementar este fascículo de Sistemas de Información con un anexo que publicaremos próximamente referido a la interpretación de los INDICADORES sociosanitarios mas utilizados.

*Desde **IDEPSALUD y ATEARGENTINA** estamos desplegando un proceso de trabajo absolutamente original e inédito en la salud pública argentina, tal como lo es un auténtico compendio de Salud Pública escrito por trabajadorxs.*
Nos proponemos romper decididamente la noción de que estamos sólo para pelear salario y condiciones de trabajo (vaya si lo hacemos!), diseñando una serie de dispositivos que pretender encarnar la visión de los trabajadores e incorporarla al paisaje de opiniones y posturas en el campo de la salud Pública en Argentina.

Por ello ***estos materiales tienen mucho más que el valor comprobable a primera vista:***
Porque *van hilvanando una acumulación de información intencionadamente ordenada y lógica.*
Porque *mejoran nuestras destrezas para interpretar las claves que determinan lo más estructural de nuestros ámbitos de trabajo.*
Porque ratifica y fortalece con extrema minuciosidad nuestras identidades más sensibles como VOLVER A CARRILLO.
Y ***porque*** *devuelve al campo de los trabajadores, la posibilidad de una la producción sociosanitaria propia, en un tema que en los últimos 60 años estuvo restringida a los Organismos de Crédito, a las Organizaciones científicas y a las Consultoras.*

Se suma al cúmulo de nuevos dispositivos puestos al servicio de la comunicación popular en Salud, como nuestras producciones radiales, audiovisuales, la Muestra Itinerante Volver a Carrillo o nuestro sitio web atesociosanitario, probablemente una de las páginas de Salud mas visitadas de la Argentina.
Y recientemente hemos producido "RELATOS PARA AHUYENTAR LAS NANAS", un CD de cuentos infantiles para distribuir gratuitamente en los hospitales públicos con internación en todo el pais, como otro aporte de los trabajadores a una mirada más humana de la atención medica.

Asi, el empeño del ***IDEPSALUD*** *no es cuantitativita ni coyuntural; mucho menos ingenuo. No perseguimos objetivos de Institutos privados; no nos preocupamos primariamente de la matrícula, los diplomas ni las fotos...*
Como decimos habitualmente, "... Vamos en busca de repechar paciente y colectivamente, un proceso reduccionista y elitista del saber, que se ha encargado de enunciar verdades de perogrullo para realidades complejas. Vamos en busca de encontrar humanidad y práctica social..." apuntalar nuestro sueño y nuestro empeño de una mejor Salud para nuestro Pueblo.

Como siempre, un equipo de trabajo integrado por compañeros de lujo coordinado por Mario Borini, nos aseguran un material de excelente calidad y amigabilidad.

Ojalá podamos aprovecharlo de la mejor manera...

Daniel Godoy
IDEP SALUD
ATE ARGENTINA

ATE ARGENTINA

idep

Fascículo 3

SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS)

Luis Migueles y Mario Borini

Cuaderno Nº1:
La organización del sistema de salud

Cuaderno 2:
Financiamiento de la Salud en la Argentina

Cuaderno Nº3:
SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS)

1 INTRODUCCIÓN, GÉNESIS DE LOS SIS Y PROPÓSITO DE ESTE CUADERNO

Continuando con la intención de brindar herramientas de conocimiento y crítica sobre el campo de la salud en la Argentina, éste Cuaderno 3 forma parte de una serie que comienza con la descripción del Sistema de Salud en el Cuaderno 1, continúa con el análisis del Financiamiento en el Cuaderno 2 y sigue en el presente, con el estudio de los Sistemas de Información en Salud (en adelante SIS), como dispositivos que permiten conocer la situación de salud socio-ambiental, así como las acciones y resultados del sistema de salud en ese campo.

Los SIS constituyen ámbitos de privilegio para la reproducción y circulación del saber sobre los procesos de Salud-Enfermedad-Atención[1,2] y en este sentido su conocimiento es clave para el ejercicio de la política en el terreno en que se desempeñan los trabajadores de la salud, tanto en la micro-política cotidiana por la equidad en centros de salud y hospitales, como en la macro-política para la construcción de un sistema de salud integral.

A continuación se describen los objetivos que se persiguen en este trabajo:

Objetivo general:

Discutir y brindar herramientas para la comprensión crítica de los SIS, que permitan su transformación en instrumentos de cambio hacia un sistema de salud eficaz y equitativo.

Objetivos específicos:

- ✓ Contextualizar el desarrollo histórico de los SIS
- ✓ Reconocer sus dimensiones social, política, estratégica y técnica
- ✓ Caracterizar las fuentes, el flujo y los patrones de utilización de los datos
- ✓ Analizar los SIS internacionales
- ✓ Describir y analizar el SIS argentino, su historia y sus proyecciones futuras
- ✓ Identificar sesgos en los procedimientos y su impacto en la información
- ✓ Delinear fisuras del sistema para incorporar la mirada y la acción de los trabajadores de la salud

Teniendo en cuenta la multiplicidad de sistemas de información de nuestro país y la heterogeneidad de los mismos, queremos aclarar que en el desarrollo de este cuaderno hablamos de "el SIS", en singular, cuando nos referimos al sistema oficial de la Nación; también se mencionarán "los SIS", en plural, para referirnos al conjunto de dispositivos que operan en el sistema de salud argentino, o a un sector del mismo, por ejemplo "los SIS de la Seguridad Social Nacional"; finalmente cuando hagamos referencia a un SIS en particular se designará con la especificación de la entidad de pertenencia, por ejemplo "el SIS del PAMI".

Se trabajará en el presente capítulo sobre el origen de los SIS y sus determinaciones desde la mitad del siglo XX; en el capítulo 2 se trata la definición crítica de los SIS como dispositivos que pueden verse de maneras distintas, según los sujetos sociales que los definen y los valores que los guían.
En el capítulo 3 se revisarán las teorías sobre las que se construye la arquitectura conceptual de los SIS, poniendo énfasis en el análisis crítico de la dicotomía metodológica cuantitativa-cualitativa y la bio-política como proyecto social implícito. Los procesos técnicos clásicos de los SIS actuales serán descriptos y criticados en los capítulos 4 y 5, a la luz de algunos ejemplos sobre cómo pueden distorsionarse reforzando la estratificación social, mientras que en el capítulo 6 se analizan algunos modos de aprovechamiento del SIS para intereses corporativos. Los SIS de los organismos internacionales son descriptos en el capítulo 7 resaltando su funcionalidad en el contexto del capitalismo tardío. Los capítulos 8, 9 y 10 describen los SIS concretos de la Argentina, comenzando en el capítulo 8 con el SIS nacional, siguiendo en el capítulo 9 con los SIS provinciales y en el 10 con los de las entidades de seguro. Por último, en los capítulos finales se realizan críticas generales sobre lo expuesto, y se emiten conclusiones y propuestas.
En primer lugar debemos contemplar que los principales productos de los SIS son los indicadores de salud, y que éstos son diseñados por sistemas dirigidos por sujetos (individuales y colectivos) que tienen intereses propios, por lo cual la supuesta objetividad de los indicadores está alterada por la decisión de qué datos obtener, cómo interpretarlos y difundirlos como ciertos. Adicionalmente la influencia de esta información no se encuentra limitada al campo de la salud, ya que el uso de los datos se extiende a las áreas de la política, la economía, la cultura; esta potencialidad determina que su tratamiento tenga un valor estratégico y que se encuentre amenazado por importantes sesgos que no se pueden omitir si queremos evitar el riesgo de una mirada ingenua que, valorando datos de indudable importancia para el conocimiento, ignore intereses ajenos y hasta contrarios a la salud. En este sentido nuestra intención es reconocer los componentes de los SIS, sus valores e intereses, contribuir a desmontar algunos de esos intereses en la medida en que demostremos su oposición a la salud comunitaria y aprender a seleccionar y generar una información más válida. A lo largo del texto se verán ejemplos de la forma en que los SIS pueden ser utilizados para desinformar ocultando fenómenos de salud importantes y los modos en que se pueden revertir esas tendencias.

1 Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? México: Alteridades. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa. 1994. 4 (7) p 71-83

2 OPS/OMS, El Hospital y las Redes Locales de Salud, Taller, Bs. As., mayo del 87

Qué se mide e interpreta, cómo, y de qué manera se expresan los resultados? Responder estas preguntas ayuda a desenmascar los intereses en juego

En este punto conviene mencionar que la propia concepción de salud varía según el actor social que la define. Más allá de la conocida definición de la OMS, que por su paradojal combinación de generalidad e insuficiencia carece de precisión y aptitud transformadora ("el estado óptimo de bienestar físico, psíquico y social"), la salud humana es la capacidad productiva[3], o la capacidad de disfrutar plenamente de los bienes y servicios existentes[4], o una tarea autónoma y responsable del sujeto que construye su propia salud en un entorno social definido[5], o una condición para la lucha política[6]. De allí que las diferentes concepciones de salud se enmarcan en pujas por lograr modelos societarios distintos: la intención por establecer una sociedad justa se topa con los intereses de quienes pretenden una sociedad modelada hacia la producción mercantilista con una distribución estratificada de las riquezas que permita la reproducción del sistema vigente. Desde este texto, defendemos una idea de la salud, en la que se implica el bienestar de todo el cuerpo social con igualdad en el acceso a bienes y servicios, donde la salud comunitaria y ambiental deviene en condición ineludible del desarrollo de los individuos, siendo la equidad social un requisito indispensable para una sociedad sana.

La información es un instrumento estratégico para lograr una sociedad mas justa

Dicho esto sobre intereses contrapuestos y sesgos al interior de los SIS, consideramos que para la comprensión de su funcionamiento tiene valor un enfoque histórico de su desarrollo en el contexto de las políticas públicas, que permita visualizar desde sus orígenes, las líneas de constitución inicial que prefiguran su evolución posterior, especialmente en términos de los intereses hegemónicos a los que responden, así como las potencialidades contra-hegemónicas en este escenario de poder. En esta línea, podemos situar el origen de los actuales sistemas de información en general y los de salud en particular en la post-guerra de 1945. La existencia de acuerdos mundiales entre la mayoría de los estados nacionales en aquel momento, se debe a dos consensos: a) toda guerra, por el desarrollo de la tecnología nuclear, puede

derivar en una hecatombe mundial con destrucción del género humano y el ambiente natural, por lo cual es el fenómeno más temido en las sociedades contemporáneas[7,8]; notablemente, esto contrasta con la concepción que se tenía de la guerra hasta el siglo XIX, que era considerada un motor de expansión por muchas sociedades[9]. b) en este ambiente social de rechazo y miedo a la guerra nuclear, los acuerdos entre países posteriores a la 2ª guerra mundial se concentran en administrar los conflictos bélicos. Dado que la situación social de las comunidades nacionales puede influir fuertemente en la generación de condiciones facilitadoras para la guerra, las políticas sociales, como parte de las políticas públicas[10], toman una dimensión particularmente estratégica en este contexto.

Este tipo de pacto motivado por el temor remite al modelo de constitución del Estado según Hobbes en 1651, quien defendía la tesis de que los ciudadanos transferían el poder al soberano en pos de la seguridad, pero cediendo parcialmente derechos individuales frente a un Estado que, Hobbes advertía ya entonces, podía volverse abusivo[11]. Paralelamente, una postulación distinta sobre los determinantes del pacto social es la planteada por Rousseau, quien destaca como prioritarios el valor de la justicia y la protección de la vida de los semejantes, dejando al miedo a la guerra en segundo plano[12]. A pesar de sus diferencias, ambas miradas tienen en común la constitución de un pacto a través del cual los ciudadanos delegan poder de soberanía al Estado, ya sea éste monárquico en el caso de Hobbes o republicano en el modelo de Rousseau, por lo cual puede decirse que la función de delegación de poder desde el conjunto social hacia un órgano estatal definido ha sido la constante de la organización societaria de los estados nacionales desde la edad moderna.

Por su parte, ciertos teóricos contemporáneos[13] sostienen que en el caso de la posguerra del 1945 se reproduce este mecanismo, pero esta vez desde los Estados nacionales a un órgano supraestatal, la ONU, de manera que las directrices políticas mundiales quedan a su cargo mientras los Estados nacionales pasan a cumplir una función predominantemente ejecutora de esas pautas globales. Este escenario internacional de achicamiento de la autonomía de los Estados-Nación es asimétrico, ya que la distribución del poder de decisión en la ONU es heterogénea, primando el interés de los países más poderosos del globo[14] La situación es aún más grave cuando observamos que los intereses defendidos por estos países no representan forzosamente a las mayorías populares de su ciudadanía; de esta manera, mientras existen sólidas evidencias de la escasa participación política de la sociedad civil en el más poderoso de estos países -los EEUU-[15] sectores de poder concentrado ejercen acciones de lobby tanto a nivel del parlamento como del ejecutivo. (Los lobbies fueron incorporados al

3 PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano, 2011. Buenos Aires.

4 Lipovetsky G. La felicidad paradójica. Anagrama. Barcelona. 2007. Pág. 48-53

5 Illich, I. Némesis médica. Editorial Joaquín Mortiz, México, 1978. Pág. 364

6 Ferrara, Floreal, entrevista en ATE socio-sanitario.

Congreso en EEUU recién en 1948, hasta entonces prohibidos por priorizar intereses particulares en oposición el bien común). Son entonces estos grupos reducidos quienes a través de la ONU y otros organismos internacionales tienden a primar en el diseño de las pautas supranacionales que luego los Estados-Nación ejecutan con un equilibrio variable de convencimiento, coacción y resistencia, según la orientación política-ideológica de sus gobiernos de turno.

Este es el contexto político en el cual se desarrollaron y se reproducen los sistemas de información de las políticas públicas en general y en particular en el área de la salud, que junto con la educación y el trabajo, conforman el sub-grupo de políticas sociales que al interior del universo de las políticas públicas es el más sensible y estratégico para el desarrollo de acciones de equilibrio social. Llama la atención que más allá de los objetivos declarados de estas políticas -paz, desarrollo, bienestar común[16], estas aspiraciones contrasten con el hecho que el periodo posterior a 1945 se encuentra pletórico de guerras y ajustes económicos recuentemente inducidos y protagonizados por los países de mayor peso en el escenario internacional.

sta contradicción encuentra su explicación en que se trata de conflictos bélicos controlados y aprovechados para el logro de ciertos objetivos económicos, pero evitando su expansión mundial y la inaceptable deriva nuclear. La Guerra del Golfo y la de Afganistán son claros ejemplos de conflictos bélicos influidos por intereses económicos vinculados al petróleo y el equilibrio político en el Medio Oriente. De manera que más allá de las pomposas y pacíficas declaraciones, la ONU y sus miembros más conspicuos utilizan reglas distintas para evitar o permitir conflictos bélicos según sus propios proyectos de política internacional. En cuanto a los ajustes económicos, se dieron por lo general según las pautas de los capitales financieros globalizados, sin tener en cuenta los perjuicios derivados sobre el bienestar de la población, situación que fuera descripta ampliamente en el Cuaderno 2 de esta serie2. Entonces, el control de la guerra y el control del desarrollo social a través de sus áreas más sensibles (salud, educación y trabajo) son los objetivos de ese consenso mundial posterior a 1945, que se ve reforzado por la posterior caída del socialismo real de la URSS, dejando al bloque occidental como el de mayor poderío global. Pero la vigencia de unos países sobre otros no es independiente de la de grupos de poder, "a los que se atribuye el manejo de información mundial anticipatoria a favor de cambios demográficos, económicos, agroindus

7 Beck, U., 2007. La sociedad del riesgo mundial. Paidós. Buenos Aires.

8 Bauman, Z., 2007 Miedo líquido. Paidós. Buenos Aires.

9 Anderson, P. 1996. Los fines de la historia. Anagrama. Barcelona.

10 Dentro de las políticas públicas (saneamiento, energía, seguridad, etc.), se considera como políticas sociales, a la salud, la educación, la alimentación, el trabajo, la vivienda y la previsión social.

triales, climáticos y sobre todo militares, combinando viejas formas del belicismo con las comunicaciones y la informática"[18]. Como se ve, el panorama es tan complejo como extensa es la presencia de fuerzas que intentan controlar a la sociedad.

Los sistemas de información constituyen parte del dispositivo de inteligencia de esta estructura de control social a nivel planetario. Desde los centros gubernamentales del poder mundial, en un primer momento se pretende convencer a los pueblos de que las sociedades requieren de un control y un mando que eviten su propia destrucción[19]; luego, que para ejercer este mando se requiere de complejos y extensos dispositivos[20] de inteligencia que reúnan los datos necesarios para ello; finalmente, sobre estos supuestos convertidos en verdades indiscutibles (técnicamente reveladas), se reproducen estos dispositivos de información y control, que se encuentran en cada área de las políticas sociales.

Sin embargo y más allá de esta función de control social, los sistemas de información tienen un aspecto potencialmente positivo, ya que a través de ellos se puede planificar y asistir necesidades, efectuar redistribuciones de bienes y servicios que resulten justas para el cuerpo social, organizar la producción de bienes materiales y simbólicos y evaluar los resultados de estas acciones. Ahora bien, para lograr estos objetivos, el diseño, desarrollo y control de dichas políticas requiere mayor participación popular por sus condiciones contra el statu quo. En este sentido en tanto dispositivos estratégicos de control de sociedades profundamente injustas, los SIS son parte de una estructura mayor destinada a asistir a las poblaciones pobres y aminorar el impacto de la desigualdad. El capitalismo tardío, por sus altos niveles de desigualdad, resulta amenazado por la disgregación social y es por eso que las políticas sociales vienen a operar para disminuir ese impacto. En el área de salud, los SIS son los dispositivos de inteligencia para lograr este objetivo.

El desarrollo de los SIS forma parte de un fenómeno más amplio que es el de la constitución de los sistemas de información de las políticas públicas en general y de las políticas sociales –salud, educación, trabajo- en particular, cuyas determinaciones más fuertes son: la necesidad de evitar la guerra entre naciones y la prevención de la disgregación social del sistema capitalista como consecuencia de sus tendencias estratificantes/excluyentes, es decir, el temor a la violencia y a la disgregación social. Para lograr ambos fines se necesita de las políticas sociales y sus sistemas de información.

11 Hobbes, T., 2003. Leviatán, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, p 142-158

12 Rousseau J. 2008. El contrato social, Losada, Buenos Aires. 2008. P 53 a 57

13 Hardt, M. Negri, A. 2003 Imperio, Paidós, Buenos Aires. P 23-33

14 Chomsky N. 1996. El nuevo orden mundial (y el viejo). Crítica. Barcelona. pág. 156-192

15 Chomsky, N. 1992. El miedo a la democracia. Critica. Barcelona

Simultáneamente, y como contracara de estas iniciativas de los Estados, a lo largo de las últimas décadas del siglo XX se han desarrollado movimientos independientes de los gobiernos, a través de los cuales la sociedad civil ha tomado participación activa, generalmente con una mirada crítica a los discursos y en especial a las prácticas de los organismos oficiales, en general alineados con el neo-liberalismo económico. Estas organizaciones han tenido en muchas oportunidades una tendencia a la unificación planetaria, en especial a partir del auge de las comunicaciones por internet, y reúnen tendencias vinculadas a movimientos de izquierda, gremios progresistas, grupos anarquistas, indianismo, movimientos religiosos comunitarios de base, ecologismo, feminismo, vanguardias artísticas, científicos críticos, disidencias políticas con el statu quo y las (probablemente) mal llamadas "minorías sexuales"[21], entre otros; se trata de un conglomerado de grupos heterogéneos por sus objetivos, pero que comparten su visión crítica del capitalismo como sistema de opresión de mayorías populares. Los aportes de estos movimientos han sido muy importantes, si bien no suficientemente aprovechados por sectores progresistas en el debate político. Un ejemplo relevante de su influencia ha sido el cambio logrado en la conceptualización de la equidad en salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de las críticas de dichos movimientos sociales, que motivaron la asignación de un lugar de privilegio a las categorías de género, etnia y pobreza en la generación de inequidades; estas determinaciones, que habían sido desplazadas por los "estilos de vida" en los 90, fueron asumidas como nucleares por la OMS en 2006 [22, 23, 24]. No obstante, queda pendiente el reconocimiento de otras categorías a las que aún se da escasa importancia: los niños, los ancianos, los disidentes políticos, los inmigrantes y los discapacitados, las víctimas de violencia[25]. Y en especial el reconocimiento pleno que cuando varias de estas condiciones se suman en un individuo o sub-población, el riesgo de desventaja social se agrava profundamente.

La progresiva aunque lenta y dificultosa incorporación de estas variables a la información que manejan los SIS es, en parte importante, el resultado de la lucha que han llevado a cabo estas fuerzas sociales. Por ello consideramos que los SIS tienen un potencial transformador estratégico en la lucha política, siendo herramientas que pueden utilizarse a favor de una sociedad igualitaria. Sin embargo, también debemos estar atentos para reconocer que a estas interacciones se suman las presiones ejercidas por grupos conservadores, entre ellos algunas corporaciones, sectores tradicionalistas, grupos religiosos fundamentalistas, que tienden a influir para que las condiciones de estratificación

16 PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010). Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/docsIDH2010/PNUD_INDH_2010_Nov_2010.pdf

17 Borini, M., 2013. Financiamiento de la Salud Poblacional en la Argentina. ATE-IDEP

18 Borini, M. Ambiente, Derecho y Salud: ¿qué encuadre general para la contaminación y depredación ambiental? http://mariobo rini.bligoo.com/ambiente -derecho-y-salud, vista el 3.4.2014

19 Esposito, R. 2011. El dispositivo de la persona, Amorrortu. Buenos Aires. p 78-87

20 Agamben G. 2011¿Qué es un dispositivo? Revista Sociológica, año 26, número 73, México, p. 249-264.

21 Véase más adelante en el apartado 5.c una reflexión adicional sobre las ambiguas potencialidades lingüísticas del vocablo "minoría".

22 Whitehead M. 1992.The Concepts and principles of equity and Health.International Journal of Health Services, 22: 429-445

23 Breilh J. 1998. Inequidad y perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. P130 y ss http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/images/salud/eventos/documentos/JB%20CuerpoDifDes.pdf

24 Whitehead, M. Dahlgren, G.2006. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1. Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool. pág. 15. http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Desigualdades%20sociales%20Europa%201.pdf

25 Alazraqui M y col. 2012. Calidad de los sistemas de información de mortalidad por violencias en Argentina y Brasil – 1990-2010. Ciênc. Saúde coletiva vol.17 n.12 Rio de Janeiro Dec. 2012

social no cambien, si bien disfrazando sus discursos de manera que no resulten muy discrepantes con el consenso democrático.

Conformados según las determinaciones de la historia descrita en la que el equilibrio de poder militar y económico tendió a beneficiar a los sectores del capital concentrado, no sorprende que en los SIS la producción de información adolezca de descontextualización y des-historización de los datos, que suelen presentarse como si fueran neutrales, sin relación con otra información que revelaría sus determinaciones y por ende la necesidad de un cambio radical en los procesos de reproducción socio-ambiental. Así, por ejemplo, las relaciones de salud y enfermedad con la pobreza son camufladas, disociadas o negadas mediante un enfoque empírico-positivista, que pretende fundar la verdad solamente en las apariencias, con el agravante de que es el mismo enfoque el que las selecciona intencionalmente.

El paradigma capitalista propicia mostrar el estado de situación actual como algo natural ocultando los intensos conflictos de los que la historia da cuenta. Y como se verá en el capítulo 3 la metodología que se emplea en los SIS tiene gran influencia en consolidar esta visión.

Existen hechos concretos que desde los SIS perpetúan la postergación de sectores sociales a través de maniobras comerciales y hasta bélicas. Un ejemplo del imperio comercial y político sobre los datos de salud, es el pánico que produjo la predicción injustificada[26] de una pandemia de gripe A que finalmente no existió[27]. En esa ocasión, Donald Rumsfeld, Secretario de Defensa de Busch, se vio involucrado en las ventas internacionales masivas del Tamiflú (oseltamivir, su

principio activo) para el tratamiento de esa enfermedad. El medicamento había sido patentado por el Laboratorio Gilead Sciences del que Rumsfeld fue Presidente, pero durante esa función pública se mantuvo como uno de sus principales accionistas[28]. Paradojalmente, su principio activo deriva del anís estrellado, una planta de uso inmemorial por poblaciones aborígenes pero denostada por la industria farmacéutica hasta que descubrieron su veta comercial y lograron patentarla como si fuera de su propia invención. Rumsfeld es el mismo que participó en la falsa información de que Irak poseía armas químicas, argumento para el genocidio que siguió. En su libro[29], la Ministra de Salud de Indonesia alega que los Estados Unidos tenían la intención de producir un arma biológica con el virus H5N1 y la OMS conspiraba para beneficiarse de las vacunas anti-H5N1.

Frente a la situación descripta, resulta importante que quienes trabajan en el sector salud conozcan los SIS, así como las múltiples determinaciones mencionadas, con el fin de poder transformarlos en estructuras emancipadoras[30] que lleven a una sociedad más justa y cohesionada. En el siguiente grafico se trata de expresar la interacción de los principales grupos de actores que intervienen en la reproducción de los SIS, teniendo en cuenta la concepción de Estado ampliado[31] según la cual Estado y Sociedad Civil no son campos estrictamente delimitados sino que comparten áreas en común donde la reproducción de las estructuras del Estado se ven influenciadas por ambos. Es en la intersección de estos territorios de poder donde se van delineando y reproduciendo cotidianamente las características de los sistemas de información.

26 Flynn P. 2010. The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed. Council of Europe. Parlamentary Assembly. AS/Soc(2010)12

27 Febbro, E., 2010.Pandemia de sospechas sobre la OMS, Diario Página 12, edición del 30-1-2010, Buenos Aires

28 Nelson D. Schwartz, 2005. "Creciendo Estaca de Rumsfeld en el Tamiflu", Fortune. http://money.cnn.-com/2005/10/31/news/newsmakers/fortune_rumsfeld/. En esa fecha Fortune lo rankea con acciones desde U$S 5 a 25

millones en Gilead, de acuerdo con las revelaciones financieras federales presentadas por Rumsfeld

29 Supari, Siti Fadilah, 2008. It´s time for the World to Change – In the spirit of dignity, equity and transparecy – Divine Han Behind Avian Influenza, Editorial PT. Sudaksana Watinsa Indonesia.

30 Se utiliza el concepto de emancipación en el sentido usado por Sartre, como un acto de conquista de autonomía de decisiones y derechos de grupos sociales oprimidos.

31 Laclau, E. y Moufe Ch., 1987. Hegemonía y estrategia socialista. Siglo XXI. Madrid

32 Chadha, Ravinder Kumar. Right to Information.Mumbai : [s.n.], 2004 [[consult. 2004-06-19]. Disponible en: <http://www.iplb.pt/pls/diplb/html_utils.-get_file?xco-de=3174756&xcolumnname=content&xtablename=cm_document>.

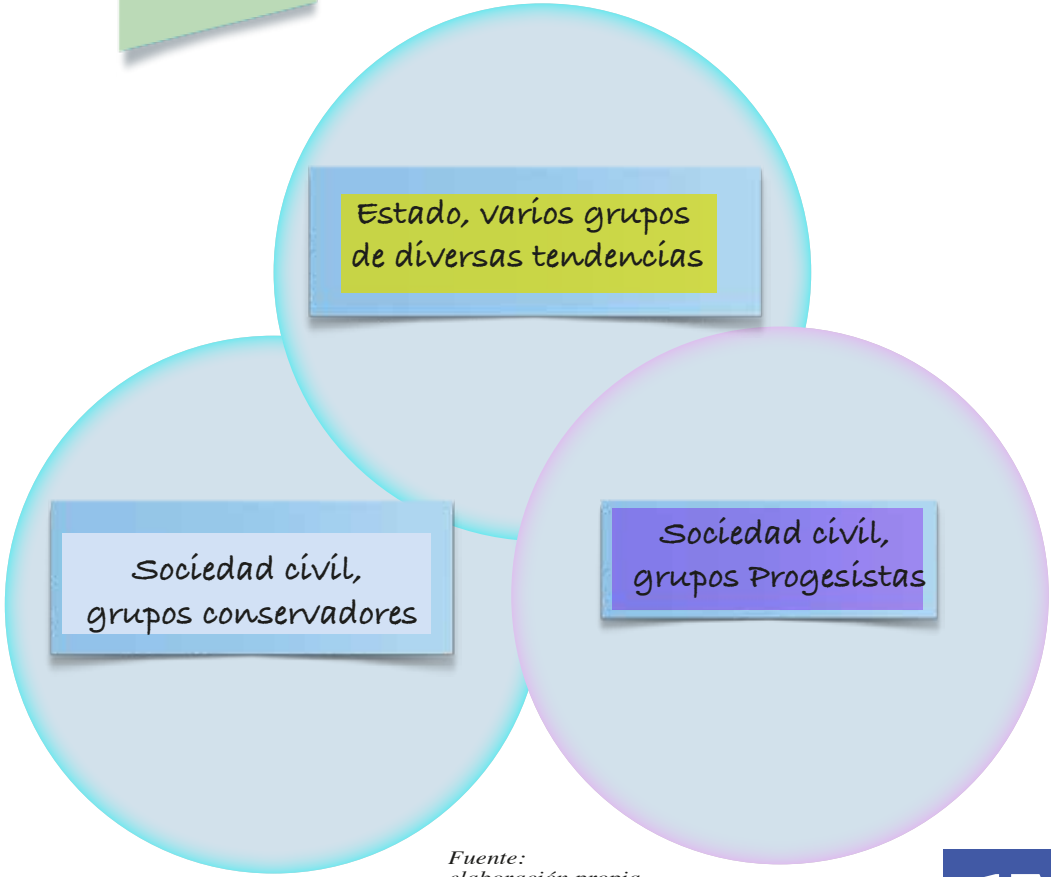
33Declaración Universal de los Derechos Humanos (en línea, consulta el 19.6.2004), Génova, Naciones Unidas, http://www.un-hchr.ch/udhr/lang/spn.htm)

34 (Santos, Boaventura de Sousa. Os direitos humanos na pós-modernidade. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 198

35 Austin, J. 1982. Cómo hacer cosas con palabras. Palabras y acciones. Paidós.

GRAFICO 1

Grupos de actores sociales en la reproducción histórica de los SIS



Fuente:
elaboración propia
en base a idea de Ernesto Laclau

Finalmente, una mención sobre el derecho a la información, consagrado en la Declaración Universal de DDHH (1948, actualizada por última vez en 1998). Las Naciones Unidas llamaron al derecho a libertad de información la piedra de toque de todas libertades a las que se han consagrado[32] . Y en la Declaración y Programa de Acción de Viena, párrafo 5, parte 1, todos los derechos humanos son universales, indisociables, interdependientes e interrelacionados. La Declaración en su art. 19 reza: "Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión"[33] . En cuanto a su relación con otros derechos, forma parte de los derechos de 2ª generación, económico-sociales, que consagraron la igualdad contra la explotación en la 2ª posguerra a través del Estado de Bienestar. Les precedieron los de 1ª generación, civiles y políticos, que consagraron la libertad contra la dominación. Y les sucedieron los de 3ª generación, culturales y simbólicos, que consagran la autonomía y subjetividad contra la alienación[34] .

CUADRO 1

Derechos Humanos

	1ª Generación	2ª Generación	3ª Generación
PROBLEMA EN CURSO	DOMINACIÓN	EXPLOTACIÓN	ALIENACIÓN
PRINCIPIO EN JUEGO	LIBERTAD	IGUALDAD	AUTONOMÍA Y SUBJETIVIDAD
DERECHOS SANCIONADOS	CIVILES Y POLÍTICOS	ECONÓMICO-SOCIALES *(Aquí también se Incluye el Derecho a la Información)*	CULTURALES Y SIMBÓLICOS (Aquí también se incluye el derecho a la información)

Fuente: elaboración propia en base en datos de Chadha, Ravinder Kumar (op. cit.)

2 DEFINICIÓN Y ATRIBUTOS GENERALES DE LOS SIS.

Definir es generar sentido acerca de la realidad

Deconstruir las definiciones tradicionales crea nuevos sentidos y proyecta realidades alternativas a lo instituido

La capacidad de la palabra humana no se limita a intercambiar información con otros interlocutores, sino que se extiende a la transformación de la realidad sobre la que versa el discurso[35] . Llamar a los SIS de un modo o de otro, va más allá del puro formalismo, generando resultados en el propio trabajo del SIS. Podría proponerse en este sentido, un cambio en la denominación de estos sistemas, que incluya conceptos de equidad; por ejemplo: -sistema de información para la emancipación social-. No se trata de un mero agregado retórico, sino de brindar a la expresión verbal un sentido transformador en el contexto de sociedades profundamente desiguales y excluyentes. Una denominación de este tipo tiene la ventaja de asumir el déficit social de la desigualdad con el que carga nuestra sociedad y de esta forma estimular los cambios en sentido igualitario.

Ahora bien, más allá del nombre en sí mismo, lo importante es reconocer que el sustrato de sentido que contiene el SIS no es estático y definitivo, sino que se encuentra sujeto a las permanentes tensiones que producen los intereses encontrados de los sujetos sociales que participan de su reproducción. En el presente capítulo se realizará un análisis de la definición clásica de un SIS, las implicancias que subyacen a la misma, pero también se intentará una conceptualización alternativa en base a la cual un SIS se puede proyectar como herramienta emancipadora. En el siguiente Gráfico se muestra la polaridad que configuran estas dos definiciones distintas, así como parte de sus actores sociales. Por tratarse de un esquema, los actores se dividieron por su tendencia dominan-

te hacia la justificación o el cuestionamiento del statu quo. Lo que no significa desconocer la heterogeneidad que un análisis más fino demostraría en cada componente, hasta el punto de que en un mismo componente podrían existir ambas tendencias o subcomponentes de ambas tendencias. El momento de conflicto que expresa el Gráfico es permanente, ya que todo el tiempo las tendencias polares se encuentran en acción en virtud de la influencia de grupos sociales que tienen concepciones distintas de cómo "debe ser" la sociedad.

GRAFICO 2

Tendencias polares en la utilización de los SIS según grupos sociales progresistas o conservadores

Movimientos de izquierda

Gremios progresistas

Grupos anarquistas utópicos

Indianistas

Comunidades de base, religiosas u otras

Grupos ecologistas

Sectores feministas

Vanguardias artísticas

Científicos críticos

Organizaciones por derechos humanos

Disidentes políticas con el statu quo

Grupos conservadores

Corporaciones particularistas

Grupos fundamentalistas

Fondos de Pensiones privados

Empresas de Medicina Prepaga

Aseguradoras de Riesgos del Trabajo

Seguros

Bancos

Fuente: elaboración propia

Clásicamente se define a los SIS como dispositivos destinados a la producción, acumulación, procesamiento y publicación de datos sobre la salud, la enfermedad y la atención, con el objetivo de generar información y conocimiento, que permitan la toma de decisiones adecuadas y oportunas, para conservar y restaurar la salud de la población y evitar la muerte prematura.

Los SIS son parte esencial de los sistemas de salud, ya que constituyen su dimensión "inteligente", "neuronal", necesaria para la coordinación del conjunto de acciones propias del sistema. Considerando esta condición de elemento pensante, pueden ser vistos también como testigos de la calidad de un sistema de salud. Además, los SIS atraviesan a todos los componentes del sistema, en sus instancias preventivas, de recuperación y de rehabilitación, así como en todos los niveles de complejidad, siendo tan importantes en un aspecto como en los otros, ya que la información que manejan es complementaria, interrelacionada y de importancia equivalente en cada nivel y en cada aspecto. En este sentido, estos dispositivos cuentan con los atributos de ser hologramáticos, recursivos y dialógicos, es decir que por sus condiciones multidimensionales deben ser considerados como estructuras de un alto nivel de complejidad[36] , aspecto que será ampliado en el apartado 3.c.
Ahora bien, los SIS trabajan con unidades conceptuales, que pueden clasificarse del siguiente modo en progresión de agregación teórica: A) Los datos: son segmentos acotados de percepción sobre determinada realidad, que por sí mismos tienen un valor relativo; por ejemplo, el número de camas de internación en una localidad no dice nada por sí solo, sino en relación con otros datos, como tamaño y salud de la población. Se trata de insumos para construir información. B) Una información está conformada por un conjunto de datos relacionados de mayor elaboración y que le otorga un sentido. C) Un conocimiento se forma a partir de la información procesada por el entendimiento humano, la discusión y el consenso de personas con experiencia en el tema: por ejemplo, 2 camas por mil habitantes en una población joven y sana se corresponde con 4 camas o más por mil habitantes de una población añosa con una proporción importante de padecientes crónicos. D) Las decisiones son tomadas en base a los conocimientos y a los objetivos que se persiguen; siguiendo con el ejemplo de camas de internación, si las dificultades de traslado y la provisión de servicios domiciliarios no está garantizada, la decisión puede ser internar a los niños con menor grado de deshidratación que en poblaciones más cercanas y dotadas, de manera que en el primer caso se requieren más camas.

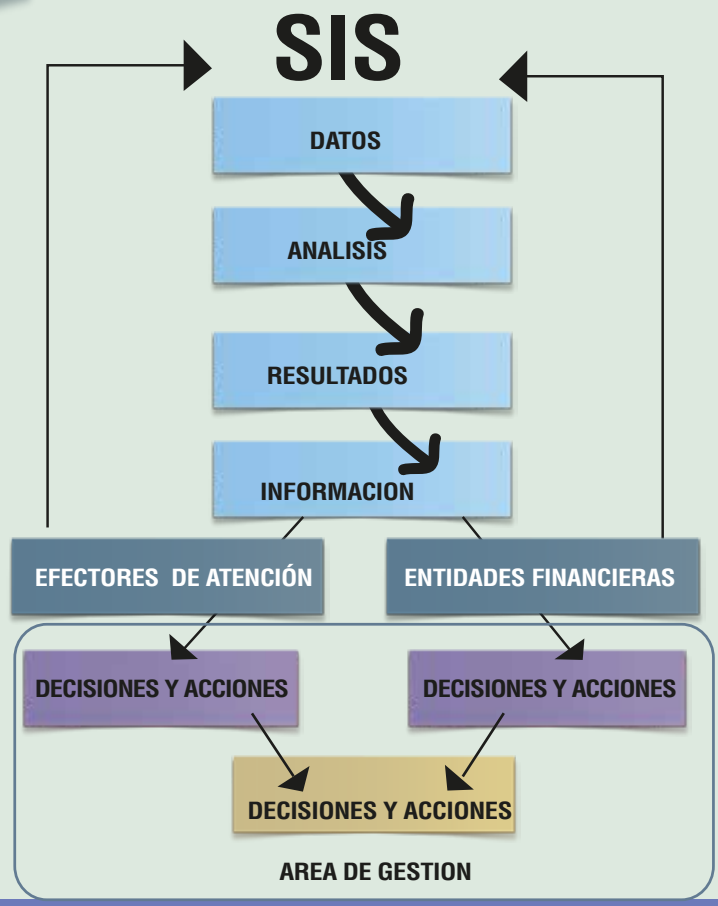
El pasaje de la instancia de registro del dato hasta la toma de decisiones es central en el desarrollo de los SIS, ya que es este camino el que se ve influenciado por múltiples determinaciones de carácter personal, institucional, político. Una vez tomadas las decisiones en las áreas de

36 Morin, E. 1998. Introducción al pensamiento complejo. Gedisa. Barcelona.

GRAFICO 3 Flujo de la información en el SIS estatal y su relación con efectores y financiadores

gestión que comparten espacios con el SIS, impactan en efectores y financiadores de salud, que a su vez proveen datos al SIS, cerrando el circuito.

En el gráfico se ha preferido mostrar el flujo de la información en un solo sentido para evidenciar que el SIS produce información basado en los datos que recibe de los financiadores y efectores, así como las decisiones se toman en el área de gestión del Ministerio de Salud e impactan en financiadores y efectores.



Fuente: elaboración propia

Considerando que el trayecto del dato a la toma de decisión supone un entramado complejo de actores, algunos ponen énfasis en el intercambio comunicacional que debe establecerse entre ellos sosteniendo que el incremento del mismo llevaría a la conformación de SIS más adecuados a una sociedad igualitaria[37] . Sin embargo cabría reconocer las asimetrías de poder existentes entre actores de distinto tipo dentro de los SIS, porque la comunicación no constituye por sí misma una solución a un problema de poderes en pugna. Una alternativa es apostar a un esquema de construcción de hegemonía en el cual trabajadores de la salud pública y los grupos vulnerados pudieran tomar decisiones con mayor protagonismo que los que permiten los anquilosados circuitos de los SIS actuales. La comunicación sería, entonces, uno más de los instrumentos para esa construcción de hegemonía o contra-hegemonía.

Los sistemas de información en salud son dispositivos generadores de sentido, que pueden ser utilizados para producir justicia social o para consolidar jerarquías injustas

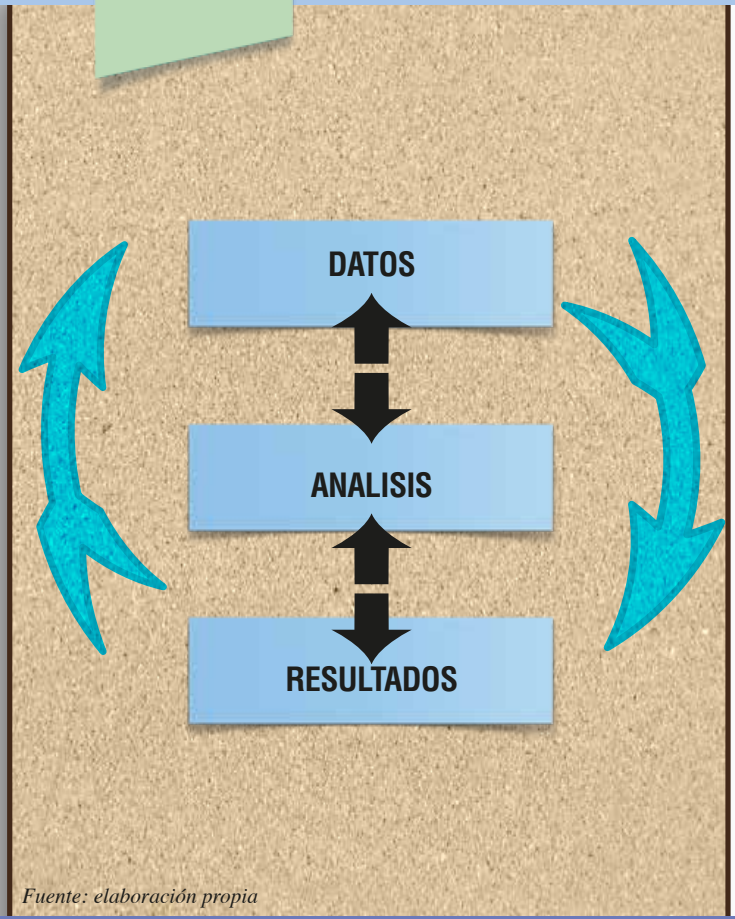
37 Alazraqui M y col. 2006. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2693-2702.

En cuanto a la constitución funcional de los SIS, y yendo de lo simple a lo complejo, es clásico describirlos como estructurados en un esquema básico de ingresos-proceso-egresos, como puede verse en el Grafico 3 (flechas horizontales azules), en el cual los ingresos representan a los datos originales, el proceso al análisis y los egresos a los informes de sus resultados. Se trata de una concepción instrumental de los SIS según la cual su único propósito es producir insumos de información para la toma de decisiones por parte de un decisor externo que imparte pautas subordinantes al SIS. No se contempla de esta forma las implicancias simbólicas y políticas que tiene el propio trabajo de los SIS, ni sus impactos complejos y múltiples dentro de las instituciones de salud en virtud de la intensa gama de influencias que producen al procesar saberes y sentidos en el imaginario de la salud. A pesar de estos déficits, la mayoría de las instituciones siguen concibiendo los SIS de esta manera clásica, mecanicista e instrumental, aunque en teoría son pocos los que defienden este modelo, que tiende a infravalorar a sus trabajadores sometiéndolos a decisiones políticas.

Un avance teórico sobre la constitución de los SIS, los muestra como un proceso que se retroalimenta, en el cual no solo se toman datos del exterior del sistema, sino que los datos que él mismo produce sirven como insumos para efectuar nuevos análisis[38] . De manera que los SIS no solo dependen de la información que proveen los efectores y los entes financiadores de salud

(entre otras instituciones), sino que también generan información autónoma o de mano propia que sirve para analizar el comportamiento de dichas entidades, su funcionamiento en red, sus potencialidades y sus falencias.Y tambien tienen la capacidad de autoevaluar el modo en que producen, procesan y publican la información. Por ello conviene concebir a los SIS como sistemas circulares en los que la información fluye de manera multidireccional, y donde los resultados pueden transformarse en insumos para nuevos procesamientos. Este modo de entenderlos se encuentra más en línea con sus potencialidades reales, mostrando cómo el trabajo genera cambios que impactan en el exterior del sistema de un modo no siempre previsible para el aparato de gobierno. De esta forma un SIS puede señalar un deficit inesperado, descubrir necesidades ocultas para la administración, establecer conflictos intra-institucionales que requieran de medidas innovativas importantes en la gestión. En el Gráfico 4 las flechas curvas de color turquesa tratan de expresar esta característica autoreproductiva de un SIS, que le otorga una fuerza politica en sí mismo, trascendiendo a su función técnico-instrumental. Como veremos mas adelante estas fuerzas inmanentes de los SIS tienen proyeccciones hacia el sistema de salud en su conjunto.

GRAFICO 4 Elementos principales de un SIS y relaciones entre los mismos



Fuente: elaboración propia

Proyectándose aún más sobre la complejidad de los SIS, resulta necesario ampliar la mirada y considerarlos como partes integrantes del sistema de salud y en tanto tales, siendo atravesados por las múltiples determinaciones que operan en el mismo, como se muestra en el Grafico 5. A su vez el sistema de salud se encuentra inmerso en la estructura económico-social y sobre-determinado por las fuerzas que lo atraviesan. Sin embargo, existe cierto nivel de autonomía y grados de libertad cambiantes para un desempeño propio de los SIS, de manera que, por un lado, SIS y sistema de salud forman parte de una estructura social común, pero al mismo tiempo mantienen entre ellos una autonomía relativa. De esa forma, un SIS puede ser más aliado de la sociedad que lo erige como informante técnicamente sólido y políticamente independiente, cualquiera sea su evaluación del sistema, o bien del propio sistema de salud, que tiende a pensar que se beneficia solamente si la evaluación del SIS le es favorable. Este equilibrio resulta dinámico, existiendo una constante oscilación entre una tendencia y la otra, siendo una importante función de los trabajadores de la salud impulsar la primera tendencia. En el nivel de las determinaciones sociales se destacan la cultura en sus variadas manifestaciones según cada grupo social, las costumbres y tradiciones de estos grupos, así como los valores prioritarios de la sociedad capitalista, entre ellos el valor de la propiedad privada y la seguridad individual como prioritarios frente al valor del bienestar comunitario. Estos valores influyen en los SIS fijando su utilidad en aquella información que los sostenga[39] . Por otra parte, en el nivel estatal, existen determinaciones fuertes vinculadas a la estructura y funcionamiento del Estado que es resultado de una cristalización de relaciones de poder entre grupos sociales, configuración en la que la estratificación social tiene un papel preeminente. Afortunadamente la potencialidad de cambios en los SIS mediante la intervención de grupos de interés antagónico, permite que sean instrumentos de cambio, ya que sus transformaciones impactan en todos los niveles donde las fronteras se encuentran permeadas por elementos comunes.

GRAFICO 5 Situación contextual del SIS en la sociedad

Fuente: elaboración propia

Existen en los SIS, al menos tres dimensiones: una dimensión técnica, que tiene que ver con su tarea específica, una dimensión estratégica que se define por el balance de poder cuando hay más de un actor, y una dimensión política donde se ejerce el poder de decidir. Dado que para el caso de los SIS oficiales las líneas de trabajo las determinan los gobiernos de turno, junto con la tradición de los SIS y las influencias de instituciones de la sociedad civil no gubernamentales, los mismos están permanentemente atravesados por un juego de tensiones de distinta valencia e intensidad, cuyo resultado determina el modo de funcionamiento del SIS en cada momento histórico. Como se verá en posteriores capítulos existen numerosos ejemplos de cómo lo político, lo estratégico y lo técnico pueden entrar en conflicto.

Sin desconocer estas influencias y sobre todo debido a ellas es que los SIS deben fortalecer su dimensión técnica, ya que de esta manera brindan una garantía de verosimilitud a la información. La injerencia del poder político en los SIS puede ser deletérea si no se respetan el valor y los límites del campo técnico. En nuestro país, la gestión del INDEC de los últimos años ha mostrado cómo la credibilidad institucional se ve afectada cuando lo técnico se subordina a lo político. Ambas dimensiones deben conservar cuotas de poder en equilibrio dinámico, que permita un trabajo técnico relacionado con lo político, pero no subordinado ni mucho menos desfigurado por él[40].

Lo político siempre se encuentra delineando los sentidos en que se desarrolla el trabajo técnico, hacia adonde apuntan los trabajos de campo, las encuestas a población en el caso del INDEC, pero no debe afectar la metodología ni los estándares técnicos. La resistencia crítica de los trabajadores del INDEC motivó que la injerencia gubernamental en la metodología de medición se vea reducida, constituyendo una clara demostración de la fuerza de las organizaciones de trabajadores[41] .

Si bien el Estado debe ser valorado y reforzado en su función de ordenador del sistema de salud, consideramos que no siempre dirige sus acciones en pos del bien comunitario. Al interior del Estado se encuentran nichos de profunda inconveniencia para la sociedad como conjunto, así como en instituciones de la sociedad civil existen sectores e instituciones que propician el bien comunitario y otras que tienen como prioridad valores corporativos. El encuentro del Estado y Sociedad Civil en la búsqueda de la equidad puede darse en aquellos sectores que comparten valores y objetivos en esa dirección.

Los sistemas de información en salud tienen como misión producir información para la toma de decisiones orientadas a la salud comunitaria.

Según la relación de fuerzas, esas decisiones favorecen a ciertos sectores y perjudican a otros.

38 Esta retroalimentación productiva y reproductiva fue denominada autopoyesis por Varela, Francisco J.; Maturana, Humberto R.; & Uribe, R. (1974), Autopoiesis: the organization of living systems, its characterization and a model. Biosystems 5 187–196

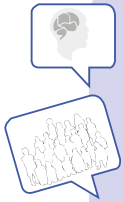
39 Bourdieu P. 2011. Las estrategias de la reproducción social. Siglo XXI. Buenos Aires.

40 Otra subordinación, en este caso al interés económico, se hace evidente cuando el Gobierno subestima la inflación, como estrategia de contención de pagos de dividendos a inversores en Bonos que aumentan con la inflación.

41 Junta Interna de ATE-INDEC, No somos cómplices de la mentira. Los trabajadores del INDEC denuncian la destrucción de las estadísticas públicas tras 7 años de Intervención. CTA-ATE, Buenos Aires, 2014. Disponible en: http://ateindec.org.ar/

El trabajo por una sociedad cohesionada y con altos niveles de equidad exige la existencia de SIS que tiendan a su transformación. En este sentido creemos que los cambios realmente transformadores en los SIS no pasan solamente ni prioritariamente por mejorarlos en términos de efectividad, eficiencia y eficacia, ya que esto nos estaría conduciendo a la consolidación de un modelo de dispositivo funcional a una sociedad injusta. Los SIS no son neutros, no solo hacen ciencia, sino que el revestimiento de neutralidad que los legitima, puede constituir un atributo para la perpetuación de inequidades.

Definimos a los SIS como dispositivos políticos complejos de valor estratégico para la construcción de conocimiento y poder, constituyendo un terreno abierto de intercambio y confrontación entre sujetos sociales con intereses opuestos, que se definen por su adhesión a un modelo igualitario de comunidad o bien a un paradigma societario estratificado a favor de desigualdades injustas.



PARA PENSAR Y TRABAJAR EN GRUPO, LAS SIGUIENTES CUESTIONES:

- A qué se debe el surgimiento de los SIS en las sociedades actuales.
- Qué funciones sociales cumplen los SIS y por qué.
- Cuáles son las fuerzas sociales de las que dependen la reproducción de los SIS y sus transformaciones.

3 ENTORNO TEORICO QUE SUSTENTA LA EXISTENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD.

En un entramado dinámico con las determinaciones políticas de los SIS relatadas en el primer capítulo, ciertas disciplinas han influido fuertemente en su evolución. En el presente capítulo se expondrán algunas tendencias y conflictos, cuyo conocimiento se considera sustancial para la comprensión de los SIS actuales y su reproducción.

3.A.- MÉTODO CUANTITATIVO Y MÉTODO CUALITATIVO: EN PUGNA O INTEGRADOS?

Una característica de la forma en que se entienden los SIS es su estrecho vínculo teórico con el racionalismo, un paradigma filosófico según el cual la verdad se encuentra siempre y exclusivamente por el camino de la razón. Esta antigua concepción que proviene del Iluminismo del siglo XVIII ha perdido gran parte de su consenso original en virtud de los aportes del psicoanálisis y de la teoría de la complejidad entre otras teorías, ya que tiende a desconocer los aspectos del deseo, y sobre todo del poder, que atraviesan la conflictiva realidad de las sociedades humanas. Sin embargo en la actualidad se continúa echando mano al racionalismo en el campo de la salud con propuestas que tienen que ver con la planificación normativa[42,43,] a pesar de los fracasos que ha experimentado por la carencia de análisis del juego de poder entre actores. El modo en que la OPS recomienda la recolección de datos y su procesamiento, está ligada a esa planificación[44]. Nuestro enfoque acerca de los estilos de planificación es ecléctico, en tanto los consideramos complementarios o alternativos, in toto o secuencialmente, según la situación concreta en que se apliquen (consenso, indiferencia, conflicto). En situacio-

nes de poder compartido, se ha ponderado la planificación estratégica , especialmente en la contemplación de necesidades e intereses de los grupos de menor poder (concepciones socio-sanitarias de la medicina social y de otros enfoques alternativos disfuncionales). En cambio, la planificación según los criterios de la acción comunicativa[45] , no sólo reconoce la existencia del otro, como la estratégica, sino la necesidad de un intercambio social sustantivo hacia el cambio que se procura.

Horkheimer[46] expone de modo muy claro el paradigma racionalista según el cual toda acción humana recibe su valor solo si cumple con pautas racionales. Pautas que consideran a la naturaleza (incluido lo humano), como un instrumento para lograr un modelo social determinado, que en el siglo XX se consolida como capitalismo industrial tardío, subordinando cualquier otro valor incluidos la salud, la vida humana y el ambiente. Si los éxitos pragmáticos de la explotación de la naturaleza en el corto plazo conllevan riesgos ambientales, éstos se superarían con el mayor desarrollo de la razón al servicio de la industria. Sin embargo es claro que este planteo peca de excesivamente optimista y carece de sustento teórico y probatorio suficiente. Encontramos indicios de este modelo en los planteos de eficiencia y costo-efectividad de los SIS, según los cuales una acción en salud tiene prioritariamente que reunir estas cualidades para ser aplicada, más allá de otros valores que deberían considerarse con prioridad como el de la vida humana. Por ejemplo la definición de un techo de edad para la cobertura de ciertas prácticas médicas, basados en criterios de costo efectividad, como el tope de 65 años que existió en China para iniciar una diálisis crónica , puede ser incompatible con el valor de una vida humana concreta.

En lo referente a la metodología cualitativa, el aporte de las ciencias sociales[47] a la generación de información en salud ha sido importante, si bien todavía se encuentra muy restringido por el dominio racionalista. En el campo de la investigación científica, los métodos cualitativos experimentan un incremento constante de su importancia, dado que la comprensión de los fenómenos relacionados con la salud tienen un nivel de complejidad y un tipo de determinación que se encuentra relacionado a las ciencias sociales más que a las ciencias biológicas; esta realidad contrasta con el hecho de que en el ámbito de los SIS no ocurre lo mismo. Puede conjeturarse que la estructura de la burocracia estatal y sus tradiciones en la definición del recurso humano necesario, hacen difícil y lenta la incorporación de los métodos cualitativos a los SIS estatales, ya que sería necesaria una incorporación de más profesionales del

42 Chorny, A. 1998. Planificación en Salud: Viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médicos Sociales 73: 23-44.

43 Matus, C. 1981. Estrategia y plan. Siglo XXI. México, y 1987, Adiós, Señor Presidente, planificación, antiplanificación y gobierno, OPS, Caracas, p. 205

44 Testa, M. 1998. Pensar en Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires.

campo de las ciencias sociales, entre otras medidas. La predominancia de lo cuantitativo en las pautas de los SIS definidas por la OMS[48] , probablemente va en contra de la incorporación de la metodología cualitativa en los SIS oficiales. Adicionalmente cabe preguntarse hasta qué punto puede tratarse de una reticencia del aparato estatal a escuchar la voz crítica de los grupos desfavorecidos, ya que en el método cualitativo, la posibilidad de expresión de las subjetividades es mayor. El método cuantitativo tiene de inicio un acercamiento directo, si este se valora desde el contacto del sistema o sus partes con la población y el ambiente sin otra intermediación que los sentidos y sus extensiones tecnológicas. Porque los métodos cuantitativos tocan la subjetividad no mucho más allá de la memoria, mientras que los cualitativos pueden poner en juego la creatividad y la reflexión crítica. Precisamente porque las razones enunciadas se encuentran en el terreno hipotético, el Estado debería tener una línea de trabajo con el objetivo de clarificar y resolver las causas por las cuales a pesar de los reconocimientos a la metodología cualitativa en la comprensión de los fenómenos de salud, no se utiliza en los SIS estatales más que de un modo restringido.

No obstante, desalentamos la idea de que las miradas cuanti y cuali son excluyentes entre sí, ya que en realidad constituyen modos complementarios de observar la realidad[49] . El logro de una integración de las dos miradas en inevitable y productiva diferencia, es un objetivo difícil y audaz, pero necesario. La elección de un enfoque u otro dependerá del problema y del cambio que en él se procure. Por ejemplo, si se quiere conocer la magnitud de un problema, se elegirá el enfoque cuantitativo. Pero una vez documentada su presencia, la elaboración de los sentidos que tiene dicho problema para la población es sólo reconocible mediante un enfoque cualitativo. Otras veces, ambos enfoques son obligados pero secuenciales. Por ejemplo, una encuesta (cuantitativo) permite reconocer sujetos a entrevistar (cualitativo). En síntesis, el método que revoluciona el conocimiento no es uno ni otro, sino el que aporta datos oportunos para transformar la realidad. Sin embargo, este esquema de uso de métodos cuanti o cualitativos no debe ser tomado de manera lineal e inmodificable, ya que las circunstancias sociales cambiantes en el campo de la salud pueden modificar las secuencias descriptas. De hecho, definir una secuencia es pergeñar un método o parte de él y esto en sí mismo es puro racionalismo[50] ; sin desmerecer el valor de hacer planes iniciales, se debe estar atento a poder cambiarlos si la realidad lo indica como necesario. Algo así como: -es la realidad la que determina el método y no a la inversa[51]- . La integración metodológica pretende conjugar ambos abordajes, mediante la triangulación (distintos métodos u observadores interpelan a un mismo objeto[52]) , la complementación (distintos métodos interpelan aspectos

45 Habermas, J. 2001. Teoría de la acción comunicativa. Taurus. Madrid

46 Horkheimer, M. 2007. Critica de la razón instrumental. Terramar. La Plata.

47 De Souza Minayo, M. 1997. El desafío del conocimiento. Lugar Editorial. Buenos Aires.

48 http://www.who.int/nmh/events/2012/Discussion_paper3_ES.pdf

diferentes de un mismo objeto) y la combinación (secuencia metodológica en la que un método procura datos necesarios para que en la etapa siguiente otro método los profundice). De manera que la integración profundiza el conocimiento y lo extiende hasta reconocer la condición holográfica de la realidad, cuando muestra las distintas facetas simultáneas de un mismo objeto y sus cambios de conjunto con el tiempo.

La metodología cuantitativa es la que se aplica en los SIS de manera predominante, pero se muestra insuficiente y a veces distorsiva.

Por su parte el método cualitativo es clave ya que los fenómenos de salud tienen una naturaleza compleja cuyo abordaje es también necesario con esa metodología.

Por ello, el uso de ambos métodos de manera integrada en los SIS es una opción ineludible para la comprensión más acabada de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Técnicas cualitativas más comunes y su teoría de origen

- *Observación participante (etnografía)*
- *Entrevista (fenomenología)*
- *Grupos de discusión (interaccionismo simbólico)*
- *Informante clave (etno-metodología)*

49 Íd. De Souza Minayo, M. 1997

50 Feyerabend, Paul, Tratado contra el método, Madrid, Tecnos, 1981. Original: Against method: outline of an anarchistic theory of knowledge, Londres, New Left, 1975.

51 Un planteo extremo que desconoce la importancia atribuida al método es el de Feyerabend, Paul, Tratado contra el método, Madrid, Tecnos, 1981.

52 Denzin, N. 1970.Sociological Methods: a Source Book. Aldine Publishing Company. Chicago.

3.B.- ESTADÍSTICA, DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA, DISCIPLINAS MÉDICO-MATEMÁTICAS PARA EJERCER LA BIO-POLÍTICA (UN PROYECTO SOCIAL).

El origen de la estadística según M. Foucault se sitúa en el surgimiento del estado moderno en el siglo XVIII, y tiene una deuda importante con las disciplinas matemáticas aplicadas a la población[53] . Por primera vez comienza a medirse de manera sistemática a los pueblos de cada reino, con el objetivo centrado en la potencia de los ejércitos, las cabezas de ganado para sostener su alimentación y la importancia de conservar su salud. Este es el origen de la bio-política según ese autor[54] , dándole el sentido de gobierno de la vida social de la población a un término ya usado por primera vez a comienzos del Siglo XX por Rudolf Kjellen[55]. Es interesante que la guerra relacionada con la muerte, haya sido su motor, aunque la guerra también se vinculaba con la vida por la vía del poder de conquistar naciones y desarrollarlas, según la mirada del conquistador. Demografía y estadística han seguido desde allí un desarrollo estrechamente relacionado.

Por su parte, la epidemiología surge en su dimensión pragmática en el siglo XIX con John Snow quien plantea una hipótesis infecciosa para el cólera con datos poblacionales en la era en que no se conocían los microorganismos. El desarrollo de esta disciplina siempre se encontró ligado al de la medicina. En el siglo XX la organización de los datos biomédicos cada vez más numerosos, hizo necesaria la sistematización de los mismos, y en las últimas décadas, la evolución de la epidemiología se vinculó estrechamente con el desarrollo de la informática, la cual facilitó y brindó eficiencia al proceso de análisis de datos como nunca antes había sucedido. Si bien originalmente la epidemiología se aplicó al estudio de las enfermedades infecciosas, actualmente se utiliza en todo el abanico de los problemas de salud y en especial en las últimas décadas al análisis de las enfermedades crónicas no trasmisibles que son, en la transición demográfica y epidemiológica, las que producen cada vez mayor carga de enfermedad[56] . Las categorías tradicionales de la epidemiología para describir una situación, son persona, lugar y tiempo, pero redefinidas por la epidemiología social que las reemplaza, a nuestro modo de ver, por grupo, geografía económica-política e historia, respectivamente, sosteniendo de esta forma que su estudio no se subordina a la técnica sino que ésta depende de decisiones humanas en un contexto social e histórico.

53 Foucault, M. 2004. El nacimiento de la clínica, Siglo XXI. Buenos Aires.

54 Desde 1974 hasta 1979, este problema ocupó el centro de las reflexiones de Foucault. A pesar de ello, recién lo abordó en La voluntad de saber. Pero fueron sus cursos desde 1997 en el Collège de France los que introdujeron la biopolítica en la reflexión filosófica en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica.

55 Esposito, R. 2006. Bios, biopolítica y filosofía. Amorrortu. Buenos Aires

56 Ferrante D. y col. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Rev. Argent Salud Pública, 2011. Vol. 2 - Nº 6.

Dentro de las tendencias metodológicas de estudios de epidemiología queremos mencionar el énfasis que se ha puesto en el factor geográfico, con trabajos de mapeos (también llamado geo-referenciamiento) en diversas patologías que en las décadas de 80 y 90 hicieron furor para luego pasar a ser un abordaje más. Sin embargo, lo geográfico continúa siendo útil cuando se utiliza la división política jurisdiccional en el análisis de indicadores, ya que el factor socioeconómico puede ser reemplazado con el análisis de la distribución de morbilidad y mortalidad según municipios de distinta situación social, por ejemplo comparando la mortalidad infantil entre aéreas municipales con índices de pobreza desiguales[57] . Si bien el abordaje geográfico tiene sus auspiciantes y detractores, no puede desconocerse su potencialidad en la comparación de poblaciones, sin dejar de señalar las limitaciones en términos de su capacidad explicativa de los fenómenos de salud[58] .

Adicionalmente existen dos variables importantes que deben ser incluidos en los SIS a través de un abordaje epidemiológico. La etnia es uno de ellos y al respecto se destaca que, a pesar que la OMS propicia desde 1993 la inclusión de la variable étnica en los registros de salud en Latinoamérica, las acciones concretas efectuadas para lograr este objetivo han sido entre escasas y nulas. En Argentina en el año 2008 especialistas y representantes de pueblos indígenas coincidieron que la principal barrera para la mejora de la situación de salud de las comunidades aborígenes era la ausencia de información específica. Así, de seis provincias argentinas con alta proporción de población indígena (Salta, Jujuy, Misiones, Formosa Neuquén y Chaco), solo una había incorporado la variable étnica en sus registros , mostrando que luego de quince años de recomendaciones[59] de la OMS a este respecto, los restantes SIS provinciales fueron incapaces de incorporar esta mirada. Otra variable importante a ser incluida en el análisis de los sistemas de información es el género, a los fines de definir la prevalencia y las características de problemas más conocidos por la prensa que por los SIS, a pesar de tratarse de importantes fenómenos de salud como la violencia de género, y proveer información para la programación de la atención e intervenciones, la formulación de políticas y su vigilancia. Este problema afecta entre 40% y 60% de las mujeres de las Américas[60] y sus consecuencias se extienden sincrónicamente a los miembros de la familia y diacrónicamente a otras generaciones por las secuelas emocionales que produce[61] .

Por último queremos mencionar un tradicional atributo epidemiológico para el análisis que consideramos como muy insuficientemente aprovechado por los SIS.

57 Loyola E. y col. 2002. Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(6).

58 Shaw N. 2012. Geographical information systems and health: current state and future directions. Health Inform Res;18(2):88-96.

59 Cuyul A. y col. 2011. Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: La variable étnica en seis provincias argentinas. Rev Argent Salud Pública, Vol. 2 - Nº 7.

Hablamos del estudio por subgrupos de edad, en el cual el análisis de grupos sociales desfavorecidos requiere incorporar la combinación de este clásico factor a otros que potencian la vulnerabilidad de los sujetos[62] , como el trabajo infantil, entre otros.

Como se verá en la descripción crítica del SIS oficial de nuestro país que se realiza en capítulo 8, la Estadística es la disciplina que atraviesa con más influencia la estructura de ese dispositivo, quedando la Epidemiología en un segundo plano, que se concentra en la vigilancia de eventos emergentes. Esta situación genera la necesidad de un trabajo integrado con una visión predominantemente eco-socio-epidemiológica ya que ésta tiene relación más abarcativa de los fenómenos de salud, siendo la estadística un sustrato necesario pero no suficiente. Porque la estadística puede asociar variables, mientras la epidemiología, en conjunto con otros saberes es la que puede diferenciar entre asociación y determinación.

En este caso, una variable depende de otra o hay una interdependencia entre ambas, o la determinación es cambiante en el tiempo. Así, la mayor incidencia del cólera en habitantes de casas bajas es una asociación estadística. Pero ambas condiciones, el cólera y la menor altura de las casas, están determinadas por la pobreza, que llevó a la contratación de una red de agua insuficientemente potabilizada, medio de transmisión del cólera.

Estas relaciones de determinación se establecieron a través de la epidemiología.

Estadística, Demografía y Epidemiología son disciplinas complementarias en los SIS. Sin embargo, la tradición racional-positivista da mayor peso a la Estadística, algo que debe cambiar si se pretenden SIS más potentes.

60 Organización Panamericana de la Salud. Experiencias obtenidas con la inclusión de indicadores de violencia por razón de sexo en los sistemas de información y vigilancia sanitarias en Bolivia, Ecuador y Perú. 19a sesión del subcomité del comité ejecutivo sobre la mujer, la salud y el desarrollo. Washington, 12 al 14 de marzo de 2001. punto 7 del orden del día provisional msd19/7.

61 Claro que, como la palabra lo indica, el género es genérico, pero sólo se problematiza la situación de la mujer, cuando debería extenderse a la condición del varón. Basta señalar que en Argentina su expectativa al nacer es de 8 años menos que en las mujeres, diferencia que en mayor o menor grado es constante en todo el mundo.

62 OIT. 2003. Criança sin visíveis: o enfoque da imprensa sobre o trabalho infantil doméstico e outras formas de exploração. Cortez. São Paulo.

3.C.- COMPLEJIDAD, ORDEN Y CAOS, EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD: UN DESAFÍO PARA SU COMPRENSIÓN

La teoría de la complejidad es necesaria para romper con una concepción esquemática y simplista de los SIS. Los tres principios de la complejidad[63] , hologramatismo, recursividad y dialogismo, son atributos de los SIS en la producción y circulación de la información.

El hologramatismo[64] es la capacidad de la parte de reflejar al todo[65] y del todo para representar a cada una de sus partes. De esta manera, cada parte de un SIS expresa cómo funciona el sistema, y la totalidad de éste incide y se expresa en el funcionamiento de cada una de sus partes. Así, la elección de una fuente de datos es una muestra de cómo el sistema prioriza cierta información para su análisis. A su vez, al cambiar las fuentes, todo el SIS es modificado.

La recursividad significa que los efectos pueden llegar a ser causas, de manera que causas y efectos se intercambian para generar nuevas causas y efectos. No hay linealidad: un producto interactúa con otros y al mismo tiempo participa en la generación de nuevos productos. Esto ocurre en los SIS cuando un dato produce la necesidad de un nuevo enfoque: el hallazgo de una mortalidad alta por coqueluche puede indicar la necesidad de auditar centros de salud para saber si la cobertura de vacunación fue o no deficitaria. Estas nuevas necesidades no solo surgen de exigencias formales del SIS, sino también del interés de grupos de trabajadores, o de la repercusión social de una noticia, o bien de hechos que se apartan de lo esperado.

El dialogismo consiste en la multiplicidad de sujetos que interactúan ente sí, complementarios o antagónicos, contradictorios, ordenados o caóticos. Así, en los SIS hay múltiples actores en relación dinámica permanente, cada uno con sus intereses, prioridades y valores, en relación y conflicto. Podemos entender, por ejemplo, cómo el planteo de un grupo de trabajadores movilizados por la falta de registro de la violencia de género en cierto hospital, produce cambios en el modo de consignar los diagnósticos médicos como “agresión” en lugar de “traumatismo”. Para llegar a esto, han tenido que lidiar dialógicamente con las instituciones que resisten estos cambios.

A qué llamamos caos informativo? Podemos considerar que entre sus condiciones iniciales los SIS tienen datos que fueron seleccionados por su relevancia entre un número infinito de datos. Pero en los sistemas biológicos y aún más en los sociales existe un riesgo no previsible. Si surge un dato inesperado puede producirse un “efecto caos” que desestabiliza al sistema[66] .

A pesar que el VIH se conocía desde 1981, los 3.300 hemofílicos del país recibían factor VIII contaminado de laboratorios extranjeros para impedir las hemorragias propias de la enfermedad. Varios centenares de ellos se infectaron con VIH hasta 1995 y más de un centenar de los infectados contrajo SIDA. Qué había pasado? La excesiva ***confianza*** *de obras sociales y del Estado en esos laboratorios derivó en una falta de control del factor VIH, que se contaminó con VIH: caos. La reparación vino con una Ley Nacional que les otorgó un beneficio económico vitalicio a los damnificados*[67]

Pero el caos no es siempre aleatorio o causado por falta de previsión. Según nuestra apreciación, el caos puede ser provocado y de hecho constituye uno de los instrumentos de desinformación como en el caso del pánico que provocó la OMS con su falsa predicción de millones de muertes por gripe porcina, que llevó a innecesarias compras masivas de la vacuna por varios países, lo que derivó en denuncias penales contra esa institución y varios de sus más altos funcionarios[68]. Finalmente, el caos no siempre es episódico sino que puede ser "crónico" como en el caso de la extrema y cada vez mayor fragmentación del sistema de salud argentino, cuya situación puede ser asimilada a un sistema caótico y es aprovechada por los actores de mayor poder relativo para hacer predominar sus intereses. Probablemente la mejor manera de concebir el caos es vinculado siempre a un determinado orden, de forma tal que el par conceptual orden-caos puede explicar la dinámica e inestabilidad pendular de los sistemas de mejor manera que situándonos en algunos de los dos polos de la dualidad.

63 Morin, E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa Editorial, 1998.

64 Holografía es una técnica fotográfica que creó el físico húngaro Dennis Gabor en 1947 superponiendo dos imágenes, logrando más de una perspectiva del mismo objeto (holo, del griego: completo). La holografía demuestra en ciencia lo que en Oriente se pensaba con lógica paradojal que, a diferencia de la lógicas analíticas, postula la integración de enfoques supuestamente independientes

65 Esta condición fue central en la teoría de fractales, desarrollada geográfica y matemáticamente por Benoit Mandelbrot en Los objetos fractales. Forma, azar y dimensión. Tusquets Editores, S.A., 1993

66 Sametband, M. 1994. Entre el orden y el caos: la complejidad, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

67 Ley Nacional 25869 y modificatorias

68 Minton, B. 2009 Journalist Files Charges against WHO and UN for Bioterrorism and Intent to Commit Mass Murder. Centre for Research on Globalization. http://truth11.com/2009/06/26/journalist-files-chagesagainst-who-and-un-for-bioterrorism-and-intent-to-commit-mass-murder/

GRAFICO 6

El siguiente gráfico muestra los principales atributos de la complejidad de los SIS.

Dimensiones de la complejidad de los sistemas de información en salud

Fuente: elaboración propia, según conceptos de Morin, E.

3.D.- COLONIZACIÓN IDEOLÓGICA Y (O) CONSTRUCCIÓN SOCIAL.

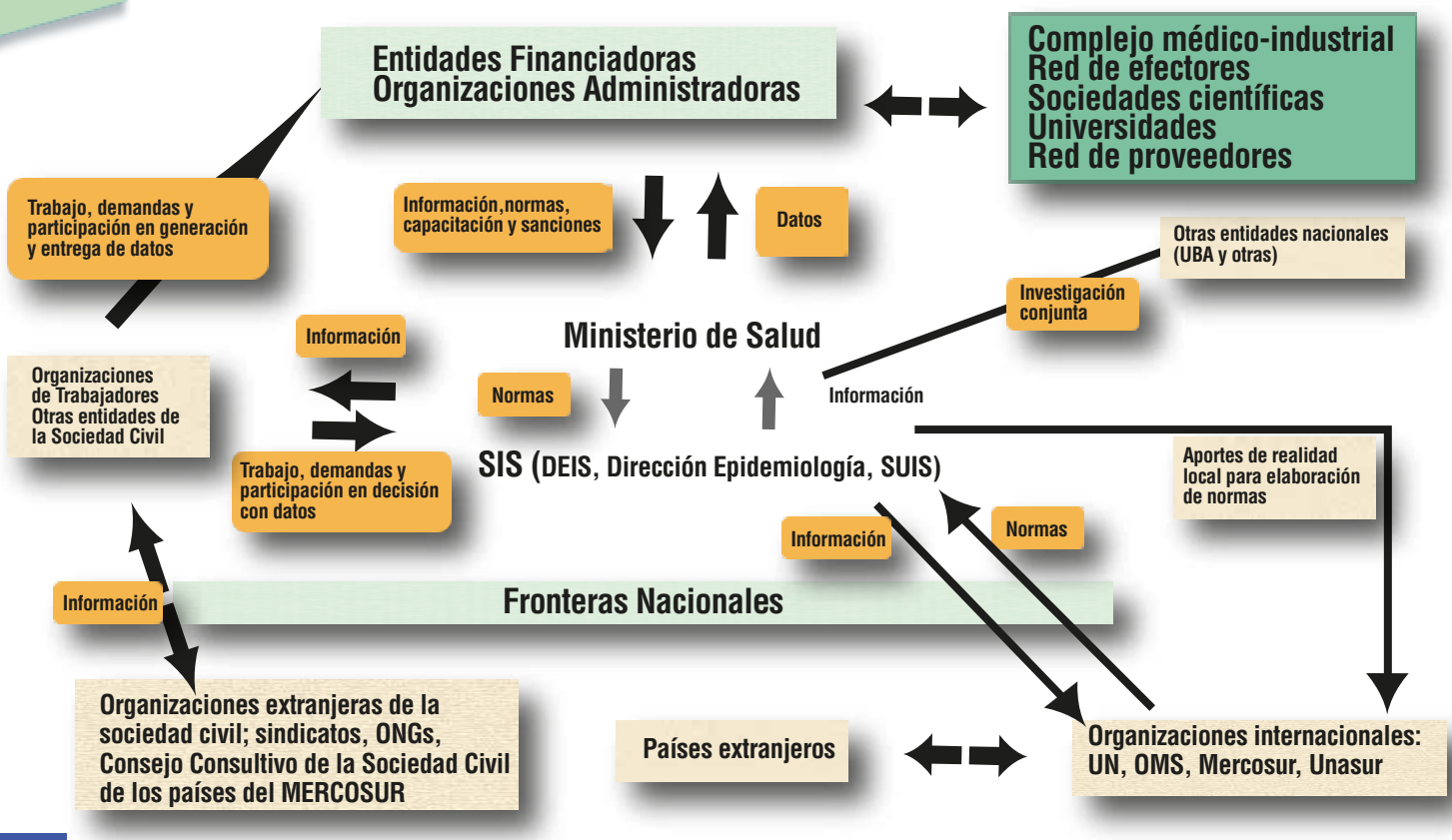
La tendencia a la homogeneidad en el contenido y el formato de la información tiene la ventaja que permite la comparación internacional, pero simultáneamente genera un riesgo de colonización cultural por parte de países llamados centrales y de empresas transnacionales asociadas, a través de organismos internacionales de diverso tipo (OMS, Banco Mundial). Como contrapartida, las acciones de un SIS deben ser parte de una realidad comunitaria que contemple en mayor grado la situación de los postergados mediante líneas de trabajo que conviertan al SIS en un instrumento para reducir y eliminar desigualdades injustas. En este sentido, este Cuaderno procura conocimientos de los SIS, que puedan servir para la participación de los trabajadores de la salud y de sus organizaciones sindicales en la construcción de una agenda política del Estado que incluya las determinaciones de vulnerabilidad social, pero no solo para profundizar y extender el saber sino para gestar una transformación social acorde, rompiendo la tendencia endogámica al uso de los datos en interminables análisis sin cambio alguno de la situación de origen.

PARA PENSAR Y TRABAJAR EN GRUPO:

- Cuál es la importancia que tienen las metodologías cualitativas en los SIS?
- Por qué se utilizan escasamente?
- Cuáles son los atributos de complejidad de los SIS?
- Cómo pueden verse en sus lugares de trabajo estos atributos?

GRAFICO 7

Saber, conocimiento e información en el Sistema de Información en Salud, y el papel de los trabajadores de la salud



Fuente: elaboración propia.

4 ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

En este capítulo se describirán la estructura y las funciones de los SIS. Por lo tanto esta descripción es aplicable tanto al SIS estatal como no-estatal, cada uno con sus particularidades. Los SIS se encuentran constituidos por varias instancias o nodos, según se muestra en el siguiente gráfico:

GRAFICO 8 Unidades funcionales del SIS

Fuente: elaboración propia

4.A.- FUENTES DE DATOS

Son las instancias potenciales o actuales del sistema de salud que generan datos pasibles de ser incorporados al SIS. Las mismas son múltiples y diversas, por lo cual, sin pretender abarcar su totalidad, se citan las siguientes:

a) Registros civiles

b) Efectores de salud: van desde un centro de salud que solo atiende consultas médicas hasta un hospital de alta complejidad que produce trasplantes de órganos.

c) Entidades financiadoras de salud, estatales y no estatales.

d) Instituciones del Estado que trabajan específicamente en ciertas temáticas como la regulación de los medicamentos, brindando datos sobre la gestión de los circuitos mercantiles y científicos vinculados.

e) Universidades, mediante la provisión de información sobre investigaciones que realizan.

f) Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART), que cuentan con información relevante de salud laboral, son fuente de datos importantes y desaprovechadas.

g) Unidades de salud ocupacional o reconocimientos médicos de empresas públicas y privadas.

h) Otras, que incluyen de una manera amplia y a veces informal a la población y a sus componentes espaciales (ciudades, parajes, barrios, escuelas, fábricas) y temporales (edad, antigüedad de residencia, contemporaneidad con factores). La "epidemiología comunitaria" impulsa el cambio desde una participación popular pasiva a una participación popular protagónica.

i) Por último puede citarse un grupo de fuentes que en general no es utilizado pero que tiene información de gran importancia: las dependencias estatales y privadas relacionadas con el ambiente y su problemática específica, como por ejemplo los servicios públicos (gas, agua, electricidad), con impacto estratégico en la salud; y los emprendimientos de explotación de la tierra, como ser agropecuarios o mineros, así como todas aquellas fuentes que tienen datos de salud ambiental.

Más allá de su diversidad, las fuentes pueden ser de dos tipos: primario, cuando se trata de un registro directo de un cierto evento de salud (por ejemplo una consulta médica en un centro de salud) y secundario, cuando el dato es generado por un intermediario (por ejemplo, consultas médicas en cierto departamento provincial informadas por una oficina de estadística).

La historia clínica única informatizada de cada residente en el país, que se encuentre disponible en cada evento de su salud, es un instrumento de gran importancia para el ejercicio de su derecho a la información y para la

calidad de su atención. El alto nivel de fragmentación del sistema de salud argentino hace aún más necesaria esta herramienta, que facilitará a cada persona la continuidad de su atención, cualquiera sea la entidad de cobertura que posea y del efector que lo atienda.

En el desarrollo histórico concreto de los SIS las fuentes de datos se constituyen previamente con sus funciones específicas (por ej. un centro de salud atendiendo pacientes), y luego son incorporadas al SIS, pero al no evitar que los datos sean diferentes en calidad y oportunidad por parte de cada fuente, se afecta su comparabilidad. Más adelante volveremos sobre este problema, pero desde ya recordamos que al leer información de un SIS nos preguntaremos acerca de la comparabilidad de las fuentes de datos.

Un caso representativo es cuando se comparan jurisdicciones en las que existe un buen desarrollo del subsistema de registro de datos, como por ejemplo el municipio de la ciudad capital de una provincia, con municipalidades en las que dicho registro carece de confiabilidad y veracidad, debido a la escasa estructuración del sistema, insuficiente capacitación del personal responsable de la captura del dato y falta de equipo adecuado para el registro. El resultado de la comparación en estos casos debe ser interpretado cautelosamente.

Existen departamentos provinciales que tienen baja tasa de mortalidad por tumores debido a un sub-registro de los datos, y cuando se compara esta información con la de otra jurisdicción departamental en la que el registro es adecuado, se puede concluir erróneamente que la situación es mejor en la primera jurisdicción.

4.B.- UNIDAD DE INFORMATIZACIÓN

Se trata de una unidad de trabajo en el cual se ingresan los datos en un programa informático, a los fines de su almacenamiento y posterior uso. Generalmente está constituido por dos elementos nucleares: el equipo informático, que debe ser adecuado y suficiente para el registro que se necesita, y el personal idóneo para el trabajo de ingreso de datos. Un SIS tiene en general varias unidades de carga de datos, que envían información a una instancia central que los consolida y procesa. Esta central tiene la doble responsabilidad de exigir el envío de datos por parte de las unidades periféricas en tiempos compatibles con el cumplimiento de las funciones del SIS, y de cumplir ella misma con sus plazos de procesamiento. En nuestro país se encuentran dificultades en este aspecto debido a la existencia de dependencias políticas multinivel (municipal-provincial-nacional) de esas unidades periféricas y centrales, que hacen necesaria una permanente negociación entre las mismas para que el ritmo de flujo de los datos no se altere. Estas dificultades se ven incrementadas por la falta de un circuito informático unificado y para atemperar estos problemas, en algunos casos se han establecido pactos formales sobre cumplimiento de envío de información como condición de pagos de fondos impositivos coparticipables: es el caso de la Provincia de Buenos Aires por ejemplo. Sin embargo, se trata de instrumentos de doble filo, donde la sola condición de la provisión de datos no basta para generar una justa distribución de la renta impositiva, teniendo la desventaja potencial de que las unidades productoras de datos vean afectada la calidad de los mismos en pos de cumplir con plazos estrictos.

Desde el punto de vista del personal, es necesario que tenga contacto con el resto del SIS y sus productos, para ser parte de una red de trabajo compartiendo el producto y objetivo final del SIS. No sólo porque este trabajo tiene un alto componente mecánico y repetitivo, sino por el requerimiento de integración de todo trabajo para quien lo realiza, que para nuestro modo de ver excede la conveniencia personal para ser también una conveniencia institucional. Otro modo de evitar esas falencias es su rotación por áreas del SIS.

4.C.- CENTRAL DE CONSOLIDACIÓN DE DATOS

Una vez almacenados los datos en programas informáticos, se procede a su uniformización, corrección y preparación para el análisis posterior.

Se trata de un momento muy importante en el tratamiento de los datos, ya que se debe guardar un delicado equilibrio entre la necesaria realización de algunos cambios que permitan un análisis uniforme correcto y la preservación fiel de lo sustancial de cada dato original. Por ello, este trabajo debe ser supervisado permanentemente mediante el contacto con las instituciones que son la fuente de los datos originales y las instancias del SIS que efectúan los análisis posteriores. En el caso del SIS oficial, la variabilidad de las fuentes obliga a que el ente nacional que centraliza los datos deba supervisar a las provincias para que se manejen con pautas uniformes.

Si bien la consolidación y uniformización de los datos registrados puede hacerse de manera automática o semi-automática, es importante que exista una supervisión constante del factor humano no solo sobre los productos de la uniformización, sino y sobre todo de los programas informáticos involucrados en ella. En realidad deben coexistir los aspectos de la automatización y de la supervisión humana de manera complementaria a fin de optimizar el funcionamiento.

4.D.-INSTANCIAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y EPIDEMIOLÓGICO

El análisis de los datos es probablemente la etapa que tiene mayor valor estratégico, ya que es en este escalón del circuito donde se produce la transformación del dato y su carga de sentido. Puede decirse que a partir del análisis el dato pierde identidad propia para pasar a constituir parte de una nueva realidad que llamamos información, la cual se establece mediante una interrelación de datos con objetivos, significados e intereses determinados. El análisis es el proceso por el cual se construyen los indicadores y si bien éstos se encuentran pautados por las líneas conductoras que rigen el SIS, también ocurre que mediante el propio análisis se realizan a veces, cambios en las pautas para el mismo. De manera que se puede discriminar esquemáticamente entre un tipo de análisis rutinario, pautado, establecido, normativo, que es el instituido, o sea, el que se desarrolla regularmente, y otro análisis que podría llamarse marginal, extra-legal, informal, crítico, que tiene la potencialidad de transformarse en instituyente, en la medida que permite las propuestas de nuevos modos de abordaje de la realidad y la generación de nuevos indicadores que problematicen los aspectos de salud pública actualmente privilegiados y que pongan en evidencia aquellos que se encuentran postergados.

Ahora bien, el análisis formal, se realiza con cierta latencia temporal variable respecto de la generación original de los datos, lo cual suele ser un problema cuando los resultados del análisis tardan tanto en producirse que se ve afectada su oportunidad para la toma de decisiones. Evidentemente esta circunstancia es causada por un circuito ineficiente en los SIS cuyas causas son múltiples y pueden encontrarse desde la escasez del recurso humano hasta su falta de capacitación, pasando por la insuficiencia de los equipos informáticos y su funcionamiento en red. Lo que resulta indiscutible es que en el SIS oficial no existe un acceso suficientemente oportuno, integral y exhaustivo a los resultados del análisis por parte de los funcionarios, para la toma de decisión.

Un claro ejemplo de este problema lo constituye el hecho de que la publicación principal y más actualizada de la DEIS en conjunto con OPS, al momento de escribir este Cuaderno, es en base a datos que mayoritariamente datan de 2011, editándose como "Indicadores básicos 2013", que es el año de publicación, lo cual además podría generar confusión si no se advierte el año al que corresponde cada tipo de datos[69].

Además, resulta importante considerar que la variedad de análisis pasibles de realizar por parte de un SIS es vasta, yendo desde informes financieros de entidades de la seguridad social hasta la valoración de niveles de cobertura en ciertas sub-poblaciones (vinculados más a la estadística), pasando por elaboraciones típicamente epidemiológicas como son los análisis de morbilidad y mortalidad que procuran ir más allá de su relación matemática[70] con otras variables. En este aspecto, la Argentina cuenta con un SIS históricamente dividido en un sistema estadístico –representado por la DEIS y que forma parte del sistema estadístico nacional- y por un sistema epidemiológico que se encarga de la vigilancia de enfermedades infecciosas y otras incorporadas en las últimas décadas, debido al incremento de las enfermedades no trasmisibles. Como se verá en el desarrollo posterior sobre dichos subsistemas, estos se encuentran insuficientemente articulados entre sí de manera que la fragmentación afecta su utilidad.

69 Aún no disponible en la web. Existe edición impresa. La anterior edición anual disponible en la web corresponde a datos de 2010 editados en 2012: http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2012.pdf

70 El objetivo de la estadística llega hasta la asociación matemática entre variables, pero no incluye a la inferencia epidemiológica, que estudia la naturaleza mecánica, funcional, estructural, dialéctica u hologramática entre ellas, para conocer si la asociación implica o no algún grado de determinación.

4.E.- UNIDADES DE ELABORACIÓN DE INFORMES

Una vez realizado el análisis, los resultados se plasman en informes que son elaborados para trasmitir los hallazgos importantes y en especial aquellos que se estiman útiles para tomar decisiones de políticas de salud. Existen distintos tipos de informes, según el tema y el destinatario. Los SIS efectúan informes para niveles gerenciales de la organización y otros destinados al público en general. Existen informes que tienen una regularidad establecida normativamente como por ejemplo las estadísticas vitales sobre natalidad y mortalidad en sus variadas dimensiones (según residencia, sexo, causa etc.). Y otros que se realizan de manera episódica ante la necesidad de contar con información específica sobre determinado tema. La elaboración de estos informes es realizada por personal con una capacitación que tiene que ver con la estadística y la epidemiología. Si bien es deseable que este personal se encuentre en contacto regular con las instancias del sistema que generan los datos primarios y las que los informatizan, no siempre ese contacto es el suficiente para que el SIS funcione como una unidad. Por otra parte, por encima de la categoría técnico-administrativa del personal que genera los informes, quienes ocupan puestos políticos suelen tener influencia en la confección de los mismos, produciéndose tensiones técnico-políticas que tienen consecuencias en el contenido de los informes. En ese sentido el Estado debería reforzar permanentemente a las instancias técnicas a fin de proteger un equilibrio de dichas tensiones.

Resulta evidente que este nodo del SIS es clave en términos del impacto que puede producir la difusión de la información producida por el análisis de los datos, especialmente a los distintos grupos de poder que hacen uso de la información generada. Estos grupos son el mismo gobierno, la oposición política, los grupos de la sociedad civil relacionados con el campo sanitario y las corporaciones con intereses económicos en el mercado de la salud. De allí que es frecuente la generación de debates acerca de la veracidad, coherencia y utilidad de los informes.

4.F.- EVALUACIÓN DEL SISTEMA

Teniendo en cuenta que se trata de datos claves para la sociedad, es necesario contar con mecanismos de evaluación de los SIS que permitan una

constante vigilancia sobre su desempeño en las distintas instancias. Esta evaluación puede ser interna o externa al sistema, aunque es recomendable que se utilicen ambas para potenciar sus ventajas de detección de fallas a corregir y de producción de cambios útiles. En cuanto a la evaluación interna, las acciones que desarrolla cada instancia del SIS pueden ser reforzadas desde otros niveles: las unidades generadoras de datos primarios evalúan una parte del sistema cuando observan en qué medida sus datos fueron útiles para el SIS. Este modo de funcionamiento se relaciona con las cualidades holograméticas y recursivas de los SIS como sistemas complejos, que se mencionaron anteriormente.

Ahora bien, existe un aspecto de la evaluación que es descuidada y se refiere a los desarrollos participativos de la comunidad, con observaciones, propuestas de cambios, reclamos y otras intervenciones sociales que por un lado suelen no tenerse en cuenta por el sistema y por otro no se despliegan espontáneamente por parte de la población. A fin de subsanar este déficit de participación de la comunidad en los SIS oficiales, el Estado debería incorporar en su programación la intervención de entidades de la sociedad civil que aporten información ampliada y crítica al sistema, que le permita a este adecuarse a las necesidades comunitarias. En este sentido cabe proponer el establecimiento de mecanismos por los cuales, a través de internet y de otras vías de interacción, los participantes puedan expresar sus demandas y reclamos al sistema. Particular énfasis merecen los canales ágiles de comunicación con los trabajadores de la salud para que expresen sus inquietudes sobre carencias del SIS y posibles soluciones a las mismas

4.G.- NIVEL DE CONDUCCIÓN

El nivel de conducción coordina e integra a todas las instancias en el cumplimiento de la misión del SIS. Tiene un carácter netamente político, en relación con las instancias jerárquicas. Presenta los riesgos de insuficiente programación de necesidades para las tareas, equivocada asignación de actividades en relación con la calificación del personal, falta de desarrollo de equipos técnico-profesionales, atomización del trabajo sin conocimiento del producto, escasa responsabilización del equipamiento, desconsideración de tiempos de proceso, riesgos que en conjunto llevan a la alienación del personal e incumplimiento de objetivos.

A modo de síntesis, en la siguiente tabla se resume la estructura de un SIS, las principales competencias de cada instancia y los posibles problemas o riesgos a que se encuentran expuestas.

CUADRO 2

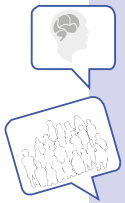
Estructura de un sistema de información en salud, instancias que lo integran, competencias de cada una y riesgos de distorsión de sus funciones

INSTANCIAS	COMPETENCIAS	RIESGO
FUENTES DE DATOS	Registro de eventos del proceso salud-enfermedad-atención. **Ejemplo**: una consulta médica.	Insuficiencia de recursos: escaso personal, escaso equipo. Falta de conexión informática con el resto del SIS.
UNIDADES DE INFORMATIZACIÓN	Transferencia del dato registrado en los efectores en planillas, a los archivos informáticos.	Alteración del dato original por falta de personal capacitado. Insuficiencia de los equipos. Condiciones de trabajo deficitarias. Débil conexión con los efectores.

CENTRAL DE CONSOLIDACIÓN	Uniformización de las bases de datos informáticas y corrección de errores de la carga inicial.	Alteración distorsiva del dato original.
INSTANCIAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y EPIDEMIOLÓGICO	Definición de las orientaciones para evaluar la información para la toma de decisiones. Análisis de la información registrada.	Injerencia de intereses ajenos al bien comunitario en la definición de las líneas de análisis.
UNIDADES DE ELABORACIÓN DE INFORMES	Confección de informes en base a lo analizado. Recepción de críticas a los informes y vehiculización de las mismas a la instancia correspondiente.	Riesgo de sesgo según intereses extra-técnicos.
EVALUACIÓN DEL SISTEMA	Revisión valorativa de las acciones del SIS. Propuesta de cambios.	Consolidación de los mecanismos tradicionales. Selección de información y personal funcional al poder de turno.
NIVEL DE CONDUCCIÓN	Coordina e integra a todas las instancias	Déficits de gestión.

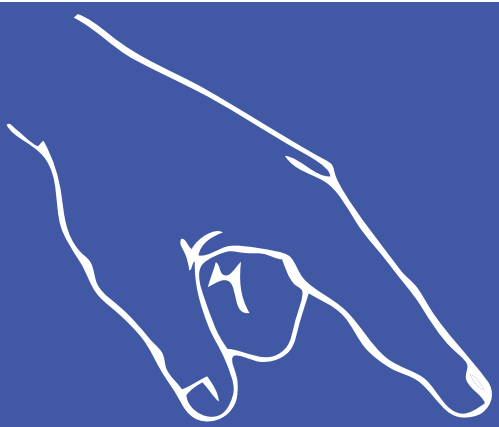
Fuente: elaboración propia

Las distintas instancias o nodos en los que se sustenta la estructura del SIS tienen funciones específicas, roles tácticos diferentes y contextos laborales heterogéneos. Aun dentro de cada instancia, por ejemplo en el caso de las fuentes datos se observan asimetrías según se trate de centros de atención médica o entidades financiadoras de salud; y entre los primeros, no es lo mismo el ambiente de trabajo de un centro de salud rural de una zona socialmente desfavorecida, que un hospital de máxima complejidad de alguna de las urbes más desarrolladas del país. Frente a esta situación, se plantea un verdadero desafío para la transformación del SIS en dos sentidos: a) la integración y consolidación en el aspecto técnico; b) su reconversión en términos de objetivos tendientes a generar información que sirva para el trabajo hacia una sociedad más justa. Evidentemente ambos aspectos deben trabajarse de manera simultánea y con acciones en las que se imbriquen. En el siguiente apartado tratamos de describir y problematizar el proceso técnico de un SIS estatal clásico.



PARA PENSAR Y TRABAJAR EN GRUPO:

- Cuál es la importancia de homogeneizar las fuentes de datos?
- En qué momento del proceso de los SIS se produce la información?
- Con qué criterios pueden seleccionarse los datos y la información a publicar?



5 PROCESO TÉCNICO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

Una vez descriptos los nodos que constituyen un SIS, que cuando funcionan de manera armónica tienden a la elaboración de información y conocimiento en forma progresiva, conviene revisar los procesos más importantes que ejecutan, así como la forma en que esos procesos se ven a veces distorsionados por intereses ajenos a la misión propia del sistema.

5.A.- GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CIRCUITO DE DATOS: SELECCIÓN, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

Un SIS utiliza datos según su modelo formal de funcionamiento y para ello cuenta con un mecanismo de selección de la información a recabar. Ahora bien, la definición de qué datos se registran y con qué regularidad, deviene de dos grupos de determinaciones.

El primero puede considerarse situado por encima del SIS y consiste en las pautas internacionales para la selección de datos que como vimos antes son definidas por la ONU y, en el caso de la salud, a través de su órgano específico, la OMS. Esta institución define cuales son los datos básicos y prioritarios que los países deben reunir para el análisis. Y los gobiernos nacionales, en virtud del cumplimiento de los pactos internacionales establecidos, generan esos datos. Esta fuente de determinación tiene el sesgo de la mirada productivista de la ONU en la que no cuenta tanto una sociedad igualitaria que tenga como objetivo el bienestar de la comunidad como un todo, sino la más alta tasa de beneficio global de cada país, sin ser una prioridad los beneficios y perjuicios de los grupos postergados del modelo.

El segundo grupo de determinaciones tiene que ver con las cuestiones internas del país, es decir los intereses de los grupos sociales para los cuales estos datos son insumos de sus proyectos particulares, básicamente el gobierno, grupos progresistas y grupos conservadores, cuyos intereses y acciones se delinearon en la Introducción. Como resultado de la interacción de estas fuerzas, hay datos de enorme trascendencia para la salud que no se registran o lo hacen de manera insuficiente, quedando opacados por el largo listado de datos que se recogen burocráticamente, que tienen muy bajo aprovechamiento para la toma de decisiones orientadas a una igualación de oportunidades sociales. Desaprovechamiento para una discusión técnica, en tanto las prioridades son extra-lógicas y responden a la concepción de salud de los actores dominantes, sin reconocer su arbitrariedad. Así, los datos de mortalidad infantil y materna tienen un desagregado específico que llega a definir hasta su evitabilidad, mientras que la mortalidad por accidentes de tránsito y la morbi-mortalidad en los ancianos, que en la transición epidemiológica se vuelven predominantes, tienen un desagregado muy limitado. Y desaprovechamiento social, en cuanto la comunidad en su conjunto, dista de participar en la elección y destino de los datos a relevar.

Por ejemplo, el hambre, la desnutrición, las adicciones, la violencia familiar, los abusos y muertes de niños en comisaría, las cesáreas y su mortalidad, son datos imprescindibles para formular, ejecutar y evaluar políticas públicas. Alcanzan algún dramatismo a raíz del trascendido de pocos casos que desnudan insuficiencias del SIS, pero sin conmoverlo hasta el punto de que intente superarlas

Un paso importante para el tratamiento de los datos es el análisis de la confiabilidad y validez de los mismos. Para obtener una información completa y coherente el SIS requerirá conjugar tres fuentes distintas: a) los datos que le informan; b) la opinión que esos datos le merecen en función de su propia experiencia o de otros entendidos; c) el campo, mediante una presencia directa. Si bien cualquiera de las fuentes puede suministrarle información parcialmente válida, el nivel de validez aumenta cuando las tres fuentes coinciden. La contra-

dicción entre fuentes se dirime con la confrontación mediante argumentación y prueba. Ni qué decir en cuanto la oportunidad es una condición de eficacia de un dato válido.

La confiabilidad consiste primero en la falta de conflictos de interés en los proveedores de datos y segundo en la repetitividad del mismo dato. La habilitación, acreditación y auditoría tiende, entre otras cosas, a verificar la falta de esos conflictos. Son conocidos los falseamientos de información por efectores de atención que cobran por cada procedimiento, que en auditoría se conocen como sobrefacturaciones. En temas ambientales, Monsanto ha sido denunciado por ocultamientos de daños a la salud debidos a sus productos[71] .

En cambio, la validez consiste en su correspondencia con la realidad y cuenta con dos atributos, ya que depende de la sensibilidad del registro para captar la realidad (verdaderos positivos), y de su especificidad para no afirmar características de los hechos que estos no tienen (verdaderos negativos). El nivel de validez depende de un equilibrio entre estos dos atributos, ya que el método de registro en general tiene más uno que otro (a mayor sensibilidad menor especificidad y a la inversa). Considerando que la forma en que se registra el dato depende en la práctica de las fuentes de información, las mismas deben participar en la definición de dicha metodología junto con los niveles centrales del SIS.

1

Un ejemplo de falta de validez es el registro del dato "nacido muerto" en la Provincia de Tucumán en 2008. Según denuncias de la oposición en la legislatura provincial[72] , los prematuros con peso menor a 1.500 gramos se registraban como nacidos muertos, aunque tuvieran signos vitales presentes. El registro era confiable, porque se repetía en cada caso que tuviera esa condición; pero no era válido, porque teniendo signos vitales debía registrarse como nacido vivo, de acuerdo a normas internacionales. Según los denunciantes, el gobierno provincial buscaba reducir de manera ficticia la mortalidad infantil que aportaban esos recién nacidos de muy alto riesgo. El aumento de la tasa de mortinatos fue la prueba principal aportada por la denuncia.

Por su parte el gobierno provincial desmintió esta acusación[73] y hasta el momento no hubo de parte de los organismos oficiales una definición de lo que en realidad ocurrió. Sin embargo vale como ejemplo hipotético de cómo la validez de un dato puede alterarse cuando el registro es cambiado arbitrariamente y en contra de una norma establecida[74] .

2

Otro ejemplo de la existencia de confiabilidad (posibilidad de repetir la constatación del dato) pero falta de validez, se da en el caso del registro deficitario de nacimientos y muertes en algunas jurisdicciones departamentales de ciertas provincias, que impide construir las tasas de mortalidad infantil al no contar con el denominador válido (nacidos vivos) y sobre todo con el numerador válido (niños muertos antes del año). De manera que en estas jurisdicciones, generalmente las de mayor vulnerabilidad social, la mortalidad infantil tiene un margen de error desconocido, aunque se puede sospechar que es altísima. En estos casos, los registros no oficiales efectuados por trabajadores de la salud pueden alertar del problema y poner el tema en la agenda política[75] .

71 Robin, Marie-Monique, El mundo según Monsanto. De la dioxina a los OGM. Una multinacional que les desea lo mejor. Ediciones Península, 2008, España

72 http://www.lagaceta.com.ar/nota/274089/Politica/Polemica_sobre_mortalidad_infantil.html

73 http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/1-41453-2009-07-27.html

74 http://boletin.redandi.org/verPublicacao.php5?L=ES&idpais=&id=6744

75 http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro55.pdf ver página 14
http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/1-41453-2009-07-27.html

Los SIS estatales toman las informaciones de la red de efectores de atención de salud del Estado nacional, provincial y municipal, debiendo coordinar acciones entre sí para homogeneizar el flujo de la información mínima común de cada instancia, objetivo no siempre fácil de lograr, porque las entidades no siempre informan a tiempo y su demora no se sigue de una sanción acorde. Esto no sólo sucede con las prepagas comerciales, obligadas por la Ley 26.682 a informar todo lo que se les recabe, sino con las mismas oficinas jurisdiccionales estatales de las que depende Nación para consolidar informes de todo el país. De ahí proviene una parte de la importancia de la autogestión de datos locales por la misma población, tanto por su anticipación como por su comparación con los datos oficiales.

En el campo de trabajo del SIS oficial, la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), del Ministerio de Salud de la Nación, desempeña una tarea constante de capacitación para la gestión de los datos en distintas etapas del circuito, que tiene como objetivo la homogeneización de las acciones del SIS en todo el territorio nacional. Este proyecto tiene potencialidades para mejorar la calidad de los datos, pero en ocasiones los esfuerzos de este tipo que son de orden predominantemente logístico, se topan con las barreras que impone la estructura "dura" del sistema de salud estatal, con sus carencias edilicias, de personal y de equipamientos e insumos, que limita las posibilidades de éxito de la mencionada capacitación.

Una mención especial merece la distinta importancia que se da a la gestión del dato según la jurisdicción política (provincial y municipal) involucrada. En este aspecto, la articulación de los esfuerzos entre Nación y provincias excede al SIS nacional (DEIS y Dirección de Epidemiología) y depende de organismos como el Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne a los ministros de salud provinciales de todo el país con el Ministro de Salud de la Nación. Pero el COFESA tiene un funcionamiento discontinuo y desparejo que dificulta el tratamiento de temas que requieren regularidad en su seguimiento como es el caso de la gestión de datos del SIS oficial.

Para los temas ambientales, el homólogo del COFESA es el Consejo Federal Medio Ambiental (COFEMA), creado en 1990 por Acta Constitutiva de una Asamblea interjurisdiccional, con ratificación en 2002 por la Ley 25.675 General del Ambiente. Es responsable de integrar la política de salud ambiental de todo el país, en coordinación con la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable para la protección y recomposición ambiental en cumplimiento de requisitos mínimos de adecuación para todo emprendimiento público o privado. Entre sus funciones se encuentra la de producir información ambiental, que por Ley Nacional 25.831 es de carácter público. La experiencia en este caso también ha demostrado la insuficiencia y falta de oportunidad en la información producida por estos entes acerca de contaminación y depredación

ambiental, en medio de un extendido proceso extractivista, tanto agrario, como minero y pesquero, que ha sido cuestionado y hasta rechazado por universidades nacionales[76] , argumentando falta de cumplimiento del principio precautorio establecido en la Ley 25.675 en defensa de la salud

La sociedad civil a través de sus distintas organizaciones, es fuente irremplazable de datos obtenidos por sí misma, de su interpretación, comunicación y propuesta de acciones. Esta ponderación del valor informativo de la sociedad civil se potencia si hay desinformación estatal, como sucede actualmente con la inflación, que el INDEC calculó en un 10,9% para 2013, mientras que, en concordancia con la percepción de buena parte de la población, las 3 Provincias[77] que difundieron sus Índices de Precios al Consumidor la evaluaron entre 19 y 26% de proyección anual, en tanto el llamado "Índice Congreso", que toma en cuenta las mediciones de las consultoras privadas, alcanzó el 28,3%. Su importancia para la salud? Un aumento inflacionario oficialmente negado o inadvertido conspira contra la capacidad adquisitiva de bienes y servicios de salud vitales para la población porque actúa como excusa para impedir un aumento salarial correlativo.

Los recientes cambios de 2014 en la metodología del INDEC, así como el reconocimiento de tasas de Índices de Precios al Consumidor más altas, aún son recientes para asumir un cambio estructural en este sentido.

76 Consejo Superior, Universidad Nacional de Río Cuarto, Resolución 284/2012, contra la instalación de una planta experimental en Río Cuarto por parte de Monsanto

77 Santa Fe, Tierra del Fuego y San Luis, ver enhttp://www.infobae.-com/2013/01/23/692765-en-2012-algunas-provincias-acumularon-una-inflacion-el-23

5.B.- ALMACENAMIENTO Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Una de las características principales de los SIS es la de almacenar la información de un modo tal que su ordenamiento permita una selección, procesamiento y análisis fácil y rápido de los datos. La forma de archivo de los datos es clave para que el funcionamiento del sistema sea eficiente, es decir, logre buenos resultados con el menor costo posible en términos de tiempo y recursos.

Este archivo tiene que contar con varios reaseguros contra la penetración de datos y también contra su pérdida. Una de las mayores empresas informáticas del mundo, IBM, accedió a contrataciones con el Banco Nación, cuyo único dueño es el Estado argentino; se demostró el cohecho[78] , pero no se limitó suficientemente la penetración privada en los datos oficiales, tema en el que IBM vende servicios por su amplio conocimiento de la vulnerabilidad de las redes informáticas[79] . El oligopolio informático por sí mismo, tiene riesgos para la salud; por ejemplo, si el Estado quisiera promocionar la industria nacional mediante anticipos de compra de aparatos e insumos, la información podría ser adelantada, interferida, falseada para dificultar o impedir ese objetivo estratégico por el proveedor. Por otra parte, el acceso a la información oficial tiene un valor táctico para influir en las relaciones del Estado y las empresas a controlar, como por ejemplo las principales compañías farmacéuticas, las cuales comparten con los gigantes informáticos ciertas cualidades (concentración, escala global, conexiones con el complejo militar industrial y una posición de privilegio en el complejo médico-industrial [80, 81], que refuerzan el poder de lobby). También existen riesgos de penetración de datos de salud estratégicos a través de la multiplicidad de canales de la información que se maneja en internet, que cada vez se encuentra más vinculada a las redes telefónicas y de televisión por cable. El control que ejerce el Estado argentino sobre estas redes es escaso y los mecanismos a través de los cuales las empresas de esa área del mercado pueden tomar datos claves para la negociación de intereses por estas vías son cada vez mayores, más rápidos y fáciles de operar para las compañías. Adicionalmente se sabe, y esto acrecienta la preocupación sobre este punto, que los países llamados centrales ejercen un control permanente sobre estos circuitos de la información, actuando en forma coordinada con las empresas privadas de capital globalizado, cuyos capitales se encuentran predominantemente en dichos países; esta asociación de Estados de gran poder con compañías privadas de capitales globalizados, presenta un escenario de riesgo importante para los países no industrializados, cuyos Estados se encuentran en situación de desventaja para la protección de sus datos y el manejo de la información que producen.

78 En 2009 los siete acusados por la causa IBM y Banco Nación se declararon culpables y acordaron con la fiscal Sabrina Namer, ser condenados a penas de entre tres y dos años y tres meses de prisión en suspenso, además de una suma de 18 millones de pesos para evitar la condena. La fiscalía lo aceptó como un mal menor (http://sincorrupcion.wordpress.com/2009/11/17/ibm-banco-nacion-el-mal-menor/). En http://www4.diputados.gov.ar/dependencias/dcomisiones/periodo-116/116-3009.html obran numerosos elementos de la causa IBM Security Services (ISS)

79 http://www4.diputados.gov.ar/dependencias/dcomisiones/periodo-116/116-3009.html

Recientemente su sumaron más suspicacias dado que la Agencia de Seguridad Nacional de EEUU (NSA) extraería los datos del tráfico informático que le proporcionan empresas como Facebook, Google, Apple, Microsoft, Youtube, Skype, Paltalk, Aol y Yahoo, en base a un programa secreto denominado PRISM, si nos atenemos a las revelaciones públicas de un ex empleado, Edward Snowden. Luego de conocerse el espionaje de la NSA, tomó estado público que los EEUU también recibirían informes de otras empresas, como las telefónicas Verizon, Sprint y AT&T, las compañías de tarjetas de crédito y los bancos.

"De 2003 a 2011 los bancos y otras firmas del sector presentaron más de 110 mil informes"[82]. Y todo amparado por el sistema legal de EEUU, en función de su Ley de Vigilancia de Inteligencia Extranjera (FISA)[83].

5.C.- PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES

Elegir sobre qué tipo de información trabajar tiene que ver con los objetivos que se persiguen, y esta es una de las tareas más importantes de un SIS. Los objetivos tienen que ver con las líneas de política sanitaria general del sistema de salud que requiere del SIS que le provea información útil para la toma de decisiones y el desarrollo de sus planes, programas y proyectos; pero también tiene relación con la propia información que el SIS genera y procesa, la cual en muchas oportunidades brinda novedades tan importantes, que el sistema de salud se ve obligado a incluirlas como prioridades de sus acciones a realizar. El SIS está convocado a modificar el sistema, toda vez que la información de lo existente modifica planes y programas a futuro, así como a las normas y por tanto al propio sistema de

80 Relman A. El Nuevo Complejo Médico Industrial. Cuadernos medico sociales. nº 18–Traducido de "The new medical-industrial complex". The New England-Journal of Medicine, 1980. Nº 17, Vol. 303: 963-970.

81Iriart, C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. Ciência&SaúdeColetiva, 2008, 13(5):1619-1626

82 http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2013060902

83 Foreign Intelligence Surveillance Act of 1978.Pub.L.95–511, 92 Stat. 1783, 50 U.S.C. cap. 36
HYPERLINK "http://eleconomista.com.mx/internacional/2012/12/30/obama-extiende-ley-vigilancia-sospechosos-terrorismo"HYPERLINK "http://es.wikipedia.org/wiki/Derecho_p%C3%BAblico" \o "Derecho público"Pub.L.95–511, 92
HYPERLINK "http://es.wikipedia.org/wiki/Ley"

evaluación que las toma como parámetros de referencia. Ahora bien, este poder transformador se multiplica cuando la población participa en el análisis de sus propios datos. Está comprobado que la población afectada interpreta la información de una manera que los técnicos no alcanzan a hacerlo, simplemente porque no están en su lugar.

Por otra parte, para un lector crítico de la información que provee el SIS, no interesa solamente el procesamiento según objetivos, sino advertir el objetivo implícito y a veces disimulado detrás de un parámetro al que, sin criticidad, ajustaríamos sin más nuestro procesamiento.

Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) son los que se habrían vivido si la muerte no fuera prematura. Pero....respecto de qué edad? Para el cálculo se estima una longevidad de hasta 70 años[84] . Qué consecuencias tiene elegir este límite? Si los biólogos calculan una longevidad humana mayor y esta supera los 100 años en distintas regiones del mundo[85] , por qué se elige 70 como límite para calcular los AVPP? Se argumenta que es el límite de la edad activa, pero no es así si hay personas de mayor edad en plena actividad. Empero, con 70 años, el porcentaje de años perdidos ofrece dos condiciones interesantes: por un lado, son sensiblemente menores para cada uno de los países y, por otro, ese límite evoca lo positivo de la expectativa de vida actual en términos productivos. La elección de un parámetro de 70 años, ¿no está entonces cargada de una ideología que ve en el aumento de la producción de bienes y servicios el objetivo primordial de una sociedad? Así, son solamente los años productivos los que cuentan para el capitalismo.

Como producto del análisis, el SIS cuenta con una información sesgada, por las líneas de trabajo que se definieron previamente, lo cual de por sí implica una selección previa de datos. Luego se efectúa una segunda selección de temas sobre los cuales el SIS elabora informes estructurados destinados a diferentes actores.

.84 García Barreno, P., 2005, Cómo y por qué envejecemos: el reto de una longevidad sana. Revista de la Real Academia de Cs. Exactas, Físicas y Naturales, vol. 99, nº1, pp. 27-47, Univ. Complutense, Madrid

85 García Barreno, P., 2005, Cómo y por qué envejecemos: el reto de una longevidad sana. Revista de la Real Academia de Cs. Exactas, Físicas y Naturales, vol. 99, nº1, pp. 27-47, Univ. Complutense, Madrid

86 Chomsky, Noam, 10 estrategias de manipulación http://www.revistaco-municar.com/pdf/noam-chomsky-la-manipulacion.pdf

La discrecionalidad, o sea, los rangos de libertad para informar por parte del SIS, dependen no sólo de las pautas recibidas de sus autoridades institucionales, sino de la misión del SIS en cuanto se incluye en la misión social, implícita o explícita, de la institución que integra. Pero la información no puede estar supeditada a la iniciativa de los SIS: la estrategia de no informar, o sea de "mantener al público en la ignorancia"[86] , no tendrá cabida si existe un estado de sensibilización social acerca del valor de la información y el constante alerta frente a sus demoras y omisiones.

Como se ve, si bien existe un "estado de situación" sobre la información que el SIS produce, también existe –al menos en potencia- una demanda de la ciudadanía para que la información se amplíe a temas ocultados. Desde los gremios hasta las organizaciones que representan "minorías" étnicas o sexuales, existen una multiplicidad de grupos sociales que tienen la potencialidad de reclamar la ampliación de los temas sobre los que trabaja e informa el SIS.

El propio término minoría tiene en su semántica un contenido de infravaloración. Al incluir el concepto de menor, puede asumirse que tiende brindar un sentido de inferioridad social al grupo en cuestión. Si bien resulta innegable que desde un aspecto estrictamente demográfico una minoría es un grupo social numéricamente reducido respecto de otros, no debería escapársenos el profundo influjo simbólico de asociación a la palabra menor, teniendo en cuenta que la cuestión social más importante en torno a las minorías ha sido la negación de sus derechos ciudadanos, más allá de sus derechos a tener comportamientos distintos a los de las mayorías, en virtud de sus costumbres y creencias propias.

Paradójicamente, existe una mirada diferente de las minorías que es de una potencialidad muy grande para desarmar algunas de las verdades reveladas del capitalismo como la del consenso democrático en tanto orden social absoluto. En este sentido, se concibe a las minorías como actores sociales con capacidad de ejercer un poder particular que constituye una alternativa al consenso liberal[87] . De esta forma se da prioridad a la problemática social de los sectores que se encuentran fuera del sistema (las minorías), frente a aquellos que se encuentran incluidos (los trabajadores formales). Pensamos en este punto en la situación de

87 Gilles Deleuze, citado por Jameson, F. Valencias de la Dialéctica. Editorial Eterna Cadencia, Buenos Aires, 2013

88 Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) https://docs.google.com/file/d/0B3UrtGwjkS44eW5OSGUybmMxcmc/edit?pli=1

89 Borini, Mario, 1989. Modernización de la injusticia o cambio social? Tecnología y Política Argentina 1983-1988, Revista Salud, Problema y Debate, Año 1, nº 1, Buenos Aires, p. 23

90 Disposición 3255 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)

91 http://www.clarin.com/suplementos/zona/2009/07/12/z-01956901.htm

las mujeres detenidas en cárceles de nuestro país, retratada en la publicación de ATE Socio-Sanitario[88] , como una minoría con gran potencia de expresar injusticias que la sociedad ejerce sobre individuos vulnerables, más allá de su peso numérico. Además, en muchos temas controversiales existe una suma de minorías que en conjunto superarían a la presunta mayoría[89] . Por otra parte, el juego de mayorías y minorías de las sociedades modernas ha renegado de la búsqueda de consenso para convertirlo en el dominio de una mayoría. Las minorías serían, interpretando a Deleuze, quienes pueden poner en juego las demandas por injusticias como problema central más allá de que estas injusticias se ejercen sobre más o menos personas: el número pasa a ser secundario quedando en el plano principal la injusticia social.

El reclamo al Estado de grupos feministas sobre la necesidad de generar políticas que amplíen el acceso a la salud reproductiva (anticoncepción, aborto), puede considerarse como una demanda indirecta al SIS para que a través del mismo el Estado problematice de manera más adecuada las altas tasas de mortalidad materna que persisten en la Argentina. Cabe destacar que si bien las feministas son las reclamantes, el interés involucra a toda la población femenina de bajos ingresos del país que no cuenta con acceso igualitario a prácticas para prevenir la mortalidad materna.

En otra línea, el deficiente manejo de la información de investigaciones sanitarias por parte del SIS contribuye a explicar el número de investigaciones que evaden los controles e incumplen normas éticas en medio de conflictos de intereses con el poder financiero de las corporaciones del medicamento. En 2009 la justicia argentina impuso una multa de $ 1 millón a los responsables de un ensayo con una vacuna contra el neu-

92 http://www.infobae.com/2012/01/02/624938-multan-al-laboratorio-glaxo-ensayos-clinicos-irregulares-la-argentina

93 http://www.abc.es/20120703/sociedad/rc-multa-record-para-glaxosmithkline-201207030836.html

mococo en 14.000 niños pobres de Santiago del Estero, Mendoza y San Juan, porque omitieron información a sus padres, frecuentemente analfabetos, sobre los riesgos del experimento. La sanción alcanza a investigadores y al Laboratorio Glaxo-Smith Kline[90] . Algo notable es que la investigación irregular no fue detectada por los organismos oficiales de control sino por organizaciones de la sociedad civil[91, 92] .

En este caso, parece también interesante contrastar la multa impuesta por la justicia argentina (un millón de pesos = U$S 300.000 en aquel momento), con otro monto pagado por el mismo Laboratorio en los EEUU, en el marco de un "acuerdo amistoso" con el Estado (tres mil millones de dólares). La primera cifra involucra vidas humanas de corta edad. La segunda se relaciona con promociones ilegales de los productos farmacéuticos, es decir, incumplimiento de normas comerciales. La justicia argentina impone una multa "record", que comparada a la del país del Norte es una cifra irrisoria. Y parte de la prensa argentina celebra como un gran logro esta medida[93] . ¿Cuáles son los valores prioritarios de la sociedad global, y más específicamente de nuestra sociedad nacional?

Como síntesis de este capítulo, se muestran en el siguiente gráfico las funciones del SIS, interconectadas y en constante juego de influencias.

GRAFICO 9 Funciones de un SIS

Fuente: elaboración propia en base a información de la DEIS

6 USOS EXTRATÉCNICOS DE LOS SIS, NO EXPLICITOS, PERO REALES

En oportunidades, los dispositivos de información son utilizados para fines diferentes a los reconocidos formalmente. Puede tratarse de desviaciones transitorias de una gestión en particular o también de una tendencia relativamente constante en el tiempo. Y dado que las producciones de los SIS pueden estar influidas por estas motivaciones, su conocimiento forma parte de una mirada crítica de la información.

6.A.- UTILIZACIÓN PARA INTERESES DE PEQUEÑOS GRUPOS DE GRAN PODER

A veces los SIS o parte de ellos, sirven como justificación de puestos de trabajo no estrictamente necesarios en términos técnicos. Así, ocurre que parte de un SIS nace y se desarrolla como proyecto -personal/familiar/grupal-, sin llegar a cumplir con las funciones que se esperan del mismo. En otros casos y más vinculado con su especificidad de fuente de información, los SIS son utilizados para tareas de inteligencia, por ejemplo, la infiltración de intereses privados en el sector público, la justificación de reducción de personal en salud o la filtración de datos públicos al sector privado para mostrarle nichos de mercado convenientes. Considerando el valor estratégico que tiene la información que manejan los SIS, los grupos con intereses económicos relacionados con el Estado, por ejemplo aquellas empresas que venden sus productos o servicios al mismo, tienen un fuerte interés en conocer los detalles de funcionamiento del circuito estatal de compras. Ahora bien, la apropiación de información con fines corporativos no sólo se hace por maniobras ilegales sino también a través de mecanismos sutiles enmarcados dentro de la legalidad. Así, los ámbitos académicos también pueden ser fuente de información para intereses corporativos.

Incluso en algunos casos la circulación de información excede al país, dada su valoración en el extranjero: el Departamento de Comercio de EEUU financió la encuesta "Equipamiento Médico Argentino 1982" realizada por la Empresa RG y Asociados de la Capital Federal, que dicho Departamento editó en su serie Investigación de Mercado Internacional, Tomo 1 –Información de Mercado Exportador- para que las empresas transnacionales de ese país conocieran los nichos mercantilizables por sexo, edad y geografías de la Argentina, a fin de orientar su producción para la penetración comercial y cultural de nuestro país con menores riesgos y mayores tasas de ganancia. Quiénes entregaron la información? La encuesta nombra a sanitaristas y altos funcionarios argentinos que proveyeron o facilitaron los datos durante el gobierno constitucional de 1983 a 1989[94] .

6.B.- SELECTIVIDAD SOCIO-POLÍTICA DE LAS FUENTES

La búsqueda, admisión, repercusión y difusión de datos de fuentes externas al sistema de información oficial, y aún la misma consideración que un SIS tiene por estas fuentes, está regida por un principio estructural: los sistemas oficiales exponen o dejan pasar los datos que no afectan la supervivencia del sistema. Estas situaciones se tornan paradójicas cuando la sociedad civil reconoce un problema como existente y acuciante mientras el Estado no lo expresa en sus registros de salud. Es el caso de la violencia étnica y de género[95] . Si la presión social hace que se reconozca un problema, pero luego la solución es insuficiente y la presión cede, luego de un tiempo el problema deja de existir como tal, hasta cristalizarse como inevitable, un objeto naturalizado de la estructura social. Tomamos como ejemplos el hambre, la violencia doméstica, la violencia policial, el uso de agrotóxicos y el industrialismo de alimentos transgénicos, una mayor agresión minera y petrolera al subsuelo (extractivismo[96]), y otras formas de depredación y contaminación, los desvíos eugenésicos anticientíficos, incluyendo en estos a los que puede generar la fertilización asistida. Se observa aquí la enorme responsabilidad que tienen los SIS para revelarlos.

En la última dictadura militar, el ocultamiento de fenómenos como la desnutrición, cuya divulgación era inconveniente para el gobierno, se hizo más patente, trascendiendo los límites nacionales y, de hecho, no se encuentran críticas al sistema de salud en publicaciones de OPS de aquella época. No obstante, apenas restablecida la constitucionalidad, la OPS en conjunto con el Ministerio de Salud organizaron un Curso Internacional en el Salón de las Banderas del Ministerio, para enseñar cómo debía funcionar un sistema de información[97] , fenómeno que puede interpretarse como un reconocimiento implícito de que ninguna de ambas entidades informó como correspondía durante la dictadura Argentina.

Por cierto que también existía resistencia del personal dentro del propio sistema, que en su autonomía relativa filtraba información, con riesgo de sus vidas y hasta formaron parte de la lista de desaparecidos. Algunos de ellos están identificados por su notoriedad, pero más allá de los nombres propios debe decirse que aún en las situaciones sociales más difíciles existen grupos de compañeros dispuestos a defender los intereses comunitarios.

En un acto del año 2008 se reivindicó a varios de los desaparecidos del INDEC, entre los que se encuentran Carlos Cortiñas, Bibi Miranda y Carlos Noriega (Director del INDEC al momento de su desaparición). Según los testigos, uno de los motivos que dio Noriega a la dictadura fue negarse a entregar listas de compañeros y a alterar datos estadísticos[98, 99].

94 Borini, Mario, 1989. Modernización de la injusticia o cambio social? Tecnología y Política Argentina 83-88, Revista Salud, Problema y Debate, Año 1, nº 1, Buenos Aires, p. 12

95 Morgenstern M., Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del Mercosur. República Argentina. Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. Pp 61. 2012. disponible en: http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/Argentina%20final_4.febrero.pdf

96 Área de Salud del Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEP) de ATE Argentina, Agroindustria, Hidrofractura, Represas, Megaminería… La Tierra… sin fin? Algunos procesos del modelo productivo en la Argentina y muchas de sus implicancias en la salud, Cuadernos para volver a Carrillo, salud pública argentina escrita por trabajadores y trabajadoras, Buenos Aires, 2014

97 Curso Internacional de Sistemas de Información en Salud, Director: Carlos Ferrero, Organización: OPS y Ministerio de Salud de la Nación, Salón de las Banderas, Buenos Aires, 1984.

98 http://www.pts.org.ar/Gran-acto-en-la-puerta-del-INDEC

99 http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/101269-31907-2008-03-25.html

CUADRO 3

Funciones de los sistemas de información en salud. Explícitas y Ocultas.

En el cuadro 3 se sintetizan las funciones explicitas o formales de los SIS, así como las ocultas, que tienen que ver con intereses no comunitarios.

FORMALES, TÉCNICAS, DE INTERÉS COMUNITARIO	INFORMALES, OCULTAS, DE INTERÉS CORPORATIVO
Generación y captura de datos	Ocultamiento o desfiguración de los datos
Análisis de información	Sesgo en los análisis, al tomar años o regiones convenientes para la comparación
Elaboración de informes para la toma de decisiones"	Abandono de temas relevantes para la salud comunitaria, cuya divulgación afecta intereses poderosos.

Fuente: elaboración propia en base información de varias fuentes ya citadas

PARA TRABAJAR EN GRUPO:

- Debatir sobre la forma de manifestarse las problemáticas de pobreza, etnia y género en los lugares de trabajo.
- Elaborar un listado de otras condiciones que influyen en la inequidad, a partir de la experiencia en el trabajo cotidiano.
- Discutir en qué medida los SIS tienen en cuenta estas realidades y por qué.
- En base a lo leído, cuales son los problemas de salud que actualmente se encuentran desplazados del interés, según la percepción del grupo de trabajadores en ese lugar de trabajo. Como podría incluirse esta problemática en los SIS.

7 SIS COMO PARTE DE SISTEMAS GLOBALES: LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES CONCENTRAN LA INFORMACIÓN Y FIJAN SUS PAUTAS

Se consideran sistemas de información global en salud a los que forman parte de instituciones con escala mundial o regional y que por ello trabajan con información de varios países. Estas instituciones se pueden clasificar en tres grandes categorías:

1. Dentro de la ONU, formadas por los estados nacionales que la constituyen; de estos se analizará la OMS, la OPS, el UNICEF, el PNUD y el BM.
2. Fuera de la ONU e independientes de nuestros países de América del Sur, como grupos de países asociados a partir de intereses comerciales o de desarrollo. De estos últimos se analizarán la OCDE y el BID.
3. Externos a la ONU pero compartidos con otros países de América, como el MERCOSUR y la UNASUR.

7.A.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS):

Según la concepción de las Naciones Unidas, en el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas sanitarias transnacionales. La OMS tiene las funciones directiva y coordinadora de las acciones sanitarias en las Naciones Unidas: establecer normas, proponer opciones políticas basadas en la ahora llamada evidencia, liderar los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones, ofrecer apoyo técnico a los países y vigilar[100] las tendencias sanitarias mundiales.

Como dato crítico, no debemos pasar por alto que la OMS es la institución que durante más de seis décadas ha sostenido el proyecto de lograr niveles mínimos de salud para los sectores de bajos recursos[101] , lo cual -bajo la apariencia de un progresivo acercamiento a mejores condiciones- en realidad ha consolidado una situación de grave inequidad en la mayoría de los países, pero en especial en los de bajo PBI[102] . Esto se debe a que dichos países son los que tienen mayores niveles de desigualdad y en los cuales las políticas públicas "con objetivos mínimos" tienen mayor impacto negativo. Discursos sobre equidad han sido acompañados por consejos de medicina diferenciada para pobres, tras Programas de Atención Primaria de la Salud que en no pocos casos resultaron en atención primitiva de la salud[103] y, lo que es peor, reemplazaron en el imaginario popular y profesional a Programas de Salud Rural de alto impacto y a la experiencia de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud en la Provincia de Buenos Aires (ATAMDOS), mediante ceses contractuales y persecuciones. Su repercusión en los SIS es que tienden a tomar estándares menos exigentes, de manera que en sus informes toman los logros en ciertos problemas como una buena noticia, cuando en realidad, al tratarse de indicadores promedio, la brecha de inequidad entre los extremos sociales puede haber aumentado.

Se han cuestionado también los condicionamientos que imponen a la OMS sus grandes "benefactores" como Bill Gates, quienes haciendo uso de un supuesto derecho que le darían los altos montos donados, determinan la circulación de medicinas y vacunas patentadas en lugar de genéricos, elevando el gasto innecesariamente para la población pero convenientemente para la industria farmacéutica[104] . No pasamos por alto que el desfinanciamiento creciente de la OMS ha sido cubierto en alguna medida por el Banco Mundial[105], en coincidencia con el auge del Banco en la propuesta de directivas para la salud mundial Sin embargo, y para no caer en el reduccionismo de asumir que la OMS es totalmente aliada de los intereses conservadores, cabe reconocer que en la misma coexisten tendencias progresistas y conservadoras y que en el inter-juego de las mismas es donde será fecunda la acción de los trabajadores para rescatar los elementos que tiendan a la equidad social. Entre otros, ciertos desarrollos de APS, Sistemas Locales de Salud (SILOS), y actualmente la iniciativa de RISS[106] son programas rescatables en algunos aspectos, por cierto muy parciales.

100 Esta expresión –con las fuertes implicancias de control social globalizado que tiene-, consta explícitamente en la definición de las funciones de la OMS en su página web oficial.

101 OMS. Declaración de Alma Ata. Puntos VI y VII, 2. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

102 Eibenschutz C, y col. Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad. Revista Salud Pública, México 2008. 10 (1) pp. 119-132.

103 Testa, M. Pensar en Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1998.

104 Andreas Zumach/ Nuria G.R. La OMS es blanco de críticas. Mayo 2012, en:http://www.dw.de/la-oms-es-blanco-de-cr%C3%ADticas/a-15965576

105 Waitzkin, Howard, y Rebeca Jasso-Aguilar, Medicina y Salud Publica al Final del Imperio, Divugaçao Em Saude Para Debate, nº 49, Río de Janeiro, p. 93

106 RISS: propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud de la OPS.

El SIS de la OMS consiste en una iniciativa global de almacenamiento y procesamiento de datos de todos los países miembros, que se encuentran formalmente comprometidos a brindarlos, teniendo como fuente de datos a sus organismos gubernamentales (generalmente las oficinas de estadísticas de los ministerios de salud de cada país). Si bien produce una serie muy variada de informes sobre salud, el más completo y representativo es el informe anual de Estadísticas Sanitarias Mundiales cuya versión 2013 se encuentra disponible en la tabla al final del presente capítulo.

7.B.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS):

Su creación se aprobó en la II Conferencia Panamericana, en 1901. Las Conferencias surgieron a instancias de EEUU, que pretendía una expansión comercial en Hispanoamérica. El financiamiento de la Fundación Rockefeller y otras entidades de ese país, promovían los derechos de patentes y las transacciones y explotaciones propias de cada entidad, sin los riegos que las enfermedades pestilenciales pudieran ocasionar en los intercambios, lo que explica el desarrollo de programas verticales centrados en el control de enfermedades transmisibles mediante cuarentenas y productos de contacto directo, sin la extensión del cambio social que hubiera surgido de programas horizontales.

Es la oficina regional de la OMS, que incluye a los países de América del Norte, Central y del Sud. A la OPS se le asignó un valor estratégico como institución rectora de salud regional en la coordinación de acciones sanitarias de los países miembros.

De manera evidente, los cuestionamientos que se hicieron a la OMS más arriba son aplicables a la OPS, que incluye a los países americanos y algunos de otros continentes en condición de observadores. Podríamos agregar que en el caso de una Oficina Regional como la OPS, con mayor cercanía al Tercer Mundo y personal que predominantemente proviene de sus países, se espera un mayor compromiso con los problemas regionales y nacionales, más que elementales reproducciones de lineamientos generales de la OMS, como a veces sucede.

La información de la OPS consiste en producciones de informes en colaboración con los ministerios de salud locales de cada país de la región, además de su vínculo estrecho con el sistema de información de la OMS. Las publicaciones más importantes de esta institución se encuentran en los vínculos que constan en la tabla, al final del presente capítulo.

Existe memoria que en los 90, en coincidencia con el Consenso de Washington que cerró filas a favor de una enorme injerencia del capital financiero en los servicios, particularmente del Banco Mundial, la OPS se subordinó al curso del gobierno en cada país desistiendo de su rol prescindente del poder local que representaba hasta entonces.

7.C.- FONDO DE LA NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF):

Fue establecido por las Naciones Unidas en 1946 para responder a situaciones de emergencia de los niños en Europa y China en la postguerra. En 1950, se amplió su mandato para abordar las necesidades a largo plazo de la niñez y de las mujeres en los países en desarrollo de todo el mundo y en 1953 pasó a integrar permanentemente las Naciones Unidas.

Como el resto de los organismos dependientes de la ONU, el UNICEF no carece de aspectos oscuros[107] .

En su blog, el activista Josep Pàmies denuncia que UNICEF se niega a evaluar una propuesta para solucionar la falta de higiene y la mortalidad derivada de la misma mediante el lavado de manos con agua de mar, en campos de refugiados. Según Pàmies esto marca una contradicción, que él llama hipocresía, por la cual UNICEF denuncia la mortalidad evitable con medidas higiénicas, pero no toma decisiones disponibles para resolver el problema (https://joseppamies.wordpress.com)

Por otra parte, las donaciones del público, que probablemente no representen un monto relevante en el financiamiento de la entidad, tienen un valor simbólico distorsivo, en el sentido de verse como un acto de beneficencia a lo que debería constituir un ejercicio de derechos. En este sentido UNICEF perpetúa un ritual que se parece a la limosna vinculado más a un paradigma religioso que a una sociedad donde el valor de los derechos ciudadanos sea el que predomine.

Pero circunscribiéndonos a nuestro tema y sin dejar de tener en cuenta lo dicho, debemos decir que el UNICEF cuenta con un vasto sistema de información representado en 194 países del mundo, en los cuales tiene sede y relación gubernamental. Se trata de estadísticas relacionadas con la infancia y temas vinculados entre sí como la maternidad y cuestiones de género. El informe más importante que produce el UNICEF se emite cada año, se llama "Estado Mundial de la Infancia" y su versión para el año 2014 se encuentra disponible a través del vínculo que consta en la tabla, al final del capítulo.

107 http://joseppamies.wordpress.com/2013/01/04/la-falsa-solidaridad-de-unicef/

7.D.- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo es un proyecto mundial de la ONU que ofrece financiamiento para iniciativas vinculadas no solo a salud sino también a educación y trabajo, que son tres políticas sociales nucleares para el desarrollo de las naciones, según la visión de la ONU.

La ideología que sustenta el concepto de desarrollo del PNUD se basa en una visión productivista, con amplia base en el modelo capitalista de sociedad de hiperconsumo, bajo la creencia que la felicidad se encuentra en la satisfacción de los deseos mediante la compra de bienes y servicios en el circuito mercantil[108] , generando a largo plazo un vacío emocional profundo, que algunos asocian al auge de los síndromes depresivos. Esta ideología se basa en el paradigma filosófico de la razón instrumental y explica la base estadística de los proyectos del PNUD y el sesgo cuantitativo de sus sistemas de información. Programas de este tipo tienden a consolidar SIS conservadores y dejan velados numerosos fenómenos de salud importantes tras los números de indicadores tradicionales.

No obstante, como se mencionó en el caso de la crítica referida a la OMS, este sustrato ideológico no anula la propuesta del PNUD, sino que brinda pistas para su transformación y utilización en sentido progresista. Dentro de los elementos rescatables del PNUD y como principal aporte a los SIS, se encuentra el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que condensa datos de salud, educación y economía, para medir el nivel de desarrollo de las comunidades desde la visión de la ONU. Este índice se mide a nivel país y a nivel provincial. En los vínculos del Cuadro 4 se pueden encontrar los informes correspondientes al desarrollo humano emitidos por el PNUD para cada nivel de agregación descripto.

7.E.- BANCO MUNDIAL (BM)

La importancia del financiamiento de los sistemas de salud ha sido plenamente resaltada en el Cuaderno 2 de la presente serie de trabajos.

108 Lipovetsky, G.2006. La felicidad Paradójica. Ed. Anagrama, Buenos Aires.

El BM se creó en 1944 junto con el FMI en el seno de la ONU, en cumplimiento de los acuerdos de Breton Woods entre más de 130 países. Los objetivos centrales no han cambiado desde entonces: afianzar el mercado mundial con préstamos que compensen la balanza de pagos de los países que se comprometan a un "ajuste" mediante la disminución del gasto público y apertura del comercio exterior.

El BM adquiere un rol central en el tema de salud desde el Consenso de Washington en los años 90, en los cuales esta institución prácticamente reemplazó a la OMS como entidad directriz de las políticas del sector en países periféricos. En 1993, el informe del BM llamado "Invertir en Salud" marcó las líneas de un paradigma que hoy se ha demostrado como incompetente para resolver los problemas del sector. Los gobiernos que adherían al Consenso debían ser fieles al Banco, tanto en la aceptación de créditos condicionados como en la ejecución de esas condiciones.

En dicho informe el BM proponía entre otras medidas: a) privatización de servicios especializados en los hospitales; b) programas verticales (atención de salud primaria selectiva); c) programas de recuperación de costos en el sector público; d) seguridad social universal con opciones de seguro privado (gerenciamiento de entidades intermediarias); e) reemplazo del gasto público por gasto de bolsillo; f) conformación de un mercado privado de capitales. Medidas convergentes en el ahorro público para pagar la deuda y en la creación de un mercado local de capitales privados que avalara al Banco. Propuestas que pasados 10 años mostraron su fracaso para el declarado interés común. Particularmente, la política de focalización propiciada con fuerza por el BM en la década de los 90 en países de América Latina, ha sido profundamente cuestionada[109] en sus efectos a mediano y largo plazo[110].

Luego de lograr buena parte de su cometido, el Banco viró para mantener un Estado mínimo que contuviera las presiones sociales que sus recetas de reducción de políticas sociales habían incrementado [111,112] .

Específicamente para los SIS, el impacto que tuvo sobre todo en la década del 90 pero que aún muestra influencia importante, es la atomización de las acciones de salud, mediante un programa para cada problema de salud, motivada por la ideología que propone la focalización como pauta estratégica incuestionable y que lleva, por las condiciones del financiamiento de cada programa, a un escenario de múltiples SIS donde debería haber solo uno, además de que la focalización frecuentemente implica, dentro de cada programa, que queda indebidamente afuera una parte de la población.

Más allá de los cuestionamientos señalados, la institución conserva su importancia, entre otras cosas como financiador de proyectos de salud específicos por problema o enfermedad en países periféricos (a cambio de "condicionalidades", o sea, cláusulas atadas a compromisos del país tomador del crédito en desmedro de grados de su soberanía). Y como fuente de información sobre financiamiento, gestión y resultados de salud. Los datos del SIS del BM se encuentran disponibles en el vínculo correspondiente del Cuadro 4.

7.F.- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)

Dentro de los organismos internacionales que son ajenos al ámbito institucional de la ONU, el Banco Interamericano de Desarrollo es una institución nacida en el seno de la OEA pero luego desvinculada de ella. Es el organismo financiero regional más importante del mundo, surgido por iniciativa del Fondo Monetario Internacional. Está conformado por más de 20 países prestamistas, entre los que se encuentra la mayoría de los países centrales y más de 20 países prestatarios de la región de las Américas y el Caribe que financian proyectos en educación y salud con fondos del BID.

En el caso de la salud, los préstamos para proyectos tienen condicionalidades no solo financieras sino también acerca de la gestión de los proyectos y sus objetivos. O sea, el BID tiende a definir prioridades y acciones con cierta participación del país tomador del crédito, pero en las que el resultado final no está forzosamente vinculado a las necesidades de salud locales. El BID ofrece información sobre estos programas en el vínculo correspondiente del Cuadro 4.

Como en el BM y el FMI, "La estructura de estos organismos tiende a dar mayores votos y poder de decisión a aquellos países miembros que representan mayores aportaciones y cuotas, deduciéndose que son los países más industrializados y desarrollados los que disponen de mayores recursos económicos y financieros, lo cual les otorga el poder de delinear las grandes políticas económicas internacionales a efectuarse en los países menos desarrollados. De todos los países con mayor influencia en América Latina, los Estados Unidos de Norteamérica es el más importante ya que concentra en el BID el 34.5 % del número total de votos" [113]

El BID colonizó áreas de los ministerios de salud en varios países de Latinoamérica con sus dispositivos teóricos propios como el llamado "marco lógico" (un dispositivo conceptual para la gestión de programas), generando limitaciones para capturar la complejidad y la incertidumbre en el desarrollo de las acciones de salud. Ello produce un impacto negativo en la participación y deliberación entre trabajadores al interior de los programas, cuando se le da excesiva importancia al papel de los técnicos y no se reconocen sus barreras para desarrollar la reflexión y el pensamiento crítico[114] .

109 LoVuolo, Rubén y col. 1998. La nueva oscuridad de la política social: del Estado populista al neoconservador. Buenos Aires, CIEPP.

110 Lo Vuolo R. y col. 1999. La pobreza… de la política contra la pobreza. Buenos Aires. CIEPP.

111 "Hay que prestar una mayor atención a lo social", expresó el Vicepresidente del Banco Mundial en su visita a Argentina, y respecto de las puebladas de Santiago del Estero y La Rioja dijo "La sorpresa es que no hayan tenido más" (Kandel, Pablo, El Banco Mundial mira ahora lo social, Diario Clarín de Bs As, 15'1'94)

112 Borini, Mario, Reforma Sanitaria Argentina: ¿Cómo se crea el nuevo excedente para una apropiación legalizada?, Revista Salud, Problema y Debate, Año VIII, Nº 14, Primavera del 96, Bs. As., p. 11

7.G.- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, es conocida por estar conformada por países ricos, productores de más del 70% de la producción mundial. Argentina no se encuentra incluida en la OCDE y solo hay dos países latinoamericanos que sí lo están (Chile y México). La información que publica la OCDE resulta útil para la comparación de la evolución en largos periodos de tiempo de indicadores de salud entre países de diferentes regiones; los datos se encuentran disponibles en el vínculo correspondiente del Cuadro 4.

La OCDE ha sido acusada de manejar un doble estándar en transparencia informativa, de manera que intima a países del Tercer Mundo para que adopten ciertas medidas que no exige a Estados Unidos de Norteamérica, país que predica la *transparencia y el intercambio de información para propósitos fiscales* al tiempo que ofrece a los extranjeros y a los intermediarios financieros un blindaje completo de información a sus países de origen (con excepción de Canadá) para atraer, de esta manera, más de 10 trillones de dólares en inversiones y depósitos bancarios extranjeros. En consecuencia, los Estados Unidos serían el mayor paraíso fiscal del mundo .

113 Mares, Alberto Ibarra, Introducción a las Finanzas Públicas, Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales

114 Peris, J y col. 2012. ¿Delimitando el margen de maniobra? una discusión crítica del enfoque de marco lógico en los proyectos de cooperación al desarrollo. Valencia, 11-13 de julio de 2012. Grupo de Estudios en Desarrollo, Cooperación y Ética, Departamento de Proyectos de Ingeniería, Universitat Politécnica de València, XVI Congreso Internacional de Ingeniería de Proyectos. En http://aeipro.com/files/congresos/2012valencia/CI-IP12_1603_1611.3828.pdf

7.H.- MERCADO COMÚN DEL SUR (MERCOSUR)

Sus signatarios son Estados Miembros (Argentina, Paraguay, Uruguay, Brasil) o Estados Asociados (Bolivia, Chile, Perú, Colombia. Ecuador) y recientemente, Venezuela. Sus objetivos básicos al crearse en 1994 están demasiado limitados a aumentar la eficiencia y competitividad de las economías involucradas, a fin de acelerar su desarrollo económico y ampliar sus mercados; pero de una manera más amplia incluyen la preservación del medio ambiente, el mejoramiento de las comunicaciones, la coordinación de las políticas macroeconómicas y la complementación de los diferentes sectores de sus economías. El mercado, pero funcional a la salud integral de sus pueblos. En cada cancillería de un país miembro existe una Comisión de Salud Internacional como parte del Consejo Consultivo de la Sociedad Civil que comparte sus experiencias locales en la firma de Declaraciones en cada Cumbre Social del Mercosur, aunque todavía sin intercambio de información desagregada por países ni iniciativas de registro que incluyan problemáticas postergadas (etnia, país de origen en cada atendido).

Esta institución cuenta con un Observatorio de Sistemas de Salud que reúne información sobre el funcionamiento del sector en cada país, y se propone análisis comparativos entre los sistemas de salud de los países miembros. Con sede en Uruguay, comenzó a funcionar efectivamente en 2011 y sólo ha manifestado declarativamente[116] su intención de constituirse en referente de información para la toma de decisiones en salud en la región. En el Cuadro 4 se encuentra el vínculo para acceder a la información de la web.

115 http://revistaenlace.net/enlace/90-plumainvitada/250-oc-de-y-sus-presiones-a-panama

116 http://www.observasalud.mercosur.int/

7.I.- UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS (UNASUR)

Los países miembros de la UNASUR son: Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela. Sus objetivos de creación en 2009 superan la eliminación de barreras aduaneras propia de un Mercado Común y el establecimiento de una moneda común que es propio de una Comunidad Económica. La Unión propone el desarrollo de un espacio integrado en lo político, social, cultural, económico, financiero, ambiental y en la infraestructura. Este nuevo modelo de integración propone desde su creación en 2009 la inclusión de todos los logros y lo avanzado por los procesos del Mercosur y la Comunidad Andina, así como la experiencia de Chile, Guyana y Suriname. El objetivo último es favorecer un desarrollo más equitativo, armónico e integral de América del Sur y la participación conjunta de sus países en el logro de políticas públicas en cada país.

Dentro de la UNASUR, el Consejo de Salud Suramericano es una instancia permanente formada por los Ministros de Salud de los países miembros y oficia como órgano de consulta y consenso en temas de salud. Tiene como uno de sus objetivos específicos "Promover la creación de sistemas de información y comunicación integrales".

La integración latinoamericana no debería soslayar, entonces, el desarrollo de compromisos de ayuda mutua en aras de la democracia directa, los derechos humanos, el enfrentamiento de la corrupción, la preservación de la salud en un marco social participativo y la exigencia del cumplimiento de metas por parte de sistemas de salud interconectados entre todos los países de esa Unión.

Estos desarrollos requieren una articulación mínima de los sistemas de información en temas vinculados a la salud eco-social: personal de salud, producción pública de medicamentos y otros bienes sociales como insumos y equipamiento, disponibilidad de tecnología, concentraciones oligo-monopólicas en relación con bienes y servicios, narcotráfico, endemo-epidemias, migraciones, normas, planes y programas para el logro de metas comunes.
Pero estos objetivos universalistas han quedado tan declarados como en su mayor parte limitados a hechos autocomplacientes: enfrentar amenazas a regímenes gobernantes en los países miembros.

Justamente, en las Metas del Milenio[117] para 2015, un punto aún no cumplido es la asociación internacional para el desarrollo. Pero de seguir así, varias Metas del Milenio en salud quedarán también incumplidas: las que se refieren a reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre, a reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna, a reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de 5 años y a garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

No obstante, si el interés de cada Estado fuera mejorar sus condiciones para cumplir la función de garante que le asignan los Tratados Internacionales, con rango supraconstitucional en salud cuando un país no es autosuficiente, la UNASUR sería un instrumento altamente calificado para obtener ese logro.

Otra dependencia relevante de la UNASUR para el tema que nos ocupa es el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, una de cuyas publicaciones principales contiene un análisis comparativo de los sistemas de salud más amplio que el del Mercosur, cuyo vínculo se cita en el Cuadro 4.

117 http://www.undp.org/spanish/mdg/goallist.shtml

CUADRO 4

Instituciones con sistemas de información en salud mundializados e información relevante accesible por internet

INSTITUCIÓN	INFORMACIÓN RELEVANTE EN SALUD Y ACCESO POR INTERNET
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Estadísticas mundiales de salud. Frecuencia anual http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/index.html
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Varias publicaciones sobre salud regional (países de América Latina y el Caribe) http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=160&Itemid=304 http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/indicadoresbasicos.html
Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF):	Informe mundial sobre la infancia. Frecuencia anual. Trata un tema determinado que en 2014 es el de las disparidades de salud en la infancia. Cada año, en este informe se incluyen estadísticas sobre infancia y maternidad de todos los países del mundo. http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/documents/spanish/SP-FINAL%20FULL%20REPORT.pdf
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	Informe mundial sobre la infancia. Frecuencia anual. Trata un tema determinado que en 2014 es el de las disparidades de salud en la infancia. Cada año, en este informe se incluyen estadísticas sobre infancia y maternidad de todos los países del mundo. http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/documents/spanish/SP-FINAL%20FULL%20REPORT.pdf
Banco Mundial (BM)	Indicadores de salud actualizados por países y regiones. http://datos.bancomundial.org/tema/salud
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	Informes sobre programas financiados por la institución http://www.iadb.org/es/temas/salud/salud,1238.html#.UkiaUoYaiD-
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos	Cuadros comparativos de indicadores seleccionados de salud http://www.oecd-berlin.de/charts/health/
Mercado Común del Sur (MERCOSUR	Informes propios sobre sistemas de salud de países miembros http://www.observasalud.mercosur.int/
Unión de las Naciones Suramericanas (UNASUR)	Informes propios sobre sistemas de salud de países miembros http://www.isags-unasul.org/biblioteca_interna.asp?lang=3&idArea=33&idPai=5139

Fuente: elaboración propia

Puede decirse que los sistemas de información globalizados tienen la ventaja de permitir comparaciones entre regiones y países, con indicadores relativamente actualizados, según el nivel de oportunidad en que cada país provee de información. Y que la información que se encuentra en estas fuentes no tiene credibilidad absoluta: la veracidad de la misma es variable según el país que la produce, dependiendo del grado de desarrollo técnico de sus propios sistemas de información en salud, que es heterogéneo, así como de la validez de sus datos. Es sabido que la información oficial tiene déficits de registro y sesgos que por su variabilidad según el país, son difíciles de ponderar. Por ello se debe tener una mirada crítica de los indicadores allí expresados y estar atento a los fenómenos que no se registran, como por ejemplo las situaciones de salud de grupos vulnerables.

A nivel regional, existen estudios que comparan sistemas de información en recursos, indicadores, fuentes, administración de la información, productos y uso[118] , destacando una reducida percepción de desarrollo de los SIS por parte de sus propios gestores, así como una baja calificación en la administración de la información. En un informe de la OMS[119] se destacan los siguientes problemas, que si bien son mencionados en relación a la problemática de violencia de género, se aplican a la generalidad de la información de los SIS: a) precariedad de la capacitación al personal operativo y de estadísticas; b) metodologías poco apropiadas en el análisis de información a nivel nacional, departamental y local; c) limitación en el uso de la información en espacios nacionales, por la hegemonía de una institución; d) procesos de reorientación de sistemas nacionales de información en salud, que pueden afectar los modelos internacionales consensuados de vigilancia epidemiológica; e) controles de calidad de la información, que por fallas en mecanismos de supervisión y monitoreo pueden afectar el registro y la sensibilidad de indicadores; f) limitación de la difusión de la información entre diferentes actores y sectores, principalmente cuando un sector retiene la producción de información; g) cambios de personal y autoridades a consecuencia de situaciones político-partidarias, que afectan los circuitos de la información.

Considerando que son estos sistemas nacionales con serios déficits de funcionamiento las fuentes de la información que luego es condensada por los organismos internacionales, de aquí deriva la precaución con la que deben leerse los respectivos informes.

PARA TRABAJAR EN GRUPO:

- Ingresar a los vínculos de internet de algunos sistemas de organismos internacionales, sobre todo el de OMS, OPS y UNICEF. Leer y comentar las conclusiones de los informes.

- Marcar estos vínculos como favoritos para consultar los datos cuando sea necesario y de esta manera familiarizarse con la información.

118 Palacio-Mejía, L. y col. Sistemas de información en salud en la región mesoamericana. Rev. Salud pública de México / vol. 53, suplemento 3 de 2011

119 Organización Panamericana de la Salud. Experiencias obtenidas con la inclusión de indicadores de violencia por razón de sexo en los sistemas de información y vigilancia sanitarias en Bolivia, Ecuador y Perú. 19a sesión del subcomité del comité ejecutivo sobre la mujer, la salud y el desarrollo. Washington, 12 al 14 de marzo de 2001. punto 7 del orden del día provisional msd19/7.

8 EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD NACIONAL

En nuestro país el SIS oficial de la Nación puede considerarse como constituido por dos subsistemas consolidados y una multiplicidad de dispositivos que se encuentran en proceso de integración. Los primeros son el Sistema Estadístico de Salud (SES) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica; los restantes son múltiples sistemas específicos por función y dependencia oficial que tienen desarrollo heterogéneo y alto nivel de fragmentación.

El SIS oficial comparte las características generales del sistema de salud argentino, tanto en lo que se refiere a sus ventajas como a sus debilidades. Las primeras tienen que ver con la extensión importante del sistema público y su presencia a lo largo de toda la extensa geografía de la Nación, condición que permite el registro amplio de eventos de salud, y también con una tradición de trabajo por la cual permanentemente se ha ido mejorando la calidad de los registros mediante capacitaciones en las provincias por parte del ente nacional, consolidando consensos sobre el modo de registro y procesamiento de datos. Por su parte las desventajas tienen que ver con la fragmentación importante de la información disponible, falta de integración de los niveles nacional, provincial y municipal, aislamiento del sector privado que no provee la información de manera regular y que no ha podido ser disciplinado por el Estado en este sentido, pese a la existencia de un marco normativo en expansión que así lo obliga [120] . Esto manifiesta un importante fallo del Estado en su rol de rector del sistema, ya que la falta de información de eventos de salud en el sector privado pone en riesgo a toda la comunidad al no planificar acciones preventivas de salud para ciertas necesidades que ni siquiera llegan a conocerse: entre otros ejemplos puntuales puede citarse que algunas enfermedades infecciosas que se atienden en el sector privado y no son informadas al Estado exigen medidas estatales de políticas públicas, que estas falencias impiden ejecutar.

En lo que se refiere a la información con la que cuenta el SIS oficial nacional, puede clasificarse del siguiente modo:

ESTADÍSTICA: incluye la información demográfica (nacimientos, muertes y estructura de la población según la edad y el sexo). También indicadores de salud de estructura, procesos, resultados, cobertura, producción y uso de recursos del sistema de salud. Este tipo de información es procesada por el Sistema Estadístico de Salud a través de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

EPIDEMIOLÓGICA: compara indicadores de salud de morbilidad y mortalidad por jurisdicciones, procesa datos y genera informes para la vigilancia epidemiológica, que detecta tempranamente ciertos eventos para prevenir problemas de salud emergentes. Esta información es procesada por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

RECURSOS Y NORMATIVAS: se refiere a datos de políticas, programas y proyectos de salud, legislación relacionada, información de los organismos regulatorios, e información de ciencia, tecnología y documentación bibliográfica. Depende de un cúmulo de instituciones muy variado entre las que se encuentran desde universidades, hasta instancias de regulación como la ANMAT, pasando por bibliotecas digitales de salud.

GRAFICO 10 *Muestra las tres categorías principales de información que incluye el SIS nacional, así como las dependencias que las procesan.*

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud.

120 Ley Nacional 26682 de Regulación de las Empresas de Medicina Prepaga y su Decreto Reglamentario 1993/2011. Disponible en: http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/texact.htm

A continuación pasaremos a describir las diferentes instancias del SIS oficial del Estado Nacional argentino.

8.A.- EL SISTEMA ESTADÍSTICO NACIONAL DE SALUD

Forma parte del Sistema Estadístico Nacional (SEN) que se establece en el año 1968 en el marco de la Ley Nacional 17622, creadora del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) que ejerce la dirección de todas las actividades estadísticas oficiales del país. Se confiere al INDEC la responsabilidad directa en el diseño metodológico, organización y dirección de los operativos nacionales de relevamiento a través de censos y encuestas y la elaboración de indicadores básicos de orden social y económico. El INDEC depende del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación y coordina el SEN bajo el principio de centralización normativa y descentralización ejecutiva, siendo responsable del desarrollo metodológico y asegurando la comparabilidad de la información generada en distintas fuentes mediante un piso o mínimo común de datos. El Sistema Estadístico Nacional que el INDEC dirige está integrado por los servicios estadísticos de los organismos nacionales, provinciales y municipales. En cada provincia existe una Dirección de Estadística dependiente del gobierno provincial, que coordina el Sistema Estadístico Provincial de la jurisdicción e interviene en la captura, ingreso y procesamiento de la información a nivel provincial. Luego, esta es consolidada por el INDEC para la obtención de información a nivel nacional.

Interesa destacar que la ley 17622 fue sancionada en el marco de la dictadura de Onganía y de hecho en su texto se da especial importancia a la información estadística de las fuerzas armadas (art. 5.f y art. 8), que se concebían como entidades claves para la información nacional. Sin embargo y a pesar de sus orígenes, en las más de 4 décadas transcurridas desde entonces, no se realizaron cambios sustanciales a la norma. La persistencia de este marco legal a pesar de su origen podría deberse a las siguientes razones: a) técnicamente estaría bien constituida; b) mostraría un funcionamiento relativamente satisfactorio, más allá de sus falencias; c) otras prioridades legislativas habrían desplazado el tratamiento de su actualización; d) el marco legal vigente permitiría cambios que resulten funcionales a los gobiernos de turno; e) una combinación de varias de estas razones. En cualquier caso, y teniendo en cuenta que una discusión en profundidad sobre esta cuestión excede los alcances del presente Cuaderno específicamente dedicado a la información de salud, cabe preguntarse hasta

qué punto el SEN y su marco normativo son pasibles de ser revisados, considerando el paso de tanto tiempo desde su origen y los cambios advenidos desde entonces.

En este sentido habría que revisar el nivel de dependencia que tiene el SIS oficial en relación con las pautas del INDEC basadas en la lógica del Ministerio de Economía. Al respecto existen experiencias de otros países de Latinoamérica que a partir de reformas de los 90 han sujetado su normativa legal al Ministerio de Salud[121] . De hecho, parte de la concepción racionalista del SIS, como fuera analizado en el capítulo 3, puede deberse a esta subordinación técnica y operativa de la información de salud a las estadísticas económicas, un área en la cual el paradigma racionalista es sustancial.

Sin pretender agotarlos, un listado adicional de temas a revisar en la legislación podría ser: a) regulación del uso de la tecnología informática, que brinde mayores potencialidades a la misma en el contexto del SIS, facilitando la progresiva informatización de todo el circuito de procesamiento de los datos; b) mayor definición de las relaciones entre sistemas estadísticos estatales multinivel (nacional, provinciales, municipales), que tienda a su integración; c) redefinición de los alcances del llamado secreto estadístico, que muchas veces se usa al servicio de la falta de trasparencia de entidades privadas o estatales; d) asegurar un mayor acceso del Estado a las estructuras de costos privadas; e) mayores garantías para la correspondencia de la información con la realidad (validez); f) contemplación de sanciones más severas, que resulten disciplinadoras, frente al incumplimiento de las pautas del SEN por parte de entes públicos y privados; g) generación de reaseguros contra el desmantelamiento institucional; h) participación de los trabajadores en decisiones acerca de la información en salud; i) incorporación de fuentes de información existentes en la sociedad civil (centros vecinales, gremios, clubes, personal de salud, ONGs, asociaciones profesionales, colegios médicos); j) incorporación de técnicas cualitativas en la recolección y análisis de datos; k) participación de grupos y organizaciones de la sociedad civil en la interpretación de datos que los afectan y generación de información en base a nuevos datos que se consideren prioritarios y demás garantías y derechos de la sociedad civil en consonancia con el Decreto 1172/2003 de Acceso a la Información Pública.

La carencia de esas garantías permitió que se llevara adelante la Intervención del INDEC desde enero de 2007, con cambios en la estructura de indicadores[122] , desplazamiento y reemplazo por personal poco calificado consecuente con intereses gubernamentales, y la consiguiente pérdida de confiabilidad y validez de los datos.

Efectuadas estas observaciones críticas, consideraremos ahora las definiciones más importantes de la Ley 17622 según las cuales esta norma organiza el sistema estadístico

La creación del SEN, que se establece en el art. 4, constituido por:

a) El Instituto Nacional de Estadística y Censos, con las funciones arriba descriptas.

b) Los organismos centrales de estadística, que son:

- Los servicios estadísticos de los Ministerios y Secretarías de Estado: para el tema que nos ocupa, aquí encontramos a la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), representando al Ministerio correspondiente.
- Los servicios estadísticos de organismos descentralizados de la Administración Pública Nacional.
- Los servicios estadísticos de las Empresas del Estado.

c) Los organismos periféricos de estadística, que son:

- Los servicios estadísticos de los gobiernos provinciales.
- Los servicios estadísticos de los gobiernos municipales.
- Los servicios estadísticos de las reparticiones autárquicas y descentralizadas, provinciales y municipales.
- Los servicios estadísticos de las empresas de los estados provinciales y municipales.
- Los servicios estadísticos de los entes interprovinciales.

El marco legal establece la obligatoriedad de las reparticiones nacionales, provinciales y municipales de suministrar a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional (SEN), los datos e informaciones de interés estadístico que estos le soliciten. Sin embargo, no se limita a entidades estatales, sino que amplía las obligaciones hacia las instituciones privadas. De esta forma, en su Artículo 11, explicita: "Todos los organismos y reparticiones nacionales, provinciales y municipales, las personas de existencia visible o ideal, públicas o privadas con asiento en el país, están obligados a

121 Bernal-Acevedo O. y col, Sistemas de información en el sector salud en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, 10 (21): 85-100, julio-diciembre de 2011.

122 Este cambio no remite solamente a una discusión técnica: la reducción artificiosa de la inflación en más de un 50% permitió reducir pagos a tenedores de Bonos del Tesoro atados a la inflación.

123 Disponible en: http://www.msal.gov.ar/index.php/home/-funciones/institucional

suministrar a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional los datos e informaciones de interés estadístico que éstos le soliciten". Y avanza en la metodología a utilizar para acceder a la información, en el Artículo 12.: "Facúltese al Instituto Nacional de Estadística y Censos, para exigir cuando lo considere necesario, la exhibición de libros y documentos de contabilidad de las personas o entidades que están obligadas a suministrar informaciones de carácter estadístico a los efectos exclusivos de la verificación de dichas informaciones". Para garantizar la disponibilidad de la información, determina las sanciones en el Artículo 15, cuyos montos –en general bajos- fueron actualizándose a lo largo de las últimas décadas.

Entonces, según la norma legal vigente desde hace más de cuatro décadas, el Estado tiene la potestad de regular, procesar y analizar la información estadística no solo de las entidades estatales, sino también de las privadas, toda vez que el producto de la actividad de estas últimas afecta los intereses de la comunidad en su conjunto o de sectores de la misma.

Como fuera dicho, esta función no siempre se ha desarrollado exitosamente, en especial en lo referente al manejo de la información privada, que suele ser retaceada por las empresas, como sucede en el sector salud. Cabe preguntarse hasta qué punto podría existir anuencia de algunos sectores del Estado para no modificar esa situación existiendo instrumentos de persuasión y hasta de coerción para ello.

En este contexto, el secreto estadístico es un aspecto interesante a considerar ya que la ley establece que las informaciones que suministran los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional están protegidas por él, esto es, que son estrictamente secretas y sólo pueden utilizarse con fines estadísticos. Los datos deben ser suministrados y publicados, exclusivamente en compilaciones de conjunto, de modo que no puedan individualizarse las personas o entidades a quiénes se refieren. Además, obliga a las personas que, por razón de sus cargos o funciones tomen conocimientos de datos estadísticos o censales, a guardar sobre ellos absoluta reserva. Los fundamentos del secreto estadístico, se relacionan con el objetivo de que el Estado no pueda invadir el fuero personal/individual y de esta manera se tiende a la protección de derechos personales como el honor y la privacidad. Las previsiones sobre secreto estadístico que la ley contempla, son reglamentadas por la ley de habeas data, llamada ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 25326), promulgada en el año 2000 donde se contempla el consentimiento informado como condición para brindar acceso a los datos. Sin embargo, y siempre según la letra de la norma legal, este consentimiento no es necesario cuando los datos se obtienen de fuentes de acceso público, cuando se requieren para el ejercicio de funciones propias de los poderes del Estado o cuando se utilizan con fines estadísticos o de investigación científica.

Respecto del área específica de la salud, pueden destacarse las siguientes particularidades en la Ley de Protección de Datos Personales:

- **En el artículo 2°,** se define a los datos sobre salud como información sensible junto al origen racial y étnico, las opiniones políticas, convicciones religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical y vida sexual; se tiene en cuenta en este caso la necesidad de proteger información sobre las personas que puedan ser utilizadas en su perjuicio, por ejemplo, ejerciendo discriminación laboral adversa.

- **En el artículo 8°,** se determina que los establecimientos sanitarios públicos o privados y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a los mismos o que estén o hubieren estado bajo tratamiento de aquellos, respetando los principios del secreto profesional.

- **En el artículo 11** sobre la cesión de datos, se establece que la misma debe ser con el previo consentimiento del titular de los datos pero también dice que el consentimiento no es exigido (entre otros casos) cuando se trate de datos personales relativos a la salud, y sea necesario por razones de salud pública, de emergencia o para la realización de estudios epidemiológicos, en tanto se preserve la identidad de los titulares de los datos.

Como se ve, existe una oscilación pendular en la norma, que se extiende entre la protección de derechos personales por una parte, y la necesidad de disponer de información para proteger derechos comunitarios por la otra. En ese sentido consideramos de especial importancia lo que expresa la ley en su artículo 11, en el cual queda claro que puede existir un equilibrio entre ambos polos –personal/-comunitario- protegiendo la identidad de los individuos sin retacear la provisión de la información sanitaria.

La ley que regula el sistema estadístico nacional habilita al Estado el acceso a la información de las empresas privadas de manera obligatoria para las mismas.

Sin embargo esto poco y nada se cumple, por insuficiencia de la función rectora estatal.

Según la normativa vigente, el secreto estadístico no debe ser obstáculo para el uso de los datos con fines de salud pública.

Sin embargo, algunas entidades se amparan en el secreto estadístico para no transparentar información hacia el estado

Retomando en este punto el desarrollo sobre la constitución del Sistema Estadístico Nacional, se lo representa en el siguiente gráfico, donde queda manifiesta la variedad de sus componentes y se resalta al Sistema Estadístico de Salud (SES) como uno de ellos.

GRAFICO 11 Sistema Estadístico Nacional y sus componentes

Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC.

Ahora bien, el sistema estadístico de salud (SES), como parte del Sistema Estadístico Nacional (SEN), está formado por las fuentes de datos distribuidas en todo el país y su coordinación se encuentra a cargo de la Dirección de Información y Estadística de Salud (DEIS), del Ministerio de Salud de la Nación. Las producciones elaboradas por la DEIS se pueden clasificar en los siguientes ítems:

a) Estadísticas vitales: son los registros de natalidad y mortalidad que se efectúan en los registros civiles de cada jurisdicción; sus datos son enviados a la DEIS y esta los procesa y analiza. Luego se emiten informes sobre natalidad, fecundidad, mortalidad bruta, mortalidad ajustada por edad, la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la mortalidad por causas especificas.

b) Estadísticas de servicios de salud: se trabaja sobre todo con egresos hospitalarios, generando registros de datos en cada efector del sector público que son enviados a la DEIS para su análisis. También se trabaja en el registro de las consultas médicas pero con un nivel de

captura del dato insuficiente para generar información útil a nivel nacional.

c) Encuesta sobre utilización y gasto en servicios de salud: la última fue realizada en 2010, en colaboración con el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y el Programa Funciones Esenciales de Salud Pública del Ministerio de Salud. Esta información es muy útil para evaluar indirectamente la accesibilidad a servicios de salud de sectores sociales diferenciados por condición de vida.

Teniendo en cuenta que la DEIS concentra de manera oficial la información sobre eventos vitales (nacimientos y muertes), así como eventos del proceso salud-enfermedad-atención (egresos hospitalarios y las encuestas sobre utilización y gasto), y considerando además su larga tradición de trabajo en la producción de información sobre salud en todo el país, este organismo tiene una posición estratégica y es de hecho la instancia que más información sobre salud dispone. Paradójicamente, el abordaje para el análisis de los datos que hace la DEIS tiene un sesgo disciplinario estadístico muy fuerte, que muchas veces determina la generación de informes menos útiles que lo deseable para la comprensión de los fenómenos de salud y para la toma de decisiones en el sector. Es decir, cuenta con mucha información pero con falencias importantes en la fortaleza que debiera dotársela para el análisis de la misma debido a su mirada limitada a la estadística. Como se expuso con detalle en el capítulo tres, resultan evidentes aquí las influencias del racionalismo positivista que pretende abordar problemas de altísima complejidad y de naturaleza social como son los problemas de salud, con instrumentos solamente cuantitativos. Como se propondrá en los capítulos finales de este texto, toda la información con que cuenta la DEIS debería analizarse con un abordaje que incorpore conocimientos de otras disciplinas en especial la epidemiología, la antropología y la sociología en sus ramas no positivistas, a fin de lograr una comprensión más adecuada.

8.B.- LOS SISTEMAS NACIONALES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Desarrollado por la Dirección de Epidemiología, que forma parte de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud, se trata de un subsistema que surge a posteriori de la formación del SEN y que no se integró suficientemente al mismo a pesar de sus estrechas relaciones funcionales. Gran parte de la información con la que trabaja esta Dirección proviene del SES, de la que depende en buena medida para la construcción de indicadores que permitan comparar situaciones de salud entre jurisdicciones. Pero también recoge información de las direcciones provinciales de

estadística y epidemiología que le informan sobre eventos relacionados con la vigilancia epidemiológica, así como también de efectores de salud que pueden informarle de manera directa. Algunas de sus funciones[123] son las siguientes:

• Monitorear la situación de salud mediante la promoción de investigaciones prioritarias epidemiológicamente y el procesamiento de datos de notificación obligatoria y de todas las demás fuentes.

• Normatizar la prevención primaria y secundaria de enfermedades transmisibles e infecciones hospitalarias.

• Desarrollar una red de laboratorios a nivel nacional y el control de calidad "conforme al principio de subsidiariedad".

• Intervenir en programas internacionales en los temas de su competencia.

• Promover actividades de control derivadas de la información obtenida.

• Comunicar sus informes a través del Boletín Informativo de Vigilancia Epidemiológica.

• Producir informes epidemiológicos periódicos de enfermedades y posibles recursos técnicos para su prevención y/o control, con la salvedad de que el último fue en 2008.

Nótese que en el párrafo referido a una red de laboratorios a nivel nacional, se menciona el principio de subsidiariedad, que propone la resolución de los problemas en las instancias más cercanas a los interesados. Si el Estado Nacional no atravesara una prolongada retirada del espacio público, la subsidiariedad no sería objetable bajo la supervisión del sector público, pero ante el ahogo financiero de las jurisdicciones por falta de una justa coparticipación, tal subsidiariedad reduce aún más al Estado en su función rectora en la red de laboratorios y en el control de su calidad.

Como se vio, una de las principales tareas de la Dirección de Epidemiología es la Vigilancia Epidemiológica. Esta actividad, que permite la detección tempana de situaciones de riesgo epidemiológico y la toma de decisiones oportuna para aminorar el impacto de los daños, se lleva a cabo a través de dos mecanismos: a) el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud por el método clínico, que consiste en la detección y registro de eventos por el examen del paciente y su notificación por el formulario C2; b) el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica por Laboratorios de Argentina, que registra los resultados de laboratorio, sospechosos o confirmatorios de eventos de salud que requieran de decisiones rápidas. El soporte legal para la Vigilancia Epidemiológica se encuentra en la Ley 15465/60 y el Decreto Nº 2771/79, que establecen la obligatoriedad de la notificación de los casos de enfermedades comprendidas en ese decreto[124] , según el siguiente listado:

• **Grupo A**, de notificación inmediata, por la vía más rápida: enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional (OMS).

124 Disp en: http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195093/norma.htm

• **Grupo B**, de notificación semanal por alguna vía conveniente, caso por caso; enfermedades de registro.

• **Grupo C,** de notificación por número de casos, con o sin discriminación por edad, sexo, condición de vacunado, etc.

• **Grupo D**, incluye enfermedades exóticas o desconocidas y aquellas conocidas no incluidas en los grupos anteriores cuando se presentan en extensión inusitada o con caracteres de particular gravedad.

• **Grupo E,** enfermedades no transmisibles, notificación por número de casos con o sin discriminación edad, sexo, etc.

Con lo revisado hasta aquí, se puede decir que el SIS tiene un componente estadístico representado por la DEIS y un componente epidemiológico representado por la Dirección de Epidemiología. Sin embargo, como se dijo anteriormente, también forma parte de un SIS aquella información no estrictamente ligada a eventos de salud sino a normativas, bibliografia científica e información sobre políticas, programas y proyectos. En el siguiente gráfico se trata de expresar esta constitución del SIS oficial de nuestro país.

La Dirección de Epidemiología ha desarrollado análisis que exceden a la vigilancia epidemiológica, realizando

GRAFICO 12

Sistema de Información en Salud Argentino: componentes tradicionales y agregados

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud.

comparaciones poblacionales de la situación de salud por región del país en el año 2008. Para el ejercicio de esta tarea tomó datos de múltiples fuentes, pero sin duda la más importante de ellas fue la DEIS, que como dijimos en el apartado precedente, concentra el mayor volumen de información de salud del país. Si bien la mirada epidemiológica es fundamental en el análisis de la situación de salud, llama la atención la falta de trabajo más integrado con la DEIS para este tipo de análisis, ya que el abordaje estadístico es también clave. Por otra parte, la Dirección de Epidemiología parece tener mucho para aportar a una mejor comprensión de los fenómenos de salud a partir de los datos de la DEIS, pero no publica informa-

ción anual de manera regular sino que lo hace episódicamente (año 2008), lo cual crea dudas acerca de su capacidad operativa para la producción de análisis regulares de agregación nacional. Frente a este escenario, cabe plantearse la necesidad de una mayor articulación de trabajo entre ambas dependencias, que podría contemplar incluso la integración en un área única de análisis, que cuente con todos los medios que permitan incrementar y mejorar los análisis de los datos que actualmente se realizan.

En lo referente a la naturaleza del contenido científico de cada uno de estos subsistemas, en el caso del sistema estadístico se relaciona con la demografía a través del registro de nacimientos y muertes que efectúan las oficinas del registro civil, mientras que en el caso del sistema de vigilancia epidemiológica, está más vinculado a la epidemiología y otras disciplinas relacionadas. Pareciera que esta doble pertenencia a estructuras institucionales distintas y a disciplinas diferenciadas impacta en el nivel de fragmentación del conjunto del SIS, generando una fisura importante que hoy no está salvada. La mirada epidemiológica debería tomar una mayor importancia, ampliando su estudio en otros temas (cuantitativos como gasto de bolsillo, pero también cualitativos como afectación con el trato, la accesibilidad y el uso de servicios). También consideramos que la Dirección de Epidemiología adolece de múltiples huecos en su enfoque de la situación de salud (condiciones de violencia, género, edad combinada a atributos de condiciones sociales, privación de libertad, ya mencionadas).

8.C.- SISTEMA NACIONAL ÚNICO DE INFORMACIÓN SANITARIA ARGENTINO

Hasta aquí se han descripto los dos sub-sistemas más importantes del SIS oficial de la Argentina, en términos de desarrollo técnico y extensión del análisis territorial. A continuación se considerará la multiplicidad de subsistemas de carácter específico según programas, en el marco del proyecto de un Sistema Nacional Único de Información Sanitaria (SUIS, Resolución MS-883/2007)[125] . En el proyecto original del mismo han participado diferentes instancias del Ministerio -la DEIS, la Dirección de Informática, el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, el Plan Nacer, el Programa Remediar y el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)- coincidiendo en que es necesario un proyecto de integración de la información de salud existente en diversas instancias del Ministerio de Salud y del sector. Este nuevo sistema funciona en el ámbito de la Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, con el objeto de fortalecer y hacer disponible la información sanitaria de los diferentes sistemas existentes en el sector salud, mediante el desarrollo de un proyecto de tecnología de la información. Complementariamente el SUIS prevé la incorporación de las jurisdicciones provinciales al mismo, a los efectos de integrar la Comisión Nacional del SUIS, como órgano federal del Sistema, a través del cual se buscarán los consensos y la articulación que demande su implementación en las provincias adherentes. Actualmente, el SUIS tiene los siguientes subsistemas o registros, clasificados en tres categorías -funcionamiento, implementación y desarrollo- ordenados de manera decreciente según el nivel de avance en la integración al Sistema Único[126] .

CUADRO 5

Registros del Sistema Nacional Único de Información Sanitaria según su estado de desarrollo.

REGISTROS EN FUNCIONAMIENTO (MÁXIMO DESARROLLO)

Dirección Nacional de Regulación y Calidad en Servicios de Salud

- Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES)
- Registro Federal de Farmacias (REFAR)
- Registro Federal de Droguerías (REDRO)
- Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS)
- Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud (UCEETS)
- Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedARETS)
- Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
- Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NOMIVAC)

Comisión Nacional Salud Investiga. Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación

- Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS)

Programa REMEDIAR+REDES

- Programa REMEDIAR

Plan SUMAR

- Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE)
- Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (CCC) Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional
- Examen único de residencias

REGISTROS EN IMPLEMENTACIÓN

Banco de Drogas Oncológicas

- Registro Nacional del Banco de Drogas Oncológicas (BNDO)
- Programa Nacional de Sangre
- Registro Nacional de Donantes de Sangre (REDOS)
- Programa Federal Incluir Salud
- Programa Federal Incluir Salud (PFIS), ex Programa Federal (Pro-Fe)

REGISTROS EN DESARROLLO

Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)

- Estadísticas vitales/defunciones Plan SUMAR
- Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PNT)

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)

- Programa de Abordaje Integral de la Enfermedad Renal Crónica (PAIERC)

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

- Registro Federal de Salud Mental (RESAM)

Dirección Nacional de Epidemiología

- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)

Fuente: elaboración propia con datos de Mariano Soratti, Proyecto SISA, op. cit.

En una primera mirada evaluativa general del SUIS, pareciera constituir un proyecto ambicioso, necesario y relevante. Concentrar en un solo lugar informático la información del sector salud y ordenarla de manera accesible, posibilitaría una utilización sumamente potente de los datos. Por el momento esta multiplicación y fragmentación inacabable de registros, se diría que favorece un enfoque positivista, enfoque del s. XVIII que limitaba el conocimiento a las apariencias inmediatas captadas por los sentidos, sin posibilidad de formular explicaciones generales, en base a la historia, al contexto y a una relación entre una multiplicidad de hechos[127] . Por otra parte, una deficiencia importante es la no inclusión de datos ambientales. La existencia de esos datos en otros ministerios no justifica su ausencia en los registros de salud.

En cuanto a la evolución del SUIS, llama la atención que una de las instancias que generaron el proyecto en el año 2007 (la DEIS), se encuentre en el grupo de registros menos evolucionados en términos de su incorporación al nuevo sistema (se lo incluye como "Registro en desarrollo"), en la evaluación efectuada en el año 2013, como se expresó en el Cuadro 5. Sobre todo considerando que la DEIS es el ente más importante en términos de volumen de información, su desarrollo, antecedentes y experiencia. También sorprende que siendo el INCUCAI uno de los impulsores del proyecto, el Registro de este Instituto no se encuentre incluido en el listado de registros del SUIS. Otra omisión importante la constituye la información de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo, que aportaría datos de enorme valor sobre los procesos de salud-enfermedad-atención en el mundo del trabajo, con las implicancias estratégicas que tiene esta información en términos de promoción y protección sanitaria, así como de atención en accidentes y enfermedades del trabajo. Y hablando en general de los subsistemas que componen el SUIS, el estado de avance tan heterogéneo entre registros y sobre todo la lentitud de la progresión, hace pensar si no está en riesgo el propio desarrollo del proyecto. Desde otro punto de vista, la participación en la puesta en marcha, desarrollo y control del SUIS por parte de organizaciones sociales, gremiales y de los trabajadores de cada registro con experiencia en sistemas de información, aportaría mayor validez a la información. De todas formas el interés por un sistema de información tan amplio como atrayente, pareciera que, decisión política mediante, aun debe demostrar su viabilidad.

Omisiones y demoras de instrumentación pueden ser vistas como desprolijidades, pero a la luz de experiencias concretas, esta visión resulta ingenua. La información acerca del hambre, a nivel nacional, es una gran ausente. Un sonado informe del hambre que el Poder Ejecutivo Nacional[128] envió al Senado

125 Disp en: http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/130922/norma.htm

126 Soratti, M. Proyecto SISA: Consolidación de un sistema integrado de información sanitaria en Argentina. Rev Argent Salud Pública, Vol. 4 - Nº 15, Junio 2013

127 Comte, Augusto, Curso de filosofía positiva, París, 1830

en respuesta a su pedido sobre las medidas en curso para el cumplimiento de la Meta del Milenio de reducir el hambre al 50% para el año 2015, es revelador: El Informe del PEN ocupa sólo 10 renglones a fojas 12 de dicha Actuación, firmado por el Sr. Coordinador del Plan Nacional "Argentina Saludable", Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos:

"Al respecto, la información con que cuenta el Plan Nacional Argentina Saludable corresponde a la Encuesta Mundial de Salud Escolar que se realizó en el año 2007, en la cual se encuestaron 1980 estudiantes de 1° y 3er. años de 47 escuelas de educación media de todo el país. En dicha Encuesta se indagó sobre la prevalencia del hambre. En total, el 3,1% de los estudiantes reportaron hambre, casi siempre o siempre porque no había suficiente comida en casa durante los últimos 30 días. Los alumnos (sexo masculino, 4,3%) reportaron hambre con mayor frecuencia que las alumnas (sexo femenino, 1,8%). Este Plan informa que aparte de la Encuesta no dispone de otras estadísticas vinculadas con la situación del hambre en Argentina".

Al sesgo de edad (no hay datos de escuela primaria) se suma el error metodológico de pretender medir el hambre con una pregunta que expone al niño a confesar la responsabilidad de la subalimentación en su casa; y los datos son extemporáneos, dado que se informan en 2012 con una encuesta de 2007. El Informe no se acompaña de propuesta de superación de la falta de datos. Otras evaluaciones efectuadas con métodos instrumentales (peso-talla, perímetro braquial, grosor de la piel, etc.), han dado proporciones de población desnutrida mucho mayor, aún con sub-registros de zonas aborígenes que son las que más habrían incidido para empeorar el indicador. La preocupación del Senado parece lógica porque si faltan datos, no cumpliremos con la Meta en un país que, con un 0.65% de la población mundial, produce el 1.61% de la carne y el 1.51% de los cereales que se consumen en el mundo. Además, de la misma manera que el hambre como síntoma y su correspondencia física y psíquica, la desnutrición y el retraso mental, existen variadas problemáticas que se destacan por su ausencia en el esquema del SUIS: violencia familiar, accidentes y enfermedades laborales, entre otras, que deberían ser incorporadas al SIS oficial.

A continuación, en el Cuadro 6 se brindan una serie de vínculos a Internet en los que se encuentra una variada información clave del sistema nacional de información en salud. Como ya se dijo en los primeros capítulos esta información debe ser leída con

128 Poder Ejecutivo Nacional, Actuación nº 632/11, respaldada en el Expte. 1-5265-31189-11-0

129 Honorable Senado del Congreso de la Nación, Comunicación S 1020/2011

mirada atenta y crítica observando con detenimiento la fuente de los datos, el año de su captura (que generalmente no coincide con el año de su publicación, sino que pueden ser dos años antes) y la forma en la que se expresan los datos, que generalmente dificultan comparaciones entre jurisdicciones y sobre todo impiden la evaluación de las tendencias anuales de los indicadores, por lo cual si se quiere efectuar este tipo de evaluación es necesario recurrir a la restructuración de datos en series anuales, es decir utilizar los datos publicados pero ordenándolos de manera que puedan compararse, tarea que realizaremos en el Cuaderno 4.

CUADRO 6

Principales ingresos por internet a la información disponible en el SIS oficial de la Nación

INFORMACION	VINCULO
Indicadores nacionales y provinciales	http://www.deis.gov.ar/indicadores.htm
Estadísticas vitales	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp
Indicadores provinciales por edad, causa de mortalidad y morbilidad	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp
Encuestas a población sobre uso, gasto, consumo	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp
Datos epidemiológicos por provincias	http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/mapa/index_cond_san.html
Datos socio-demográficos por provincias	http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/mapa/index_demograficos.html
Datos sobre estado de las enfermedades de notificación obligatoria	http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/mapa/index_enos.html
Información sobre enfermedades no trasmisibles	http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/mapa/index_ent.html
Datos sobre mortalidad en provincias	http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/mapa/10/index_mortalidad.html
Información de múltiples dependencias de sistema de salud	https://sisa.msal.gov.ar/sisa

Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC.

PARA TRABAJAR EN GRUPO:

• Ingresar a los vínculos de la tabla precedente, definir cuáles de ellos son de utilidad para consultar datos relacionados con los procesos de trabajo de su dependencia y familiarizarse con los mismos.

•Marcar como favoritos los vínculos que tienen mayor información de utilidad para su área de trabajo, a fin de familiarizarse con la misma.

9 LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LOS ESTADOS PROVINCIALES

En un país federal, cada jurisdicción provincial cuenta con su propio sistema estadístico que en la mayoría de los casos se encuentra organizado en la Dirección de Estadística de la provincia.

Además, según cierta concepción acerca de las competencias especificas que les corresponden a las provincias pre-existentes a la Constitución Nacional, todo aquello que no fuera explícitamente delegado a la Nación, queda bajo la órbita provincial; según esta interpretación, la salud y consecuentemente sus sistemas de información serían de competencia provincial, salvo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que se definió como Capital Federal del país en la Constitución Nacional de 1853. Sin embargo, existe una segunda línea interpretativa, por la cual la Nación debe tener influencia en la coordinación de los sistemas provinciales, dado que resulta necesario para el desempeño homogéneo del sistema de salud. Más aún: por su adhesión a Tratados Internacionales que así lo ordenan con jerarquía supraconstitucional, el Estado debe asegurar el derecho a la atención de salud para todos sus habitantes, de manera que su integración territorial es insoslayable. Por tanto, según la normativa legal de mayor jerarquía, la integración y coordinación de los sistemas de información provinciales son funciones prioritarias de la Nación. Así como la heterogeneidad de la información que se recaba es propia de las situaciones contextuales e históricas particulares de las provincias, la uniformización de un conjunto de datos básicos es una condición fundamental para consolidar los datos a nivel nacional. En este sentido el trabajo de la DEIS con cada Dirección de Estadística Provincial se torna

indispensable, y se viene desarrollando hace muchas décadas en la forma de capacitaciones y acuerdos formales para el establecimiento de un sistema de información común.

9.A.- LAS DIRECCIONES DE ESTADÍSTICA PROVINCIALES

Casi todas las jurisdicciones (Provincias + CABA) han desarrollado sistemas estadísticos de registro y análisis que dependen generalmente de los ministerios de economía locales. Los mismos se rigen por un modelo de funcionamiento similar al del Sistema Estadístico Nacional, generando información que es derivada al INDEC para su procesamiento y análisis. No obstante, también generan, analizan y publican información de alcance local, en grado variable según la jurisdicción de que se trate.

Esta información incluye todas las áreas de políticas públicas, siendo la de salud una de ellas. En este sentido, los ministerios de salud de cada jurisdicción provincial se nutren de la información generada por las Direcciones de Estadística provinciales, pero carecen (salvo excepciones como Córdoba y la Ciudad Autónoma) de oficinas de estadísticas propias. Lo que sí tienen son direcciones de epidemiología que manejan los sistemas de vigilancia epidemiológica.

De manera tal que, en general, las estadísticas de salud de las provincias tienen una dependencia importante de la información de las Direcciones de Estadísticas que dependen de otros Ministerios, ajenos a Salud. Es decir, carecen de la disponibilidad fácil e inmediata de información que tiene la Nación dentro de su propio Ministerio de Salud a través de la DEIS, de manera que el flujo de información para la toma de decisiones, depende del grado de coordinación entre sus ministerios.

9.B.- AUTONOMÍAS Y DEPENDENCIAS NACIONAL/ PROVINCIALES

La enorme heterogeneidad de las jurisdicciones en formación de personal, determina que el desarrollo de sus estructuras de producción de estadísticas generales y de salud sea muy desigual. Por ello, existen algunas jurisdicciones de la región central (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba) que se encuentran con un alto grado de avance para producir estadísticas de calidad y otras como las del Norte argentino, que en general tienen una situación comparativamente deficitaria[130].

Estas capacidades diferentes de las provincias, hacen que algunas de ellas produzcan sus propios censos y encuestas locales con objetivos dirigidos según las necesidades y otras

dependan totalmente de la información procesada y analizada por la Nación, que por fuerza es estándar para todo el país (sin enfoque local/regional) y por lo tanto sin las ventajas de cierto localismo, que en algunas se suma a otros déficits (económicos, educativos, laborales).

Una desventaja adicional asociada a esto es que en general los resultados del análisis de la información que se produce en el nivel nacional, tienen una demora de tiempo importante (dos años aproximadamente) entre la captura del dato y la producción de informes, dado que la emisión de estos debe esperar la totalidad de los datos requeridos a todas las jurisdicciones.

Las jurisdicciones, en uso de esta autonomía, apelan a veces a argucias estadísticas[131] locales libres de una norma y de un ojo escrutador nacional. Como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para las tasas de mortalidad infantil, altamente diferenciales por comunas. Hay una brecha muy grande entre el Sur y el Norte, entre 4,9 y 12,1 por mil entre dos comunas del Norte y Sur de la Ciudad respectivamente, para una media de 7,8 por mil para la Ciudad en el trienio 2007-2009. Qué hizo su Ministerio de Salud para atenuar esta impresentable diferencia? Incluyó en la Región Sur una comuna que penetra en el centro de la Ciudad, de mejor nivel socioeconómico[132] . Lo grave desde el punto de vista sanitario es que la disimulación de diferenciales impide acciones para corregirlas.

130 Migueles, L., Dozo I. y col, 2012. Accesibilidad al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas según entidades financiadoras de salud en Argentina. Rev Argent salud Pública, 2012; 3(10):30-36

131 Huff, Darrell, y Geis, Irving, Mentire con le statistiche, Monti, 2007

132 Borini, Mario, Mortalidad infantil´2009 en Buenos Aires: un racconto desde 1990, fotocopiado, Buenos Aires, p. 3, 04-2011

9.C.- VENTAJAS Y DEBILIDADES DE LOS SISTEMAS LOCALES

Puede decirse entonces que las mayores ventajas potenciales de todo sistema local son sus capacidades de generar información con componentes contextuales e históricos del territorio y producir resultados en un tiempo más corto que la Nación. Pero estas ventajas se convierten en debilidades en aquellas provincias con escaso desarrollo de los sistemas de información locales, por sus déficits de formación de recursos humanos. Por ello es urgente la necesidad de una mayor integración regional que permita homogeneizar los sistemas o al menos atemperar sustancialmente sus desigualdades.

Una problemática relacionada, al interior de cada provincia, es lo que ocurre con los registros municipales: las jurisdicciones departamentales experimentan profundas asimetrías en el desarrollo de sus sistemas de registro de la información. En muchos casos esto afecta la validez de los datos generados por algunos municipios/partidos, con las consecuencias de incertidumbre para la toma de decisiones. En el nivel municipal se imbrican procesos correspondientes a los circuitos estadísticos y epidemiológicos de pertenencia municipal, provincial y nacional, generando un escenario de gran complejidad para el proceso de la información que es manejado de manera diferente según las capacidades (personal, edificios, equipamiento) de cada municipio.

El nivel municipal ha sido reiteradamente valorado como capaz de tener mayores logros en el manejo eficaz de la información debido a su cercanía de los problemas concretos de la población[133] , pero lamentablemente ésta no es la situación de muchos municipios en los que se carece de recursos. De manera que los elogios vertidos hacia las potencialidades de los SIS municipales no siempre concuerdan con los hechos, debido fundamentalmente a la falta de recursos y de articulación entre los tres niveles de gobiernos jurisdiccionales.

133 El sistema de información en los sistemas locales de salud (SILOS): Propuesta para su desarrollo. Grupo de Trabajo sobre el Sistema de Información en los Sistemas Locales de Salud. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; ago. 1988. 54 p.

10 LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LAS ENTIDADES NO-ESTATALES

Hasta el momento se han revisado los SIS de las entidades estatales ya sean estas nacionales, provinciales o municipales. En el presente capítulo analizaremos los SIS de las entidades de seguro, entendiendo por tales al conjunto de entidades financiadoras de salud extra-estatales, que se distinguen de las entidades del Estado[134] por los siguientes atributos:

• Un padrón de afiliados/beneficiarios y adherentes que representa un sub-grupo definido. Es decir una población nominalizada. Con esta herramienta se dispone de ciertos datos básicos de los usuarios con los cuales definir entre otras cosas, las políticas orientadas por edad, sexo y residencia geográfica, y las evaluaciones de las acciones de salud llevadas a cabo.

• Un modelo de financiamiento distinto según el tipo de entidad, que reúne fondos destinados a la inversión en prácticas de salud. Este financiamiento puede ser a través de aportes de los trabajadores y contribuciones de las empresas en el caso de las Obras Sociales Nacionales (OS Nacionales), Provinciales y Sindicales o por cuotas voluntarias fijadas por contrato de adhesión en el caso de las empresas privadas de medicina prepaga (EMP).

• Un menú de prácticas explícitamente desarrollado y limitado, que implica el compromiso de la entidad a brindarlas y a responder por sus omisiones. En el sistema de salud argentino, dada su extrema fragmentación, cada entidad tiende a fijar su propio menú. Sin embargo existen grupos de entidades como las OS Nacionales que tienen unificado este menú en el Programa Médico Obligatorio.

Ahora bien, la cualidad no estatal de este grupo de entidades debe distinguirse de su clasificación como entidades de carácter público o privado. Mientras que las EMP, las OS Sindicales[135] y las OS del Personal de Dirección son entidades de carácter privado (aunque no habría impedimento constitucional en declararlas de derecho público), las Obras Sociales estatales, sean Nacionales o Provinciales, son de carácter público[136] . Sin embargo, a los fines de la información en salud, todas las entidades se encuentran legalmente obligadas a proveer datos al Estado nacional por lo cual la integración progresiva de estos subsistemas en el SIS oficial de la Nación depende de una decisión política.

10.A.- LOS SIS DE LAS OBRAS SOCIALES NACIONALES.

El conjunto de las OS Nacionales es el seguro de salud más grande del país, con más de 18 millones de afiliados, regido por las leyes 23660 y 23661. Existe un padrón nominalizado que permite el manejo de información clave, concentrado y manejado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), el órgano que controla (entre otros, como las EMP), a los agentes del sistema.

Adicionalmente existe un registro de efectores que se habilitan según pautas formalmente determinadas por las normativas del SNOS. Este registro tiene una cantidad de datos que permite conocer las características de la red, que en general se trata de efectores de carácter privado y algunas instituciones propias de ciertas obras sociales. Este control es nominal, desde que no se cumplen los plazos del Programa de Garantía de Calidad para la acreditación periódica.

También se cuenta con información organizada de todos los hospitales públicos de gestión descentralizada que pueden recuperar financiamiento del SNOS por la atención de sus afiliados, a través del sistema de debito automático. Pero este recupero es muy inferior al que debiera, con anuencia de la SSS dado que está completamente al tanto de la subfacturación del sector público a la seguridad social y a las prepagas privadas.

134 El financiamiento estatal proviene del presupuesto, que se actualiza y define anualmente por proyecciones de aumento porcentual histórico más que por estimaciones de gasto e inversión. Algunos programas estatales tienen nominalizada a su población (Plan Nacer por ejemplo), pero esto no es la regla general, ni mucho menos. La definición del menú de prestaciones de los programas estatales es muy variable según programas y muchas veces es poco clara.

135 Ley 23660, art. 2

136 Código Civil Argentino, Título I, art. 33, apartados 1 y 2, y Ley 23660, art. 2

137 SSS, disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=prestadores&opc=principalprest

Finalmente, el sistema cuenta con información centralizada en la SSS, sobre financiamiento de prácticas de alta complejidad y alto costo, así como uso y gasto sobre medicamentos de alto costo, que se financia por el Fondo de Redistribución Solidario de la SSS[137] . Sin embargo, este financiamiento se destina al sector privado, acentuando la concentración de la alta complejidad en este sector a costa del sector público que termina siendo el último garante a través del presupuesto nacional en salud.

La gran falencia de este sub-sistema de información es su alto nivel de fragmentación entre entidades, la opacidad del mismo para casi todos los niveles de gestión con excepción de los gerenciales e incluso el difícil acceso a la información para los niveles gerenciales no vinculados a la información de su estricta competencia[138] . Es notable además que a pesar de la potencialidad que tiene la existencia de la información mencionada para el análisis y la toma de decisiones a nivel de Ministerio de Salud de la Nación, no parece una prioridad del mismo la utilización de esos datos, al menos con fines sanitarios.

La información del SNOS se encuentra muy desvinculada de la información del SIS ministerial. A este respecto cabe destacar que en la norma que crea el SUIS en 2007 se menciona a la información del Sistema Nacional de Obras Sociales como un aspecto importante a ser incluido. Sin embargo en la autoevaluación que efectúa el SUIS en 2013 no se menciona este tipo de información.

10.B.- EL SIS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (PAMI)

El Programa Asistencial Médico Integral (PAMI) tiene las particularidades de su padrón de volumen importante (4.5 millones de afiliados), representando la entidad incluida en la órbita de la SSS con mayor volumen de afiliados. Tiene autonomía respecto de la SSS en su funcionamiento en comparación con las OSN, y un SIS propio cuyas características se encuentran determinadas en gran parte por las peculiaridades de la sub-población que atiende, que se diferencia especialmente por una alta proporción de afiliados de edad avanzada. Esto determina que la red de efectores, incluyendo una mayor proporción de efectores de rehabilitación y servicios de residencia geriátrica, tenga un perfil distinto del común de las entidades que se encuentran bajo la égida de la SSS. Si bien el padrón de afiliados PAMI se encuentra incluido en el padrón general de la SSS, lo cual es una ventaja para la integración futura de su SIS al de otros de la SSN, la red de efectores del INSSJP no tiene suficiente integración con la base de datos de la SSS.

138 Migueles, L., Dozo I. y col, 2012. Accesibilidad al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas según entidades financiadoras de salud en Argentina. Rev Argent salud Pública, 2012; 3(10):30-36

Además la validez de los datos del INSSJP está muy cuestionada:

- En medicamentos, su gasto unitario más alto, la recolección de datos ha sido delegada en las Cámaras contratadas para su provisión (CAEME, COPERALA, CILFA), con la consecuente opacidad de esa información desde la gestión de Víctor Alderete en 1997, sin cambios en la gestión de Graciela Ocaña ni en la actual que la sucedió, de Luciano Di Césare.

- Su presupuesto real recién fue conocido a partir de un Dictamen de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del 4-12-2012 que obligó a PAMI a declararlo, en función de la Ley de Información Pública (Causa: Asociación Derechos Civiles c/PAMI).

Como puede verse, existe un alto grado de fragmentación de los SIS de cada subsistema, que impide su trabajo conjunto. Para agravar esta situación, los esfuerzos que se realizan para integrar subsistemas no logran resultados que marquen una tendencia uniforme hacia la integración, sino que más bien manifiestan una tendencia pendular entre integración y fragmentación.

10.C.- LOS SIS EN LA OBRAS SOCIALES PROVINCIALES (OSP)

Las OSP constituyen un conjunto heterogéneo de 24 entidades con normativa distinta cada una, vinculadas a la administración del gobierno provincial, así como un desarrollo heterogéneo de sus capacidades institucionales. Existen además enormes diferencias de tamaño de los padrones: la más numerosa supera el millón de afiliados y las más pequeñas tienen menos de 50.000. Relacionado al volumen de sus padrones, la diferente escala de las compras y contrataciones influye en la capacidad de negociación con los proveedores y por lo tanto en la administración de recursos.
Los Sistemas de Información de las OSP reflejan la heterogeneidad institucional mencionada. Las exigencias de sistemas informáticos y de recurso humano relacionado a su manejo son distintas según el volumen de producción de prestaciones médicas; en entidades de gran población se requieren sistemas de mayor potencia, y dado que no existen suficientes acuerdos para unificar criterios de registro de datos, cada OSP opera según las necesidades que se han ido produciendo. Por su parte el personal administrativo y profesional tienen diversas culturas para el registro de datos, que también se han ido anquilosando. En cuanto a las normativas sobre el manejo de la información, la

tendencia general muestra una lógica de registro de prácticas y compras, más que de información epidemiológica que permita un análisis de morbilidad y mortalidad. De alguna manera las OSP se comportan en este aspecto como medidoras del gasto en modelos de gran agregación de datos, y no tanto como analizadoras de los resultados [139].

En lo referente al modelo de gestión de los SIS, en algunas OSP la información es manejada por la propia entidad a través de sus servicios de estadística e informática mientras que en otros casos las entidades tienen convenios con instituciones privadas para el procesamiento de los datos, tercerizando la función y perdiendo autonomía en el proceso de la información, y en otros casos la gestión de la información es mixta, generando una situación de difícil control por parte de la Dirección de la OSP. La calidad de los sistemas es de una gran heterogeneidad, no solamente entre obras sociales, sino también cuando se comparan sectores de una misma entidad o etapas distintas.

Un caso interesante es el de la OSP de Córdoba que tuvo un sistema gerenciado alrededor de 2008 y durante el mismo el acceso a la información epidemiológica se encontraba restringido a las decisiones de la empresa concesionada, no pudiendo contar el personal de la OS con esta información estratégica cuando lo requería[140].

El órgano que agrupa a las OSP, el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la Republica Argentina (COSSPRA), no cuenta con un padrón unificado nominalizado de las entidades que la conforman, ni con la unificación de red de efectores. Tampoco con datos concentrados sobre gastos, ni sobre uso de los servicios y aún menos con información epidemiológica sistematizada de sus poblaciones. Debe destacarse que desde esa institución se han realizado esfuerzos por unificar criterios de registro y procesamiento de los datos, así como intentos de estandarización sobre la información a recabar, pero que no han progresado suficientemente como para delinear una tendencia constante en ese sentido. La excesiva dependencia de cada OSP a su gobierno local en términos de la capacidad de decisiones de sus directivos, sería una de las mayores dificultades a sortear para alcanzar estas metas.

En virtud de lo relatado, se puede afirmar que el conjunto de OSP presenta un sistema de información aun más fragmentado y de menor desarrollo que el de las OSN, coexistiendo SIS de aceptable calidad con otros de nivel bajo, aunque todos ellos se enfocan en el control de gasto y dejan de lado el análisis de resultados de salud.

139 Maceira, D. 2008 Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto. CEDES. Buenos Aires, en http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Ndoc_c/41.pdf

140 Según comunicación personal de un funcionario de la Obra Social Provincial en ese momento.

10.D.- LOS SIS EN LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA (EMP)

El nivel de asimetría de los sistemas de información es máximo en este grupo de entidades, existiendo menor calidad de datos en las entidades de menores recursos. En 2011 se crea un marco normativo aplicable a la EMP delegando en la SSS la facultad de contralor de las mismas y generándose el Registro Nacional de EMP, a fin de que las entidades comprendidas en dicha normativa, soliciten su inscripción y autorización para poder desempeñar sus funciones.

Lo que puede encontrarse en común es que al regirse con una lógica predominante de lucro, las instituciones de este tipo han desarrollado sistemas de información en los que se prioriza aún más el registro de gasto por eventos de atención por sobre los datos de salud-enfermedad. Los sistemas tienen entonces abundante información sobre utilización y gasto y escasa o nula sobre el aspecto epidemiológico, en especial en su dimensión preventiva.

La -ya no tan reciente- sujeción legal de las EMP a la regulación de la Superintendencia de Servicios de Salud, no se ha visto reflejada hasta el momento en un desarrollo sustancial de sus sistemas de información. Si bien existe normativa sobre la obligación de las entidades de informar sus padrones y sus redes de atención a la SSS, la implementación concreta de estas normas es muy incipiente y deficitaria[141] .

Este sub-sistema continúa siendo el más fragmentado de los grupos de seguro del país y sus SIS comparten este atributo. En el siguiente Cuadro se observan las principales cualidades de los SIS de las entidades de seguro descriptas hasta el momento.

141 SSS, disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?-cat=prepagas&opc=pre_principal

142 Belmartino, S. La atención médica en argentina. Historia, crisis y nuevo diseño institucional. CEDES. Buenos Aires, 2005.

CUADRO 7

Los sistemas de información en las entidades de seguro

TIPO DE SEGURO DE SALUD	SISTEMA DE INFORMACIÓN	ENTIDAD RECTORA
OBRAS SOCIALES NACIONALES	Padrón y red de efectores y proveedores	Superintendencia de Servicios de Salud
PAMI	No existe unificación de padrones ni de redes	Ministerio de Salud
OBRAS SOCIALES PROVINCIALES	Tendencia a la concentración de padrones y redes, en virtud de la ley 26682, con escasos resultados	Oficialmente es el MSAL a través del COFESA: resultados ínfimos Este rol tiende a ser tomado por la COSSPRA pero también con resultados muy insuficientes.
EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA	No existe unificación de padrones ni de redes.	Superintendencia de Servicios de Salud Rol del Ministerio de Salud de la Nación, con insuficiente ejercicio

Fuente: elaboración propia

11 LOS SIS COMO PARTE DEL SISTEMA DE SALUD

La pertenencia de los SIS al sistema de salud argentino los condiciona a imitar las tendencias de este sistema. Históricamente el sistema de salud de nuestro país ha sostenido un modelo de escasa integración debido a la persistencia de un federalismo disociante frente a un unitarismo apropiatorio y a intereses corporativos, fundamentalmente económicos, que priman sobre la regulación del Estado nacional[142] . Por ello en este capítulo se analizarán los SIS desde esas perspectivas.

11.A.- SEGMENTACIÓN, FRAGMENTACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN EN LOS SIS.

La multiplicidad de dispositivos de información disímiles produce un escenario de difícil comprensión, que se agrava por la falta de articulación entre ellos. Es cierto que no puede colocarse a todos los SIS existentes en un plano de equivalencia, ya que el SIS estatal tiene un desarrollo mayor y más sistemático, y es el único que explicita las pautas que rigen su funcionamiento, por lo cual es un sistema "verificable", a diferencia de los SIS de los financiadores extra-estatales que cuentan con desarrollos más heterogéneos y escasa transparencia de sus procesos de elaboración de indicadores. Ello configura un cuadro de gran complejidad en el que es difícil encontrar un orden constante, ya que los actores se mueven todo el tiempo de acuerdo a las circunstancias, necesidades e intereses, independientemente que estos se vinculen a la salud comunitaria o a otros objetivos de orden corporativo.

Por otra parte, aun al interior del Ministerio de Salud se encuentran SIS que podemos definir como residuales, marginales, o semi-oficiales, que no se encuentran integrados al sistema oficial de manera completa, por lo cual, su relativa autonomía, deter-

mina un funcionamiento fragmentado e impredecible. Esta situación no debe sorprendernos, ya que forma parte de un contexto más amplio, que es el de la segmentación y fragmentación del sistema de salud argentino, una de las realidades que conspira en contra de un buen desempeño del mismo, en términos de calidad, equidad y eficiencia.

A esto se suma la estratificación de los sub-sistemas, situación que tiene que ver con un gradiente de calidades distintas de los SIS, evaluados según su capacidad de brindar información útil para la toma de decisiones. De manera que a la segmentación y fragmentación de estos dispositivos agregamos aquí la estratificación como una condición estructural que suele ser poco mencionado en la literatura. El concepto de estratificación introduce una variación perturbadora del habitual esquema de sistema segmentado-fragmentado, donde las soluciones pasan por medidas gestionarías que tienden a ordenar e integrar los segmentos y fragmentos, mientras que la estratificación requiere para su resolución cambios en las relaciones de poder, que permitan homologar subsistemas atravesados por la inequidad, transformándolos en igualitarios. Las propuestas de integración pasan por la creación de un plan nacional de salud, proyecto que tiene el desfavor de las corporaciones que verían disminuido su poder, o bien por el incremento de las funciones de rectoría del Ministerio de Salud nacional, medida que tiene el consenso de todo el campo sanitario, incluso de conspicuos representantes del ala más conservadora del sistema[143, 144] .
Claro que, en este caso, reclaman tal rectoría para que el Estado tome este paquete de medidas a favor de las prepagas:

- Blanqueo de salarios que sume más aportes y contribuciones a la seguridad social para que pueda hacer mayores pagos a las prepagas privadas.
- Créditos oficiales "blandos" (a largo plazo con bajos intereses).
- Fondos presupuestarios públicos para derivarles la alta complejidad.
- Revaluación del peso para reducir sus costos de importación.

O sea, las prepagas privadas pretenden que la rectoría estatal les aporte ventajas particulares, frecuentemente con fondos públicos que se deducen del hospital público. Sin embargo, casi ninguna de estas propuestas pone el eje del debate en las profundas inequidades que determinan que a ciertos subgrupos sociales se brinden servicios de calidad muy inferior que a otros. Consideramos que estas diferencias son traídas al ruedo por la noción de estratificación jerárquica, ya que para resolverla debe trabajarse en una línea que tienda a fortalecer los subsistemas menos desarrollados y a transformar tanto estos como los que tienen un buen nivel de desarrollo en dispositivos que puedan dar cuenta de los problemas sanitarios relevantes para la comunidad. Problemas que incluirán reservas acerca de la calidad si hay sobreactuación, medicalización, sobreprecios, lo que implica meno-

res beneficios y mayores riesgos y costos, en un marco donde la ganancia en el sector privado está en conflicto con la calidad de la atención y con la prevención, sin contar las pérdidas globales que ocasiona al sistema en su conjunto si los fondos públicos y de las OOSS se retraen del hospital público frecuentemente para financiar al sector privado.

Se suele hablar más de fragmentación y segmentación como condiciones explicativas de las fallas del sistema de salud, cuando en realidad es la estratificación jerárquica de los subsistemas la que expone de manera más evidente la inequidad existente. Este concepto se encuentra mejor relacionado con las asimetrías de poder en los grupos sociales, aspecto imprescindible a tener en cuenta para un cambio hacia la equidad.

11.B.- LA FRAGMENTACIÓN COMO INSTRUMENTO REACCIONARIO/ CONSERVADOR QUE TIENDE A UNA MAYOR ESTRATIFICACIÓN JERÁRQUICA DE LOS SISTEMAS.

Puede plantearse que la fragmentación informativa es un instrumento de política, en el sentido de que su perpetuación tiene componentes intencionales que con el desorden consolida inequidades del sistema de salud a favor de actores privilegiados. O sea, la fragmentación tiende a consolidar la estratificación del sistema, por la vía del afianzamiento de diferencias inaceptables de cobertura, acceso, utilización, calidad, costos y financiamiento entre subsistemas y efectores de cada subsistema (estatal, de la seguridad social y privado).

Dado que esas falencias, junto a la insuficiencia de datos, constituyen problemas en parte simples y en parte complejos, pero de solución conocida como se observa en el cuadro siguiente, bastarían desarrollos burocráticos para los primeros e ingenieriles para los segundos[145].

143 http://www.lanacion.com.ar/1664435-jorge-piva-se-necesitan-cambios-de-fondo-en-el-sistema-de-salud

144 http://www.lanacion.com.ar/1615654-hugo-magonza-el-sector-privado-de-la-salud-esta-agobiado-por-el-alza-de-costos

145 Mitrov, I.y col. 1978. Methodological Approach to Social Sciences, San Francisco, Jossey-Buss.

CUADRO 8 Tipos de problemas y soluciones

PROBLEMA	SOLUCION	
	CONOCIDA	DESCONOCIDA
SIMPLE	Solución burocrática	Solución artística
COMPLEJO	Solución ingenieril	Solución creativa

Fuente: elaboración propia en base a I. Mitrov.

Del cuadro se deduce que el objetivo de una administración consiste en transformar lo desconocido en conocido, transformación completamente al alcance de un sistema de información. La ausencia de esos desarrollos no habla de un accidente ni de un caos insuperable, sino de una omisión que en sistemas profundamente racionales, como son los de información, proponen la existencia de una decisión programada para el "oscurecimiento de la trama de hechos", tal como caracterizábamos esta situación en el Cuaderno 2 respecto del sistema de financiamiento[146].

Así, las omisiones y retiradas del Estado de sus funciones de rectoría del sistema perpetúan y refuerzan la estratificación jerárquica, alentando la continuidad de un sistema fragmentado en el cual ciertos actores ganan cada vez más posiciones de privilegio.

146 Financiamiento de la Salud Poblacional en Argentina. ATE Socio Sanitario-IDEP, Buenos Aires, p. 45

11.C.- CADA PROGRAMA NACIONAL, UN SIS: LAS DETERMINACIONES DEL FINANCIAMIENTO INTERNACIONAL.

El nivel de fragmentación del sistema de salud argentino es tan alto, que se reproduce al interior de su estamento más importante, el Ministerio de Salud de la Nación. De esta forma, cada programa del Ministerio cuenta con su propio sistema de información, que no respeta una línea unificada de registro y programación, sino que se rige por una lógica particular dependiendo de los intereses en juego en cada programa, que los convierte en una suerte de territorios cerrados con objetivos de proyectos particulares de personas o grupos vinculados a cada programa.

En este "caos organizado", en el cual la fragmentación es operada como herramienta de distribución de poder, llegan a filtrarse los intereses de otros países y corporaciones trasnacionales que colonizan nuestras capacidades de decisión como sociedad. Así, el financiamiento de programas por parte de

instituciones como el BID, van acompañadas por "condicionalidades" acerca de la forma en que se gestiona, para quienes, qué valores se proclaman, y qué datos y análisis se priorizan. La definición de prioridades no se construye "desde abajo" en función de necesidades comunitarias del sistema y de los trabajadores del mismo, sino predominantemente de intereses "desde arriba". Este modelo de reproducción de SIS por programa, sin un plan rector, produce una red de información desconectada cuyo uso se destina a objetivos parciales. Debe destacarse que uno de los orígenes de este despropósito se encuentra en un modelo de gestión por programas en el que existe uno de ellos para cada problema de salud. De esta forma existen programas para la diabetes[147] , otro para la tuberculosis, uno más para la obesidad y así sucesivamente. Considerando que según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS se pueden identificar hasta 10 mil entidades nosológicas, se ve de este modo lo inconducente de generar programas específicos, leyes específicas y financiamientos específicos por enfermedad, sin un plan común para todos ellos. La tendencia a producir estas ramificaciones aisladas es una manifestación más de la vigencia del positivismo mecanicista en las políticas de salud. Se pretende que la solución vendrá por la descomposición de las necesidades humanas de salud en múltiples compartimientos en lugar de concebir a la salud comunitaria como un todo que requiere de políticas globales. En este sentido, la formación del SUIS es un reconocimiento explícito por parte del Ministerio de Salud sobre la necesidad de modificar esta situación, aunque su ejecución aún se encuentre en pañales. Sin embargo hay quienes siguen propiciando a los SIS por programas como una solución en lugar de denunciar sus efectos disgregantes.

11.D.-LA INTEGRACIÓN DE LOS SIS: UTOPÍA O DEUDA SOCIAL?

En este momento el proyecto oficial del Ministerio de Salud nacional, podría decirse que se encuentra dividido en tres tendencias.

La primera tiene que ver con la tradicional tarea que lleva a cabo la DEIS ocupándose de incrementar el desarrollo del Sistema Estadístico de Salud en el marco del Sistema Estadístico Nacional.

La segunda se encuentra representada por la Dirección de Epidemiología y sus subsistemas de vigilancia epidemiológica. Este desarrollo se ha mostrado con una potencia importante en las dos últimas décadas, con la generación de informes consolidados por regiones geográficas y del país, sobre la situación general de salud (el último referido al año 2008), y una relación con las provincias que si bien es heterogénea, en algunos casos han logrado generar los espacios de

147 Uema S. t col. 2012. Importancia de los sistemas de información en programas de salud pública: bases de datos de pacientes diabéticos.Rev FacCien Med UnivNac Cordoba;69(1):25-32.

"sala de situación", que permiten una evaluación potencial de eventos de riesgo sanitario poblacional.

Existe una tercer tendencia generada en el año 2007 por el SUIS, cuyo avance ha sido limitado y hasta contradictorio, si se considera por ejemplo, que coexisten grandes avances de integración de la información de programas de bajo impacto sanitario en términos de información (banco de drogas oncológicas, registro de donantes de sangre), con la insuficiente incorporación al SUIS de instancias de importancia capital como la DEIS.

Las posibilidades de integrar los subsistemas, así como de transformar los circuitos de procesamiento de la información mediante la incorporación de datos cualitativos, brindar contenido a nichos de información vacíos y mejoramiento de la información distorsionada existente, pasan en buena medida por la decidida acción de los trabajadores de salud y grupos anexos que se comprometan en la transformación de estos dispositivos. La integración no solo pasa por un trabajo coordinado sino por la modificación de los contenidos de la información que se procesa, ya que son estos contenidos los que convocan a una acción que centralice sus objetivos en valores comunitarios. Es decir, no se trata de integrar por integrar, sino de integrar para lograr objetivos más valiosos. El objetivo estratégico de la integración debe ser lograr más y mejor salud para toda la comunidad[148] .

148 Vest J y col. 2012. Quality and integration of public health information systems: A systematic review focused on immunization and vital records systems. Online J Public Health Inform;4(2),

11.E.- PAPEL DE LOS TRABAJADORES EN LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SIS

"Las evidencias muestran que la Sociedad Civil ha podido contribuir a constituir sistemas de salud equitativos por su enfoque centrado en las personas y en la población, en la acción intersectorial por la salud y en el empoderamiento y movilización social. Sin embargo, muchas acciones de organizaciones de la Sociedad Civil también han sido funcionales a las políticas globales y nacionales que defienden intereses privados del mercado. Tales acciones en algunos casos han sido focalizadas, mínimas, sesgadas e insignificantes en relación con los desafíos de la equidad en salud, o han servido para ocultar la falta de compromiso de los gobiernos con los pobres, vulnerables y excluidos" [149].

149 Vega Romero, R. y col. El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. Rev Cubana Salud Pública, vol.37, no.2

Como se ha visto a lo largo de este Cuaderno, la historia de los SIS se vincula a sociedades de control en las que se encuentra operando un modo de administración gubernamental llamado "bio-política"[150] . Criticar un sistema establecido implica por una parte revisar la metodología utilizada, sus premisas y sus procesos para llegar a una verdad, es decir una mirada crítica de orden epistemológico. Pero a la vez es necesario complementar el abordaje con un análisis de la historia, esto es, del modo en que los actores han usado sus poderes para intentar imponer distintas visiones. Toda crítica debe contemplar entonces ambos aspectos, epistemológico e histórico[151] . En este sentido es interesante observar como la repetición de conceptos indiscutiblemente valiosos como el de "integración" en el discurso oficial, se contradicen con la ausencia de mención del sistema de vigilancia epidemiológica en la descripción del sistema estadístico, como si la estadística y la epidemiología no estuvieran relacionadas. Puede decirse que el SIS adolece de una distopía metodológica al creer que la estadística es suficiente para la comprensión de los fenómenos de salud, y de una distopía histórica por la cual se han aposicionado dispositivos de información múltiples, desarticulados o con objetivos discordantes cada uno.

Los SIS son dispositivos sujetos al cambio y cuanto más permeables al mismo mejor su calidad. Técnicos de amplia experiencia lo refrendan de la siguiente manera: "concebimos al sistema de información como una construcción social. Los SIS son recortes de esa realidad y son construcciones históricas, sociales, que tienen objetivos y contradicciones"[152] .

Sin embargo los SIS con frecuencia son poco permeables a la incorporación de estos cambios debido a que en ocasiones ponen en crisis su enfoque, metodología y desempeño. Por ello el registro de información que el SIS no recoge a pesar de su importancia estratégica, es clave para que su circulación genere cambios destinados a mejorar la salud pública.

En el mundo del trabajo, hay experiencias personales de uno de nosotros[153] para sospechar la masividad de cambios en la salud laboral a partir de los años 90, que incitarían a estudiar la frecuencia de fenómenos como estos:

- Aparición más temprana de patologías
- Coexistencia de patologías graves en un mismo trabajador
- Desarrollo más rápido hacia estadios más graves en algunas patologías
- Mayor frecuencia de internaciones
- Aumento de intervenciones cruentas
- Mortalidad ligada a episodios laborales
- Afectaciones de la salud mental
- Mayor frecuencia de recaídas

Apoyar el desarrollo de proyectos de integración en curso (el SUIS es el más ambicioso en este sentido en este momento), puede ir en la tendencia deseable de atemperar sustancialmente la fragmentación de los SIS en Argentina. Pero conviene estar alertas sobre el riesgo de propuestas tecnocráticas, que no son suficientes y hasta pueden ser distorsivas[154] . La confluencia de diversos actores colectivos con intereses compartidos, debería buscarse, entre otros medios, a través de la generación de un significante vacío[155] como por ejemplo "justicia social" que tienda a absorber la lucha de múltiples sectores tales como minorías sexuales, trabajadores, jubilados de bajos ingresos, entre otros.

Desde ATE socio-sanitario se han realizado trabajos destacables con esta orientación que sin duda aportan a la problematización de las falencias del SIS oficial:

Uno de ellos tiene que ver con la situación de las mujeres en cárceles[156] , otro con el impacto en la salud de la agroindustria y la minería del capitalismo tardío en la Argentina[157] , uno más con el hambre en la Argentina[158] , el riesgo del asbesto para la salud[159] y sobre salud laboral en general [160].

Todos los temas tratados en estas publicaciones tienen la particularidad de ser ignorados por el sistema oficial.

150 Término acuñado por Rudolf Kjellén a comienzos del siglo XX y ampliado por Michael Foucault.

151 Wacquant, L. 2010. Las dos caras de un gueto. Siglo XXI. Buenos Aires. P 205.

152 Urra González, P. 2011. Sistemas de información en salud. RevSalud Colectiva, Buenos Aires, 7(1):99-111.

153 Borini, Mario. Cf. al respecto el Réquiem para Claudio Smud, Periódico "El Médico", febrero del 97, Buenos Aires

154 Mohammed S. 2013. Towards an evaluation framework for information quality management (IQM) practices for health information systems--evaluation criteria for effective IQM practices. J EvalClin Pract;19(2):379-87.

155 Laclau, E. y Moufe Ch., 1987. Hegemonía y estrategia socialista. Siglo XXI. Madri

156 https://docs.google.com/file/d/0B3UrtGwjkS44eW5OSGUybmMxcmc/edit

La sociedad en su conjunto, los trabajadores de la salud y en especial quienes se desempeñan en el sistema público son claves para este trabajo. Estos últimos debido a que se encuentran en el subsistema que atiende a la población más postergada, pero también porque a consecuencia de las malas condiciones de trabajo que ofrece el Estado, un importante grupo de ellos se encuentra poli-empleado y trabaja también en contacto con personal y pacientes del sector privado a quienes pueden compartir su conocimiento de las situaciones de exclusión social. Y hablamos aquí también de las ventajas del sistema público que son desconocidas por quienes no han tenido la oportunidad de trabajar en él. Permeabilizar las inter-fases que dividen los campos relacionados con la reproducción de los SIS constituye una tarea estratégica para lograr un flujo de información y de poder mas "democratizante" en su estructura. Desde este punto de vista, las organizaciones de la sociedad civil, los sindicatos, las asociaciones profesionales, los grupos representativos de intereses particulares de la sociedad, deberían incrementar su participación en el SIS. Por ello, desde ATE, una pregunta clave es ¿Qué líneas de acción pueden facilitar la permeabilidad entre campos separados de manera que tiendan a superarse estas divisiones, al menos en lo que atañe a la información de salud?

Hay ejemplos concretos de estas participaciones que cambian el tablero de fuerzas en la salud. Citamos aquí solamente dos, que son desarrollos específicos de lo que se conoce como investigación-acción participativa: el "modelo obrero" [161] y la "epidemiología comunitaria" [162]

> *El acceso igualitario al saber, depende prioritariamente de la lucha de los trabajadores y otros grupos sociales subalternizados, a quienes históricamente se les ha negado ese derecho*

157 https://docs.google.com/file/d/0B3UrtGwjkS44eW5OSGUybmMxcmc/edit
https://docs.google.com/file/d/0B3UrtGwjkS44R19jS1ZZTG5WLUU/edit

158 https://docs.google.com/file/d/0B3UrtGwjkS44MjczNDdlNjUtZTZi-Zi00MmQyLThmZDctN2U5N2Y4MzJmNzcw/edit?hl=es

159 https://docs.google.com/file/d/0B3UrtGwjkS44S3VsalF6MVRkSl-Q0UWhDcmYxZzF3bmVHVUQw/edit

160 http://es.scribd.com/doc/65638475/CUADERNILLO-NRO-02

12 DATOS ECONÓMICOS EN REFERENCIA A LOS SIS

La importancia de los sistemas de información económica en el sector y en el campo de la salud es inestimable, ya que uno de los determinantes clave del bienestar es precisamente la situación económica de las familias y las sociedades.
El peso de la economía se destaca por el consenso de que el desarrollo, desde Bretton Woods en 1944, se mide básicamente por el Producto Bruto Interno. En ese momento de posguerra, se creía que su aumento era garantía de empleo y bienestar para evitar el conflicto social y una nueva guerra, sin tener en cuenta sus costos ambientales (depredación y contaminación) y sociales (desigualdad).

En Argentina, como en otros países, un problema particular en el manejo de los datos económicos es su deformación e imprevisión. Así, para 2014 se previó un dólar de $6, pero llegó a $8, y una inflación de 9,9%, pero se estima que superará holgadamente el 30%. El desempleo es otra variable en entredicho, desde que el Poder Ejecutivo lo disimula a través de diversos ardides del INDEC, como no considerar desempleado a quien no busca trabajo, cuando lo que puede suceder es que no lo haga luego de un tiempo de búsqueda infructuosa. Se altera de esta forma la credibilidad pública, un valor muy alto de la cultura política.

La economía de la salud es un caso particular de esa economía internacional o nacional y puede ser estudiada a distintos niveles: a) macro, a partir de datos de las 3 políticas económicas propias del Estado; b) micro, a partir de datos de agentes individuales y de la formación de precios

MACROECONOMÍA

Las 3 políticas económicas que afectan a la salud de diversas maneras, directas e indirectas, son:

De ingresos y egresos. En el sector público de salud, el ingreso está fundamentalmente incluido en los ingresos presupuestarios, regulados por la **política fiscal** que establece los impuestos directos (ganancias, patrimonios, aportes previsionales) e indirectos (consumo de bienes y servicios).

Del circulante que permite las transacciones de bienes y servicios de salud, regulado por la **política monetaria;** el circulante contribuye a la inflación cuando supera al respaldo del Banco Central, que consiste fundamentalmente en divisas.

De la paridad de la moneda local con otras monedas, regulada por la **política cambiaria;** al afectar las importaciones y exportaciones, impacta en el saldo comercial.

POLÍTICA FISCAL

Los ingresos y egresos presupuestarios vienen siendo objeto de particular debate desde que el país pasó de deficitario, como era habitual, a superavitario en diez años del nuevo siglo, situación que se está revirtiendo por la caída de precios de los productos primarios del

país, fundamentalmente la soja. Por otra parte, la coparticipación de las jurisdicciones cayó abruptamente en los años 90 sin recuperación posterior, utilizándose como moneda de negociación política por Nación generándose diferencias regionales contrarias a la solidaridad constitutiva de una Nación.

La imposición en Argentina es regresiva, en cuanto grava fundamentalmente al consumo y al empleo, de manera que afecta indirectamente a la salud al reducir la capacidad adquisitiva de la Canasta Básica, con las consecuencias adversas en la economía de los sectores más desprotegidos.

Entre los egresos, el Cuaderno 2 expuso las múltiples y cuantiosas transferencias del sector público a la seguridad social y fundamentalmente al sector privado, una sangría que en este caso se compara al total de la deuda externa.

POLÍTICA MONETARIA

La política monetaria tiene como objetivo regular la cantidad de transacciones y los precios. Las variaciones en la cantidad de transacciones lleva al crecimiento si aumentan, y a la recesión si disminuyen Estos cambios alteran el valor de la moneda, con inflación en el primer caso y deflación en el segundo. La política monetaria pretende regular las transacciones y los precios a través de la masa de dinero circulante y de la tasa de interés. El comercio externo influye en los precios, como por ejemplo de medicamentos; si además las importaciones están sobrevaluadas, una de las formas de corrupción económica más cuantiosas, esta es una de las explicaciones de los precios más altos de los medicamentos en Argentina respecto de los países centrales.

Como el crédito externo se encareció, el Gobierno tomó créditos de ANSES y en menor medida del PAMI, afectando en forma indirecta y directa, respectivamente, la salud. Hay inflación. En salud interesan los precios si reducen la accesibilidad en cualquiera de sus formas (principalmente económica y geográfica). Y también los precios relativos. El de los medicamentos, autorizados por la Secretaría de Comercio sin intervención del Ministerio de Salud, es un claro ejemplo de dos anomalías: disociación ministerial y aumento de precios en medicamentos que supera la inflación.

POLÍTICA CAMBIARIA

Tiene influencia sobre el saldo comercial, cuyo déficit alcanza hasta U$S 10 mil millones. El dato surge de la comparación entre importaciones y exportaciones. Los datos son suministrados por 4 fuentes: a) INDEC; b) Banco Central; c) Aduana; d) Cancillería.

El problema es que los datos que suministran estas 4 fuentes difieren entre sí, afectando gravemente el cálculo de las reservas y la política del país en su comercio externo. Y se agrava cuando los referentes de la economía del país llegaron a ser 4, sin suficiente coherencia discursiva entre ellos: Jefe de Gabinete, Presidente del Banco Central, Ministro de Economía, Presidente de la Nación

CONSECUENCIAS EN SALUD

Para la salud estos datos macroeconómicos tendrían múltiples aplicaciones en caso de realizarse, como estas entre otras:

• Producción sustitutiva: si el país tiene un saldo comercial negativo en un bien, puede mitigarlo o aún revertirlo mediante su producción local. Es el caso de los medicamentos, donde la producción pública de medicamentos está casi en el piso, mientras el país gira U$S 1.800 por año al exterior en ese concepto. En 2011, la Ministra de Industria, Débora Giorgi, anticipó a empresarios locales que el escenario de creciente déficit comercial hacía insostenible la importación de medicamentos en los niveles de ese año, pero desde entonces ese desbalance no ha dejado de crecer.

• Fuentes impositivas a explorar para aumentar el financiamiento público de la salud.

• Posibilidad de transferencias entre partidas presupuestarias, según las necesidades.

• Evaluaciones económicas de planes y programas de salud, tendientes a mejorar su eficiencia.

MICROECONOMÍA

Los agentes de salud, de todas las dependencias, están obligados, de una u otra forma, a aportar datos de su economía. Sin embargo, por la falta de recepción ordenada y de análisis de los datos, a más de la mayor desfiguración de los mismos en el sector privado y de la seguridad social, los datos son apenas estimados, mediante inferencias indirectas de dudosa valía.

El objetivo de estos datos es por lo menos doble:

Evaluar la administración de las entidades

Evaluar los costos y efectos que sus intervenciones tienen en la salud

La administración de las entidades es un camino apenas recorrido por la Seguridad Social, cuando requiere datos sobre la solvencia, liquidez y endeudamiento de los efectores que prevé contratar para atender a su población de afiliados y adherentes. A pesar de la trascendencia de estos datos, el Estado no los recaba si no tienen que ver con el pago de impuestos y aportes previsionales Aún en estos casos la

conducta del Estado es tan laxa que los efectores privados prefieren transformar sus deudas privadas en deudas públicas, con la expectativa de entrar en una moratoria o recibir financiación del propio Gobierno
Los estudios microeconómicos de intervenciones en salud complementan a los estudios sanitarios o clínicos. Siempre son cuantitativos y miden dos variables: a) costos, b) efectos de la intervención. Los más habituales son:

Análisis costo-beneficio miden costos y efectos en unidades monetarias: el efecto monetariza la productividad, o el monto que los sujetos están dispuestos a pagar para obtener cierto logro en salud, o lo que efectivamente pagan para cubrir un riesgo
Análisis costo-minimización mide el costo diferencial en unidades monetarias de dos intervenciones con efectos equivalentes, como internación o atención domiciliaria para cierto problema.

Análisis costo-efectividad el costo se expresa en unidades monetarias y el efecto se mide en escalas específicas, como descenso del colesterol, años de vida ganados, dolor reducido, etc.

Análisis costo-utilidad el costo se mide en unidades monetarias y la utilidad en unidades arbitrarias de lo que se considera calidad de vida; los indicadores de calidad más comunes miden la utilidad en años de vida ajustados por calidad (AVACs o QALYs), o ajustados por discapacidad (AVADs o DALYs) o en años saludables equivalentes (ASEs o HYEs). Las utilidades surgen de una tabla de estándares o de encuestas a la población.

Pese a la gran importancia de estos datos, el Estado no los realiza, de manera que la Seguridad Social contrata efectores cuyos servicios están en riesgo si no tienen una situación económico-financiera saneada, o paga sobreprecios que financian ineficiencias del sector privado, cuando no desvíos de fondos excedentarios en relación con el justo precio

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

(se explica en Cuaderno 2, p. 51-53),
(Cuaderno 2, p. 48-50)
(HYPERLINK"http://www.enciclopediafinanciera.com/teoriaeconomica/economia-del-comportamiento.htm"http://www.enciclopediafinanciera.com/teoriaeconomica/economia-del-comportamiento.htm, vista el 15-9-2014)
(Cuaderno 2, p. 12)
(Basualdo, Eduardo, Conferencia en la Central de Trabajadores de la Argentina- CTA, lista Yasky, 26-4-2014
HYPERLINK "http://www.infobae.com/notas/580687-Industria-anuncio-que-hacia-2020-casi-se-triplicara-la-produccion-de-medicamentos.html"http://www.infobae.com/notas/580687-Industria-anuncio-que-hacia-2020-casi-se-triplicara-la-produccion-de-medicamentos.html - y -
HYPERLINK "http://www.pagina12.com.ar/diario/econo-

mia/2-167947-2011-05-11.html" \t "_blank"http://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-167947-2011-05-11.html -.

(Borini, Mario, Nuevos requisitos contractuales y precontractuales para la contratación de servicios privados de salud, OPS-Secretaría de Salud de la Nación-Administración Nacional del Seguro de Salud, Nº APO PE 229-1990).

(Wainfeld, Mario. Los dineros del PAMI: debate en el Gobierno sobre qué hacer con el superávit de la obra social, Diario Página 12, Buenos Aires, 30-10-2005)

(Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programs. 2º edición Oxford: Oxford University Press; 1997):

(Goodacre S, McCabe C. An introduction to economic evaluation. Emerg Med J 2002; 19 (3): 198-201):

(Goodacre S, McCabe C. An introduction to economic evaluation. Emerg Med J 2002; 19 (3): 198-201 y Palmer S, Byford S, Raftery J. Economics notes: types of economic evaluation. BMJ 1999; 318 (7194): 1349):

(Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programs. 2º edición Oxford: Oxford University Press; 1997):

13 CONCLUSIONES

• No existe un SIS único en nuestro país; Se constata la existencia de múltiples SIS e incluso al interior del que sería el ente regulador como es el Estado Nacional.

• Los SIS de Argentina tienen altos grados de segmentación, fragmentación y estratificación, funcionales al statu quo que aún sostiene graves ausencias, demoras y deformaciones de datos e información.

- ✔ Segmentación porque tienen grupos de atributos distintos. Algunos priorizan en el SIS lo demo-epidemiológico (estatales), otros priorizan los costos (privados).
- ✔ Fragmentación por la insuficiente coordinación estatal que integre los subsistemas.
- ✔ Estratificación porque la calidad de los sistemas se relaciona con los estratos sociales.

• El Estado Nacional no consolida un rol rector para los SIS existentes en el país, que tienda a la uniformización e integración de los mismos.

• El Estado Nacional no ha desarrollado las iniciativas de unificación de sus propios (y múltiples) SIS, más allá de los acuerdos formulados entre sectores del propio estado.

• El SNOS tiene grandes dificultades en avanzar hacia la consolidación de sus SIS que también son múltiples y fragmentados entre sí.

• Las obras sociales provinciales tienen un nivel de avance aún menor que el SNOS, hacia la integración de sus SIS.

• El (des) orden/caos reinante es disimulado/desarrollado/acentuado/aprovechado por los actores con mayor poder de influencia para ganar grados de libertad que les permitan posiciones aún más ventajosas en el sistema y agregar el poder del Estado a su poder particularista.

• Existen problemas de salud de gran importancia social, ocultos para los SIS, como hambre, inmigración como factor de riesgo social, discriminaciones política, religiosa, étnica o por edad en los extremos de la vida, depredación y contaminación, a más de muchos otros datos necesarios para las políticas públicas socio-ambientales. Datos cuya constante es su ligadura a la equidad.

• La separación entre datos de salud poblacional y ambiental es un hecho tan insoslayable, como inadmisible.

· La información acerca de la salud propiamente dicha es prácticamente nula

· No hay participación social en la información de salud

· La información disponible beneficia tanto o más a las corporaciones de capital privado en salud que a la población

14 PROPUESTAS FINALES, PARA RECOMENZAR

Incorporar métodos cualitativos: como se ha dicho en el Capitulo 3 la metodología cualitativa tiene una potencia especial para el abordaje de los problemas de salud, dada su capacidad para trabajar con la subjetividad, dando espacio a la voz de los sectores desfavorecidos de la sociedad. A nuestro criterio debería incorporarse en un plan de mediano plazo que contemple sumar trabajadores de las disciplinas sociales con orientaciones teóricas superadoras del empirismo positivista.

Incluir problemáticas ocultadas: a lo largo del texto se mencionaron a) hambre; b) violencia; c) problemas de salud laboral relacionados con nuevas tecnologías de explotación; d) inmigración como factor de riesgo social; e) discriminación política en igual sentido; f) discriminación religiosa; g) etnia; h) edad en los extremos de la vida como aspecto que genera mayor necesidad de una red social bien constituida; i) la combinación de variables género-edad-situación económica-etnia, dado que existe evidencia de que dichas combinaciones producen mayor vulnerabilidad social en general y para la salud en particular; j) datos de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo. Estos datos requieren coordinación operativa interministerial, entre el Ministerio de Salud y el de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Informatizar el sistema en su conjunto: se trata de una medida que tiende a la integración de los SIS a su interior, desde la captura de los datos primarios hasta la elabora-

ción de los informes. Dado que existen normativas por las cuales el subsistema de Obras Sociales Nacionales y de Empresas de Medicina Prepaga deben rendir cuenta de sus acciones en salud al Ministerio nacional, la informatización del SIS oficial nacional llevaría a una más simple integración con estos subsistemas. Estas interacciones serían más fáciles en un entorno informático común que incluya a las fuentes primarias de datos de manera progresiva, ya que de esta manera quienes generan los datos estarían en contacto inmediato con los otros niveles del sistema, en especial las sub-unidades de procesamiento, análisis y elaboración de informes. Entonces, la conexión informática que integre el SIS de todo el sistema público de salud, potenciaría las capacidades de producción del mismo y las unidades de informatización de los datos desaparecerían ya que el proceso de informatización coincidiría con el del registro del dato original.

Esta es una ventaja con la que cuentan algunos efectores (privados y públicos) en los que el acto médico es registrado en el sistema informático simultáneamente a su producción. El proceso de integración informática en los SIS lleva a reducir el riesgo de errores en el circuito del dato, no solo porque reduce los nodos del circuito (hace innecesario el nodo de transcripción para la informatización), sino también porque al sistematizar los datos desde su registro disminuye la necesidad de uniformizarlos a posteriori. De allí que incrementar la informatización del sistema desde el registro hasta la emisión de informes es una recomendación importante para cualquier SIS. Si bien existe evidencia sobre la utilidad de esta propuesta[163, 164] , no inhibe advertir acerca de que la informatización por sí misma, no solo no resuelve todos los problemas, sino que de carecer del necesario sustrato de gestión aún más inconvenientes [165]. De allí que la recomendación de avanzar en la informatización, debe acompañarse de un plantel humano adecuadamente capacitado, remunerado y reconocido.

Integrar los subsistemas de entidades extra-estatales: resulta evidente que se trata de una dificultad de decisión política y operativa del Ministerio nacional, si consideramos que se encuentran dadas las normas legales y otras condiciones que respaldan esta integración. Las empresas de medicina prepaga no iniciaron un proceso de integración de sus SIS, a pesar de la nueva legislación vigente que las incluye en normativas del SNOS. El SIS tiene que integrar a la salud laboral (adaptados a las nuevas tecnologías de explotación), que contenga también los datos de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo supervisados por los trabajadores y los Ministerios de Salud y de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. La integración no se limitará a los subsistemas de distinta dependencia administrativa, sino a los temas comunes que atraviesan esas dependencias, temas por un lado desconectados entre sí y por otro insuficientemente difundidos a todas las instituciones y grupos de interés, de manera que son menos o poco aplicables: situación de salud poblacional, situación de salud ambiental, programas, normas, prácticas, resultados de estudios, recursos, facturación, situación financiero-contable, compras y contrataciones, pistas de auditoría y evaluaciones, así como otras de similar relevancia.

Dar participación constante al público a través de las páginas web oficiales en las que se puedan verter opiniones y propuestas sobre el manejo de la información. También a través de las

organizaciones intermedias como los gremios y las organizaciones de la sociedad civil en general para que puedan hacer sus aportes a través de distintos canales, facilitados también por el Estado.

Propiciar la intervención de los trabajadores en general, y de la salud en particular, en la reforma de los SIS, algo esencial para el desarrollo de propuestas superadoras.

Poner en marcha un sistema de control eficaz y eficiente de los SIS, tanto al alcance de la población y sus organizaciones sociales y gremiales, como de los organismos formales de control para las entidades públicas (Auditoría General de la Nación y Sindicatura General de la Nación), pero con independencia respecto de los sistemas de información para que la evaluación sea científicamente válida.

161 Oddone, I. (1974). L`Ambiente di lavoro: la fabbrica nel territorio. Roma: Ed. Sindicale Italiana, y Laurell, C. (1984). Ciencia y experiencia obrera; la lucha por la salud en Italia. Cuadernos Políticos, 41, 63-83.

162 Tognoni, Gianni, Manual de Epidemiología Comunitaria. CECOMET, 1997, con experiencias de su aplicación en Bolivia, Ecuador, El Salvador e Italia

163 Curioso, W. y col. 2010. Mejorando los sistemas de información en salud materna: validación de historias clínicas electrónicas en el Callao, Perú. Rev. PeruMedExp Salud pública. 27 (3): 478-90

164 Pereira SR y col. 2013.A mapping of information security in health Information Systems in Latin America and Brazil.StudHealthTechnol Inform;190:123-5.

165 Luna Sánchez, J y col. 1998. Sistemas de información en salud: ¿Cómo prevenir el desencanto de la nueva tecnología? Rev. Cienc. Adm. Financ. Segur. Soc; 6(2): 34-36

15 RECAPITULACIÓN

En los finales de este Cuaderno volvemos a una pregunta fundamental: de qué servirá a trabajadores de salud que no son profesionales de la información y que a veces ni siquiera tienen oficio en leer datos? En cada Cuaderno nos hacemos una pregunta similar

En estas Conclusiones pretendemos respondernos cuáles son las cuestiones básicas? He aquí las preguntas y respuestas que entonces desfilaron:

• Tenemos necesidad de datos? Los datos se vuelven necesarios cuando están precedidos de una voluntad de cambio, de crecimiento, de sostener logros alcanzados o de justificar las acciones emprendidas.

• Qué sucede si no hay datos? Siempre es posible estimarlos, así como estimar la diferencia con los datos que serían ciertos. Muchas estimaciones son más precisas que los datos, así que vale la pena evaluar la distancia entre los datos y la realidad. En comparación con qué? En ciertos casos, con las estimaciones, precisamente.

• Cuáles son los datos que suelen necesitarse? Los del proceso salud-enfermedad-atención. Una parte de ese proceso, los del proceso salud-enfermedad, generalmente comprenden problemas en los siguientes aspectos [166]:

- ✔ Biología
- ✔ Ecología
- ✔ Economía
- ✔ Conciencia.

•Estos problemas son los reales. Para solucionarlos, la sociedad crea procedimientos, instituciones, sistemas y programas de atención. Que no generan problemas reales sino artificiales, en tanto creados por el hombre, es decir, dependientes totalmente de su cultura y por tanto negociables.

• Pero a estos artefactos también hay que seguirlos para saber en qué medida cumplen su objetivo. Entonces se estudian aspectos como estos, cuya integración e interrelación permite avanzar en la identificación de las determinaciones sociales de la situación de salud y del sistema de atención eco-social, en procura de una "conducción público social de la política" [167]:

- ✔ Cobertura
- ✔ Accesibilidad
- ✔ Utilización
- ✔ Calidad
- ✔ Costos
- ✔ Satisfacción
- ✔ Contextos, entre ellos:

• Demográfico (situación y cambios de la población y de sus distintos subconjuntos etarios y de sexo, etnia, estratos sociales)

• Social (trascendencia y poder de resolución de las necesidades en la sociedad civil)

• Legal (pirámide jerárquica del derecho, desde la Constitución, leyes y decretos a las normas operativas)

• Político, tanto socio como geopolítico (decisiones políticas y programáticas acerca de la salud poblacional y ambiental, riesgo y evitabilidad, así como sus grados de soberanía)

• Económico (presupuestos, gasto, capacidad adquisitiva, modelo de producción y consumo, fuentes de energía y modos de extracción y acumulación…)

• No interesa sólo la magnitud, o sea, cuánto se hace, sino a quienes, dónde, cuándo… Por qué? Porque si no reconocemos las poblaciones, las regiones, las historias, podemos conocer la producción del sistema de salud, pero no su distribución ni su adecuación, de manera que pasan desapercibidas las desigualdades evitables y de riesgo para la salud en ciertos momentos para distintos grupos humanos en distintas geografías.

La complejidad es aún mayor, porque los datos pueden estar, pero cuál es su realismo? La semejanza de los datos con la realidad no es algo natural, no es mecánica, repetitiva por sí misma, sino que depende de la intención humana. Es lo que se puede conocer, entender, ocultar y desfigurar de la realidad.

Un tema que invadió la información acerca de la eficacia es la evidencia, que recibirá un desarrollo específico en próximos Cuadernos. Nos contentamos en señalar que la entidad que más la difunde es la Fundación Cochrane. Que no considera tanto la relevancia de los temas como el énfasis en la difusión de la producción farmacéutica que la financia.

Entendimos que hay datos fundamentales de la realidad que no tienen cabida en las estadísticas, y que no se recogen contando, enumerando, sino comprendiendo, interpretando, poniéndose en el lugar del otro, observando procesos, que son técnicas propias de la metodología cualitativa .

En este Cuaderno invertimos una cantidad de esfuerzo en tratar de presentar esta complejidad, para estar más preparados a reconocer qué información es relevante, se corresponde con la realidad, es coherente con otros conocimientos y permite decisiones orientadas al bien común. Advertimos y ejemplificamos, entonces, los cuidados para buscar datos y evaluarlos, mostrando desvíos de los organismos más reconocidos en proporcionarlos. Al mismo tiempo mencionamos otros datos, otros métodos de recolección y de interpretación, y fundamentalmente otra participación social y de los trabajadores que habilitan usos (políticas, programas) diferentes a los actuales

Qué datos darían un vuelco a los desarrollos actuales en la comprensión y atención de la salud? Pensamos que hay un vínculo esencial, aunque invisible, entre práctica, dato, método y enfoque.

Quiere decir que el dato por sí no modificará la práctica. Pero no hay cambio fundamental de la atención que no integre cambios profundos en esos 4 componentes. Los datos son uno de ellos y como sociedad y trabajadores de la salud tenemos el poder de regenerarlos.

166 Castellanos, Pedro Luis, Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad: comportamiento de algunos indicadores de mortalidad en grupos de población con diferentes condiciones de vida, en la década perdida en países seleccionados de América Latina y el Caribe, OMS/OPS, Washington, 1992

167 Breilh, Jaime, Conferencia en el Seminario "Rediscutindo a questão da determinação social da saúde", organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Salvador (Bahía - Brasil), 19-20 marzo, 2010 http://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=2273 (vista el 10-6-2014)

ATE ARGENTINA | idep | *Área de Salud*

ASOCIACION TRABAJADORES DEL ESTADO DE LA REPUBLICA ARGENTINA I CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL I INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACION (IDEP) I AREA DE SALUD

AÑO 2014
www.ateargentina.org.ar

Material de publicación periódica y coleccionable.
Esperemos que esta colección sea del interés y el aprovechamiento del conjunto de los compañeros/as.