

EXPERIENCIA DE UN SISTEMA LOCAL DE SALUD EN SANTA CRUZ, BOLIVIA

— Fernando Lavadenz Mantilla¹ y Eidy Roca de Sangueza¹ —

En 1988, la red de atención sanitaria de Bolivia contaba con 80 distritos de salud, de los cuales 18 eran urbanos y 62 rurales. La ciudad de Santa Cruz de la Sierra, situada en la zona tropical del país, se dividió en cinco distritos de salud. Se seleccionó uno de ellos para implantar un sistema local de salud (SILOS) basándose en cuatro criterios de prioridad: la situación socioeconómica, el perfil epidemiológico, el acceso a los servicios de salud y la cobertura de dichos servicios. Tras diez meses de implantación del modelo se observaron resultados significativos, que pueden resumirse en una participación efectiva de la población del distrito, un aumento de la demanda de servicios preventivos, interés por recibir información y educación en salud, satisfacción de la población por las acciones desarrolladas frente a las necesidades percibidas y concertación de todas las instituciones integradas en el SILOS.

La estrategia de la atención primaria de salud se inició en Bolivia al comienzo de los años ochenta. Para afianzarse se requería reorganizar los servicios de salud y adoptar los sistemas locales de salud (SILOS) en todo el país. Los SILOS, conocidos en Bolivia como distritos de salud, se originaron después de la regionalización que tuvo lugar alrededor de 1983. El sistema de atención sanitaria boliviano está estructurado en 11 unidades de salud, que corresponden a los nueve departamentos en los que se divide políticamente el país, más otras dos unidades

establecidas por razones geográficas (dimensión de territorio y accesibilidad). En 1988 el sistema contaba con 80 distritos de salud, de los cuales 18 eran urbanos y 62 rurales (1). Cada distrito tiene de cuatro a seis áreas sanitarias, definidas como unidades geográficas que representan las unidades programáticas básicas en la prestación de servicios integrales de salud.

Los niveles de atención y de gestión administrativa tienen su correspondencia en la participación comunitaria, que constituyó la pieza de mayor importancia en la regionalización y desarrollo de la atención primaria. Los comités populares de salud elegidos por la comunidad también se organizaron por regiones, delegando su representación a nivel central al Comité Popular Nacional de Salud.

¹ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia.
Dirección postal: Casilla 5427, La Paz, Bolivia.

Ha habido pequeños logros en el desarrollo de la atención primaria, pero el modelo de atención, que además no contaba con un apoyo financiero adecuado, ha revelado numerosas fallas. Las principales fueron el desprestigio y la marginación de los hospitales de la red regional de servicios, la concentración extrema de las decisiones, la falta de claridad metodológica en las unidades de gestión distritales, la institucionalización exagerada de la participación popular como extensión del personal de salud o como una nueva institución gremial, la falta de autonomía financiera, la coordinación intra e intersectorial insuficiente en las unidades de salud y los distritos, y el escaso apoyo real a una regionalización permanente y efectiva.

La necesidad de respuesta al costo social de la severa política de ajuste, así como la necesidad de profundizar el modelo vigente basado en la atención primaria plantearon la necesidad de acelerar la adopción de los SILOS. Las experiencias de distritos como los de Caranavi, Sorata y Montero, conocidas y difundidas en años anteriores, se han enriquecido notablemente con los SILOS del sur —Sucre, Tarija y Potosí—, apoyados en su desarrollo por la OPS y financiados mediante préstamos al país del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). También se están desarrollando SILOS en los núcleos periféricos de las capitales de mayor importancia —La Paz, Cochabamba y Santa Cruz— y en toda la región urbana de Santa Cruz de la Sierra. A continuación se describirá uno de los SILOS de esta región.

SANTA CRUZ Y EL DISTRITO V

Localizada en el oriente del país, Santa Cruz de la Sierra resume las características de las regiones del trópico boliviano. Con un crecimiento demográfico anual de alrededor de 10% (2), es una de las regiones de mayor crecimiento económico y demográfico del país y, por lo mismo, la que plantea mayores dificultades en la planificación de ser-

vicios generales y, específicamente, de servicios de salud.

Las migraciones de población, las endemias y la situación de los servicios de salud crearon la necesidad de regionalizar el departamento. Se definió como cabeza jurídico-administrativa la unidad sanitaria de Santa Cruz. Siguió el nivel administrativo de los distritos, establecidos de acuerdo a criterios geográficos, de organización de servicios, de población y de acceso, localizándose cinco de ellos en el núcleo urbano y en la periferia de la ciudad de Santa Cruz, capital del departamento. Cada uno de estos distritos urbanos cubre una población de 80 000 a 130 000 habitantes y está dividido a su vez en cinco a diez áreas de salud. Un área de salud es una unidad geográfica menor perteneciente a un distrito y definida como la unidad básica responsable de ofrecer atención primaria integral a una población determinada de acuerdo con una programación local. La población de cada área es de 10 000 a 20 000 habitantes (3). Cada área de salud está constituida por sectores, que corresponden a unidades vecinales mínimas, donde la participación popular y la articulación intersectorial son francamente operativas. Las acciones de salud en los sectores comprenden servicios desarrollados desde unidades multifuncionales, guarderías, centros infantiles integrales, centros de leche, comedores populares, comedores escolares, núcleos agrarios, iglesias e incluso la propia infraestructura de la población, sin que sea necesaria una especial infraestructura del sector sanitario.

De los cinco distritos capitalinos mencionados, fue el V el seleccionado como prioritario para la implantación del modelo de atención descrito y el desarrollo del primer SILOS de la región.

Criterio de selección

La selección del distrito inicial de implantación del modelo se hizo de acuerdo a cuatro criterios de prioridad —situación socioeconómica, perfil epidemiológico, accesibilidad de la atención sanitaria y cobertura de los servicios de salud—, a los cuales se asignó una puntuación. Por ejemplo, a las zonas con mayor concentración de habitantes se asignó mayor puntuación que a las de menor concentración. Se tuvieron en cuenta también las características físicas de las viviendas y la existencia o no de servicios básicos. La proximidad del centro de salud al centro de la ciudad y la cabecera hospitalaria del distrito fue otro elemento de mayor puntuación (4).

Características generales del Distrito V

Ubicado en el cuadrante sudeste de la ciudad de Santa Cruz, el Distrito V comprende tres zonas bien caracterizadas: Pampa de la Isla, Villa 1.° de Mayo y Ciudadela Andrés Ibáñez o Plan 3000. Su población es de 74 000 habitantes. Los menores de 24 años constituyen 64% de la población, las personas en edad productiva, 49%, y la población femenina en edad reproductiva, 23%.

La tasa de crecimiento anual de la población de este distrito es elevadísima, alrededor de 30%, mientras que la de toda la ciudad es de 10%, una de las más altas del continente. Este fenómeno está estrechamente ligado al proceso migratorio: 42% de la población del distrito son emigrantes, 80% de los cuales provienen del interior del país (5).

En relación al perfil ocupacional, existe un índice de desempleo de 30%, muy superior al de 1986 que fue de poco más de 6% en promedio anual (5). El deterioro socioeconómico se ha agravado con la crisis

de los cinco últimos años. Ha aparecido el subempleo y la economía informal, ha aumentado el número de trabajadores por cuenta propia y se han multiplicado el pequeño comercio y las actividades manuales. En este rubro, los varones se dedican al sector de la construcción y las mujeres al servicio doméstico. Los niños y los adolescentes comienzan a trabajar muy jóvenes, dedicándose sobre todo al comercio informal y a servicios manuales.

Se estima que 90% de las viviendas son precarias, construidas con materiales inapropiados y de baja calidad. La proporción de habitantes por casa fluctúa entre 5 y 7. Solo 70% de las viviendas poseen agua potable, servida por el Estado o por un sistema cooperativo creado por los propios pobladores. No existe alcantarillado; en su lugar se utilizan pozos ciegos y letrinas. La recolección de basura está a cargo de un servicio público municipal, pero, generalmente, los residuos sólidos se vierten en basureros habilitados por la misma población (6).

En cuanto a la situación de salud, en la población menor de 5 años prevalecen la desnutrición, las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias agudas (IRA), las parasitosis, las enfermedades cutáneas y las lesiones causadas por accidentes y violencia.

Los registros de mortalidad y morbilidad son deficientes. Los datos que se hallan en el registro civil del distrito son muy escasos. Todo ello hace difícil determinar las tasas de mortalidad infantil, materna y general. Según estimaciones del personal de salud del Distrito V (comunicación personal), la mortalidad materna sería de 48 por 10 000 y la mortalidad infantil de 237 por 1 000 nacidos vivos.

La escasa inserción de la población en el aparato productivo formal condiciona factores de riesgo importantes, como la delincuencia, la drogadicción y el alcoholismo.

El distrito tiene un total de 22 establecimientos escolares públicos y 10 privados, que en conjunto resultan insuficientes para la población escolar.

En 1989 se realizó un estudio de los recursos sanitarios existentes en el departamento de Santa Cruz. En el distrito V se detectaron establecimientos "con diverso grado de complejidad, bajo la dependencia administrativa de distintas organizaciones y la pertenencia a varias instituciones" (7).

Las instituciones participantes con servicios de salud en el distrito eran la Iglesia Católica, la Misión Sueca, la Iglesia Evangélica, la Cruz Roja Departamental, la Alcaldía Municipal, la organización no gubernamental Prosalud y el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Los establecimientos de salud se encontraban concentrados en una de las áreas (Plan 3000), quedando otras (Bolívar) desprovistas de infraestructura.

Tampoco existía una red de servicios de salud consolidada y coordinada. Los diferentes servicios actuaban de forma individual y sin criterios para remitir pacientes de unos a otros. Por otra parte, las acciones de salud variaban sin criterio de complejidad desde la prevención hasta la rehabilitación (7).

El único centro de salud, el Hospital 1° de Mayo, desarrollaba acciones preventivas y curativas. Sus 20 camas, con bajo porcentaje de ocupación, se destinaban a servicios de obstetricia, cirugía de urgencia y medicina interna. La relación de los recursos humanos con la población fue de un médico cada 24 000 habitantes, una enfermera cada 18 000 y un auxiliar de enfermería cada 37 000 (7).

El subsistema de información no estaba uniformizado entre los distintos centros y en la remisión de sus datos hasta la unidad de gestión.

El expendio de medicamentos en las cuatro farmacias y dos boticas del sector privado se realizaba en 80% de los casos sin prescripción médica. Hay dos laboratorios,

uno público y otro perteneciente a una organización no gubernamental (ONG). Sin embargo, cada uno lleva a cabo sus actividades de forma independiente. Los costos de las pruebas y la información generada no son uniformes.

La comunidad no se siente identificada con los servicios de salud, porque no encuentra en ellos una respuesta a sus necesidades principales. En este sentido, la participación de la población se orienta a la búsqueda de satisfacción de las necesidades primarias. Así, en una primera etapa, los comités populares de salud se consolidaron basándose en las organizaciones de barrio y algo similar ocurrió con los centros infantiles de leche.

Los servicios de salud maternoinfantil mostraban coberturas muy bajas. Según datos del último semestre de 1988, 14% de los partos fueron institucionales. Solo 7% de los menores de cinco años habían pasado por un control de salud infantil y, de los menores de un año, solo 9% habían recibido la vacuna contra la poliomielitis y 3,5% la vacuna BCG. De los totales de diarreas infantiles e IRA previstos, solo se diagnosticaron, respectivamente, 12 y 16% de los casos (4).

La práctica de la medicina tradicional, que está muy arraigada en la población del Distrito V, viene a suplir la carencia de servicios, compensando las barreras económicas y culturales, pero es también parcialmente responsable de la baja cobertura institucional.

La situación descrita puede resumirse en los siguientes aspectos: a) ausencia de una red funcional de servicios; b) baja demanda de utilización; c) baja cobertura de la población; d) mala utilización de recursos de alto costo (hospital); e) deficiente capacitación del personal en acciones de atención primaria de salud; f) escasa credibilidad de los servicios para la población; g) dispersión de acciones de otras instituciones en programas prioritarios (alimentación complementaria); h) empirismo gerencial de los servicios; i) ausencia de normas y mecanismos administrativos.

EL CAMBIO

Frente a esta realidad, se estableció la necesidad de replantear el modelo de salud tradicional a partir de la identificación de los factores condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad y de las áreas críticas de la prestación de servicios, de manera que el nuevo modelo sanitario dispusiera de mecanismos adecuados de racionalización y utilización de recursos, integrara sus distintos componentes en la estructura del sistema local de salud, respondiera a las necesidades sentidas de la población, incorporara plenamente la atención primaria y promoviera la participación social mediante la democratización del conocimiento en salud, el fortalecimiento de su propia capacidad organizativa y la recuperación de la credibilidad de los servicios.

ESTRATEGIAS DEL MODELO

Concertación interinstitucional e intersectorial

La primera etapa de la implantación del SILOS se orientó hacia la consolidación del diagnóstico y la concertación interinstitucional e intersectorial para poner en marcha el consejo distrital de salud, formado por la dirección del distrito, el comité distrital popular de salud, la jefatura de educación urbana, representantes de instituciones prescriptoras de salud (alcaldía, iglesias y otras instituciones) y el hospital de referencia.

Coordinación docente asistencial

La integración con las universidades se hará mediante un convenio por el cual el distrito V se constituye en el ámbito geográfico y de servicios para el desarrollo de prácticas de la carrera de enfermería y de los cursos de posgrado en salud pública.

Gestión social

La participación social es el modo universal de motivación en torno a la satisfacción de necesidades comunes a todos los grupos sociales. La participación comunitaria es la manifestación operativa de las acciones específicas en salud que la comunidad realiza generalmente como respuesta a la motivación institucional. La participación popular es la motivación o instrumento de un sector de la población carente de acceso a los servicios básicos y a la satisfacción de sus necesidades primarias. La gestión social comprende las tres participaciones. Se da prioridad a la participación popular, que responde a la necesidad de la población del distrito e incorpora la educación para la salud y la comunicación social como instrumentos básicos para democratizar el conocimiento y su acción protagonista en el proceso de gestión. Se incorporará al equipo distrital una trabajadora social, un pedagogo y un comunicador social.

Desarrollo de los recursos humanos

Esta estrategia contempla un plan que incorpora un sistema de administración de recursos humanos en las etapas de selección, formación, utilización, control y evaluación. El proyecto diseña además criterios de evaluación del desempeño y mecanismos de incentivo. El establecimiento de salarios uniformes para el personal del distrito, previa concertación, evita un desequilibrio en el desarrollo del sistema.

Se desarrollará un programa de capacitación y adiestramiento del personal institucional con tres componentes: inducción, complementación y educación continua.

La capacitación del sector popular se desarrollará a partir del programa de educación para la salud, que incorpora la comunicación social.

La creación de la unidad educativa distrital para la formación, actualización y educación continua institucional y popular refuerza la estrategia. Además se dotará al distrito de una biblioteca básica con información en salud.

Desarrollo de la infraestructura física

Se intentará recuperar la infraestructura existente, creando la necesaria en las áreas que no la tenían, bajo la responsabilidad institucional del Ministerio. El Centro de Salud Hospital 1.º de Mayo se constituye en la sede administrativa distrital y la referencia asistencial por las condiciones que reúne.

La red de laboratorios se mantiene igual por considerarse adecuada su infraestructura.

Fortalecimiento nutricional

Se dará prioridad al sistema de vigilancia epidemiológica nutricional, a la alimentación complementaria, la educación nutricional, el control de anemias nutricionales y bocio endémico y la prevención de la hipovitaminosis A. Además, se postula el desarrollo del centro ambulatorio de rehabilitación nutricional y el desarrollo de centros infantiles de leche.

Definición de mecanismos de financiamiento

Se contempla la posibilidad de establecer un fondo distrital para asegurar la atención del paciente remitido a niveles de mayor complejidad. Por otra parte, se está negociando un préstamo del Banco Mundial.

PLAN DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO

El plan tiene tres etapas. En la etapa preliminar se define el equipo de distrito y los equipos de áreas, se hace una preselección de estos equipos y su selección definitiva, se capacita a sus miembros y se efectúa la coordinación interinstitucional e intersectorial. En la etapa de ejecución se desarrollan los proyectos de infraestructura y mejoramiento de los servicios. En la etapa de implantación del modelo de atención se efectúa la integración programática de los com-

ponentes del modelo, se organiza el centro de salud de área, se hace la coordinación y concertación para la remisión y contrarremisión y se efectúa la supervisión y evaluación del modelo.

PRIMEROS RESULTADOS

Tras diez meses de implantación del SILOS de Santa Cruz de la Sierra, se observó un significativo desarrollo en los siguientes aspectos: la conceptualización por parte del equipo de salud de los sistemas locales de salud y de la problemática de salud, la organización de un microsistema de salud a partir de la integración de los centros de atención existentes en su ámbito geográfico, y la participación de la población en busca de la consolidación de un proceso de gestión social.

A partir del plan estratégico explicado previamente, se constituyó un equipo de distrito formado por un médico director distrital, dos enfermeras supervisoras, un administrador, una trabajadora social, un técnico en estadística, un técnico en saneamiento ambiental, un bioquímico, una secretaria y un chófer. En cada área de salud la unidad operativa se constituyó incluyendo un médico, una enfermera graduada y tres auxiliares de enfermería. El personal fue capacitado mediante un curso de medicina social. A través de diversos convenios se integraron los distintos centros de salud existentes en el distrito en una sola red, que se mejoró con la construcción de un centro de salud en cada área y se complementó con el hospital administrado por una ONG, con el cual se estableció un convenio para la remisión al mismo de los pacientes que requirieran atención hospitalaria tras ser atendidos en los niveles primarios. También se implantó un sistema de abastecimiento y control de medicamentos y se organizó la coordinación, participación y representación de la comunidad en el SILOS.

Es muy difícil en esta etapa de organización y desarrollo detectar el efecto producido en la salud de la población. Sin embargo, los primeros resultados muestran indicadores indirectos que podemos resumir en una participación efectiva de la población del distrito, un aumento de la demanda de servicios preventivos, la participación motivada para recibir información y desarrollar un proceso de educación en salud, la aceptación y satisfacción de la población por las acciones desarrolladas frente a las principales necesidades percibidas y la concertación de todas las instituciones de salud integradas en el SILOS (todos los recursos para toda la población).

Algunos indicadores cuantitativos muestran resultados positivos, sobre todo si se comparan con indicadores previos. Se trata de indicadores de acciones desarrolladas y no del verdadero efecto de las mismas. La cobertura geográfica de vacunación ha llegado a 100% del distrito, con una cobertura de vacunación de 98% de la población de menos de 5 años. La proporción de partos institucionales ha pasado de 14 a 16% y la atención integral de niños menores de cinco años, de 18 a 27% (4).

Otros resultados son la consolidación de una red física y funcional del distrito, la capacitación del personal de salud y el desarrollo de la participación en el proceso de gestión social. También se ha iniciado el proceso de consolidar y uniformar los programas en el SILOS, se han organizado la remisión y resolución a los niveles distritales II y III y la implantación de los subsistemas de información gerencial, supervisión y suministros.

A pesar de que la vacunación continúa siendo la acción con mayor efecto inicial, solamente es posible explicar los cambios simultáneos en las otras acciones de salud analizadas por los cambios producidos en la organización de los servicios.

Todo lo anterior no es indicación del impacto sobre la morbimortalidad, que no se puede evaluar todavía por el estado inicial del trabajo en el distrito. Sin embargo, los indicadores indirectos del proceso y las acciones desarrolladas muestran hasta el momento una tendencia positiva hacia logros aun mayores.

REFERENCIAS

- 1 Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y Representación de la OPS/OMS en Bolivia. *Bolivia: situación de salud y sus tendencias*. La Paz, Prisa, 1989.
- 2 Instituto Nacional de Estadísticas. *Población total proyectada por sexo, según años, 1975-2000*. La Paz, Estadísticas Sociales, 1988.
- 3 Instituto Nacional de Estadísticas. *Santa Cruz en cifras*. La Paz, 1986.
- 4 Roca, F., Rivero, R., Alba, C., Montenegro, R., Medina, R. y Soria, A. Proyecto de implementación del sistema local de salud: Distrito V, Unidad Sanitaria de Santa Cruz. La Paz, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1989.
- 5 Casanovas, R. Migración y empleo en la ciudad de Santa Cruz. La Paz, Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, 1981.
- 6 Unidad de Planificación y Proyectos. Políticas para sectores y campos prioritarios. Santa Cruz, Cordecruz, 1986.
- 7 Proyecto Banco Mundial-Equipo Regional de Santa Cruz. Relevamiento de la capacidad instalada. Santa Cruz, Unidad Sanitaria, 1989.

SUMMARY

THE LOCAL SYSTEM EXPERIENCE IN SANTA CRUZ, BOLIVIA

In 1988 the health care network in Bolivia had 80 health districts, of which 18 were urban and 62 were rural. The city of Santa Cruz de la Sierra, located in the country's tropical area, was divided into five health districts. One of these was selected for implementation of a local health system, based on four priority criteria: socioeconomic situation, epidemiologic profile, access to health services, and services coverage. After

the model had been in place for ten months, significant results could be seen, which are summarized as follows: effective participation by the people in the district, increased demand for preventive services, interest in receiving information and health education, satisfaction on the part of the people with the actions carried out vis-à-vis the perceived needs, and effective coordination of all the institutions making up the local health system.

Función del hospital en los SILOS

Considerando que los hospitales periféricos no han integrado sus funciones satisfactoriamente en las actividades de los sistemas locales de salud, la Organización Mundial de la Salud convocó a un Comité de Expertos que se reunió del 30 de octubre al 5 de noviembre de 1990 para concretar los principios de una relación racional y equilibrada entre hospitales, centros y puestos de salud. Este grupo analizó los aspectos de personal, capacitación, logística y finanzas, y determinó los requisitos mínimos (competencia clínica, de laboratorio, educativa y gerencial) que debe reunir un hospital de referencia de primer nivel para apoyar los esfuerzos de las comunidades. Los participantes destacaron que el hospital es responsable de la salud de toda la población de su zona y no solo de las personas que acuden a él y, por ende, debe compartir su capacidad técnica con los centros y unidades de salud locales. El informe final del Comité se dará a conocer dentro de poco. (Fuente: Declaración de prensa de la OMS/58, 8 de noviembre de 1990.)