

## Condiciones de la tecnología apropiada en Costa Rica<sup>3</sup>

La extensión de cobertura en salud se ha realizado desde el inicio de los servicios de salud; sin embargo, el concepto emanado de la reunión donde se estableció el Plan Decenal de Salud para las Américas en Santiago de Chile en 1972, determinó que los niveles políticos prestaran su apoyo y se definieran estrategias para impulsar el desarrollo de una infraestructura, donde se consideraba con principal interés a las zonas rurales y marginadas periurbanas. En Costa Rica, para este proceso se ha empleado una metodología particular, que permitió definir mecanismos de trabajo sistematizados; se ha implantado la programación local, el sistema de información por niveles, el control de actividades y la supervisión por excepción. En cuanto a las etapas que lo componen, son las de diagnóstico, programación, ejecución, control y evaluación tanto de programa como de actividades.

### Problemas

En el diagnóstico de situación elaborado en 1970 se determinó como problema importante la deficiente cobertura de la población (40%), la alta mortalidad y morbilidad, en especial de enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunación, así como las controlables (gastroenteritis). La atención de estas enfermedades requería una costosa infraestructura y gran cantidad de recursos, que eran muy escasos, lo cual impedía en aquel momento y en el futuro la solución del problema. Por otra parte, debido a la dispersión de la población, se vislumbraba como imposible de llevar a la práctica a cualquier medida tradicional para dotar de servicios a un porcentaje de población, que al menos controlara o tendiera a solucionar el problema.

### Soluciones

Para afrontar al problema antes descrito se necesitó un franco apoyo político, a fin de desarrollar el proceso de extensión de cobertura, utilizando como estrategias principales la atención primaria de salud y la participación popular de la comunidad. Por tanto, se aprobaron varias leyes, tales como la Ley General de Salud; la universalización del Seguro Social (que extendió la cobertura a todos los asalariados y no asalariados); ley del traspaso de hospitales (todos los servicios asistenciales con camas se integraron en una sola institución); ley de desarrollo social y asignaciones familiares (que garantizó el financiamiento para los programas de extensión de cobertura). Asimismo se solicitó cooperación internacional, OPS/OMS prestó su asesoría, UNICEF donó equipo y transporte, y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) el financiamiento para becas que permitieran capacitar personal.

<sup>3</sup> Por C. Valerín, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.

Se elaboró un diagnóstico de la situación nacional que permitió definir un programa. Se inició la capacitación de personal, en técnicas mínimas de enfermería, saneamiento del medio, educación en salud, para permitir el abordaje de la problemática detectada en el diagnóstico. También se iniciaron acciones para lograr la participación popular; sin embargo el enfoque utilizado fue muy restringido, ya que en realidad se trataba de asignar ciertas funciones a la comunidad tales como facilitar terrenos para construir locales de atención, y prestar ayuda en la edificación de establecimiento.

El proceso se desarrolló en forma vertical e independiente, hecho que en parte resultó beneficioso porque permitió que la infraestructura se desarrollara con rapidez; pero por otro lado fue contraproducente, porque el personal del resto de la institución consideró este tipo de programas como impuesto y ajeno a la institución, lo cual ocasionó falta de coordinación. No obstante, se logró establecer un mecanismo ágil y sencillo de programación local. Se conformó un sistema de información, desde cada vivienda y hasta el nivel nacional, de tal manera que permitiera la toma de decisiones a nivel local. La metodología de trabajo se basa sobre la visita domiciliaria, realizada por el personal durante 28 horas por semana y con atención en el puesto de salud durante 16 horas por semana.

## Resultados

La aplicación de tecnología permitió aumentar la cobertura de personas vacunadas hasta niveles de 80 a 90%, de modo que se produjo un descenso de casos y muertes por padecimientos de tipo infectocontagiosos. Asimismo, se redujeron las muertes por gastroenteritis, a través de la educación domiciliaria. Mediante un estudio de esperanza de vida, se dedujo que los beneficios en cuanto a este índice mejoraron en forma directamente proporcional al mayor número de años de prestación de servicios y a una mayor cobertura.

Se ha observado que el programa es efectivo, siempre y cuando cuente con un buen sistema de supervisión, pero en realidad no se dispone de personal debidamente capacitado. Al modificarse su condición de programa vertical u horizontal, en los centros de salud (establecimientos que cuentan con personal profesional) el personal responsable de la supervisión no conocía el sistema de trabajo y la metodología en general; por tanto, fue necesario un proceso de capacitación a todos los niveles para unificar criterios y, en ocasiones, para ampliarlos.

## Evaluación

Desde el punto de vista administrativo y de implantación del proceso, puede afirmarse que se alcanzaron las metas y objetivos propuestos. Sin embargo, a pesar de que los logros han sido satisfactorios, no se cuenta con financiamiento adecuado para el mantenimiento, con el peligro de que se produzca un retroceso en los índices de morbilidad de las enfermedades infectocontagiosas, además de que no se podrían incrementar los logros. Por otra parte, debido a que la participación popular no era efectiva, fue necesario fijar nuevas estrategias,

tales como realizar diagnósticos de situación, en forma conjunta entre la institución, los funcionarios y la comunidad.

### **Trabajo en el futuro**

Se ha observado la importancia de capacitar de manera adecuada al personal en el área de supervisión, como también al médico en relación a lo que debe ser su trabajo, como elemento que dirige al equipo de salud. Asimismo, el programa debe ser lo suficientemente dinámico, como para abordar nuevas áreas cuando ha logrado el control de otras. **También**, es necesario establecer el proceso de programación integrándolo por niveles y el sistema de información debe complementar al existente para los programas tradicionales de atención de demanda. También se requiere la existencia de un adecuado mecanismo de referencia de pacientes; el establecimiento de un mecanismo para control de gestión, que permita la toma de decisiones oportunas; la participación de la comunidad en la programación local, y la instrucción y educación de la comunidad, con respecto a la importancia de la medicina preventiva. Por último, aún falta definir un proceso general para extensión de cobertura que permita considerarla como una tecnología apropiada, sencilla y útil al mayor número de poblaciones.

## **Supervisión, identificación y soluciones de problemas en Honduras<sup>4</sup>**

### **Marco de referencia**

En el Plan Nacional de Desarrollo se han formulado dos planes de salud a mediano plazo. Durante 1973 se desarrollaron las estrategias de política para extensión de cobertura y en 1974 se elaboró el plan 1974-1978, donde se contempla la expansión de servicios que aún se llevan a cabo. En 1978 se elaboró un nuevo plan de salud, 1979-1983, que prevé completar el desarrollo institucional con las mismas políticas y estrategias formuladas en 1974. En ambos planes de mediano plazo, se destaca la atención primaria en salud, sustentada por dos estrategias básicas: la extensión y adecuación de los servicios y la participación comunitaria. A su vez, estos planes se concretan en el Plan Operativo Anual, constituido como el mecanismo a corto plazo que persigue la realización del Plan Nacional. En este contexto y según las necesidades de salud del país, a través de la apertura programática, cada año se elaboran los programas con sus correspondientes subprogramas, componentes y actividades.

En el nivel de establecimientos locales se programan los servicios, de acuerdo con el mismo esquema de programación, respetando las normas de cobertura y concentración determinadas por el nivel central. La sumatoria de la progra-

<sup>4</sup> Por Juan de Dios Paredes. Presentado por C. Corrales, OPS/OMS.