

## LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD: DESAFÍOS PARA LA DÉCADA DE LOS NOVENTA

————— José M. Paganini<sup>1</sup> y Adolfo H. Chorny<sup>1</sup> —————

*Este artículo presenta una visión general del presente y posible futuro de los sistemas locales de salud (SILOS). Se repasan los antecedentes que motivaron a los países de las Américas a formular planes para transformar los sistemas nacionales de salud y se destaca la importante función que desempeñan en esta empresa los SILOS. Además de resumir las características básicas necesarias para conformar un SILOS, los autores definen estos sistemas locales como instrumentos para la descentralización del Estado y la expresión de la acción democrática. Consideran, como objetivo insoslayable para la década de los noventa, avanzar en los aspectos de equidad y calidad de los servicios, democratización y participación social, desarrollo y transformación económicos y sociales, y eficiencia y uso de tecnología apropiada. Se hace hincapié en el concepto integral de la salud, el bienestar y el desarrollo, y en la promoción de la salud por la propia población, pero teniendo en cuenta las responsabilidades distintas que competen a los órganos del sector nacional y a las comunidades locales.*

La descentralización y la regionalización no son ideas nuevas en el ámbito de la administración y gerencia de los servicios de salud (1). Sin embargo, en los últimos años esos procedimientos se han aplicado intensamente en formas renovadas, en el esfuerzo por transformar los sistemas nacionales de salud de la Región de las Américas. Un estudio reciente (2) indica que en aproximadamente 90% de los Países Miembros de

la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se están definiendo o ejecutando políticas orientadas al desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS). Este movimiento está representado por numerosas iniciativas, nacionales e internacionales, en distintos lugares del mundo (3-6).

En las Américas, el proceso de descentralización fue en gran medida impulsado por la Resolución XV, aprobada en septiembre de 1988 por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (7). En ella se subraya la urgente necesidad de acelerar la transformación de los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) como táctica operativa de la estrategia de atención primaria que se considera clave para alcanzar

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo de los Sistemas de Salud. Dirección postal: 525 Twenty-third Street NW, Washington, DC 20037, Estados Unidos de América.

la meta de salud para todos en el año 2000. La evaluación del progreso alcanzado así como la abundante literatura sobre el tema (8-15) permiten apreciar los importantes pasos que se han dado hacia la implantación y consolidación de los SILOS. En septiembre de 1990, la Conferencia Sanitaria Panamericana destacó una vez más su importancia como prioridad estratégica para el cuatrienio 1991-1994.

En el presente artículo se repasan los antecedentes que condujeron a los países a formular las políticas de transformación de los sistemas nacionales de salud mediante la descentralización del sector y la implantación de los SILOS. Por otra parte, se presentan reflexiones y enfoques nuevos de índole conceptual y metodológica que pueden facilitar la discusión y el análisis de un tema que, seguramente, continuará teniendo vigencia y significativa relevancia en la década de los noventa y más allá del año 2000.

## ESCENARIOS PRESENTES Y FUTUROS DE LOS SILOS

El proceso de establecimiento y desarrollo de los SILOS es una política social en la que los aspectos relacionados con las estructuras de poder y las políticas de gobierno se entrelazan con factores culturales,<sup>2</sup> de financiamiento y desarrollo económico, y de organización y administración del Estado en general y de los sistemas de salud en particular.

El sistema de salud, como parte integrante del sistema social (16), es resultado y a la vez condicionante de su entorno histórico, social, cultural, técnico y político. Por lo tanto, si se quiere actuar eficazmente en su

transformación, no es suficiente limitarse al propio subsistema. Es preciso prever la evolución del entorno, ya que en función de él se deberán definir las políticas, las estrategias y los desdoblamientos tácticos y operativos seguidos por el sistema nacional de salud y, como parte integrante del mismo, por los SILOS. De este modo, se estará en mejores condiciones para evaluar las normas presentes, determinar las estrategias futuras y elegir los caminos que lleven más rápidamente a la meta de salud para todos.

Las sociedades de los países de la Región están experimentando procesos globales de cambio. Muchos de estos son manifestaciones de las grandes tendencias mundiales y regionales que parecen caracterizar actualmente la conducta colectiva e individual. Esas tendencias y los cambios e inestabilidad social que provocan no deben ser consideradas como algo negativo ya que, como dijo Ortega y Gasset, "lo único que hay de ser fijo y estable en el ser libre es la constitutiva inestabilidad" (17). Aplicando esta afirmación al plano social, cualquier propuesta de trabajo debe suponer que la inestabilidad y los cambios son elementos constitutivos y estructurales del sistema. Hay que tener en cuenta que el objetivo no es mantener la estabilidad o un equilibrio perfecto. Se puede aceptar la realidad cambiante y trabajar dentro de ella en función de los objetivos sociales definidos.

A pesar de los riesgos que implica determinar las macrotendencias sociales y de las limitaciones que tiene toda generalización, interesa mencionar algunas "megatendencias mundiales" identificadas recientemente (18). Entre estas destacan las siguientes: de las economías nacionales hacia una economía mundial; de la visión de corto plazo hacia una visión de largo plazo; de la sociedad industrial hacia una sociedad de la informatización; de la centralización hacia la descentralización; de los enfoques de ayuda institucional hacia los de autoayuda; del enfoque jerárquico hacia el de redes, y del abordaje excluyente al de opciones múltiples. También se observan la emergencia del libre mercado en el socialismo, el desarrollo de los estilos de vida glo-

<sup>2</sup> Según indica Schumacher, E. F. en su obra *Small is Beautiful* (Nueva York, Harper & Row, 1975, p.177; ed. española: *Lo pequeño es hermoso*, Barcelona, H. Blume, 1978), la estructura cultural de todo proceso de reorganización hacia la descentralización tiene tanta importancia como la estructura económica.

bales y del nacionalismo cultural; la privatización del estado de bienestar; la era de la biología; el triunfo del individuo, y la consolidación del liderazgo de la mujer.

Es posible que no todos estos movimientos mundiales estén representados en nuestra Región y que, por otra parte, surjan otras tendencias de nivel regional o nacional. No obstante, será sumamente útil tenerlos en cuenta, analizarlos y reflexionar sobre las formas que puedan adoptar en el contexto regional, con el fin de construir los escenarios más plausibles para el desarrollo del sector de la salud. Sobre esa base, se propondrán algunas posibilidades para el futuro de los SILOS.

### El contexto económico

Resulta ya casi repetitivo insistir en la situación de crisis económica de nuestros países. Sin embargo, en un estudio reciente publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y otras entidades (19), se afirma que "al cabo de ocho años de bregar por el ajuste, la estabilización, el crecimiento y la reestructuración productiva, asediados por el servicio de la deuda externa y con escaso acceso a financiamiento externo fresco, la mayoría de los países de la Región siguen manifestando el complejo síndrome de desequilibrios estructurales, déficit fiscal y bajos niveles de inversión, que se ha traducido en un prolongado estancamiento, muchas veces acompañado por una elevada inflación y un serio deterioro de los salarios reales". Se afirma, además, que "la subutilización, y aun destrucción de las capacidades productivas, y el desgaste de los aparatos estatales" son otras consecuencias de la crisis.

Frente a esta situación, la mayoría de los países de la Región han optado por economías abiertas e interrelacionadas en las que tiene hegemonía el libre mercado. Mediante los denominados "programas de ajuste estructural" se intenta provocar transformaciones profundas en las estructuras económicas y del Estado a través de la "disminución del tamaño del Estado" y de la

"privatización" de la economía. Según opinan algunos economistas (20-22), estos paquetes de reformas tienen el efecto particular de dividir los diversos conjuntos sociales en "perdedores" y "ganadores". Se origina de esta manera una situación paradójica. Por un lado, la disminución o "modernización" del Estado requiere que este intervenga para garantizar la disminución de los poderes y atribuciones políticos y económicos que décadas de centralismo e intervención habían colocado en sus propias manos. Por otro lado, este proceso aumenta la responsabilidad que incumbe al Estado de asegurar no solo el bienestar de toda la sociedad sino también la justicia social y la equidad de su gestión, sobre todo en momentos en que las reformas adoptadas afectan negativamente y con mayor intensidad a los grupos sociales más vulnerables. El proceso de reorganización de la economía, que tiene profundas y dolorosas repercusiones sobre gran parte de la población, exige la intervención del Estado para que el impacto negativo de este proceso no recaiga únicamente sobre aquellos sectores de la sociedad (trabajadores asalariados, población marginada y otros grupos vulnerables) que, además de sufrir más intensamente con esas medidas, están en peores condiciones para soportarlas.<sup>3</sup> Es preciso que los sectores

<sup>3</sup> Hoy día este tipo de reflexión acerca del papel del Estado se manifiesta como una preocupación que desborda los límites de la discusión especializada. Como ejemplo, se citan algunos comentarios extraídos de una revista popular de gran difusión en uno de los países de la Región: "Una teoría económica afirma que los mercados libres se autorregulan. Objetos, intereses, necesidades, deseos y costos, y precios de todo eso, encuentran su medida armónica, merced al libre juego de la oferta y la demanda. Esto parece ser bastante cierto en la medida que los actores de esos mercados son libres y poseen cierta igualdad de oportunidades de poder. La teoría se complica aplicada a situaciones de crisis. Tomemos por caso un naufragio: será, digamos difícil que en medio de la tormenta aparezca una oferta de salvavidas; lo más probable es que esos elementos escaseen, se repartan discriminatoriamente o, en el menos peor de los casos, sean carísimos. El ejemplo debe pensarse en un barco en crisis, donde la pobreza hace que haya más personas que salvavidas. De más está decir que pensar en la aparición instantánea de una fábrica de botes en ese momento es ilusorio. Surge con claridad que la libre aplicación del juego de la oferta y de la demanda en situaciones de desigualdad e injusticia manifiestas, más que una solución es un acto de egoísmo y crueldad por parte de los unos respecto de los otros". (Abrevaya, Carlos. Salvavidas en oferta. *Humor* 268, junio de 1990, p. 36).

sociales estén preparados para adoptar una posición más activa y comprometida, y no meramente paliativa, frente a las urgencias creadas por los programas de ajuste. Esto significa intensificar su participación y orientar sus acciones hacia el objetivo fundamental de un desarrollo basado en la justicia y la equidad.

Asimismo, esta actitud preconizada para los sectores sociales debe ser considerada tanto en las coyunturas nacionales como las regionales y locales ya que, como dice Linderberg, no existe una "regla dorada" para procesos que dependen en gran medida de la "dinámica política" de cada caso particular (19). En este sentido, son apropiadas las conclusiones de la reunión sobre Estrategias y Alternativas de Desarrollo para América del Sur (23). En ellas se afirma que "los escenarios más apropiados [para enfrentar esos problemas] serían aquellos que permitan la movilización de las energías sociales tras proyectos de renovación nacional en marcos democráticos y participativos", y se agrega que el Estado capaz de esta empresa deberá ser aquel "que intervenga más selectiva y estratégicamente mediante mecanismos compatibles con el mercado; que flexibilice los procesos económicos; que promueva la competencia; que desconcentre y descentralice la economía; que promueva la competitividad intersectorial, y que articule la política económica y la política social". Un Estado —agregamos nosotros—, que reconozca la crisis y la responsabilidad que le cabe en la distribución de los "salvavidas" primero y los botes de rescate luego, para que todos puedan rescatarse del naufragio y llegar con las mismas oportunidades a nuevos horizontes.

En este escenario económico y social y en este marco de responsabilidades se desplegarán, en los años noventa, los esfuerzos por transformar los sistemas de salud mediante la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la eficacia sociales y la participación.

## El contexto sociopolítico

La generalización de los procesos de afirmación democrática, al confluir con los programas de ajuste económico, generan situaciones en las que tienden a aumentar las manifestaciones de intereses encontrados, antes contenidos por estructuras autoritarias o escondidos detrás de pseudomilagros económicos. La exteriorización de conflictos reprimidos u ocultos lleva a favorecer las formas de convivencia social fundamentadas en el entendimiento y la concertación.

Parte de esa tendencia se debe al movimiento de reafirmación de las formas parlamentarias. Es a través de los parlamentos, en cuanto formas legales y legítimas de expresión de la ciudadanía en el aparato de Estado, que se exteriorizan los diversos y muchas veces antagónicos intereses de los segmentos sociales que integran una nación. Esto es válido tanto en los ámbitos nacionales como en los provinciales y locales.

Puesto que las políticas de salud son una expresión formal y orgánica de la respuesta de la sociedad a las demandas y necesidades de sus integrantes, constituyen un instrumento para dirimir conflictos, tensiones y oposiciones entre los intereses particulares y el interés colectivo. Las formas parlamentarias y los otros campos en donde esos conflictos pueden ser legal y legítimamente resueltos son espacios sociales fundamentales desde los cuales se podrá repensar y encaminar la transformación de los sistemas nacionales de salud.

Si a estas tendencias se suman el florecimiento de las propuestas descentralizadoras y el "triunfo del individuo", es fácil percibir que la transformación de los servicios de salud deberá adoptar formas cada vez más democráticas que aproximen sus actividades a las aspiraciones y prioridades comunitarias, dejando de lado el hábito de que incluso en relación con la salud unos pocos piensen por cuenta de una "mayoría silenciosa".

El cambio de la estructura del sector de la salud deberá basarse en la consideración de las aspiraciones actuales, y las previsibles, de la sociedad en su conjunto y, en especial, de los grupos más necesitados.

Para que eso sea factible, es esencial que la reforma se lleve a cabo de manera que todas las fuerzas sociales puedan manifestarse. Por lo tanto, el componente territorial fundamental de los SILOS será el espacio político en donde se concreta la descentralización del Estado. Cada sistema local deberá coincidir por lo menos con la menor unidad político-administrativa reconocida en el país (municipio, cantón, departamento, etc.). Este enfoque político y social ya tiene expresión concreta en varios países de la Región. En Costa Rica, por ejemplo, la descentralización de los servicios de salud es reconocida como "el gobierno municipal de la salud" (Miranda, G. y Penna, R., comunicación personal, 1990).

En el ámbito municipal (o su equivalente) se encuentran las bases constitutivas del poder local en las formas no solo legítimas, sino también legales, de expresión.

La dimensión de un SILOS puede ser mayor que la menor unidad político-administrativa, si refleja la voluntad expresa de sus integrantes. Se trata, en este caso, de la cooperación concertada entre unidades con autonomía relativa suficiente para definir el mejor modo de resolver sus problemas. De no ser así, cabría cuestionar si se ha violado uno de los presupuestos fundamentales de la propuesta descentralizadora: el de conferir a quienes deberán asumir las atribuciones y responsabilidades de la gestión el poder necesario para decidir soberanamente la mejor forma de resolver sus problemas.

Por otra parte, cuando los espacios político-administrativos tienen una alta concentración de población, como sucede en las grandes metrópolis o en territorios muy extensos, se puede tomar la decisión de subdividirlos en unidades menores para desconcentrar y facilitar la gestión administrativa.

Además de discutir y reflexionar sobre el espacio de actuación de los SILOS, también es necesario determinar las responsabilidades que le corresponden al Estado y al órgano nacional de la salud en su adecuación a las características requeridas para llevar a cabo una transformación acorde con la equidad y la justicia social (24).

Si bien el desarrollo de los SILOS requiere la participación de los organismos no gubernamentales y del subsector privado, ello no implica limitar el papel de los organismos estatales en lo que se refiere a asegurar la satisfacción de las necesidades de la población postergada, aportar recursos y lograr el uso más eficiente de todos los recursos de la zona. La propuesta de los SILOS no es compatible con el apoyo de procesos que enarbolan la privatización o la estatización como única bandera. La falsa dicotomía entre lo público y lo privado debe ser superada mediante propuestas que contemplen la coordinación adecuada de los intereses y misiones de ambos subsectores y, principalmente, de la sociedad. En la mayoría de los países, ni el subsector estatal ni el privado han podido, por sí solos, hacer frente, con equidad y justicia social, a las necesidades de salud de la población. Esto es aun más evidente en los momentos de mayor necesidad, cuando la falta de coordinación interinstitucional es otro factor que se suma al deterioro de las condiciones de vida de los que menos tienen.

El Estado, que interviene activamente en la economía para ejecutar los programas de ajuste, también debe intervenir de igual manera en los sectores sociales. En el de la salud, esta intervención no puede limitarse a indicar lo que hay que hacer. El sistema de libre mercado muestra serias limitaciones frente al carácter urgente de las necesidades de salud. En consecuencia, el ministerio público debe asumir el liderazgo en la organización y la prestación directa de servicios descentralizados, mostrando así los caminos que se han de seguir, pero también contribuyendo a resolver efectivamente los problemas de salud de toda la población. El sector de la salud ejercerá su responsabilidad de contribuir a crear la igualdad de oportunidades, instrumentando lo que Rawls (25) considera "la justicia social basada en la distribución de recursos a aquellos grupos de individuos de la sociedad que tienen mayor

necesidad". En otras palabras, el desafío es lograr una atención de salud más equitativa partiendo de una actitud más activa y un enfoque descentralizador y participativo (26).

## **Análisis de los problemas de salud**

En el área de la salud, los problemas se pueden analizar desde dos puntos de vista. Uno se concreta a las condiciones de salud; el otro, a los recursos destinados específicamente a la atención de salud. Estas dos perspectivas permiten detectar problemas que condicionan fuertemente la formulación y el desarrollo de estrategias para la atención de salud individual y colectiva.

Si se analiza la situación sanitaria en la Región tal como se describe en una reciente publicación de la OPS (27), puede afirmarse que, en general,<sup>4</sup> el cuadro epidemiológico es grave y complejo. Permanecen o se han agravado antiguos problemas asociados al subdesarrollo económico y social, todavía no resueltos o resueltos solo de forma parcial, a los cuales se agregan las denominadas enfermedades del desarrollo, que generan demandas sociales de atención cada vez más imperiosas.

Ese variado y preocupante panorama epidemiológico manifiesta la coexistencia de la desnutrición y de enfermedades infecciosas y parasitarias (por ej., malaria, dengue, enfermedad de Chagas, frecuentes entre las poblaciones rurales y urbanas marginales) con enfermedades degenerativas, cardiovasculares, provocadas por una alimentación inadecuada y en algunos casos excesiva, y otras que tienen su origen en el sedentarismo y que afectan principalmente (aunque no exclusivamente) a determinados estratos sociales.

A este conjunto de males se suman los problemas de salud mental, el alcoholismo, la farmacodependencia, los problemas generados por la contaminación ambiental y la ingestión de productos contaminados por agrotóxicos y pesticidas, así como los problemas provocados por la urbanización apresurada y caótica, malas o pésimas condiciones de vida y de trabajo, los accidentes, la violencia y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Junto con los problemas referentes al estado de salud de la población se observan otros arraigados en el sistema de servicios de salud que se relacionan con su organización, administración y financiación. Como consecuencia de las penurias impuestas por la coyuntura económica, en muchos de los países de la Región han disminuido o, en algunos casos, cesado las inversiones en los sectores sociales, el de la salud inclusive. Así, a las carencias y defectos crónicos de los servicios se añaden la obsolescencia y falta de manutención de equipos y edificios, la insuficiente o inadecuada capacitación de los recursos humanos y la falta de insumos críticos. Se observa, además, un estancamiento o disminución de la proporción de camas hospitalarias por 1 000 habitantes (28) que no se produce como consecuencia de un análisis reflexivo y cuidadoso destinado a disminuir costos y aumentar el rendimiento, sino que es el resultado de medidas económicas globales que son trasladadas mecánicamente al sector de la salud. Así, se reduce la inversión en la ampliación o manutención de la capacidad instalada y se produce un déficit de oferta que afecta principalmente a los conjuntos sociales postergados. La gravedad de esta situación se destaca aun más cuando se analiza por subsectores: mientras que la demanda del subsector privado disminuye por limitaciones de apoyo directo o de la seguridad social, el subsector público se enfrenta a un aumento de la demanda al mismo tiempo que su capacidad instalada y recursos de funcionamiento se deterioran.

Otra dificultad es que, si bien la disponibilidad de camas de internación disminuye constantemente, principalmente a

<sup>4</sup> La referencia a condiciones generales no refleja necesariamente ninguna condición en particular. Los problemas de salud y su magnitud pueden ser diferentes de un país a otro. Sin embargo, en estas condiciones generales están presentes algunos de los principales problemas de salud que afectan a la mayoría de los países de la Región.

costa de la reducción de la oferta del sector público, la relación entre el número de médicos y el de habitantes crece sostenidamente, pero la relación análoga para el personal de enfermería se incrementa mucho más lentamente y agrava la histórica desproporción entre estos dos recursos humanos de salud.

Por otra parte, la incorporación acrítica de tecnologías sofisticadas representa una distorsión cuando se efectúa sin el soporte de la infraestructura humana y material necesaria para una operación eficiente. Casi siempre la incorporación de tecnologías complejas obedece a consideraciones que no contemplan las necesidades poblacionales (29).

Lamentablemente, puede afirmarse que estos cambios en la tecnología de la salud y en las demandas no han sido acompañados por modificaciones de los servicios que procuren adecuarlos a la nueva realidad de los países de la Región. Se persiste, en general, en la utilización de modelos de atención que no responden a la realidad social sanitaria, lo que redundará en insatisfacción tanto para los usuarios como para el personal de salud. La ociosidad, la ineficiencia e ineficacia, el desperdicio de recursos en medio de la escasez y la penuria, la atención deshumanizada, la oferta de servicios innecesarios frente a la carencia de aquellos que el perfil de salud y de necesidades de la población exige, son quejas constantes expresadas igualmente por la población y por los propios prestadores de los servicios de salud.

Esta situación se debe en parte a la distancia que existe entre los que adoptan decisiones y los encargados de ejecutarlas. Con frecuencia, es en los niveles centrales donde se determinan, normalizan, adjudican o retiran recursos, sin tener en cuenta las realidades locales. Otras veces, las decisiones son tardías y carecen de la flexibilidad necesaria para responder a los cambios constantes que tienen lugar en las coyunturas locales.

Es imperioso adecuar los perfiles funcionales de los servicios de salud y los de las redes que estos integran para dar respuesta a la variedad de demandas, necesidades y continuos cambios que se manifiestan en cualquier entorno social. Como dice

Kerr White (30) refiriéndose a los objetivos de la medicina, "la principal preocupación deberá ser reorientar la atención de la salud hacia los individuos y sus problemas, tal como ellos los perciben". Afirmar también que "la profesión médica debe ser la única forma de producción de servicios que se organiza desde arriba hacia abajo, desde la oferta exclusivamente. ¿Qué puede perderse si se adopta una perspectiva orientada hacia el paciente y la población en la definición de la responsabilidad colectiva?".

## REQUISITOS PARA LOS SISTEMAS DE SERVICIOS

En función de la coyuntura y los escenarios esbozados, las condiciones que deben reunir los servicios de salud en la década de los noventa se pueden resumir en cuatro pares de requisitos interdependientes, que responden a las características fundamentales de los problemas prioritarios y a las tendencias del entorno social y económico. Estos requisitos son: la equidad y la calidad; la democratización y la participación social; el desarrollo y la transformación, y la eficiencia y la tecnología apropiada.

### Equidad-calidad

El logro de la equidad en salud es el mayor desafío con que se enfrentan los países de la Región y la principal obligación de los gobiernos democráticos en el actual contexto social y económico. En realidad, toda acción en el campo social, y especialmente en el de la salud pública, debe estar dirigida a alcanzar esa meta. Si bien este tema se renueva y actualiza incesantemente, es justo recordar que la preocupación por la equidad no es nueva. Ya Aristóteles, en sus "Principios fundamentales", establecía una interesante definición operativa de equidad al

afirmar que "a los iguales hay que tratarlos igualmente, y a los desiguales en función de la desigualdad relevante" (31). Lamentablemente, esta secular preocupación de pensadores y de filósofos por la equidad no ha sido suficientemente traducida en hechos que permitan afirmar que la meta está próxima. Generalmente, la equidad se menciona insistentemente en discursos y documentos; pero, en lo concreto, perduran, y en algunos casos se han acentuado, las injusticias que históricamente afectan a los países de la Región.

El discurso universalista, que ni siquiera establece la distinción que hace más de 2000 años propuso Aristóteles, encubre en la práctica el abordaje indiferenciado, y por lo tanto injusto, de lo que es en esencia diferente: la salud de los postergados y marginados y la atención que en consecuencia requieren, y los servicios de salud acordes a los diferentes riesgos sociales y biológicos.

En el contexto del discurso sanitario, la equidad debe ser entendida como "justicia natural por oposición a la letra de la ley positiva" (32). Se trata de practicar el principio ético que obliga a crear las condiciones necesarias para un relacionamiento más justo entre los miembros de una sociedad. Es en definitiva la práctica de la ciudadanía en sus aspectos sociales.<sup>5</sup>

El nudo central de la cuestión de la equidad radica en el entendimiento de lo que es la necesidad en salud. Existen al respecto tres puntos de vista, no siempre coincidentes (33). Desde la perspectiva de las denominadas "ciencias de la salud", la determinación de lo que es necesario surge de un enfoque *técnico*, orientado por el estado del saber médico acerca de los parámetros de normalidad de las funciones biológicas. Desde el punto de vista de quien es responsable de brindar los servicios de salud (el

*administrador* de los servicios), la noción de necesidad se establece como una función dependiente de los recursos existentes o disponibles, y de lograr su máxima utilización y el menor costo. Por otro lado, los diversos grupos sociales tienen su propia percepción acerca de lo que constituyen sus necesidades de salud. Para hacer más complejas las cosas, este último punto de vista no es único; más bien se configura como un espacio de conflicto donde cada uno de los conjuntos sociales intenta hacer prevalecer su modo de ver las cosas.

Evidentemente, no existe un modo único de interpretar la necesidad, sino diversas perspectivas para identificarla. Como cada una de ellas se justifica dentro de su dominio explicativo, las tentativas para alcanzar la equidad, o sea, de proponer soluciones para las injusticias, pueden asumir posiciones diferentes y aun opuestas, a partir de la comprensión que tengan la sociedad, los políticos, los prestadores de servicios u otros actores involucrados en el proceso.

En la definición de las necesidades han prevalecido hasta el presente los puntos de vista técnico y administrativo, al extremo de que algunas veces las propias poblaciones han sido contaminadas por esas percepciones (30). En la práctica, la equidad se ha enfocado principalmente a lo cuantitativo y se ha relacionado básicamente con la oferta de los servicios y con los indicadores que relacionan los recursos con la población, que se analizan solo en el sentido de acercarse o alejarse de determinados valores establecidos empíricamente por técnicos y administradores. En este enfoque no se analizan las diferencias entre las necesidades y riesgos de distintos grupos sociales, la consecuente organización de recursos para resolverlos, ni las características o el impacto de los procesos, todos ellos elementos esenciales para el logro de la equidad.

Frente a este estado de cosas resalta que la equidad es el principio fundamental e ineludible de justicia que debe orientar el proceso de transformación de los servicios de salud, en su doble dimensión de cantidad y calidad. No es suficiente contar

<sup>5</sup> Véase la interesante discusión sobre equidad que aparece en el número especial de mayo-junio de esta revista dedicado al tema de la bioética (Vol. 108(5-6):570-601, 1990).



con la cantidad necesaria de servicios. Es decir, no basta con una equidad de acceso geográfico. Este es necesario, pero además es preciso aunar calidad a la cantidad. La equidad será alcanzada cuando aquellos grupos de población con las mismas necesidades tengan igual oportunidad de acceder a servicios que sean homogéneos en cuanto a su calidad. En las palabras de Gutmann (34), "el principio de igual acceso a la atención de la salud exige que cada individuo que tenga un mismo tipo y grado de necesidad tenga la misma oportunidad de recibir los servicios apropiados y del mismo nivel de calidad que cualquier otro individuo en las mismas condiciones".

En realidad, el concepto de equidad —aplicado en el campo de salud, pero no solo en él—, crea una "discriminación positiva" (34-36) al dar respuestas que no son iguales para todos y que se diferencian en función del grado de necesidad del conjunto poblacional en consideración. El requisito de un adecuado nivel de calidad, mediante la aplicación de los conocimientos y la tecnología más eficaces, compatibles con las condiciones generales de toda la sociedad y no solo de uno de sus segmentos, conduce al desarrollo equitativo de las estructuras y los sistemas de salud.

Por último, es importante subrayar que la calidad no se resume ni se agota en el suministro de servicios técnicamente correctos y adecuados. Es necesario considerar la forma en que se hace la entrega. La *humanización* del vínculo entre el que da y el que recibe (37) se debe materializar en una verdadera transferencia de saberes entre ambos miembros de la relación servicios-sociedad.

## Democratización-participación social

El momento histórico por el que atraviesa la humanidad plantea la cuestión central de una democracia, entendida no solo como medio que se limita casi exclusivamente al sufragio universal, sino como un fin en sí misma. Los anhelos democráticos de los pueblos difícilmente pueden ser limitados por formalidades burocráticas. Lo que está implícito

en los procesos de democratización que se propagan por el mundo es el derecho de los pueblos y de cada uno de los conjuntos sociales que los conforman, de ser protagonistas de sus propios destinos, pasando de la democracia representativa a la democracia participativa.

En razón de ello se requiere crear, dentro de los sistemas sociales, instancias que hagan posible y viable el ejercicio del control social sobre las acciones de los gobiernos. La creación de espacios donde se pueda realizar una efectiva práctica democrática es un aprendizaje imprescindible para alcanzar la ciudadanía plena en todas sus dimensiones.

El concepto moderno de democracia es inseparable del de una sociedad en la que todos los ciudadanos puedan participar, como parte del diario vivir, en todas las esferas del sistema social. Solo a través de la participación social universal, y especialmente de los segmentos postergados de la sociedad, así como de la práctica de una verdadera solidaridad social por parte de aquellos que gozan de los privilegios relativos del sistema, podrá construirse un destino común que haga posible llegar al siglo XXI habiendo disminuido la inmensa deuda social que hoy agobia a los países de la Región.

En el campo de la salud, esta "situación democrática" deberá observarse tanto en un nuevo paradigma, crítico y reflexivo, de la medicina (37), como en el enfoque social y democrático de la salud pública. Así las ciencias de la salud se fundirán con la democracia en un objetivo común: mejorar la calidad de vida de los individuos y de los grupos a los que pertenecen.

## Desarrollo-transformación

Los requisitos complementarios de desarrollo y transformación determinan el crecimiento y adelanto de las economías y de la estructura social. No basta con incrementar los recursos y sus productos, si no se efectúan

simultáneamente las transformaciones de la estructura distributiva y productiva que permitan que el crecimiento contribuya a lograr la justicia social deseada (38).

La tesis gradualista de “primero crecer para después distribuir” oculta, bajo su aparente lógica, una indudable injusticia. ¿Cómo justificar ante la sociedad, y en especial ante los sectores postergados, que se debe estar peor para poder estar mejor? Un paraíso futuro para todos no justifica un infierno presente para la mayoría. Es preciso extremar la creatividad para desarrollar modelos de cambio centrados en la justicia social redistributiva sin por eso hipotecar el futuro. Las tesis que sostienen la inevitabilidad de postergar las satisfacciones inmediatas para conseguir un porvenir más venturoso, en la práctica no han conseguido ni generar esas condiciones iniciales ni paliar los sufrimientos de las grandes masas relegadas.

Es necesario lograr un compromiso adecuado entre el hoy y el mañana para que la equidad, en lo que implica de justicia social, deje de ser una utopía y se convierta en realidad cotidiana. En este sentido, tampoco la salud puede ser postergada ni aislarse de los cambios requeridos. La transformación de los sistemas de salud tiene que ser un requisito y una contribución al desarrollo.

### **Eficiencia-tecnología apropiada**

En el contexto de estas reflexiones, la eficiencia debe entenderse como el máximo resultado que puede ser alcanzado a partir de un esfuerzo o volumen de recursos determinado. Es una relación cuantitativa que condiciona la calidad al imponerle una restricción que no puede ser pasada por alto. No interesa obtener cierto grado de calidad a cualquier costo, sino al más bajo posible. De esta manera se entrelazan las nociones de calidad y eficiencia. El costo más bajo posible de un determinado nivel de calidad conduce a la concepción de “tecnología apropiada”, o sea, a la utilización de las posibilidades materiales

y los conocimientos realmente disponibles en un país para optimar la relación entre recursos y resultados. Si bien la relación entre la eficiencia y la tecnología apropiada debe tenerse en cuenta en toda práctica social, su consideración es de especial urgencia en la práctica de la atención de la salud.

La eficiencia y la tecnología apropiada no pueden ser observadas aisladamente, sino en el contexto de la equidad y la calidad de los servicios. Se busca una mayor eficiencia mediante el uso de tecnología apropiada para apoyar la equidad y la calidad, específicamente dentro del marco de un desarrollo justo y democrático.

## **P ROPOSTA BÁSICA DE LOS SILOS**

La Organización Panamericana de la Salud ha definido las siguientes características básicas que debe reunir un verdadero sistema local de salud:

□ Un sistema local de salud constituye una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, basada en un criterio geográfico-poblacional, en zonas urbanas o rurales.

□ Esta propuesta geográfico-poblacional depende de las necesidades de la población, definidas en función de daños y riesgos, y se basa en las divisiones político-administrativas del país.

□ La responsabilidad de los sistemas locales de salud es atender a los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y ambiente, coordinar todos los recursos disponibles, tanto del sector salud como extra-sectoriales, y facilitar la participación social.

□ Los sistemas locales de salud permiten integrar los recursos de salud, incluidos los hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes con las necesidades de salud de la población.

□ Los sistemas locales de salud son parte fundamental del sistema nacional de salud al cual vigorizan y confieren nueva di-

rección; por lo tanto, los SILOS deben verse como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada: el sistema nacional de salud.

□ La participación de la comunidad, mediante el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas, es de fundamental importancia para contribuir a activar movimientos locales a favor del bienestar y el desarrollo.

□ El tamaño de los SILOS varía de acuerdo con la realidad de cada país y, en el caso de la atención a las personas, es conveniente contar con un nivel resolutivo de por lo menos segundo nivel de complejidad, combinado con una adecuada eficiencia en el uso de los recursos. En el caso de atención al ambiente, la capacidad resolutiva dependerá también de las características de cada tema específico por tratar, pero en todos los casos compete a los SILOS la responsabilidad de evaluar la situación y definir las necesidades.

□ En los SILOS se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas para atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente.

□ Además de la capacidad tecnológica que les otorgue un adecuado poder de resolución de los problemas de salud en su zona, los SILOS deberán poseer una adecuada capacidad técnico-administrativa en las áreas de planificación, administración, información y epidemiología, así como un conjunto mínimo de recursos humanos adecuadamente adiestrados.

Existe ya abundante literatura relacionada con diversos aspectos de los SILOS, por ejemplo, su importancia en la transformación del sector (39); su concepción jurídica (40), y sus principios generales (41). Esta literatura específica de la Región se complementa con la que corresponde a los distritos sanitarios en las otras regiones de la OMS (42, 43).

El propio desarrollo de las experiencias de los países estimula gradualmente el avance conceptual sobre los SILOS y permite trazar líneas de operación más concretas.

En este sentido, parece oportuno profundizar en algunos conceptos clave de la propuesta, con miras a reanalizar el propósito de la estrategia y caracterizar las transformaciones estructurales que demanda.

## Los SILOS como espacio social democrático

Los SILOS forman parte de la estrategia básica para reorganizar y reorientar el sector de la salud, con el propósito de lograr la equidad, la eficacia y la eficiencia sociales, a través de una intensa participación de las poblaciones y de la ejecución de la estrategia de atención primaria. La propuesta de desarrollo de los SILOS (44) es, pues, el tercer componente de una continuidad conceptual y operacional que integra la definición de la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria (45).

Como se ha hecho notar, cada SILOS se organiza en un espacio geográfico que se circunscribe a una población. La coherencia del SILOS depende de que ese espacio geográfico tenga una base político-administrativo-cultural que permita una autonomía relativa legal y legítima. Dado este requisito, el proceso participativo, condición fundamental para el desarrollo de los SILOS, podrá transcurrir dentro de un marco establecido de representatividad y participación. Por esta razón, en la mayoría de los países la definición geográfica de un SILOS se ha basado en la menor unidad político-administrativa del Estado.

La observación atenta de la realidad indica que la propuesta de los SILOS se está llevando a cabo en el punto de convergencia de las transformaciones de los servicios de salud y de la sociedad en general. La democratización y la descentralización que procuran los países tienen en los SILOS su contrapartida sectorial.

## Los SILOS como instrumentos de la descentralización del Estado

La descentralización es un proceso de transferencia, o de devolución, de poderes de los niveles centrales hacia los periféricos. Su fin es establecer las condiciones necesarias para el ejercicio del control social de la gestión de gobierno, de acuerdo con los principios y entendimientos propios de la sociedad particular en consideración. La descentralización es, además, un movimiento dirigido a conseguir la autonomía que permita responder de forma más eficaz a las demandas y necesidades de los conjuntos sociales en su ámbito habitual de vida.

Se debe reconocer, sin embargo, que no todas las necesidades y demandas tienen un mismo espacio de resolución como puede ser el caso de la atención al medio y a los problemas ambientales. Ello obliga a considerar cuáles son los ámbitos en los que pueden lograrse las soluciones más eficaces para cada situación. Algunos de estos coinciden con el espacio definido para los SILOS. Otros conjuntos de problemas tendrán espacios de resolución distintos del nivel local. Esto debe quedar claro, pues es preciso conocer las posibilidades y limitaciones de las soluciones locales a partir de la descentralización. Lo que importa es que al reforzarse el nivel local se refuerza también la posibilidad de resolver problemas en los otros niveles, porque se parte de hechos percibidos como prioritarios por la base social para generar soluciones técnico-administrativas que involucran a todos los niveles del sistema de salud. Debe destacarse que este proceso invierte el orden tradicional de definir problemas primero en el nivel central para identificarlos después en el local.

En los sistemas locales de salud, la descentralización abarca tres dimensiones que se relacionan con tres espacios de poder específicos: el político, el técnico y el administrativo. En el campo político, la descentralización que debe operar en un SILOS tiene que ser consistente con los poderes transferidos a la instancia local. El SILOS debe desarrollarse de manera que los diferentes

conjuntos sociales (institucionales y no institucionales) puedan expresar sus demandas y participar en el diseño de las estrategias orientadas a satisfacerlas.

Obsérvese que se habla del diseño de las soluciones y no de su propuesta o ejecución, ya que las soluciones, en cualquier campo especializado del conocimiento, requieren la aplicación de saberes diferenciados que no son propios del "común de la gente". Así, los conjuntos sociales más amplios definen los modos de solución, mientras que los especialistas elaboran los aspectos técnicos relativos a esos modos. Conviene recalcar que se deberá obrar con sumo cuidado para que los técnicos o especialistas no monopolicen de nuevo el poder de decisión.

El SILOS es una instancia de gerencia y conducción política del sistema de salud, en donde se crean las condiciones propicias para el diálogo y la concertación entre los diversos segmentos sociales. El proceso debe dar como resultado continuo el logro de los requisitos planteados en función de los recursos existentes, incluidos el poder político y los conocimientos técnicos.

No sería apropiado discutir aquí las implicaciones político-sociales de la descentralización, sobre lo cual ya existe una abundante bibliografía disponible (46-53). Lo que interesa es destacar la dimensión política de los SILOS como contribución del sector de la salud al desarrollo del Estado.

Dar prioridad al desarrollo local, en los SILOS, significa facilitarle al sistema nacional de salud las condiciones de operación necesarias para alcanzar los objetivos de democratización y decisión locales. Esas condiciones incluyen, por una parte, la actitud positiva de todo el sector de la salud, y muy especialmente de su personal, hacia la transformación en función de los requisitos planteados. Por otra parte, y sobre todo, también incluyen la definición y aplicación de instrumentos para la formulación y la ejecución de

políticas sociales y los recursos técnicos necesarios para lograr la equidad, la eficacia y la eficiencia requeridas.

Para que esto sea posible, es preciso que la conducción del proceso se defina claramente al más alto nivel político de gobierno y que la conducción de cada SILOS represente el liderazgo del actor social que posea las mejores y más favorables condiciones para dirigir el proceso hacia la meta planteada. En la Región este actor suele ser el subsector público, que en sus diversas instancias (nacional, provincial y municipal) deberá actuar en coordinación con la seguridad social, el subsector privado y las organizaciones no gubernamentales. Siguiendo estas exigencias, el subsector público deberá ser reformulado, en cuanto a sus características históricas, para adecuarse mejor a las necesidades de la transformación. Esto no descarta la posibilidad de que, en circunstancias particulares, el liderazgo sectorial pueda ser ejercido por instituciones que no pertenezcan a la esfera pública.

En esta misión, el subsector público tendrá que superar fuertes tendencias hacia las prácticas autoritarias, la normalización vertical y el ejercicio del poder como un fin en sí mismo. Tendrá que colocarse en la posición de quien ejerce una autoridad que no emana de actos formales, sino del ejercicio de una reconocida capacidad para hacer frente a los problemas que se le plantean. Es decir, la autoridad es producto de su competencia para articular el conjunto de los recursos sociales de que dispone la comunidad al servicio de la *atención diferenciada* de las *distintas necesidades* que tienen los conjuntos sociales que viven en el espacio geográfico del SILOS.

Dentro de este mismo enfoque cabe también analizar el SILOS como espacio geográfico ya que, en definitiva, un SILOS constituye una conjunción de la descentralización política, administrativa y técnica del Estado dentro de un ámbito geográfico-poblacional específico.

## La capacidad de decisión local

Se ha definido a los SILOS como la táctica operativa fundamental de la estrategia de atención primaria que tiene como propósito favorecer la transformación de los sistemas nacionales de salud para lograr los objetivos de equidad, eficacia y eficiencia con la participación social.

El instrumento básico para articular las acciones transformadoras es el proceso continuo y reflexivo que denominaremos programación local. Los condicionamientos sociales, políticos y administrativos que existen en el ámbito local afectan la operabilidad de las acciones e interfieren con la responsabilidad de tomar decisiones apropiadas. En consecuencia, es imposible concebir un SILOS que carezca de un proceso adecuado de programación, ya que le faltaría el instrumento imprescindible para que el sistema local y sus elementos componentes desarrollen las capacidades de decidir y actuar. Estas capacidades guardan una relación directa con la de realizar la programación a nivel local.

En la experiencia pasada y presente de la mayoría de los países, la programación local se asocia con la aplicación de normas definidas a nivel central y con los cuadros y formularios que confecciona el servicio de salud una vez al año como ejercicio casi ritual para satisfacer las exigencias de algún nivel superior burocrático, pero que poco o nada tiene que ver con las necesidades locales o regionales. Puede decirse que el único sentido práctico que tiene esta programación es el de ser una imposición para la asignación de ciertos recursos, especialmente los financieros.

No es esa la programación pensada para los SILOS. Por el contrario, se propone transformar la práctica tradicional de programación de los servicios para que se convierta en elemento catalítico de la reflexión y la participación de los conjuntos sociales locales, así como de decisiones en común sobre la gestión de los servicios de salud destinados a mejorar las condiciones de salud específicas del lugar. Esta programación debe

apoyarse en los conocimientos más avanzados sobre las ciencias sociales y de la salud, a fin de generar los elementos necesarios para un análisis participativo de las diferentes opciones tendientes a transformar los servicios de salud.

La práctica de esta programación tiene como supuesto básico la aplicación del conocimiento epidemiológico y del enfoque de riesgo en la gerencia y la administración local, en todas las fases del proceso decisorio y en todos los niveles (54-58). El abordaje epidemiológico que surge del enfoque de riesgo aplicado a conjuntos poblacionales y de la definición ampliada de salud<sup>6</sup> es la forma más apropiada para identificar los problemas prioritarios y las acciones correspondientes. Desde esta perspectiva el individuo, la familia, la comunidad y el medio, así como los microambientes del hogar y el trabajo constituyen ámbitos interrelacionados, sobre los cuales se debe trabajar en función de los problemas de salud percibidos como prioritarios por la población.<sup>7</sup>

Un proceso de programación con estas características permitirá integrar los enfoques parciales que disgregan la realidad. El conocimiento especializado, por ejemplo, define actividades en función de las características específicas de alguna enfermedad. Este nivel analítico y forzosamente disgregante no debe confundirse con el de la práctica, que requiere sintetizar los conocimientos y las acciones para optimar el uso de los recursos disponibles. El enfoque integral exige que las

acciones de los diferentes programas converjan en los individuos, las familias, las comunidades o el ambiente, que son sus objetivos. Se puede así aumentar el efecto sinérgico de las intervenciones individuales, mejorar la utilización de los recursos y lograr una acción coherente y apropiada para resolver los complejos problemas de salud de las poblaciones.

Es en el contexto de la programación en donde deben confluír y armonizarse las distintas percepciones —nacional, regional y local— de los problemas de salud. Para considerar solo los extremos, las percepciones local y nacional configuran visiones complementarias que responden a competencias y poderes de intervención también diferentes. No existe una transformación constante y uniforme de los problemas nacionales en problemas locales. Tampoco la suma de problemas locales define un problema nacional, pues muchos de ellos dejan de tener sentido fuera de su ámbito específico. Un problema de salud, y en general un problema social, solo es problema en relación a un conjunto social, a un espacio y a un tiempo determinados. Si no fuera así, sería posible definir de manera única cada problema de salud, lo que, está demostrado, carece de todo fundamento.

La programación local es, tanto en su fase conceptual como en la operativa, un proceso integral que se origina en el esfuerzo conjunto de todo el sistema de salud. Todos sus componentes, institucionales e individuales, deben colaborar en la organización de recursos y actividades para enfrentar, mediante estrategias de ataque coordinadas, los problemas de salud de los diversos conjuntos sociales que conviven en una zona.

Por ser la programación local un proceso participativo, orientado a resolver problemas determinados y a facilitar la toma de decisiones, no cabe pensar en etapas rígidamente definidas. El diagnóstico deja de ser el punto inicial obligatorio y se transforma en una parte integral y continua del proceso, como una evaluación permanente que puede suministrar, en todo momento, los elementos necesarios para la conducción del sistema. La

<sup>6</sup> En la definición ampliada se asume que la salud es el resultado social de condiciones históricas que se expresan en una coyuntura dada por determinados estados del proceso salud-enfermedad. Esta definición incorpora tanto factores biológicos como del sistema social y presupone que toda intervención eficaz debe trascender las fronteras del saber especializado de las ciencias médicas.

<sup>7</sup> En este caso, la población incluye el personal de salud local y los expertos de otros niveles que lleguen a participar en la actividad de programación.

programación requiere una vigilancia continua para observar en qué medida se están resolviendo los problemas identificados y, asimismo, si los problemas y prioridades continúan siendo los mismos. En este enfoque, lo principal es resolver los problemas a entera satisfacción de los actores sociales involucrados, a un costo mínimo y en el menor tiempo posible. No interesa cumplir con lo establecido en un programa que una vez confeccionado sustituye la realidad por un conjunto de indicadores que deben ser alcanzados aunque las circunstancias hayan cambiado. La programación requiere una flexibilidad que solo puede lograrse mediante la intervención participativa de los diversos sectores involucrados en el quehacer de salud, cada uno aportando sus competencias y capacidades. En particular, es esencial que la comunidad participe para expresar sus prioridades, sugerir las soluciones que estén a su alcance, considerar las diferentes opciones y ejercer el control social de las actividades sectoriales.

Bastan estas consideraciones para fundamentar la necesidad de enfocar la programación local desde una perspectiva de flexibilidad, integralidad y adecuación constante. Esta perspectiva la hará adaptable a las cambiantes necesidades epidemiológicas y sociales, y capaz de asumir la evaluación participativa y permanente de las acciones del sistema de salud en la búsqueda de la equidad, la eficacia y la eficiencia sociales.

Los profundos cambios conceptuales y metodológicos que requiere el nuevo enfoque de la programación local deberán encontrar un apoyo fundamental en el concepto de la planificación estratégica. La producción bibliográfica reciente sobre el tema incluye numerosos trabajos que enfocan aspectos tales como los siguientes: el abordaje estratégico situacional de la gobernabilidad de los sistemas sociales (59), la planificación y la administración (60, 61), la lógica de la programación (62), la aplicación de la técnica de escenarios en los niveles locales (63-67) y las

aplicaciones de la planificación estratégica en el ámbito de los hospitales y otros servicios de salud (68).

A través de las diferentes vertientes que ofrece la planificación estratégica, se puede abordar de manera holística el quehacer de salud e incorporarlo al sistema social como un todo. Esto permite abrigar fundadas esperanzas de que, a corto plazo, será posible contar con marcos de referencia suficientemente sólidos para que los procesos decisorios y la programación salgan de su actual empirismo, para transitar una ruta más adecuada a las demandas que el momento histórico impone a los responsables de la salud de las poblaciones.

## Los SILOS y el desarrollo económico y social

La relación de mutua dependencia entre el desarrollo social y el desarrollo económico, así como la necesidad de avanzar en ambos campos, no ha llegado todavía a esclarecer la forma de dar solución a los problemas de miseria, injusticia, inequidad y falta de salud de gran parte de nuestras poblaciones.

Ante las medidas puestas en ejecución por los economistas, el sector social debe reclamar la "humanización" de las reformas estructurales de ajuste. Sin embargo, debemos reconocer que se ha hecho muy poco para convencer a los economistas y a los políticos de que los ajustes estructurales no pueden transmitir la idea de que haya "perdedores." Por lo tanto, será imprescindible proponer medidas concretas y demostrar cómo el sector de la salud y las fuerzas sociales en conjunto, educación, vivienda, trabajo, se suman a los esfuerzos de desarrollo social y económico de los países. Dentro de esta idea cabe incorporar la propuesta de los SILOS.

Se ha dicho que los SILOS son la contribución del sector de la salud a la democracia, la participación y el liderazgo de nivel local. En realidad, si todas estas fuerzas se conjugan, los SILOS son y deben ser la contribución de la salud al desarrollo.

# DESAFÍOS DE LOS NOVENTA PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS

A la luz de las consideraciones anteriores y de la experiencia acumulada en los países, se destacan como desafíos ciertos objetivos cuyo logro es esencial para mejorar la ejecución de la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud a través de los SILOS. Estos desafíos se pueden clasificar en dos dimensiones: una, que denominaremos "desafíos básicos", se relaciona con los valores o propósitos finales de la estrategia; la otra, "desafíos operacionales", tiene que ver con la operación de la propuesta.

## Desafíos básicos

Los desafíos básicos planteados a los servicios nacionales de salud y en especial a los SILOS como instrumentos de transformación, comprenden las tres áreas de equidad, eficiencia y calidad.

**Desafío de la equidad.** Las condiciones iniciales de este desafío surgen de los siguientes hechos:

□ En la Región de las Américas hay grandes discrepancias en la cantidad y calidad de los servicios de salud que reciben los diversos conjuntos sociales. Estas diferencias no son patrimonio exclusivo de los países en desarrollo. Aun en los países más desarrollados de la Región se observan contrastes, si bien menos marcados, entre los servicios disponibles para los distintos estratos sociales. Esta situación repercute directamente sobre el estado de salud de los grupos postergados (69).

□ Además de la desigualdad de oportunidades con que tropiezan los que tienen algún tipo de acceso a los sistemas de salud, se estima que alrededor de 130 millones de personas no tienen acceso regular a ningún tipo de servicio de salud.

□ De acuerdo con el incremento de la población esperado, para el año 2000 habrá

160 millones de personas adicionales (69) a las que se deberán ofrecer servicios de salud adecuados y equitativos.

□ Las transformaciones que se están operando en los perfiles epidemiológicos, el aumento del costo de la tecnología y la falta de una respuesta adecuada de los sistemas de salud hacen razonable suponer que existe el peligro de una disminución de la cantidad y calidad de los servicios, incluso para quienes hoy tienen acceso a ellos.

□ Los efectos de los programas de ajuste estructural sobre los sectores sociales continuarán afectando la oferta de servicios de salud a cargo del subsector público.

En función de lo expuesto, el desafío de la equidad puede resumirse en las siguientes interrogantes: ¿Qué hacer para que los sistemas nacionales de salud y su instrumento transformador, los SILOS, puedan atender equitativamente a la población que ya tiene acceso a ellos? ¿Y qué hacer para aumentar su cobertura e incorporar a quienes actualmente no tienen ese acceso, dentro de un escenario de restricción o disminución de los recursos disponibles? Asimismo, ¿qué hacer para incorporar, equitativamente, a aquellos nuevos individuos que se suman anualmente al contingente poblacional?

Las respuestas a este desafío transitan numerosos caminos, algunos conocidos, otros aún por conocer. Ellas deben centrarse en la mejor utilización de los recursos disponibles, no solo en el subsector público sino también en los subsectores privado y mixto, para optimar su uso y minimizar la necesidad de recursos adicionales. Para ello será imprescindible crear las condiciones necesarias para que esa optimación pueda ser alcanzada en el marco de las restricciones existentes. Es preciso promover la solidaridad social, de manera que cada uno de los conjuntos sociales, incluidos entre ellos los organismos internacionales, identifique la contribución que tendrá que realizar para lograr que los



que menos tienen cuentan con las oportunidades y los servicios necesarios en relación con los riesgos específicos.

Si se considera la tradición histórica y cultural de los países de la Región, dentro de la actual coyuntura social, económica y política, el responsable de conducir el proceso de solidaridad social y, por ende, del logro de la ansiada equidad solo puede ser el Estado, campo por excelencia de la concertación democrática.

El tránsito en la dirección de los objetivos perseguidos encontrará sus bases más sólidas en los ámbitos locales, ya que es allí donde se pueden identificar mejor las necesidades y los responsables. Los SILOS, al promover la integración de la autoridad y de los recursos, hacen posible que la comunidad pueda acercarse más fácilmente al responsable (persona, organización o institución) del quehacer de la salud y presentar sus demandas, reclamos y propuestas de solución. La colocación del poder de decisión cerca de las bases de la sociedad facilita la práctica cotidiana de la democracia.

Cabe a los sistemas de salud adecuarse a la responsabilidad implícita en la propuesta de transformación propiciando el control social de su gestión, sin que esto signifique abdicar sus responsabilidades específicas, o sea, sin delegar a quien no tiene capacidad para ello las resoluciones y soluciones que corresponden a las instituciones del sector. Debe redoblarse la vigilancia para evitar que, bajo la máscara de la democratización y de la descentralización, se oculte en la práctica la intención de dejar que cada individuo sea responsable de su propia salud, renunciándose de este modo a promover la justicia social, razón de ser de todo este proceso. La ética individual que ha regido la acción médica desde los tiempos de Hipócrates deberá convertirse, al decir de Pellegrino (70), en una ética social y comunitaria que lleve a los servicios y a la sociedad a asumir conjuntamente la responsabilidad de la atención de salud.

La principal transformación que se precisa para aproximarse a la equidad es revisar profundamente la ética y la moral que

guían el desarrollo de las sociedades de la Región. La equidad en salud tiene que ser incorporada a los valores sociales, de modo que no sea tan solo un problema de los servicios públicos, sino parte de la vida diaria de todos los actores sociales comprometidos con el cambio hacia la democracia. Solo en la medida en que la equidad pase de los discursos y declaraciones a ser un valor compartido por toda la sociedad, se conseguirá dar un paso decisivo hacia su logro. Es un cambio filosófico el que se le plantea a las ciencias de la salud, un nuevo umbral ético a la vez conceptual y práctico (71), el desarrollo de una ética institucional y social más compleja que la individual (69).

En función de las reflexiones anteriores debe entenderse que los desafíos de la eficiencia y de la calidad no se fundan solamente en principios de orden material o político, sino también en los de dimensión moral.

**Desafío de la eficiencia.** La optimización de los servicios de salud es ya un desafío ineludible. Obsérvese que lo que se busca es optimar y no maximizar o minimizar. Ya que los resultados y los recursos se relacionan de forma compleja e interdependiente, los resultados se expresan en un conjunto de valores cuya excelencia no coincide necesariamente con el logro relativamente máximo o mínimo de algunos de sus componentes (73).

Se sabe que los servicios de salud están operando en condiciones que distan mucho de ser óptimas, aunque en algunos casos aislados esto se consiga. La ineficiencia de los servicios ya es un lugar común en casi todos los diagnósticos sobre la situación del sector realizados en las últimas décadas. Dicha ineficiencia no es patrimonio de un subsector en particular. Aunque se atribuye principalmente al subsector público, se ha observado que el subsector privado opera en condiciones similares de ineficiencia, espe-

cialmente en aquellos casos en que recibe algún tipo de subsidio, directo o indirecto, de los órganos oficiales.

En los SILOS, la creación de redes de servicios descentralizados que tienen la competencia y la autoridad necesaria para una auténtica gestión de los servicios hace posible adaptar la administración de los recursos a las peculiaridades del área de acción. De esta manera, se facilita la formulación de soluciones creativas, no impuestas o inducidas, que se basan en el uso del enorme acervo de conocimientos y recursos no tradicionales acumulado por las comunidades. Es conveniente recordar que no existe una solución única para un problema social. Existen soluciones múltiples que deben ser juzgadas, en cuanto a su conveniencia y oportunidad, según la coyuntura, los recursos y los actores sociales involucrados.

Al proponer operaciones para incrementar la eficiencia de los servicios de salud, también es importante considerar la necesidad de elaborar indicadores que permitan monitorear adecuadamente el proceso y los resultados. El monitoreo y la evaluación estratégicos de la operación del sistema permiten que en el propio nivel local se emprendan las medidas correctivas y la reorientación del proceso que normalmente exigen los cambios producidos en el entorno y en el propio sistema por la inestabilidad de las condiciones en que se desarrolla.

La eficiencia social no es algo que se le exige solamente al subsector público de la salud. Es una necesidad y un desafío que enfrentan hoy y seguirán enfrentando en el futuro próximo todos los servicios de salud, cualesquiera que sean los orígenes de sus recursos, sus intereses últimos o las responsabilidades sociales que les hayan sido asignadas.

En la eficiencia del uso de los recursos debe también observarse lo que Callahan llama "los límites del progreso médico" (73), tema de gran debate en los países en

desarrollo pero de interés presente y futuro en los que están en vías de desarrollo. Esa visión nacional e integral puede conducir a un uso correcto de los recursos, sin que implique la pérdida de calidad o de oportunidad.

**Desafío de la calidad.** El tercer desafío, que se relaciona en dependencia recíproca con los anteriores, es el de la calidad. Se entiende que el patrón de calidad al que se aspira es "la obtención del mejor resultado posible aplicando la tecnología más adecuada, de acuerdo con los conocimientos existentes hasta el momento, y con la mayor participación de la persona, familia o comunidad afectada por el problema de salud" (74).

La calidad abarca dos dimensiones conexas. Una se define como la aplicación de los mejores conocimientos disponibles en cada momento. La otra se refiere a la vertiente humana y afectiva de la relación entre el personal de los servicios de salud y la población que concurre a ellos.

No es suficiente aplicar la tecnología más adecuada y obtener el mejor resultado posible, si no se tiene en cuenta la forma en que se prestan los servicios. Es esencial establecer una relación humana, participativa y educativa entre los prestadores y los receptores. Este aspecto del desafío planteado por la calidad está íntimamente relacionado con la equidad pues, como se mencionó anteriormente, esta no puede ser evaluada solo por el acceso a los servicios. La calidad es siempre componente de la equidad.

En cuanto a la dimensión tecnológica de la calidad, se puede afirmar que esta depende del desarrollo de una adecuada infraestructura de servicios de salud que asegure que en cada instancia de la red se disponga de los mejores recursos compatibles con el grado de resolución definido. De este modo se busca alcanzar, en la medida de lo posible, la máxima homogeneidad entre las capacidades de resolución de servicios análogos.

Alcanzar la calidad demandada por los principios éticos que gobiernan la propuesta de equidad implica que la medicina

deje de ser una práctica individual, dependiente solo del criterio y de la capacidad de quien la ejerce, y se transforme en una práctica social que incorpore al individuo en un proceso cuya determinación última excede el campo de las responsabilidades personales. A quien le corresponde determinar si es correcto o no un determinado modo de actuar no es al individuo aislado, sino a este conjuntamente con su medio social. Solo avanzando por el camino que lleva a afianzar esa práctica social se podrá dar respuesta, simultáneamente, tanto a las necesidades del profesional de salud como individuo, como a las necesidades de aquellos que requieren de sus servicios.

De esta manera los sistemas de salud deben responder con un enfoque social y comunitario a los llamados, según Paci (75), de la filosofía contemporánea que sostiene la crítica kantiana de la "razón pura". Esta corriente hacia un pensamiento lógico, flexible, científico y predispuesto al cambio, que se origina en la filosofía contemporánea, forma la base ética de los SILOS y orienta su permanente adaptabilidad a cada una de las diversas realidades locales.

## Desafíos operacionales

**Integridad de las acciones.** Los SILOS deben constituirse en el espacio privilegiado para la integración de las acciones preventivas y de promoción de la recuperación y la rehabilitación. Es en ese ámbito donde los denominados programas verticales (destinados a combatir estados patológicos determinados), que suelen dividir a los individuos, a las familias o a la comunidad en función de saberes específicos, deberán integrar sus acciones para resolver el conjunto de problemas de la población. Considerando que los servicios de salud deben cumplir tanto con los requisitos planteados como con los desafíos básicos, es imperativo que las acciones de salud amalgamen los programas tradicionales en acciones integradas que tomen como unidad la persona, la familia o la comunidad. Cuando estos se dividen según la óptica de cada especialidad particular, un mismo indi-

viduo puede ser objeto de diversos programas que actúan según normas y criterios muchas veces encontrados, y que compiten no solo por la clientela sino también por los escasos recursos disponibles. En contraste, la visión global que aúna la salud, el bienestar y el desarrollo favorece la creación de espacios locales en donde la población se transforma en el eje y principal actor de la promoción de la salud.

**Atención individual, familiar y comunitaria.** Con objeto de responder al desafío anterior, los servicios de salud deberán desarrollar la capacidad necesaria para atender concurrentemente a los aspectos personales (atención individualizada), familiares y comunitarios. En vez de considerar por separado las necesidades de cada uno de estos segmentos de la población, todos los elementos de la intervención deben integrarse para lograr una relación armónica y equilibrada entre recursos, demandas y expectativas. La atención de los problemas individuales requiere atacar simultáneamente sus causas de índole familiar y social comunitaria. Al mismo tiempo, es preciso responder de forma adecuada al control y la promoción de un medio ambiente saludable.

**Trabajo transdisciplinario en equipo.** Si se busca integrar las acciones de salud para mejorar su calidad, eficiencia y equidad, también es preciso llevar a la práctica una verdadera integración de los conocimientos que apoyan las acciones. No basta con constituir equipos de salud liderados única e indiscutiblemente por médicos. En los SILOS, el eje de determinación médico-biológico tiene que ser desplazado por el sociobiológico, para que la población participe en ese acoplamiento transdisciplinario. Los equipos constituidos bajo este nuevo enfoque podrán ser coordinados por distintos profesionales de la salud o por líderes comunitarios, según sea la temática en consideración y la mejor ma-

nera de llevar adelante los objetivos determinados.

**Red de servicios.** Quizá este sea el principal desafío operacional que se plantea para los SILOS. Se trata de crear las condiciones necesarias para poder coordinar los recursos de salud de cualquier origen con miras a optimar el uso de todos los recursos sectoriales en respuesta a las necesidades de salud detectadas, tanto en la atención a las personas como al medio. En la constitución de la red de servicios de nivel local se deberá trabajar simultánea y coordinadamente en dos frentes: uno interno, en el propio SILOS, y otro externo, con aquellos servicios complementarios necesarios para garantizar la equidad de acceso y la calidad de las prestaciones.

En el interior del SILOS, la empresa es conciliar y concertar los intereses de los diversos subsectores e instituciones que se desempeñan en el lugar. La función de la comunidad local es fundamental en la orientación de este enlace.

Mediante la constitución de la red de servicios complementarios se asegura un sistema de referencia y contrarreferencia. Ello requiere articular los intereses de unidades de diversos grados de complejidad y, por lo tanto, de diferente capacidad de resolución, que dependen de autoridades jurisdiccionales con poderes análogos. Se necesita una autoridad de nivel jerárquico superior al de aquellas que deben integrar la red para que actúe como instancia de concertación o, si fuera preciso, de resolución de los eventuales conflictos entre las partes. Es aquí donde los ministerios nacionales o provinciales de salud representan un eslabón importante de la cadena.

En cuanto a la atención del medio, también se deberá lograr una adecuada distribución de responsabilidades en el uso y aplicación de cada tecnología, teniendo en cuenta la economía de escala que cada una exige.

**Desarrollo local y sistema nacional.** El equilibrio entre las legítimas aspiraciones de los conjuntos sociales locales y la necesidad de una adecuada asignación de los recursos globales plantea una fuente potencial de conflicto, pues contrapone lo que es mejor para algunos a lo que es mejor para todos. La superación de estos posibles conflictos debe partir del entendimiento de que los SILOS no son sistemas de salud menores, independientes y con autonomía total en relación al sistema nacional, sino el brazo operante de todo el sistema nacional de salud. Por consiguiente, siempre han de existir instancias provinciales y nacionales, transformadas para asegurar el desarrollo justo y armónico de todos los SILOS y la prioridad de los grupos de población más necesitados de atención.

### **Organización flexible de los recursos.**

Las transformaciones demográficas y epidemiológicas y los acelerados avances en las técnicas y procedimientos de atención de la salud exigen adoptar esquemas de organización flexibles y adecuados para responder rápidamente a los cambios. El uso variado y diversificado de la capacidad instalada es una forma de hacer frente tanto a las condiciones citadas como a la limitación de inversiones en el área de la salud. Otras estrategias adecuadas son la diseminación o intensificación de la atención hospitalaria por niveles de autocuidado, el alta precoz, el establecimiento de hospitales de día para el tratamiento de los problemas de salud que lo permitan, y el fomento del uso de recursos no tradicionales y de otras fuentes para promover hábitos de vida sanos y estimular la prevención de riesgos cuyo control escapa a la competencia sectorial.

### **Utilización adecuada de los recursos financieros.**

Una de las manifestaciones más visibles de la pluralidad de intereses en la gestión sectorial es la diversidad de fuentes y formas de financiamiento que confluyen en el ámbito de la salud. Admitiendo que la pluralidad continúe siendo un rasgo de la realidad regional, sea en la procedencia de los recursos o en las diferentes formas de financiar los ser-

vicios, el desafío operacional que se plantea es cómo combinar los distintos intereses de manera que, sin abandonar su identidad, contribuyan a rendir los máximos beneficios para la población. Nuevamente, la mejor posibilidad sería la intervención reguladora del Estado, ya que no puede pretenderse que operen "las leyes del mercado". Existen numerosas pruebas de que estas no son aplicables a las transacciones de salud (76).

**Participación social.** Con objeto de crear y poner en práctica nuevas formas de participación social, en los SILOS deben desarrollarse las capacidades de liderazgo y credibilidad que la coyuntura democrática reclama. Las decisiones de acción tienen que adaptarse a la imposición de considerar opciones múltiples para la solución de los problemas. Esto implica, forzosamente, establecer una relación dialogística entre los servicios y los otros actores sociales afectados por los problemas de salud. De esta manera, los conjuntos sociales estarán representados a la hora de seleccionar prioridades, determinar cursos de acción, adjudicar los recursos y evaluar las actividades realizadas; es decir, ejercerán en la práctica el control social de la gestión sanitaria.

**Desarrollo sostenido a partir de "bases fundacionales" de los SILOS.** En la actual dinámica de los países de la Región surge con frecuencia una pregunta: ¿En qué momento o situación puede afirmarse que existe un SILOS en funcionamiento? No resulta fácil encontrar un conjunto de criterios por el cual se pueda otorgar a ciertos sistemas de salud, y no a otros, la identidad de un SILOS. Existen importantes experiencias en marcha en casi todos los países de la Región y las publicaciones e informes de avance dan cuenta de un proceso en plena evolución. En una reciente publicación de la OPS (9), se presentan estudios nacionales y experiencias que vienen a agregarse a otros trabajos sobre el tema publicados en las Américas (77-79) y en otras partes del mundo (80). A partir de ellos se pueden identificar lo que podrían denominarse las tres "bases fundacionales" de

los SILOS: 1) la determinación política de un nivel superior de descentralización y apoyo al desarrollo del SILOS; 2) la existencia de una unidad política, administrativa y técnica identificable que es responsable de la conducción del SILOS, y 3) una base geográfico-poblacional.

A partir de esos tres elementos, la creatividad local, el liderazgo de cada uno de los SILOS y el apoyo nacional y provincial deberán crear las condiciones que faciliten el desarrollo de los otros elementos necesarios para la consolidación del proceso. Estos son: programación local, coordinación intersectorial, participación social, los sistemas locales de información-decisión, y otros que se estimen convenientes. El proceso de desarrollo de los SILOS no tiene fin. Comienza con el establecimiento de las "bases fundacionales" y, como consecuencia de la dinámica que le es inherente, continuará con el perfeccionamiento y ajuste permanente que dicha dinámica y las condiciones internas y externas del ámbito local le impartan para cumplir con su misión.

## CONCLUSIONES

De las reflexiones realizadas acerca del presente y el futuro de los sistemas locales de salud surge el convencimiento de que constituyen el instrumento por excelencia de los procesos de transformación sectorial, y la esperanza de que hagan realidad la integración de los sistemas de salud con las comunidades a las cuales deben servir.

Es imprescindible reformular los conceptos que actualmente pretenden orientar las prácticas de salud a través de la estrecha y errónea visión biologista. El papel fundamental y trascendental que los propios individuos tienen que desempeñar en el cuidado de su salud no obedece a un mero cálculo economicista, sino a que la salud es una

de las formas de realización del ser humano en libertad.

La resolución del conflicto entre centralización y descentralización, entre lo central y lo local, forman parte de la lucha permanente que libra la humanidad para conseguir que cada individuo consiga realizarse en lo cotidiano como ser trascendente y artífice de su propio destino, en una sociedad solidaria y justa.

## REFERENCIAS

- 1 Moraes Novaes, H. de y Capote Mir, R. Sistemas locales de salud: un medio para la regionalización de los servicios de salud. In: Paganini, J. M. y Capote Mir, R., eds. *Los sistemas locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 519.
- 2 Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo de los Sistemas de Salud. Evaluación del progreso en la implementación de la Resolución XV del XXXIII Consejo Directivo. Washington, DC, 1990. Documento en preparación.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Programación local y descentralización administrativa. Trabajo presentado en la Reunión sobre Extensión de la Cobertura en el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud, celebrada en la República Dominicana del 1 al 5 de noviembre de 1982. Documento mimeografiado.
- 4 Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Report of Regional Scientific Group on District Health Systems. Harare, Zimbabwe, agosto de 1987.
- 5 Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Report of Regional Scientific Group on District Health Systems. Seúl, República de Corea, 24 al 28 de octubre de 1988. Manila, 1989. Documento mimeografiado, p. 59.
- 6 Alma-Ata reaffirmed at Riga. Declaración emanada de la reunión From Alma-Ata to the year 2000: a midpoint perspective, convocada por la Organización Mundial de la Salud en Riga, URSS, del 22 al 25 de marzo de 1988.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. Resolución XV. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. *Informes finales: 100ª y 101ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS; XL Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, DC, 1988. Documento Oficial 225, p. 60.
- 8 Guerra de Macedo, Carlyle. Descentralización [Mensaje del Director]. *Bol Of Sanit Panam* 102(2):i, 1987.
- 9 Paganini, J. M. y Capote Mir, R., eds. *Los sistemas locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 519.
- 10 Organización Panamericana de la Salud. Primary Health Care and Local Health Systems in the Caribbean. Washington, DC, 1989.
- 11 Paganini, J. M. La meta de salud para todos en el año 2000, la estrategia de atención primaria y los sistemas locales de salud. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, Programa HSD, 1989. Documento Interno 70.
- 12 Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Talleres subregionales-Experiencias y conclusiones*. Washington, DC, 1989. HSD/SILOS 1.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. *La participación social en los sistemas locales de salud*. Washington, DC, 1990. HSD/SILOS 3.
- 14 Organización Panamericana de la Salud. *Los medicamentos esenciales en los sistemas locales de salud*. Washington, DC, 1990. HSD/SILOS 4.
- 15 Organización Panamericana de la Salud. *Los laboratorios en los sistemas locales de salud*. HSD/SILOS 5. (En preparación).
- 16 Bunge, M. *Economía y filosofía*. Madrid, Tecnos, 1985, p. 65.
- 17 Ortega y Gasset, J. *Historia como sistema*, 60a. ed. Madrid, El arquero, 1970, p. 39.
- 18 Naisbitt, J. y Aburdene, P. *Megatrends 2000. Ten New Directions for the 1990s*. Nueva York, William Murrow and Co., 1990, pp. 12 y 13.
- 19 Rosenthal, G. Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe, 1989. Presentación del Secretario General de la CEPAL *Notas Econ Desarrollo*. Nos. 485, 488, diciembre de 1989, p. 1.
- 20 Diseño de estrategias económicas de corto y mediano plazo y manejo de ganadores y perdedores. In: Linderberg, M. y Ramírez, N. *Los procesos de*

- ajuste en países en desarrollo: su dimensión económica y política.* Costa Rica, Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE) y Editorial Libro Libre, 1989.
- 21 Paus, E. Direct foreign investment and economic development in Latin America: perspectives for the future. *In: Journal of Latin American Studies* 21(2), 1989.
  - 22 Fischer, S. El ajuste estructural: una visión global. *Revista INCAE* 3 (1), 1989.
  - 23 CEPAL-ILPES-FLACSO-ILDIS-PNUD-CIMA. *Estrategias alternativas de desarrollo para América del Sur.* La Paz, 1987, pp. 7 y 11.
  - 24 Roemer, M. I. Strengthening ministries of health for primary health care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981, p. 75. Documento mimeografiado.
  - 25 Aday, L. A. y Anderson, R. M. Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. *Med Care* 19(12)[Suppl]:4-27, 1981.
  - 26 Gracia, D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Bol Of Sanit Panam* 108(5-6):570-585, 1990.
  - 27 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas.* Volúmenes I y II. Washington, DC, 1990. Publicación Científica 524.
  - 28 Organización Panamericana de la Salud. *Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos.* Washington, DC, 1988. Cuaderno Técnico 14.
  - 29 Panerai, R. B. y Peña Mohr, J. *Evaluación de Tecnologías de salud. Metodologías para países en desarrollo.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990.
  - 30 White, K. L. *The Task of Medicine. Dialogue at Wickenburg.* Menlo Park, California, The Henry J. Kaiser Foundation, 1988, p. 13.
  - 31 Citado por Gillon Raanan en: Philosophical medical ethics. Justice and allocation of medical resources. *Br Med J* 291:266-268, 1985.
  - 32 Real Academia Española. 'Equidad'. *Diccionario de la Lengua Española*, 19a. ed. Madrid, 1970, p. 549.
  - 33 Sonis, A. y Paganini, J. M. La atención de la salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de salud. *In: Sonis, A., ed. Atención de la salud.* Buenos Aires, Ateneo, 1983, pp. 261-360.
  - 34 Gutmann, A. For and against equal access to health care. *In: Bayer, R., Caplan, A. y Daniels, N., eds. In Search of Equity. Health Needs and the Health Care System.* Nueva York, Plenum, 1983.
  - 35 Daniels, N. Equity of access to Health Care. Some conceptual and ethical issues. *Milbank Mem Fund Q* 60(1):51-58, 1982.
  - 36 Fried, C. Rights and health care. Beyond equity and efficiency. *N Engl J Med* 293(5):241-245, 1975.
  - 37 Mainetti, J. A. *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina.* La Plata, Quirón, 1988, p. 69.
  - 38 Rouquié, A. *Extremo occidente. Introducción a América Latina.* Buenos Aires, Emecé, 1990.
  - 39 Vilaça Mendes, E. Importancia de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. *In: Paganini, J. M. y Capote Mir, R., eds. Los sistemas locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 519, pp. 21-27.
  - 40 Fuenzalida-Puelma, H. L. Sistemas locales de salud: revisión conceptual jurídica. *In: Paganini, J. M. y Capote Mir, R., eds. Los sistemas locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 519, pp. 91-109.
  - 41 Capote Mir, R. Sistemas locales de salud: organización, regionalización, principios generales. *In: Paganini, J. M. y Capote Mir, R., eds. Los sistemas locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 519, pp. 117-135.
  - 42 Organización Mundial de la Salud. The challenge of implementation. District Health Systems for Primary Health Care. Documento WHO/SHS/DH 88.
  - 43 Organización Mundial de la Salud. Primary Health Care Research. Documento WHO/SHS/ISC 90.
  - 44 Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud.* Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Alta, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, 1978. Serie "Salud para Todos" No. 1, pp. 29 y 79.
  - 45 Paganini, J. M. *La meta de salud para todos, la estrategia de atención primaria y los sistemas locales de salud.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1989. Serie HSD, No. 70. Documento mimeografiado.
  - 46 Borja, J., Valdés, T., Pozo, H. y Morales, E. *Descentralización del Estado, movimiento social y gestión*

- local. FLASCSO, ICI, CLACSO. Santiago, Chile, Impresor Salesiano, p. 401.
- 47 Palma, E. y Rufián, D. Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina. Enfoque institucional. In: ILPES-OPS-OREALC-UNESCO. Seminario Interagencial acerca de la descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales. Brasilia, 9 al 12 de octubre de 1989 Santiago, ILPES, 1990.
- 48 Boisier, S. y Silva, V. Descentralización de políticas sociales y descentralización territorial. Puntos de intersección para la investigación y acción. In: Brasilia, Seminarios ILPES-OPS-UNESCO, junio 1989, p. 49. ILPES/Documento 89/3.
- 49 Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Avances de la descentralización en América Latina y España. Caracas, CLAD, 4(2), diciembre de 1987.
- 50 Boisier, S. Centralización y descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público. In: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Avances de la descentralización en América Latina y España. Caracas, CLAD, 4(2), diciembre de 1987, pp. 127-162.
- 51 Barrios, S. Realidades y mitos de la descentralización gubernamental. In: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Avances de la descentralización en América Latina y España. Caracas, CLAD, 4(2), diciembre de 1987, pp. 163-170.
- 52 Oszlak, O., Boneo, H.; García de Fanelli, A. y Llovet, J. J. Descentralización de los sistemas de salud: el Estado y la salud. Paganini, J. M. y Capote Mir, R. *Los sistemas locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 519, pp. 59-81.
- 53 Tejada de Rivero, D. Descentralización y sistemas locales de salud: una contribución a la unidad de doctrina. In: Paganini, J. M. y Capote Mir, R. *Los sistemas locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 519, pp. 82-90.
- 54 Dever, G. E. A. *Epidemiology in Health Services Management*. Maryland, Aspen Publications, 1984.
- 55 Kroeger, A., Montoya Aguilar, C. y Bichmann, W. *Learning Materials on the Use of Epidemiology in District and Local Health Care*. [Edición experimental]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989.
- 56 Organización Mundial de la Salud. *The Place of Epidemiology in Local Health Work*. Ginebra, 1982. Publicación en offset 77.
- 57 Selwyn, B. J., Frerichs, R. R., Smith, G. S. y Olson, J. Rapid epidemiologic assessment. The evaluation of a new discipline. Introduction. *Int J Epidemiol* 18(4)[Suppl 2], 1989.
- 58 Organización Mundial de la Salud/Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional/Agencia Sueca para la Cooperación en Investigación (OMS/ASDI/ASCI). Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs. Documento WHO/SHS.NHP.88.4.
- 59 Matus, C. *Política, planificación y gobierno*. OPS/ILPES. Washington, DC, 1987.
- 60 Barrenechea, J. J. y Trujillo Urive, E. *SPT/2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín, Universidad de Antioquia, 1987.
- 61 Brown, R. E. Principles for a national health program: A framework for analysis and development. *Milbank Mem Fund Q* 66(4):589, 1988.
- 62 Testa, M. *Pensamiento estratégico y lógica de la programación. El caso de salud*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- 63 Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. Scenario approaches in health planning. 1987. Documento mimeografiado.
- 64 Bronwer, J. J. y Schorender, R. F., eds. Scenario and other methods to support long term health planning. In: *Proceedings and outcome of a steering committee on future health scenarios WHO workshop*. Noordwijk, octubre de 1986, pp. 14-16.
- 65 Murtomaa, M. Scenario approach in Finnish strategy development. In: Bronwer, J. J. y Schorender, R. F., eds. *Proceedings and outcome of a steering committee on future health scenarios WHO workshop*. Noordwijk, octubre de 1986.
- 66 Lagergre, M. Methodological considerations in long-range health planning: The Swedish experience. In: Bronwer, J. J. y Schorender, R. F., eds. *Proceedings and outcome of a steering committee on future health scenarios WHO workshop*. Noordwijk, octubre de 1986.
- 67 Taket, A. R. Health projections in Europe: methods and applications. In: Bronwer, J. J. y Schorender, R. F., eds. *Proceedings and outcome of a steering committee on future health scenarios WHO workshop*. Noordwijk, octubre de 1986.
- 68 Peters, J. P. *A Strategic Planning Process for Hospitals*. Chicago, American Hospital Association, 1985.



- 69 Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Documento de trabajo CD33/14 de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 26 a 30 de septiembre de 1988.
- 70 Pellegrino, E. D. y Thomasma, D. C. *A Philosophical Basis of Medical Practice*. Nueva York, Oxford University Press, 1981.
- 71 Mainetti, J. A. Fuera de América. La escena bioética escolar y mundana en la Argentina. Trabajo presentado en el Simposio organizado por la Fidia Research Foundation y el Center for the Advanced Study of Ethics, Georgetown University y celebrado en la National Academy of Sciences, Washington DC, del 26 al 29 de abril de 1990.
- 72 Drummond, M. F., Stoddart, G. L. y Torrance, G. W. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Nueva York, Oxford University Press, 1987. Oxford Medical Publications.
- 73 Callahan, D. *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*. Nueva York, Simon and Schuster, 1990.
- 74 Roemer, M. I. y Montoya Aguilar, C. *Evaluación y garantía de calidad en la atención primaria de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988. Publicación en offset 105.
- 75 Paci, E. *La filosofía contemporánea*. Buenos Aires, EUDEBA, 1987.
- 76 Katz, J. y Muñoz, A. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina (CEDAL), 1988.
- 77 Secretaría de Salud Pública de Cali. *Desarrollo de sistemas locales de salud. Una empresa social*. Cali, 1989.
- 78 Almeida, Celia María de. *Os atalhos da mudança na saúde do Brasil. Serviços em nível local: 9 estudos de caso. Uma análise comparativa*. Rio de Janeiro, Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- 79 Mullner Ross, M., Tydman, R. J., Whiteis, D.G. y Rich, R. F. Rural community hospitals and factors correlated with their risk of closing. *Public Health Rep* 104(4):315-325, 1989.
- 80 Malcom, L. A. Decentralization trends in the management of New Zealand's health services. *Health Policy* 12:285-299, 1989.

---

## SUMMARY

### LOCAL HEALTH SYSTEMS: CHALLENGES FOR THE 1990S

This article gives a general overview of present local health systems and their possible future. It reviews the background that led the countries of the Americas to make plans to transform their national health systems and points out the key role played by local health systems in this undertaking. In

addition to summarizing the basic conditions necessary for setting up a local health system, the authors define these local systems as instruments for decentralization of the State and the expression of democratic action. They consider it an imperative for the 1990s to ensure that the services are improved in terms of equity and quality, democratization and social participation, economic and social development and transformation, and efficiency and use of appropriate technology. Stress is placed on the comprehensive concept of health, well-being, and development, as well as on health promotion by the population itself, while taking into account the responsibilities that correspond to national sector agencies and to local communities.