GUÍAS METODOLÓGICAS PARA EL DESARROLLO DE SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN MÉXICO

La Secretaría de Salud de México publicó en junio de 1990 un documento titulado *Guías metodológicas para el desarrollo de los seis componentes de fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias tipo (sistemas locales de salud)*. La obra está patrocinada por la OPS a través de su Representación en México y se ha editado con la colaboración de un extenso grupo de expertos en salud mexicanos.

En la introducción se indica que "el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) constituye una estrategia fundamental de la actual administración de la Secretaría de Salud para avanzar en la descentralización de los servicios, (. . .) extender la cobertura mediante acciones básicas de atención primaria y (. . .) fortalecer la capacitación gerencial y de programación local de los organismos técnico-administrativos que tienen a su cargo la planeación de servicios de salud para población abierta que habita en un ámbito geográfico determinado. Estos organismos en México se denominan Jurisdicciones Sanitarias Tipo".

La estrategia de implantación de SILOS se ha impulsado en México mediante el Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo, cuyo objetivo es fortalecer seis componentes de apoyo: la estructura orgánica jurisdiccional, sistemas locales de educación continua y capacitación, supervisión, abastecimiento y conservación, y la participación comunitaria. Un séptimo componente es el sistema jurisdiccional de información, recientemente incorporado en función de la importancia de la información para la programación local y la toma de decisiones.

El proyecto tiene como meta desarrollar todos estos componentes en una jurisdicción sanitaria tipo o SILOS de cada una de las 32 entidades federativas del país que habrán de servir de modelo para el fortalecimiento de las 213 jurisdicciones restantes. El desarrollo de estos componentes de apoyo ha de servir a las actividades sustantivas de los SILOS que son las de atención médica, salud pública y asistencia social.

En junio de 1989 tuvo lugar en Cocoyoc, Morelos, una reunión de trabajo sobre SILOS a la que asistieron autoridades nacionales, estatales, de la OPS y de cinco jurisdicciones sanitarias. El mes de julio siguiente se constituyó el Grupo Permanente de Trabajo para el seguimiento del proyecto. Este Grupo está coordinado por la Dirección General de Servicios Técnicos y Proyectos Especiales y formado por representantes de la Dirección General de Planeación y Desarrollo, la Dirección General de Enseñanza en Salud y Centro de Capacitación y Desarrollo (CECADE), la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, el Centro de Obras y Equipamiento en Salud (COES) y la Dirección General de Fomento de la Salud. Cada Dirección General o Centro tiene a su cargo el desarrollo de una de las guías metodológicas de los seis componentes del proyecto, de acuerdo con sus funciones específicas. El objetivo principal de la publicación que se comenta es exponer las normas que en cada aspecto han desarrollado las áreas centrales y dar ejemplos de su aplicación real en diversas jurisdicciones seleccionadas como integrantes de la fase piloto del proyecto de desarrollo de SILOS.

Supervisión

La jurisdicción sanitaria de Hermosillo es el caso que ilustra el sistema de supervisión de los SILOS, el cual tiene como objetivo mejorar la calidad de los servicios de salud. Situada en la parte central del estado de Sonora, cuenta con una población de 686 000 habitantes repartidos en una extensión de 61 239 km^2. Las localidades de menos de 1 000 habitantes aportan 14% de la población, mientras que los núcleos urbanos de más de 1 000 habitantes aportan el 86% restante, del que la mayor parte, más de medio millón, corresponde a la ciudad de Hermosillo, capital del estado.

Del total de la población, 72% cuentan con servicios proporcionados por la seguridad social. El resto, 28%, es la asignada a la responsabilidad de la Secretaría de Salud. Su cobertura sanitaria se logra mediante 57 unidades médicas de primer nivel que incluyen centros de salud urbanos y rurales y unidades auxiliares de salud. En este nivel hay un total de 83 consultorios. El segundo nivel se cubre con dos hospitales jurisdiccionales y se complementa con cuatro hospitales de cobertura estatal ubicados en la capital. La cobertura hospitalaria se considera suficiente.

La supervisión en años pasados no era sistemática ni periódica y carecía de metodología propia. A partir de la descentralización de los servicios de salud del estado de Sonora, en 1986, se inició la regionalización operativa y la reorganización de las jurisdicciones sanitarias. En 1987 se constituyó la jurisdicción de Hermosillo y poco después se estableció un programa de supervisión que contemplaba visitas mensuales a cada una de las unidades de salud. La práctica posterior mostró la necesidad de sistematizar estas visitas con una periodicidad bimensual. Para la supervisión se dividió la jurisdicción sanitaria según características orográficas, de cercanía y de comunicación en tres zonas: serrana, costera y zona centro. Los equipos zonales de supervisión cuentan con un médico, una enfermera (o promotor de salud) y un chófer polivalente, y también con la colaboración específica de una enfermera para la supervisión del Programa de Planificación Familiar. La actividad básica de los equipos es la supervisión de los programas sustantivos y de la promoción de la salud, la conservación y mantenimiento de las unidades, y la distribución de bienes e insumos a los establecimientos de salud.

Educación continua y capacitación

La jurisdicción de Coyoacán ilustra el componente de educación continua y capacitación. Se trata de contribuir mediante estos instrumentos a mejorar la capacidad operativa del personal sanitario y parasanitario (80 médicos, 120 enfermeras, 14 trabajadores sociales, 30 odontólogos, 6 psicólogos, 54 técnicos paramédicos y 97 empleados administrativos). La organización de estas actividades se puso a cargo de un responsable adscrito a los centros de salud y seleccionado por el personal jurisdiccional basándose en su capacidad profesional e interés en participar en las actividades educativas del programa. En cuanto a los recursos necesarios para el desarrollo del programa, se establecieron los siguientes: a) recursos humanos: un coordinador, seis responsables de las actividades de educación continua incorporados a los centros de salud, y profesores para las actividades de capacitación; b) recursos materiales: aulas, proyectores de transparencias, proyector de video beta, monitor de 21 pulgadas, rotafolios, pizarrones y mimeógrafo electrónico; c) recursos financieros: procedentes de la Dirección de Servicios de Salud Pública, la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Abastecimiento

Anteriormente, en la jurisdicción de Hermosillo el abastecimiento se efectuaba directamente desde el Almacén Central Estatal a las Unidades de Salud, lo que significaba a menudo falta de oportunidad y continuidad en la entrega de insumos, con la consiguiente repercusión negativa en la prestación de servicios y en los costos de distribución. La complejidad de la red de servicios de la jurisdicción y las grandes distancias entre la cabecera jurisdiccional y las unidades de base agravaban los problemas de abastecimiento desde el Almacén Central Estatal. Estas razones llevaron a integrar progresivamente un sistema de abastecimiento que a mediano plazo ha de conducir a la autosuficiencia de la jurisdicción en el almacenamiento y distribución de los bienes e insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de las unidades de salud.

El programa de abastecimiento pretende suministrar oportunamente y en las cantidades requeridas los insumos básicos, así como mantener acciones de supervisión continua, a cargo de los equipos zonales, del manejo de existencias, fondos fijos y controles de caducidad. Los suministros provienen de tres vías. La más importante es la procedente del Almacén Central Estatal que abastece los insumos solicitados y aprobados por los responsables correspondientes. Las otras dos fuentes de suministro son las donaciones recibidas de instituciones altruistas y las compras directas del administrador jurisdiccional. Para el almacenamiento, la jurisdicción cuenta con un depósito de 84 m^2, atendido por un almacenista encargado de la recepción, custodia, despacho y control de los insumos, así como del control de caducidades y del inventario anual. También se cuenta con cuatro almacenes auxiliares ubicados estratégicamente en establecimientos considerados cabeceras de coordinación local.

Conservación y mantenimiento

El objetivo del programa de conservación y mantenimiento es lograr el funcionamiento óptimo de la infraestructura y sus objetivos específicos son implantar un sistema de conservación y mantenimiento y lograr que la comunidad participe activamente en estas actividades.

En Hermosillo, Sonora, las acciones específicas encuadradas en este programa son de tres tipos. Las que son responsabilidad de la comunidad comprenden la limpieza interior y exterior de los inmuebles, tanques de agua y fosa séptica, la reposición de elementos de iluminación, reparaciones menores de plomería, mantenimiento de zonas verdes y pintura, y obras de albañilería para el remozamiento de la unidad.

Las actividades de mantenimiento jurisdiccionales son responsabilidad de los equipos zonales y comprenden las reparaciones elementales de instalaciones eléctricas, muebles sanitarios y demás mobiliario, puertas y herrajes, equipo médico básico y calentadores, el servicio a refrigeradores y la reposición de empaques y válvulas de control en los sistemas de esterilización. Las actividades de

mantenimiento central se llevan a cabo mediante unidades móviles de conservación y comprenden la reposición de muebles sanitarios y las reparaciones generales de instalaciones hidráulicas, eléctricas, equipo médico, refrigeradores y defectos de impermeabilización de muros y techados. El responsable de las acciones de conservación y mantenimiento es el jefe de la jurisdicción sanitaria. En el técnico polivalente recae la responsabilidad directa de las actividades que han de ser coordinadas con los demás integrantes del equipo zonal de supervisión. La promoción de la participación comunitaria en los trabajos de conservación y mantenimiento es responsabilidad de los jefes de las unidades de base y de la enfermera o promotor de los equipos zonales.

Participación social

La jurisdicción sanitaria de Comalcalco, en el estado de Tabasco, ilustra el componente de participación social. La jurisdicción comprende el municipio del mismo nombre, que tiene una población de 139 000 habitantes, agrupados en 92 comunidades, dos de ellas urbanas. En estas se concentra 23% de la población. El SILOS de Comalcalco da cobertura a 90 de las 92 comunidades. En cuanto a participación social, 80 comunidades cuentan con comités de salud que funcionan con diferentes grados de autonomía, desvinculados del Comité Municipal de Salud. Esta infraestructura de servicios y de participación social se ha conformado en los últimos 12 años de aplicación de la estrategia de atención primaria de salud.

El uso prolongado de los conceptos de organización y participación comunitaria ha propiciado cierta confusión en cuanto a sus significados. Debe aclararse que para las acciones de salud la organización es un medio y la participación el fin. La participación puede tener lugar de dos maneras: una, cuando los miembros del equipo de salud incorporan personal voluntario en tareas específicas tales como notificaciones, vacunaciones y labores de promoción; otra, cuando la comunidad establece un organismo representativo —un comité de salud— que tiene a su cargo la ejecución de acciones de apoyo a la salud de mayor trascendencia, por ejemplo, obras de saneamiento de viviendas. Las dos formas deben promoverse simultáneamente por medio de la organización comunitaria.

El Programa de Organización Comunitaria en el Estado de Tabasco se originó de la fusión de los programas de Saneamiento Básico y Desarrollo Comunitario y de Organización Participativa que tuvo lugar en 1986. Durante los últimos cuatro años, a pesar de la fusión, el programa operó con estrategias de los programas anteriores que complicaron la operación y el control de las acciones y ocasionaron que las actividades de los promotores sociales se fueran diluyendo y estancando, hasta quedar desplazadas en algunos casos por actividades determinadas por las necesidades de la jurisdicción sanitaria. No obstante, se lograron avances importantes, ya que actualmente se cuenta con 76 comités de salud integrados y capacitados por promotores jurisdiccionales, quienes a partir de 1989 han sido los responsables de la aplicación de las acciones de organización comunitaria en el municipio. Sin embargo, aún queda mucho por hacer en cuanto a participación social en los programas sustantivos de la Secretaría de Salud. Es indispensable consolidar los comités de salud locales y vincularlos al comité de salud municipal para aumentar su capacidad de gestión. Esos son los objetivos del programa.

Las actividades que se derivan de las estrategias del programa son las siguientes:

1 Incorporación del promotor jurisdiccional a la comunidad, para que la conozca a fondo y esta reconozca al promotor como gestor de acciones relacionadas con la salud y el bienestar social. Se sugiere que en esta fase el promotor sea presentado a las autoridades civiles locales y conozca a la comunidad, incluso visitando a cada familia e invitándola a que asista a una asamblea general en la que se integrará, reestructurará o ratificará el comité de salud.

2 Constitución o reestructuración del comité de salud, que se llevará a cabo en una asamblea comunitaria a la que se invitarán las autoridades locales. Se incorporará al comité un promotor voluntario de salud, cuya función principal será apoyar al promotor jurisdiccional en el seguimiento de las obras y en la detección y capacitación de promotores familiares (uno cada 10 familias).

3 Capacitación del comité de salud, con la participación del equipo de salud y bajo la coordinación del promotor jurisdiccional.

4 Planeación de las actividades del comité, en una sesión anual coordinada por el equipo de salud y el promotor jurisdiccional y en la cual se determinarán las actividades para el resto del año.

5 Ejecución y seguimiento de obras, cuya supervisión corre a cargo del promotor jurisdiccional, que proporcionará la asistencia técnica necesaria para cumplir el compromiso contraído y promover al menos una obra por comunidad y semestre.

6 Evaluación de actividades, que se realizará al final de cada semestre. En la sesión de evaluación se determinarán las acciones del período próximo y las necesidades de apoyo y capacitación. El informe resultante del taller de evaluación se pondrá a consideración de la asamblea como evento de culminación del ciclo. □