

S EXTA REUNION: SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD¹

INTRODUCCION

La presente es la última de una serie de reuniones que se efectuaron en distintos países de la Región de las Américas, con la finalidad de explorar nuevas formas de cooperación entre las instituciones docentes pertenecientes a la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) y a la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH); promover el desarrollo de la infraestructura, y fortalecer la capacidad docente y de investigación de las instituciones miembros de ambas asociaciones.

APERTURA DE LA REUNION

La reunión fue inaugurada oficialmente por el Rector de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y por el Decano de la Escuela de Salud Pública de la misma Universidad.

El Presidente de ALAESP dio la bienvenida a los participantes y presentó un breve resumen del origen de la Asociación y de los antecedentes de la iniciativa de cooperación entre ALAESP, ASPH y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Vice-Directora Ejecutiva de ASPH describió en forma sucesiva las características, misión y funciones de dicha Asociación. Se describieron las formas y estilos de cooperación que se han desarrollado entre las instituciones responsables de la formación de profesionales en salud pública, de administración en salud y de la OPS durante los últimos 30 años. Se destacaron los avances logrados en la Región en el desarrollo conceptual y metodológico de áreas de conocimiento consideradas críticas para esta formación superior. Asimismo, se enfatizó la necesidad de incorporar nuevos esquemas de cooperación, ad-

¹ Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico, 1-5 de febrero de 1988.

ministración de conocimientos y movilización de recursos, para lograr el apoyo al desarrollo continuo de la docencia e investigación.

Se señaló que en las reuniones realizadas se han tratado aspectos correspondientes a las áreas temáticas que han sido motivo de la reunión sobre desarrollo de nuevas estrategias de cooperación entre las instituciones de enseñanza.

Se observó que existen tres situaciones que deberían evitarse para poder cumplir con los propósitos delineados:

- Que las actividades terminen con la reunión.
- Que lo tratado en cada reunión no se divulgue y extienda a todas las instituciones pertenecientes a ALAESP y ASPH.
- Que no se de una relación equitativa y de paridad entre todas las instituciones participantes.

Se indicó que con la finalización de esta reunión no se acaba la labor comenzada sino que se espera que esta continúe a través de una serie de actividades entre las que se destaca la posibilidad de la realización de reuniones para tratar los temas de salud materno-infantil, salud del adulto, tercera edad y salud ocupacional.

A continuación se destacó que la meta de salud para todos en el año 2000 (SPT/2000) está fundamentalmente basada en principios de equidad y que la atención primaria es la estrategia principal para el logro de esa meta. Sin embargo, en una evaluación reciente sobre los logros alcanzados en relación con las metas propuestas por parte de los Países Miembros, se determinó que no se han cumplido totalmente los objetivos propuestos. Se reconoció que existen fuerzas internas y externas que han provocado esta situación.

SITUACION DE SALUD EN LAS AMERICAS

La Región de las Américas presenta un complejo perfil epidemiológico en el cual coexisten las enfermedades transmisibles y las crónicas. La población tiende a concentrarse en grandes ciudades, donde se observa una creciente marginalidad e incremento de la pobreza. Una tercera parte de la población latinoamericana, equivalente a 140 millones de habitantes, no tiene acceso a servicios básicos de salud. Se estima así mismo, que para el año 2000, esa cifra se elevará a 300 millones.

La situación de crisis económica-financiera, de carácter mundial, tiene en la Región características particulares. Los países enfrentan una deuda externa de increíble magnitud, procesos inflacionarios incontrolados, con un creciente desempleo y serias restricciones para lograr formas más equitativas de redistribución del ingreso nacional.

Dentro de este panorama complejo, los servicios de salud deben

responder al desafío de extender la cobertura de servicios a toda la población, especialmente a los grupos más necesitados. Los esfuerzos orientados a reorganizar y reorientar el sector salud necesitan estar basados en la estrategia de atención primaria. La resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana ha puesto énfasis en la programación de la Organización para el cuatrienio 1987/1991, en donde el apoyo a los procesos de descentralización y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) se define como una estrategia fundamental.

Dentro de este contexto, se señaló la importancia de la Investigación de los Servicios de Salud (ISS) como apoyo al desarrollo de los SILOS. En 1987 el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD) de la OPS patrocinó la reunión sobre ISS, donde se definió un marco de referencia conceptual y se presentaron propuestas para el desarrollo de un programa de promoción.

Los representantes de los países que formaron parte del grupo de trabajo consideraron la necesidad de iniciar la constitución de una red interinstitucional para apoyar el desarrollo de la ISS. Esto se basa en el convencimiento de que la introducción del concepto y la práctica de la ISS, realizada por el propio personal de los servicios de salud, en coordinación con la población y con el apoyo de las instituciones docentes, es una de las estrategias fundamentales para el logro de la mejor eficacia y eficiencia de los servicios, lo que contribuye a la equidad del Sistema de Salud. Esta red interinstitucional tiene el propósito de facilitar el intercambio de experiencias entre instituciones docentes y servicios, de promover la introducción de la práctica de la investigación, definir los resultados, y facilitar su aplicación para la mejora de la prestación de servicios de salud. Esta debe tener características nacionales de las instituciones de salud y académicas del país y de la seguridad social y atención privada, y al mismo tiempo características internacionales, las que se pondrán en evidencia mediante el intercambio de experiencias de los países participantes.

Se señaló la importancia del desarrollo de la infraestructura y financiamiento de los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de los SILOS, tal como fue definido en la 39a. Asamblea Mundial de la Salud, realizada en 1986. La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana acordó apoyar esta iniciativa y se elaboró una propuesta de trabajo, la que fue presentada al Director de la OPS.

Esta propuesta parte del concepto que el análisis del contexto socioeconómico y político de la situación y los sistemas de salud indica que estos necesitan ser reorientados para lograr el desarrollo total de su potencial para una apropiada prestación de servicios a la población de los países de las Américas. El prestar apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los SILOS y al proceso de descentralización se presenta como la respuesta a

los requisitos del desarrollo socioeconómico de la Región y a concretar las estrategias de APS para el logro de SPT/2000.

Se señaló que la definición de SILOS varía de país a país, de región a región, y según esta sea urbana o rural, aunque sí existen características que necesitan tenerse en cuenta en la mayoría de los casos. Los SILOS constituyen una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, con criterio geográfico-poblacional, en áreas urbanas o rurales, y acorde a las necesidades de la población, las que son definidas en términos de daños y riesgos. Los SILOS se responsabilizan de la articulación de los recursos existentes en un espacio geográfico delimitado, para lograr así su mejor utilización y adecuación a la realidad local, lo que incluye el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas con la población. Esta relación necesita manifestarse en todos los aspectos condicionantes de la salud individual y colectiva, en definición de políticas y prioridades; origen y distribución de recursos; actividades y comportamientos individuales, y de grupos relevantes al contexto de salud-enfermedad.

Se observó que los SILOS necesitan poseer una “capacidad básica de respuesta o poder resolutivo” fundamentado en la aplicación del enfoque epidemiológico, el que incluye los programas y las actividades necesarios para la resolución de los problemas de salud.

Se considera que los procesos de descentralización y desconcentración son los elementos vitalizadores y condicionantes del desarrollo de los SILOS, los que necesitan ser instrumentados en armonía con la organización política y administrativa de cada país. La descentralización, como un hecho social, es un proceso político y técnico alimentado por los procesos económicos, culturales, históricos y geográficos. La desconcentración técnico-administrativa es un componente de la descentralización por medio del cual los niveles centrales transfieren a los niveles periféricos los poderes decisorios o resolutivos y mayor control de los recursos asignados.

Se enfatizó que en todo proceso de descentralización es necesario considerar a la centralización como forma armónica y complementaria de gestión, donde ambas conforman un proceso dinámico y continuo de todos los niveles organizativos.

Además, cabe mencionar que numerosos países de la Región están emprendiendo o consolidando experiencias de descentralización y/o desconcentración de sus servicios públicos de salud. Este proceso representa una excelente oportunidad para desarrollar esquemas innovativos por medio de los cuales se pueden elaborar herramientas conceptuales y metodológicas que permitan una mejor operación de los sistemas de salud en nuestra Región.

PRESENTACIONES DE LAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico

Las presentaciones comenzaron con la descripción histórica de la evolución de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Cabe resaltar de esta presentación tres programas innovativos que dicha Escuela está desarrollando en la actualidad.

El primero consiste en la puesta en marcha de un programa de Maestría en Salud Pública en horario vespertino, destinado al personal de conducción de servicios de salud que en estos momentos están prestando servicios. El segundo es el programa extramural, que a través de un convenio con la Universidad de Cádiz se está llevando a cabo en Andalucía, España, del cual ya se han graduado 150 profesionales. En este programa se ha iniciado una segunda fase consistente en el diseño y planificación de la primera Escuela de Salud Pública perteneciente al sistema universitario español, a través de trabajo conjunto entre docentes universitarios de Andalucía y de Puerto Rico. El tercer programa está dirigido a la capacitación de los trabajadores y personal de la Región de Salud de Caguas. A través del mismo se intenta diseminar los conceptos y prácticas de atención primaria de salud, dentro de un enfoque de medicina preventiva y salud comunitaria. La docencia está a cargo de la unidad de enseñanza de salud pública para estudiantes de medicina, colaborando además otros profesores del Recinto de Ciencias Médicas y funcionarios pertenecientes a la región de salud correspondiente.

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

Se inició la presentación con una exposición de las características sociales, demográficas, epidemiológicas y de formas de prestación y organización de servicios de salud del país. Se explicó la organización académica de esta Escuela, describiendo los distintos cursos de formación y capacitación y las actividades de investigación realizadas por la misma. Se destacó el programa conjunto que se realiza entre la Escuela de Salud Pública y la Escuela de Administración para formar administradores de salud a nivel de maestría. Asimismo, la Escuela desarrolla cursos intensivos de corta duración en ciudades del interior del país, para el personal profesional que se encuentra trabajando en los servicios de salud.

Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Se describieron los aspectos académicos y administrativos de esta institución, su desarrollo histórico y las principales relaciones que

mantiene con otras instituciones universitarias y de servicio. Se hizo referencia al área de administración de salud, destacando los principales programas docentes, las actividades de asesoría a los servicios de salud y los trabajos publicados últimamente. Se resaltó el desarrollo conceptual y metodológico que la Escuela ha logrado en el campo de la planificación y administración estratégica. Se plantearon además las líneas de trabajo, con el fin de profundizar el análisis en el área de políticas: pública, intersectorial, de articulación y de coordinación.

Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela

Esta Escuela presentó una descripción general de su organización y de sus programas docentes. Se puso especial énfasis en la descripción del proceso de desarrollo organizacional que actualmente encara la Escuela. Este proceso utiliza un modelo que asocia principios teóricos y prácticos del análisis prospectivo, análisis de sistemas y planificación estratégica. Su propósito es el de tratar de modificar la enseñanza y la práctica de la salud pública, contándose para ello con la cooperación de distintos organismos, incluyendo la OPS. Se destacó la activa participación del personal docente, personal administrativo, estudiantes de posgrado y egresados de la Escuela, así como funcionarios de los organismos de salud.

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota

La presentación de esta Escuela incluyó una descripción de los datos demográficos y de salud del estado de Minnesota, la organización de su universidad y los orígenes y desarrollo de la Escuela de Salud Pública. Se describió, en forma especial, el programa independiente para administradores de hospitales y de servicios de salud (Independent Study Program in Administration for Hospital and Health Care Administration-ISP/HA), para personal que ocupa actualmente posiciones administrativas. Se observó que este es un programa de posgrado, dirigido a fortalecer el conocimiento y las actitudes de los estudiantes en esta área de estudio. El programa permite a los administradores incrementar su capacidad para conducción y gestión de los servicios de salud, y brinda la posibilidad de crear una red regional nacional e internacional de interconexión, por lo que se espera que mejore la prestación de servicios de salud. Al completar el programa de estudios de tres años el estudiante recibe un certificado de estudios avanzados y al terminar el programa de dos años recibe un certificado de administración. Los que completan los cursos tienen la opción de continuar con el programa para obtener el grado de Maestría en Salud Pública y Administración.

Universidad de Tejas en Houston

La Universidad describió su Centro Sur-Norte para estudios de salud y sus actividades de investigación, educación y servicios. Se resaltó que en el área de investigación existen proyectos y programas relevantes a las áreas de interés y apoyo a la educación de posgrado de todos los departamentos de la universidad. En esta área también se promueve la diseminación de los resultados de investigaciones. En cuanto a educación se ha promovido el intercambio de docentes y estudiantes y actividades de desarrollo curricular. En servicios se desarrollan una serie de actividades, especialmente destinadas tanto a las áreas de interés en salud pública de la población de los Estados Unidos, como de los países latinoamericanos en los cuales dicha institución trabaja.

Escuela de Salud Pública de la Universidad de California en Los Angeles (UCLA)

La presentación se inició con una descripción general de la situación de salud y el sistema de salud del estado de California. Se señaló que en ese estado existen cuatro escuelas de salud pública: dos pertenecientes a la Universidad de California (en Los Angeles y en Berkeley), una en la Universidad de San Diego y otra en la Universidad de Loma Linda. Se describieron la organización y programas docentes de UCLA y las actividades en docencia, investigación y servicios en que la Escuela se encuentra involucrada. Se resaltó un programa especial que permite el financiamiento de investigación en áreas consideradas por el gobierno y la legislatura del estado como prioritarias. Se destacó la realización de investigaciones sobre calidad, organización de servicios, impacto de políticas y programas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud.

DISCUSION

Sistemas Locales de Salud (SILOS)

La discusión se inició con la presentación de la propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y el proceso de descentralización, documento que fue elaborado con el aporte de diversos grupos de trabajo organizados por la OPS para tal efecto.

El grupo consideró necesario aclarar algunos de los conceptos contenidos en el documento de trabajo citado anteriormente. En este sentido, se aceptó que podía entenderse la infraestructura como el conjunto de recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos que la sociedad destina para la atención de salud; incluyendo la legislación, reglamentos,

organización, funciones e interrelación de los distintos elementos. Se mencionó asimismo que era necesario precisar los conceptos de centralización-descentralización y los de concentración-desconcentración, los cuales pueden tener distinto significado acorde a la escuela de pensamiento filosófico. Se reconoció la validez que tienen la equidad, eficacia, eficiencia y la participación social y coordinación intersectorial como requisitos de los sistemas de servicios de salud para el logro de la meta SPT/2000. Se resaltó entre estos la importancia que tiene la equidad, ya que su conceptualización está íntimamente relacionada con los valores de cada sociedad.

Se observó que el concepto de SILOS varía de acuerdo con la realidad nacional a la cual se aplica. Se considera, sin embargo, que existen aspectos de tipo general que pueden ser válidos para la mayoría de los casos. De esta manera se aceptó que los SILOS son una propuesta de división de trabajo elaborado con criterios geográficos y de población, teniendo en cuenta las necesidades, los problemas de salud y los riesgos existentes. El sistema local de salud incluye todos los recursos existentes en un espacio determinado, sean estos públicos, de seguridad social o privados.

Se enfatizó que los SILOS son componentes y deben estar articulados con los sistemas nacionales de salud y al mismo tiempo son las bases organizativas de un sistema global, constituyéndose en los puntos para la programación local y los procesos de gestión de administración periférica. Los sistemas de referencia, contrarreferencia, asesoría y supervisión son procesos fundamentales para su interconexión con otros niveles para poder dar así una adecuada y eficiente respuesta a las necesidades locales.

Las formas y mecanismos de la participación de la población son componentes fundamentales para el desarrollo de los SILOS. Para su pleno desarrollo y fortalecimiento, se juzgó necesario el transferir la decisión y la gestión administrativa a los niveles locales. En este sentido el grupo consideró necesario destacar la importancia de analizar los procesos de descentralización y desconcentración, ya que los mismos son elementos básicos para el personal de desarrollo de los SILOS. Se comentó que la descentralización constituye un hecho tanto político como técnico y está influenciado por aspectos económicos, culturales e históricos, entre otros.

El grupo señaló la importancia de la participación social en los SILOS, proceso que se visualiza como complejo, propio de la dinámica de las sociedades y la expresión de un movimiento entre todos los aspectos de la vida social. La participación de la población responde a características propias de cada sociedad.

Los objetivos de la participación social son lograr mayor accesibilidad a los servicios y facilitar el control y evaluación en la utilización de determinadas tecnologías de salud. A su vez la población, al participar activamente realiza un acto de alto valor para contribuir a solucionar sus problemas de salud. Sin embargo, se llamó la atención sobre el enfoque

restringido de tomar en cuenta solamente la participación social en el proceso de reducción de costos. Se aceptó que desde el momento que la participación es una forma de ejercicio de poder, este está necesariamente influenciado por el contexto sociopolítico del país, no estando restringido a un sector solamente.

Se señaló que la descentralización es una propuesta de cambio en el uso y distribución del poder y que diversos países de la Región están desarrollando experiencias de procesos de descentralización y desconcentración del estado en general y del sector salud en particular. De estas experiencias nacionales surge la necesidad de analizar ciertas áreas temáticas tales como la descentralización y el estado, sus aspectos políticos y administrativos; la salud, el desarrollo y las relaciones intersectoriales; la conducción del sector; la articulación de las instituciones del sector salud; el desarrollo de la capacidad de administración y gerencia de los servicios de salud; las modalidades de prestación; la programación local, el enfoque de riesgo y los sistemas de información; la integración de los programas; la financiación; la participación comunitaria; el desarrollo de recursos humanos, y la investigación.

Investigación de los Servicios de Salud (ISS)

Se observó que la ISS adquiere cada vez más importancia como apoyo al desarrollo de los SILOS, a medida que se procura entender y resolver los problemas que los aquejan. Por esto, la ISS puede servir como base, a partir de los conocimientos que esta genere, para la planificación, programación, administración, operación y evaluación de los SILOS.

Siendo estos el objeto de investigación, se contempló la necesidad de precisar el alcance de cada propuesta de ISS. Si se acepta que el SILOS es el elemento nuclear de un sistema, eso va a permitir el análisis de la sociedad como un todo y a su vez va a conducir al análisis pormenorizado de los procesos organizativos y administrativos. Este enfoque permite que el mismo objeto adquiriera características diferentes según el ángulo a partir del cual es abordado.

Esto obliga a dirigir la atención en el sentido de definir previamente y con suficiente claridad cuál es la concepción teórica que preside y dirige la visión de la realidad, ya que será esta cosmovisión la que en última instancia guiará la identificación de aquello que debe ser considerado como problema y, consecuentemente, los que serán variables y parámetros, soluciones o restricciones, éxitos o fracasos.

Considerando que no existe una neutralidad "científica" en el estudio y análisis de los hechos sociales, el marco teórico o el paradigma adoptado marcará los ámbitos y los métodos de la investigación.

Se identificaron tres áreas de ISS relacionadas con los SILOS. Primero, la superestructura o suprasistema, entendido como el conjunto de determinaciones y condicionamientos que llevan, en una coyuntura

dada, a una determinada configuración de los mismos; estudios explicativos que al permitir una comprensión más amplia del proceso identifican las líneas estratégicas de la política sectorial. Segundo, el propio SILOS considerado como un todo y sus relaciones de determinación con el conjunto de la estructura sectorial; sus relaciones funcionales de eficiencia, eficacia, impacto y otras medidas similares a través de indicadores de producción y productividad, así como de otros provenientes del campo de la epidemiología. Tercero, los diversos subsistemas que componen los SILOS, procurando mejorar su funcionamiento con la perspectiva de que ajustes parciales que produzcan mejorías relativas permitirán, por un proceso de acumulación, cambiar cantidad en calidad y colocar en discusión la propia lógica sectorial y que incluye el estudio de las interrelaciones del SILOS con la comunidad en la que este está inserto.

En términos generales, las investigaciones deberían estar dirigidas hacia el análisis y la evaluación de la organización de las redes de servicios de salud, sus determinaciones, condicionamientos y resultados.

Se observó que de la selección del área específica de la ISS surgirá cuál es el sujeto de la misma, aunque se acepta que una institución del ámbito académico ha de acompañar este proceso. Así, el papel que esta institución desempeñará estará definido por el marco teórico y por el área de actuación seleccionada.

Se resaltó que el área de la ISS es un campo de confluencia de conocimientos originados a través de numerosas disciplinas científicas, las que sirven como puntos de apoyo para el desarrollo de los estudios que le son propios. Por esto, la ISS necesita utilizar conocimientos e instrumentos elaborados por las varias ciencias y disciplinas, entre los que se incluyen las ciencias biológicas, sociales y políticas.

Formulación de política de servicios de salud

En la parte final de la discusión se presentaron dos modelos relevantes para la formulación de política de servicios de salud. En el primero el Dr. E. Richard Brown, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, enfatiza la participación de la comunidad² y el segundo, presentado por el Dr. Vernine Werth, de la Universidad de Minnesota, se centra en la administración.

Participación comunitaria

Por participación comunitaria se entiende la activa colaboración de las personas de una localidad, tanto a título individual como en

² Tomado de E. Richard Brown, "Community Organization Influence on Local Public Health Care Policy: A General Research Model and Comparative Case Study." *Health Education Quarterly*, 10 (3/4): 205-233 (1983).

forma de grupos organizados. La colaboración individual está determinada por muchos factores, incluso las necesidades reales de la población; los conocimientos y actitudes predisponentes (o sea, la información sobre determinados asuntos y oportunidades, la comprensión de la importancia de cada uno y las experiencias pasadas en casos de participación similar); las oportunidades de colaboración, incluyendo las estructuras disponibles y asequibles que facilitan la labor, y por último los aspectos o factores que convierten a la participación en una experiencia favorable o desfavorable.

El objetivo de la descentralización de los servicios de salud es adaptarlos mejor para atender las necesidades de salud locales. Ese objetivo exige que las comunidades locales participen en la determinación de las políticas y los programas de servicios de salud y en la asignación de recursos pertinentes en sus respectivos campos. Sin embargo, para que la participación sea más efectiva y representativa, las personas que carecen de la adecuada preparación deberán participar no a título individual, sino como grupos organizados en representación de sus respectivas comunidades.

A continuación se presenta un modelo de los factores que, según se ha comprobado, afectan las actividades de organización comunitaria que influyen en la política de salud en el plano local en los Estados Unidos. Aunque su aplicación a otras sociedades está por evaluarse, ofrece una amplia gama de elementos e hipótesis para investigar el proceso de participación comunitaria (Figura 1).

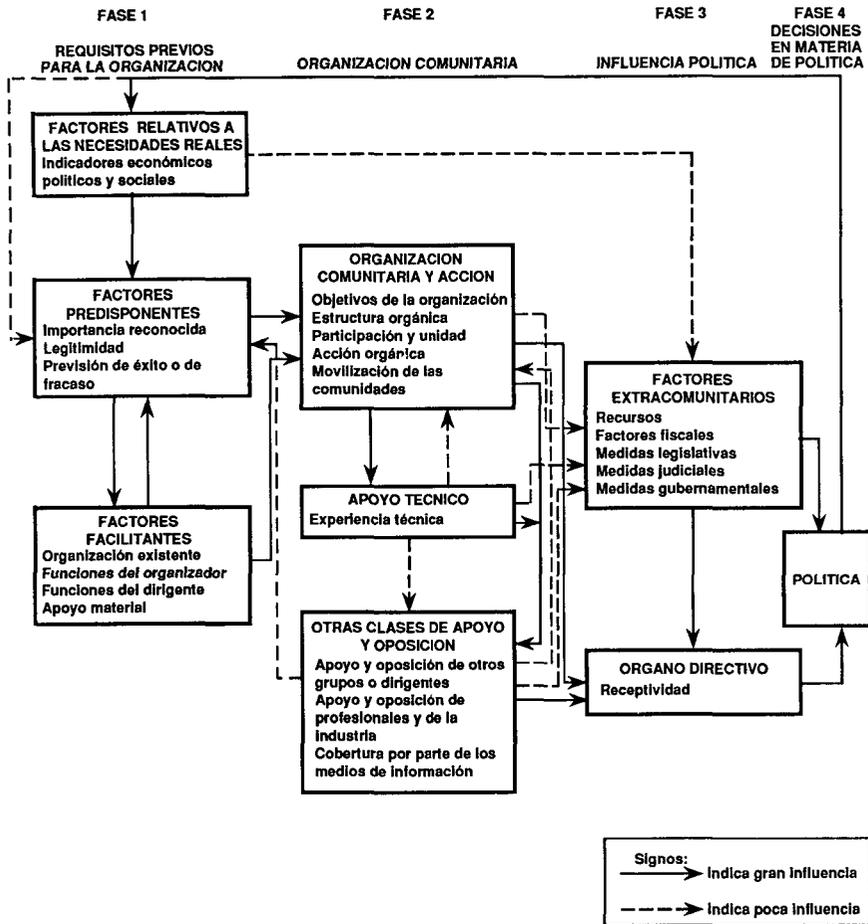
La **fase I** del modelo se refiere a los requisitos previos para la organización comunitaria, en la que inciden tres clases de factores hipotéticos:

Factores relativos a las necesidades reales —indicadores económicos, políticos y/o sociales pertinentes que se determinan independientemente de la actitud de la población de la comunidad y que abarcan parámetros tales como índices de desempleo, ingreso per cápita, número de médicos y enfermeras por cada 1000 habitantes, número de consultas médicas por persona y varios indicadores del estado de salud.

Factores predisponentes —la actitud de la población de la comunidad que afecta su receptividad al proceso de organización, incluso la idea que se tiene de la importancia del asunto tratado, la legitimidad de este como foco de acción colectiva y la comprensión de la posibilidad de éxito o fracaso de la actividad organizada.

Factores facilitantes —recursos organizativos que inciden en el potencial de organización comunitaria y que permitirán determinar si la comunidad ya tiene organizaciones y redes, si ha formado dirigentes, cuál es el grado de cooperación entre los grupos comunitarios y los dirigentes y la

FIGURA 1. MODELO DE LA INFLUENCIA DE LA ORGANIZACION COMUNITARIA EN LA POLITICA PUBLICA LOCAL



disponibilidad de recursos materiales necesarios para la actividad organizada.

La fase 2 es la etapa en que se forma la organización comunitaria y se ejecuta la acción y comprende:

Organización comunitaria y acción —el establecimiento de las estructuras y los objetivos de una actividad organizada, las clases de actividades que se realizan y la capacidad que tiene la estructura de la participación comunitaria para movilizar a las personas y lograr su cooperación.

Apoyo técnico —conocimientos técnicos aportados por los profesionales, planificadores y otro personal de salud para apoyar los objetivos de la comunidad.

Otras clases de apoyo y oposición —las actividades emprendidas por grupos no pertenecientes a la comunidad destinataria que apoyan los objetivos de la comunidad o se oponen a ellos.

Las **fases 3 y 4** representan las etapas de influencia política real y abarcan el impacto de los factores externos a la comunidad destinataria, el órgano directivo comunitario propiamente dicho y las políticas finalmente adoptadas y ejecutadas:

Factores extracomunitarios —los recursos facilitados a la comunidad por el Ministerio de Salud, las medidas legislativas y judiciales que afectan la capacidad de la comunidad y el órgano directivo local para establecer políticas y ponerlas en práctica.

Órgano directivo —grado de receptividad del órgano directivo al aporte de la comunidad.

Política —eficacia de las políticas adoptadas para alcanzar los objetivos de la comunidad y atender sus necesidades y eficiencia de su ejecución.

Administración

La gestión es una subdivisión de la administración. Comienza con la segunda acepción del término *debería* en el campo de la planificación, es decir, que habrá que decidir de antemano qué se *debería* hacer, en el sentido de qué es lo apropiado o cuál la forma correcta de hacerlo. La administración pasa luego a la organización de recursos (es decir, a la acción) y termina con la función de control. En su forma más sencilla, la administración comienza con un insumo o aporte, maneja un proceso y termina con un resultado (producto, actividad, modalidad, días, visitas, llamadas, inmunizaciones, operaciones, etc.). La medida de este proceso es la eficiencia, que es igual al producto sobre el insumo. Aquí no se aborda el concepto de efecto ni de eficacia. Las cuestiones de efecto pertenecen a la administración y dirección, deben incluir resultados que se sitúen más allá del producto y que tengan significado solo en un contexto específico. Por ende, de los resultados de la atención (su efecto o eficacia) solo pueden dar cuenta las personas encargadas de todo el servicio —los órganos de dirección como las juntas directivas, los consejos de administración, los representantes de la comunidad o la estructura burocrática, si no se exige responsabilidad directa. La dirección tiene la responsabilidad y autoridad de decidir qué es apropiado en materia de prestación de servicios de salud y de dar cuenta de esa decisión, y además de contratar administradores que hagan lo correcto en la debida forma, determinar si el resultado corresponde a lo previsto y hacer indicaciones para reorientar, modificar, ampliar, reducir o suprimir las actividades apropiadas.

La administración es el vínculo entre quienes deciden lo que es correcto (dirección) y quienes tienen la idoneidad para hacerlo en la debida forma (gestión). Por tanto, la administración entraña dirección y gestión y, en cierto sentido, no es ninguna de las dos.

A menudo se deja de considerar la eficiencia en el campo de la salud porque de los modelos analíticos y de la evaluación se ha omitido el resultado. Se debe comenzar por el resultado previsto e ir retrocediendo hasta llegar a los insumos que permitirán obtenerlo. Esto deberá decidirse en un contexto específico.

Por ende, la carencia de normas tiene sentido. En cada zona, comunidad, distrito, región y país se habrá de adoptar una decisión propia, según su contexto, el número apropiado de insumos y los métodos y mecanismos (procesos) que permitirán obtener determinados resultados (días, consultas, inmunizaciones, modalidades, etc.) para lograr los que se han negociado previamente con la población.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de analizar la situación de salud y los servicios de salud en la Región y de considerar las diferentes propuestas conceptuales y pedagógicas, el grupo de trabajo elaboró las siguientes conclusiones y recomendaciones como posible aporte de las escuelas de salud pública al proceso de reorganización y reorientación de los servicios de salud:

1. Para lograr el fortalecimiento de los SILOS es fundamental que exista un proceso de descentralización, especialmente con respecto a la toma de decisiones, manejo de recursos, evaluación y control. Los países están desarrollando estos procesos de descentralización de acuerdo con sus antecedentes históricos, características, condiciones particulares y necesidades. ALAESP, ASPH y la OPS pueden apoyar estos procesos a través del fortalecimiento de la investigación, la docencia y los servicios.

2. Es necesario realizar estudios descriptivos sobre descentralización en los países de la Región. Estos estudios necesitan describir los antecedentes históricos y el ímpetu para lograr el cambio dentro y fuera de los ministerios de salud y de los sistemas nacionales y locales de salud. Asimismo, deben aportar información sobre la relación de los subsectores públicos y privados del sector salud con el proceso y las distintas formas y estilos de descentralización; control presupuestario; control administrativo; establecimiento de estándares de calidad, y capacitación y dotación de personal. En cada país estos estudios descriptivos podrían ser desarrollados localmente por los administradores de salud, siguiendo lineamientos generales preparados para tal efecto. Las instituciones de enseñanza pertenecientes a ALAESP y ASPH, en colaboración con los

ministerios de salud y con la cooperación de la OPS, podrían apoyar el desarrollo de las investigaciones en los aspectos conceptuales y metodológicos.

3. Deberían llevarse a cabo estudios evaluativos en los países de la Región, que permitan examinar y evaluar el impacto de los procesos de descentralización en la asignación de recursos, acceso, utilización, equidad, efectividad, eficiencia de los servicios de salud y la participación de la población.

4. En cada país se podrían constituir grupos de trabajo en los cuales estuvieran representadas las instituciones de enseñanza, los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social. ALAESP, ASPH y OPS podrían apoyar esos grupos de trabajo en el diseño y en las metodologías de investigación y en la evaluación y discusión de los resultados.

5. Además de los estudios descriptivos y evaluativos, deberían promoverse estudios analíticos comparativos entre países, con el fin de entender como se desarrollan los procesos de descentralización y cambio, y su relación con distintas formas de organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud, en distintos regímenes políticos de gobierno y estilos de desarrollo. Deberían examinarse una serie de factores y cómo estos podrían afectar a los servicios de salud en términos de equidad, eficacia, eficiencia y participación de la comunidad. Entre dichos factores se destacaron los siguientes:

- Infraestructura de los servicios de salud, recursos físicos y recursos humanos.
- Aspectos económico-financieros del sector salud, organización y métodos de financiamiento de los servicios.
- Aspectos económico-financieros externos al sector salud, desarrollo y condiciones económicas del país, política fiscal del gobierno y compromisos con agencias de crédito internacional.
- Recursos tecnológicos del sistema de servicios de salud, proceso de selección, utilización y evaluación de tecnologías, nivel y complejidad de la tecnología médica.
- Factores demográficos, estructura y distribución de la población, niveles educacionales, niveles socioeconómicos y grupos especiales de población.
- La situación de salud, mortalidad, morbilidad, niveles nutricionales, medio ambiente e indicadores sociomédicos.
- Factores políticos, identificación del liderazgo dentro y fuera del sector, organizaciones voluntarias y de masa existentes en el país, desarrollo de los movimientos sociales, estructura y organización política, concentración y distribución del poder y los procesos de democratización.

6. ALAESP, ASPH y OPS deberían promover la organización de reuniones de carácter nacional o subregional con la participación de instituciones de enseñanza de salud pública y administración de salud, ministerios de salud, instituciones de seguridad social y otros grupos interesados, para discutir aspectos metodológicos y de diseño así como líneas estratégicas de investigación en descentralización y fortalecimiento de los SILOS. A esas reuniones podrían asistir representantes de agencias de financiamiento a fin de que conozcan y se interesen en apoyar estos estudios.

Los resultados de estas reuniones deberían ser difundidos para su análisis y comentarios entre las instituciones docentes pertenecientes a ALAESP y ASPH. Las investigaciones nacionales deben realizarse con la activa participación de los responsables de la conducción y administración, así como de los líderes que actúan en los niveles locales. Dicha participación debe tener lugar en las etapas de formulación ejecución y evaluación.

7. ALAESP, ASPH y OPS deben apoyar el desarrollo de mecanismos para la publicación y diseminación de los resultados de las investigaciones, promoviendo la posibilidad de la realización de estudios comparativos interpaíses y cantidad de recursos financieros asignados al sector salud.

8. ALAESP, ASPH y OPS deberían realizar un esfuerzo conjunto para la identificación y movilización de recursos financieros externos, promoviendo la posibilidad de la realización de estudios comparativos interpaíses.

Muchas de estas investigaciones contribuirían al fortalecimiento de las actividades de enseñanza y de servicios de las instituciones docentes. Por ejemplo, el difundir los resultados entre los responsables de la administración de servicios a nivel nacional, intermedio y local permite validar los resultados e incrementar la capacidad de análisis y evaluación de opciones por parte de quienes deben tomar las decisiones. Por otra parte los docentes que participan en la investigación podrán incorporar directamente los resultados de la misma a sus actividades de enseñanza, a través de revisiones curriculares sistemáticas.

9. Otras actividades específicas que pueden fortalecer la capacidad docente en salud pública y administración de salud, incluyen la capacitación de personal de salud para el desempeño de nuevas funciones; la capacitación del cuerpo docente a través de cursos, seminarios y talleres con la participación de expertos en la materia; el desarrollo de programas vespertinos y nocturnos con el fin de facilitar a los profesionales que prestan servicios, su asistencia a programas de educación permanente y el desarrollo de programas de capacitación de servicios para los profesionales

de salud. Dichas actividades docentes deberían incluir capacitación en algunas áreas consideradas críticas para la administración de servicios, tales como el análisis de políticas públicas, planificación y administración estratégica, métodos y técnicas de predicción, métodos y técnicas para la negociación, nuevos enfoques en economía y financiamiento de salud, el proceso tecnológico, legislación sanitaria y nuevas dimensiones y usos de la epidemiología.

ALAESP, ASPH y OPS pueden apoyar estas actividades a través de reuniones para la revisión y desarrollo curricular y para la incorporación de nuevos métodos, técnicas y estrategias de enseñanza; las visitas, el intercambio y la capacitación específica de docentes, investigadores y alumnos, y la elaboración de módulos y material docente para ser utilizados en programas de educación permanente para los funcionarios de los servicios de salud.

10. Asimismo, deben realizarse esfuerzos para aumentar la comunicación y colaboración entre las instituciones de enseñanza a través de la creación de redes interinstitucionales con capítulos en áreas temáticas de importancia. ALAESP, ASPH y OPS pueden apoyar la formación y operación de estas redes y capítulos a través de la identificación de fuentes de financiamiento, apoyando la movilización de recursos nacionales y promoviendo la publicación y diseminación de información.

11. Las instituciones pertenecientes a ALAESP y ASPH deben continuar el apoyo a esta iniciativa. Esto podría facilitarse con la designación de un miembro del cuerpo docente como punto focal responsable de la comunicación y coordinación entre las escuelas. Dicho docente tendría reconocimiento formal y apoyo financiero de su institución por las actividades que realiza.
