

Tal situación, sumamente frecuente tras un lapso mediano de desarrollo en un sistema de servicios de salud, obedece fundamentalmente a dos factores. La estructuración del sistema de dirección ha progresado a una etapa más avanzada que requiere información más precisa y, sobre todo, mejor relacionada con las políticas, las estrategias, los objetivos y las metas de los programas de salud. Por otra parte, es difícil lograr la rápida integración de un sistema de información anteriormente autónomo en el Sistema Nacional Único de Salud.

De ahí se desprende la urgencia de realizar los ajustes que correspondan, de modo que haya mayor congruencia entre la producción del sistema de información y las necesidades del sistema de dirección. En esta tarea es importante el aporte que pueden brindar conjuntamente la OPS/OMS y el UNICEF, especialmente en lo que se refiere a la generación de información que permita evaluar el efecto de los programas en los indicadores de salud de la población.

Nicaragua como centro de referencia del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Los logros alcanzados por Nicaragua en materia de inmunización en solo seis años representan una experiencia valiosa que debe ser sistematizada, divulgada y aprovechada. Por ello la OPS/OMS, el UNICEF y el INCAP apoyan la propuesta de establecer en el país un centro de referencia en actividades relacionadas con el Programa Ampliado de Inmunizaciones y la cadena de frío.

El esfuerzo que se dedique a la materialización de esta iniciativa de cooperación interagencial redundará en beneficio del desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunopreventivas y otras que deban ser consideradas en el enfoque de vigilancia nacional e internacional.

T ECNOLOGIA EN SALUD MATERNOINFANTIL¹

El intenso dinamismo social, político y económico que caracteriza los tiempos presentes influye en la naturaleza y en los factores determinantes de los niveles de salud y bienestar del individuo. Es por ello que cada vez se hace sentir más la necesidad de definir y dirigir la atención de la salud con un enfoque epidemiológico que integre los aspectos biomédicos con los sociales y psicológicos. El programa de colaboración en el área de salud maternoinfantil iniciado en 1974 entre la OPS y la Fundación Kellogg pretende cumplir un plan de acción fundamentado en esta realidad.

¹ Versión condensada del informe final de la Reunión de proyectos de evaluación y desarrollo de tecnología en salud maternoinfantil, celebrada en Lima, Perú, del 24 de febrero al 7 de marzo de 1986. Las personas interesadas en obtener el documento completo pueden dirigirse a Organización Panamericana de la Salud, Salud Maternoinfantil (HPM), 525 Twenty-third St., NW, Washington, DC 20037, EUA.

En enero de 1985 ambas instituciones acordaron establecer el Programa Regional de Apoyo al Desarrollo de la Salud Maternoinfantil y Familiar, cuyo objetivo global era acelerar la mejora de las condiciones de salud de madres y niños en América Latina por medio de la movilización de recursos humanos y el uso de tecnologías adecuadas a sus necesidades.

Campos de actuación

El plan de acción del Programa se estableció en una reunión que tuvo lugar en Río de Janeiro, Brasil, en mayo de 1985, con la participación de representantes de la mayoría de los programas de atención maternoinfantil y del Programa Regional de Adiestramiento Avanzado en Administración de Servicios de Salud (PROASAS). Se acordó trabajar en tres frentes interconexos. El primero de ellos atendería el apoyo a una extensa red de proyectos en proceso de desarrollo o ya desarrollados en países de la Región, como infraestructura para el trabajo coordinado en los países o entre países. El segundo abarcaría el ámbito de los recursos humanos, con su consiguiente desarrollo y formación permanente. Por último, el tercer frente de actuación integraría el desarrollo y evaluación de las tecnologías de salud para la atención maternoinfantil. Dentro de esta última línea de trabajo se diseñaron proyectos de investigación en seis campos que se consideran básicos para la salud de la madre y el niño: tecnología en la atención prenatal; tecnología en la atención del parto; tecnología en la atención neonatal; tecnología en la atención del crecimiento y desarrollo; estilos de vida y sistemas culturales en relación con la salud maternoinfantil, e innovaciones y política tecnológica en la atención de la salud.

Posteriormente, en octubre del mismo año se llevó a cabo una reunión de los grupos de trabajo sobre estilos de vida y sistemas culturales y sobre innovación y política tecnológica en Santiago, Chile, donde se definieron líneas prioritarias de actuación en estos dos campos.

Estilos de vida y sistemas culturales. Las deliberaciones de este grupo de trabajo se concretaron en el establecimiento de un marco de referencia que sirviera de fundamento para definir los proyectos de desarrollo tecnológico en ese ámbito. En dicho marco de referencia se destaca la vinculación entre los estilos de vida individuales y colectivos y la salud. Se definen los estilos de vida como pautas de comportamiento regulares y sostenidas de grupos de individuos a lo largo de períodos de tiempo prolongados.

El modelo de estilos de vida se basa en dos supuestos: 1) el mejoramiento del estado de salud de una población no se logra solo con la aceptación y la utilización de tecnologías médicas científicas, sino que es necesario integrar en el análisis de los problemas de salud factores

políticos, económicos y culturales, y 2) la adopción de tecnologías de salud originadas en los países desarrollados determina la coexistencia de diversos estilos de vida y patrones de comportamiento en relación a la salud.

Para el análisis de los estilos de vida y su relación con la salud y la tecnología de salud se propuso un modelo tridimensional que comprende las dimensiones político-económica, sociocultural e individual-familiar. La dimensión político-económica se refiere a las orientaciones políticas de un país determinado que se reflejan en el modelo de desarrollo socioeconómico adoptado. La dimensión cultural se relaciona con la inserción de tecnología extranjera, según sean las opciones socioeconómicas, en un sistema cultural heterogéneo, donde coexisten elementos tradicionales y modernos. Por último, la dimensión individual-familiar se refiere a la influencia que tienen las conductas de las personas y familias en las decisiones que adopten, que a su vez están condicionadas por determinantes económicos y culturales.

Este modelo tridimensional ensancha el concepto del modelo epidemiológico clásico al establecer que la conducta de la persona depende de su contexto individual-familiar y de sus relaciones con el entorno macrosocial y cultural. La prevalencia de muchas enfermedades está asociada a pautas de conductas de riesgo para la salud determinadas por ciertos estilos de vida, en los que influyen elementos de carácter sociocultural, político y económico. El estilo de vida no constituye una opción; es condicionado por ciertas situaciones, especialmente en América Latina, donde cerca de 20 a 30% de la población vive en extrema pobreza.

Las áreas de análisis elegidas por el grupo de trabajo fueron: los factores de riesgo que determinan los comportamientos de los adolescentes; el comportamiento de la población en la búsqueda de salud; el comportamiento de los equipos de salud, y los problemas del abuso del menor. Para cada tema se definió el problema, los objetivos y la metodología empleada, siempre tomando como base la matriz tridimensional para establecer la relación de factores asociados y determinantes.

Innovaciones y política tecnológica. El marco conceptual que utilizó el grupo de trabajo contiene dos dimensiones básicas: el proceso de desarrollo de políticas de salud y el proceso de desarrollo tecnológico, y una tercera que varía de acuerdo con el grupo poblacional, que en este caso está constituido por los grupos beneficiarios de la atención materno-infantil.

El proceso de desarrollo de políticas comprende varios modelos de análisis, cuyo objetivo común es el descubrimiento de la estructura íntima y esencial del proceso de formulación de políticas. Esta dimensión abre nuevas posibilidades de investigación en el campo de la salud, tales como la relación entre políticas, el proceso legislativo, el ordenamiento jurídico y la aplicación y los efectos de la legislación.

Para la dimensión relativa al proceso de desarrollo tecnológico se proponen modelos microtecnológicos, macrotecnológicos e intermedios. En los modelos microtecnológicos la unidad de observación es una tecnología o función tecnológica que permite describir y analizar problemas específicos de una tecnología o de una mezcla tecnológica

definida. Los modelos intermedios son útiles cuando se cuenta con información suficiente para no perder la perspectiva global y los temas por tratar todavía son relativamente definidos y específicos. La principal limitación de ambos modelos reside en la dificultad que tienen para acomodar múltiples variables que interactúan en dimensiones diferentes y, por lo tanto, se ajustan mejor al modelo macrotecnológico, pasando necesariamente por el análisis de las políticas públicas.

En la tercera dimensión, relativa al proceso materno-infantil, se identifican las intervenciones tecnológicas del sector salud más apropiadas para el control de las principales causas de morbilidad y mortalidad del grupo.

Las áreas de análisis que eligió el grupo de trabajo fueron: la cobertura de beneficios y su relación con el acceso a los servicios de salud y la utilización de la tecnología; el contenido y las tendencias de la legislación sobre familias y niños; las relaciones entre el conocimiento científico sobre la supervivencia infantil, la estructura normativa, los procesos de enseñanza y la práctica de la atención, y por último, los sistemas de información, planificación y presupuesto y su influencia en la difusión de la tecnología para la atención de grupos de alto riesgo.

Proyectos de innovación y desarrollo en salud materno-infantil

De febrero a marzo de 1986, se celebró una segunda reunión del taller de diseño de proyectos de innovación y desarrollo tecnológico. Esta vez tuvo lugar en Lima, Perú, y acogió a 71 profesionales de diferentes países que establecieron cuatro líneas de trabajo prioritario en los campos de estilos de vida y sistemas culturales y otras cuatro líneas en el área de innovación y políticas tecnológicas en salud materno-infantil. Su aspiración era avanzar en la definición de proyectos que reunieran las condiciones para propiciar la promoción y movilización de recursos financieros. Los 14 proyectos diseñados, que se reseñan a continuación, presentaban un alto potencial en el logro de este objetivo y eran de naturaleza colaborativa:

- 1 La transición del niño al adulto: transculturación y conductas de riesgo juvenil en América Latina.
- 2 Estudio sobre la etiología psicosocial y familiar del abuso del menor de 0 a 14 años: análisis comparativo en tres países.
- 3 La familia en el proceso de búsqueda de la salud y su comportamiento frente a programas de salud materno-infantil.
- 4 Necesidades en salud materno-infantil sentidas por poblaciones urbanas marginadas de América Latina y sus comportamientos en la búsqueda de salud.

5	Necesidades insatisfechas de atención maternoinfantil.
6	Evaluación de técnicas para la modificación del comportamiento del personal de servicios de salud ante situaciones de crisis psicosocial.
7	Intervenciones innovadoras para modificar el comportamiento del personal de salud.
8	Características y factores que determinan el acceso de la población maternoinfantil a los sistemas de prestación de servicios de salud.
9	Política y legislación relativas a la tecnología en servicios de salud: su repercusión y eficacia en el área maternoinfantil.
10	Política y legislación relativas a la tecnología en servicios de salud: su repercusión y eficacia en la protección del menor.
11	Repercusión de la política y la legislación de protección de la adolescente en la concepción: embarazo y destino del recién nacido.
12	Utilización del conocimiento científico y tecnológico en el control de la salud del niño menor de dos años: factores limitantes y favorecedores.
13	Modelos para la asignación de recursos humanos y tecnológicos en la salud perinatal.
14	Regímenes de salud y políticas públicas: un estudio comparativo en salud maternoinfantil (1940-1985).

Los dos primeros proyectos enfocan aspectos de comportamiento y están dirigidos a describir y explicar la relación entre conductas y riesgos en salud. El segundo grupo de proyectos (3 al 7) se centra en la interacción entre la comunidad en busca de acceso a los servicios y el personal que presta la atención. El proyecto 8 se orienta hacia el nivel de comportamiento institucional y se concentra en el campo de las políticas para enfocar la interacción entre necesidades, demanda y oferta. Los proyectos 9 al 11 conforman otro grupo; en este caso, de evaluación de la repercusión de políticas específicas. Dos de estos proyectos se refieren a efectos en grupos de alto riesgo, como son los menores y los recién nacidos. El proyecto 12 abre otra categoría de análisis, que sigue el proceso de transformación del conocimiento en acciones y en resultados de salud. Este proyecto también se centra en menores. Finalmente, el proyecto 13 enfoca las decisiones clave de asignación de recursos humanos y de tecnología tomando como apertura la salud perinatal, mientras que el último, el más integral, propone un análisis histórico y comparativo de la relación entre regímenes políticos, políticas públicas y salud maternoinfantil.

Este conjunto de proyectos cubre los puntos críticos de intervención y la gama de decisiones desde el nivel del cuidado de la salud y la responsabilidad social, pasando por las decisiones de

innovación que corresponden a los servicios de salud, hasta el papel que les incumbe a los ministerios de salud y a otros sectores responsables de la política pública.

Desde el punto de vista de perspectivas, se espera que los proyectos de salud materno-infantil contribuyan a la comunicación, diseminación de conocimientos e intercambio de información y experiencias, e inclusive se coordinen para la programación y el desarrollo de trabajos colaborativos y complementarios. Por último, debe destacarse que los trabajos o protocolos propuestos representan una oportunidad única para iniciar el proceso de integración de los aspectos psicosociales en el cuidado de la salud y para optimar tanto el factor político como la toma de decisiones en la programación de los servicios.

Acuerdo entre el Ministro de Cooperación para el Desarrollo, Países Bajos, y la OPS

En virtud del acuerdo firmado el 1 de abril de 1986, el Gobierno de los Países Bajos contribuirá 50 millones de florines y los servicios de un perito en medicamentos esenciales en apoyo al Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. La OPS administrará los fondos, que se entregarán durante un período de cinco años, y aportará los servicios de personal técnico que cooperará con las autoridades de los países (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) en la ejecución de las actividades seleccionadas. Estas se concretarán sobre todo en fortalecer la acción solidaria de los países de la subregión a través de las prioridades establecidas: 1) organización de un fondo rotatorio para la adquisición de un número limitado de medicamentos esenciales; 2) desarrollo de un sistema de mantenimiento de equipo e instalaciones de los servicios de salud, y 3) ubicación en Costa Rica de un programa de servicios de salud en beneficio de los refugiados de Centroamérica. Los ministerios de salud de los países asignarán a funcionarios nacionales la responsabilidad de implantar esas actividades en colaboración con la Unidad de Análisis y Planificación Estratégica de la OPS. Los proyectos deberán responder a las necesidades de las poblaciones y acentuar la atención a los grupos de alto riesgo.