

Los Sistemas Locales de Salud

Conceptos – Métodos – Experiencias

Editores:

José María Paganini
Roberto Capote Mir



Publicación Científica No. 519

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1990

ISBN 92 75 31519 1

© Organización Panamericana de la Salud, 1990

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización del Servicio Editorial, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Prólogo	<i>vii</i>
Colaboradores	<i>ix</i>
Introducción	<i>xiii</i>
Plan de la obra	<i>xv</i>

PRIMERA PARTE

CONCEPTOS Y METODOS

CAPITULO I. EL CONTEXTO

Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud — <i>OPS/OMS, Documento CD33/14, Washington, D.C., 15 de agosto de 1988</i>	5
Importancia de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud — <i>Eugenio Vilaça Méndes</i>	21
Participación social y sistemas locales de salud — <i>Gustavo de Roux, Duncan Pedersen, Pedro Pons y Horacio Pracilio</i>	28
Sistemas locales de salud: Un nuevo modelo de atención — <i>José María Paganini</i>	50

CAPITULO II. DESCENTRALIZACION

Descentralización de los sistemas de salud: El estado y la salud — <i>Oscar Oszlak, Horacio Boneo, Ana García de Fanelli y Juan José Llovet</i>	59
Descentralización y sistemas locales de salud: Una contribución a la unidad de doctrina — <i>David Tejada de Rivero</i>	82
Sistemas locales de salud: Revisión conceptual jurídica — <i>Hernán Fuenzalida Puelma</i>	91
Los sistemas locales de salud y la descentralización: Su operacionalización — <i>Fernando S. Antezana A.</i>	110

CAPITULO III. ORGANIZACION, CONDUCCION Y GERENCIA

Sistemas locales de salud: Organización, regionalización, principios generales — <i>Roberto E. Capote Mir</i>	117
Bases para la organización de los sistemas locales de salud — <i>Hugo Villar</i>	136
Sistemas locales de salud: Un medio para la regionalización de los servicios de salud — <i>Humberto de Moraes Novaes y Roberto E. Capote Mir</i>	147
Reflexiones en torno a la conducción y gerencia de los sistemas locales de salud — <i>Juan José Barrenechea</i>	159
La capacidad gerencial en el proceso de desarrollo de los sistemas locales de salud — <i>Miguel Segovia, Pedro Escudero Alvarado, Eduardo Carrillo, José María Marín, Germán Perdomo, Diego Victoria, J. A. Casanova, José C. Dávila, Augusta Dianderas, Mauricio Vargas Fuentes, Pablo Isaza, Roberto Lara Ponte, Carlos C. Quiroga, Carmen M. Romero y Patricio Yépez</i>	203

La epidemiología y la organización de los sistemas de salud — <i>Pedro Luis Castellanos</i>	212
El sistema de información en los SILOS: Propuesta para su desarrollo — <i>Carol Lewis, Santiago Dalto, Jorge Isaacs, José Fiusa Lima, José María Marín, Ezequiel Paz y María M. Segarra</i>	220
Información basada en la comunidad: Métodos no convencionales — <i>Myriam Gersenovic</i>	241
El subsistema de personal en los sistemas locales de salud — <i>Yolanda Arango</i>	247
Desarrollo de la fuerza de trabajo para los sistemas locales de salud — <i>Jorge Haddad, Carlos Linger, José Paranaguá Santana y José Rodríguez Domínguez</i>	260
El hospital en los sistemas locales de salud — <i>David Tejada Pardo</i>	278
La dirección del hospital: Necesidades de formación — <i>Hugo Villar</i>	287
La salud en las grandes ciudades y los sistemas locales de salud — <i>José María Paganini</i>	294

CAPITULO IV. PROGRAMACION Y PLANIFICACION

Programación en los sistemas locales de salud — <i>José María Paganini</i>	303
Bases para la programación en los sistemas locales de salud — <i>Humberto Jaime Alarid</i>	314
Contribución al análisis situacional y a la programación en los sistemas locales de salud — <i>Néstor Rodríguez Campoamor</i>	321
Aspectos generales de la programación local — <i>Luis Loyola</i>	333
Consideraciones conceptuales y metodológicas sobre la programación local en los sistemas locales de salud — <i>Daniel López Acuña y Arturo Romero</i>	337
La planificación situacional en los sistemas locales de salud — <i>Sonia Obregón y Leonardo Montilva</i>	349
La programación local de salud y necesidad de un enfoque estratégico — <i>Francisco Javier Uribe Rivera</i>	407
La red de servicios en los sistemas locales de salud: Programación y diseño — <i>Tabaré González Vásquez, Santiago Horjales y Hugo Villar</i>	419

CAPITULO V. INVESTIGACION Y EVALUACION

La investigación de servicios de salud: Problemas actuales — <i>Abraam Sonis</i>	443
Investigación y sistemas locales de salud — <i>Adolfo H. Chorny, Lilia Durán González, Moisés Goldbaum, Germán E. González y Saúl M. Rossi</i>	450
Guía para una estrategia de evaluación y garantía de calidad de los sistemas de atención de salud — <i>Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1988</i>	455
Evaluación de los sistemas locales de salud — <i>Néstor Rodríguez Campoamor</i>	463
Sistemas locales de salud: Control y evaluación — <i>Roberto E. Capote Mir</i>	468

CAPITULO VI. LOS SILOS Y LOS PROGRAMAS DE SALUD

Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud — <i>José María Paganini</i>	483
Los sistemas locales de salud y el control del crecimiento y desarrollo del niño — <i>Marcos Cusminsky</i>	486

Los sistemas locales de salud y el control de enfermedades diarreicas en el niño — <i>Melba Franky de Borrero y Juan José Urrutia</i>	493
Los sistemas locales de salud y la salud del adulto — <i>Helena Restrepo, Alicia Amate, Elías Anzola Pérez, Itzhak Levav y Eric Nicholls</i>	497
Los sistemas locales de salud y la salud ambiental — <i>Augusta Dianderas</i>	512
Los sistemas locales de salud y la alimentación y nutrición — <i>Carlos H. Daza</i>	515
Los sistemas locales de salud y los preparativos para situaciones de desastres y emergencias — <i>Propicio Caldas y José Luis Zeballos</i>	523
Prevención y control de enfermedades transmisibles en los sistemas locales de salud — <i>F. J. López Antuñano y H. Cárdenas Gutiérrez</i>	528
Los medicamentos en los sistemas locales de salud — <i>Rosario D'Alessio</i>	533
El laboratorio en los sistemas locales de salud — <i>Virgilio Escutia, Jr.</i>	561
La infraestructura física y el equipamiento de los SILOS: Mantenimiento y conservación — <i>Angel Viladegut</i>	566
La salud oral; un componente de los sistemas locales de salud — <i>George Gillespie y Patricio Yépez</i>	576

SEGUNDA PARTE

EXPERIENCIAS

El sistema de salud y el proceso de programación local en la provincia del Neuquén, República Argentina — <i>Horacio Lores</i>	591
El plan de salud "Dr. Ramón Carrillo" en la provincia de Salta, República Argentina — <i>Enrique Tanoni</i>	600
Sistemas locales de salud en la República de Bolivia — <i>Ramón Granado y Gustavo Mora</i>	617
Los sistemas locales de salud en Brasil: Relato de experiencias — <i>Celia María de Almeida</i>	625
Sistemas locales de salud en la provincia de Quebec, Canadá — <i>Ministerio de Salud de Quebec, Canadá</i>	636
Desarrollo de los sistemas locales de salud mediante los procesos de programación local y desconcentración administrativa de los servicios de salud en Costa Rica — <i>Ministerio de Salud de la República de Costa Rica</i>	650
Experiencia de programación a nivel nacional y local en la República de Cuba — <i>Ministerio de Salud Pública, Cuba</i>	656
La programación local en El Salvador — <i>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador</i>	668
Los SILOS en áreas urbanas de México: La programación local en Palmititla, Región I Norte del Distrito Federal — <i>Humberto Jaime Alarid y Alfonso López González</i>	699
El desarrollo de los SILOS en Nicaragua: El sistema territorial de salud, Zona 10, Managua — <i>Isabel Green Casaya, Iván Kauffman Morales, Guillermo Martínez, Roberto López y José A. Pagés</i>	719
Los sistemas locales de salud en Paraguay: Experiencia de programación local — <i>Jorge Eduardo Isaacs Urquhart</i>	730
Experiencias de programación local en el Perú — <i>Enrique Rubin de Celis Talavera</i>	734

PROLOGO

Recientemente, en septiembre de 1988, la Organización Panamericana de la Salud recibió el mandato de sus Cuerpos Directivos* de reforzar las actividades de cooperación técnica a los países miembros, para movilizar los recursos en la transformación de los sistemas nacionales de salud en base al desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS).

Este mandato surge luego que los países de la Región, al evaluar los logros obtenidos para llegar a la meta de salud para todos en el año 2000, concluyeron en la necesidad urgente de acelerar este proceso orientado a otorgar mayor prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud.

Al definir esta prioridad los países han aceptado, también, que esta nueva responsabilidad está enmarcada dentro de una de las mayores crisis económicas que conozca la historia de la Región, por lo que resulta imperioso encontrar nuevos y mejores caminos para el uso de los escasos recursos no siempre bien utilizados, y para hacer realidad la tan ansiada democratización y la paz entre los pueblos, en donde la salud puede y debe tener un rol protagonista indiscutible.

Dentro de este contexto hemos podido observar en los últimos años una activa y decidida acción de los gobiernos y pueblos de las Américas, al dedicarse concretamente a hacer realidad las políticas y planes definidos hacia la justicia social y el bienestar para todos.

El contenido de la presente publicación es una clara expresión de esta realidad. No sólo por su extensión, de por sí importante, sino por la demostración de la vasta experiencia ya acumulada en la Región.

No fue fácil hacer la selección final de todos los artículos disponibles. Lo que aquí se presenta es solo una parte de lo que está sucediendo hoy en nuestra Región, que desde nuestro punto de vista es de gran trascendencia.

En respuesta a la responsabilidad otorgada a la Oficina por sus Cuerpos Directivos, hemos tratado de recopilar y resumir algunas de estas experiencias en marcha. Esperamos que los contenidos presentados sean de utilidad, tanto para estudiosos de los servicios de salud, para los que están actualmente definiendo políticas y estrategias, así como para los ejecutores y evaluadores de las acciones de salud.

Es nuestro interés que el debate y reflexión que produzca esta publicación, permita continuar y acelerar las actividades para lograr salud y bienestar en nuestros pueblos.

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Director

*Resolución XV, de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo aprobada en la Décima Sesión Plenaria, 30 septiembre 1988.



COLABORADORES

- ALMEIDA, Celia M. de: brasileña, médico, profesora de Planificación y Administración de servicios de salud, Escuela de Salud Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil. Master en Salud Pública.
- AMATE, Alicia: argentina, médico, asesora regional en Rehabilitación en el Programa de Atención al Adulto, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- ANTEZANA, Fernando: boliviano, médico, asesor del programa de Medicamentos Esenciales. Organización Mundial de la Salud.
- ANZOLA PEREZ, Elías: venezolano, médico, asesor regional en Atención de la Salud de los Ancianos. Programa de Salud del Adulto, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- ARANGO DE BEDOYA, Yolanda: colombiana, enfermera, profesora e investigadora de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Master en Salud Pública.
- BARRENECHEA, Juan José: boliviano, médico, planificador de salud. Ex Director de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires. Ex Jefe de Planificación Estratégica, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- BONEO, Horacio: argentino, médico, investigador, asesor del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- CALDAS, Propicio: brasileño, médico, asesor en Organización de Servicios de Salud, Representación OPS/Brasil. Ex Secretario de Salud Estadual.
- CAPOTE MIR, Roberto E.: cubano, médico, profesor e investigador titular, asesor regional del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Candidato a Doctor en Ciencias Médicas.
- CARDENAS GUTIERREZ, Hernando: colombiano, médico, asesor regional en Malaria. Programa de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Salud Pública y Epidemiología.
- CARRILLO, Eduardo: costarricense, administrador, asesor interpaís en Desarrollo Administrativo, Barbados, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Administración de Empresas.
- CASANOVA, Juan: argentino, médico. Ex Subsecretario de Salud, Argentina. Master en Salud Pública.
- CASTAÑO QUIROGA, Carlos: colombiano, médico, asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, especialista en Administración de Salud Pública.
- CASTELLANOS, Pedro Luis: venezolano, médico, asesor de país en Epidemiología, República Dominicana. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Salud Pública y Epidemiología.
- CUSMINSKY, Marcos: argentino, médico, Director del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra", La Plata, Argentina.
- CHORNY, Adolfo, brasileño, físico-matemático, profesor de Planificación de la Escuela de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- D'ALESSIO, Rosario: venezolana, farmacóloga, asesora temporal para el Programa de Medicamentos Esenciales. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- DALTO, Santiago: argentino, sociólogo, responsable de Investigaciones Aplicadas y Documentación, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, Buenos Aires, Argentina.
- DAVILA, José: colombiano, administrador público, Administrador del Hospital docente de la Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, Master en Ingeniería Industrial.
- DAZA, Carlos H.: colombiano, médico, coordinador del Programa de Alimentación y Nutrición, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- DE ROUX, Gustavo: colombiano, ingeniero agrónomo, sociólogo y antropólogo, profesor e investigador de la Universidad de Cali, Colombia.
- DIANDERAS, Augusta: peruana, ingeniero sanitario. Asesora del Banco Mundial. Ex asesora Regional de Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- DURAN, Lilia: mexicana, socióloga, investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- ESCUADERO ALVARADO, Pedro: chileno, médico. Director de la región sud-oriental metropolitana, Santiago de Chile.
- ESCUTIA Jr., Virgilio: estadounidense, asesor regional en Laboratorios, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, ex docente de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Texas, E.U.A., Doctor en Salud Pública.
- FRANKY DE BORRERO, Melba: colombiana, médico. Directora de la Secretaría de Salud Pública, Cali, Colombia. Master en Salud Pública.
- FUENZALIDA, Hernán: chileno, abogado. Jefe de la Oficina de Asuntos Jurídicos de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Ex asesor legal del IICA.
- GARCIA DE FANELLI, Ana: argentina, investigadora, asesora temporal de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- GERSENOVIC, Myriam: argentina, médico, asesora regional sobre Clasificación Internacional de Enfermedades. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- GILLESPIE, George: británico, odontólogo, asesor regional en Salud Oral, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- GOLDBAUM, Moisés: brasileño, médico, asesor de país en Investigación de Servicios de Salud, Brasil, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- GONZALEZ, Germán E: colombiano, médico, profesor e investigador de la Universidad de Medellín. Master en Salud Pública.
- GONZALEZ, Tabaré: uruguayo, médico, Director Asistente del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Especialista en Medicina Intensiva y en Organización de Servicios de Salud.
- GRANADO, Ramón: cubano, médico, asesor temporal

del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, La Paz, Bolivia. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

GREEN CASAYA, Isabel: nicaragüense, médico, Directora de Planificación de la Región III, Managua, Nicaragua. Master en Administración de Salud.

HADDAD, Jorge: hondureño, médico, asesor regional del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Ex Decano de la Facultad de Medicina, Honduras.

HORJALES, Santiago: uruguayo, arquitecto, asesor del Hospital de Clínicas y profesor de la Facultad de Arquitectura, Universidad de la República de Montevideo.

ISAACS URQUHART, Jorge: colombiano, economista, asesor del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Asunción, Paraguay, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

ISAZA, Pablo: colombiano, médico. Representante de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, México. Master en Planificación de Salud.

JAIME ALARID, Humberto: mexicano, médico, asesor de país Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Venezuela.

KAUFFMANN MORALES, Iván: nicaragüense, licenciado. Coordinador de la investigación sobre sistemas territoriales. Dirección de Planificación Regional, Managua, Nicaragua.

LARA PONTE, Roberto: mexicano, médico. Director de la División de Descentralización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social, México.

LEVAV, Itzhak: argentino, asesor regional en Salud Mental. Programa de Salud del Adulto. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

LEWIS, Carol: estadounidense, bachiller en Registros Médicos, ex asesora en Registros Médicos. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Registros Médicos.

LIMA, José Fiusa: brasileño, médico, profesor adjunto en la Universidad de Brasilia, Brasil. Master en Epidemiología.

LINGER, Carlos: argentino, médico. Representante Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, en Nicaragua. Master en Salud Pública.

LOPEZ ACUÑA, Daniel: mexicano, médico, epidemiólogo. Analista de Programas y Políticas. Programa de Análisis y Programación Estratégica, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

LOPEZ ANTUÑANO, Francisco: mexicano, médico, epidemiólogo. Coordinador del Programa de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

LOPEZ GONZALEZ, Alfonso: mexicano, médico, funcionario de la Secretaría de Salud, México.

LOPEZ, Roberto: nicaragüense, médico, funcionario de Planificación de Salud Región III, Managua, Nicaragua.

LORES, Horacio: argentino, médico, ex Secretario de Salud de la Provincia de Neuquén. Funcionario de Organización de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de la República Argentina.

LOYOLA, Luis: argentino, médico. Representante de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en Honduras. Master en Salud Pública y Planificación.

LLOVET, Juan José: argentino, investigador, asesor tem-

poral Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

MARIN, José María: español, administrador, asesor interpaís, Guatemala. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

MARTINEZ, Guillermo: nicaragüense, médico, funcionario de Planificación de Salud de la Región III, Managua, Nicaragua.

MENDES, Eugenio Vilaça: brasileño, odontólogo, asesor de país, jefe del Área de Infraestructura. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en Brasil. Ex Secretario de Salud del Estado de Minas Gerais, Brasil.

MORA, Gustavo: colombiano, médico, representante de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, en Chile. Master en Salud Pública.

MONTILVA, Leonardo: venezolano, investigador, asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

NICHOLS, Erick: canadiense, médico, asesor regional en Enfermedades Crónicas, Programa de Salud del Adulto, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Salud Pública y Epidemiología.

NOVAES, Humberto de Moraes: brasileño, médico, asesor regional en Administración de Hospitales. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Doctor en Salud Pública y Administración Hospitalaria.

OBREGON, Sonia: venezolana, economista, asesora temporal de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

OZLAK, Oscar: argentino, economista, asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

PAGANINI, José María: argentino, médico, Coordinador del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Ex docente de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina de la Plata, Argentina. Master en Salud Pública y Administración de Servicios de Salud.

PAGES, José Antonio: cubano, médico, asesor de país, Managua, Nicaragua. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Administración de Salud.

PARANAGUA, José: brasileño, médico, asesor de país en el área de Infraestructura, Brasil. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

PAZ, Ezequiel: argentino, médico, asesor regional en Organización de Servicios de Salud, México, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Salud Pública y Planificación.

PEDERSEN, Duncan: argentino, médico antropólogo, funcionario de la International Development Research of Canada (IDRC), ex asesor de país de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

PERDOMO, Germán: colombiano, médico. Secretario General del Ministerio de Salud en Colombia. Master en Salud Pública.

PONS, Pedro: cubano, médico. Sub director del Policlínico Plaza de la Revolución. Especialista en Medicina Familiar Integral.

PRACILIO, Horacio: argentino, médico. Director de Planificación del Ministerio de Salud. Profesor de Salud y Sociedad en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Master en Planificación.

RESTREPO, Helena: colombiana, médico. Coordinadora del Programa de Salud del Adulto, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Salud Pública y Epidemiología.

RICE, Marilyn: estadounidense. Asesora Regional en Educación para la Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Educación para la Salud.

RODRIGUEZ CAMPOAMOR, Néstor: argentino, médico. Ex Subsecretario de Salud del Ministerio de Bienestar Social de la República Argentina. Ex Coordinador del Programa de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Planificación de Salud.

RODRIGUEZ DOMINGUEZ, José: mexicano, médico. Director de Servicios de Coordinados del Estado de Veracruz. Ex Director de la Escuela de Salud Pública. Master en Salud Pública.

ROMERO, Arturo: colombiano, médico, ex asesor regional de Epidemiología de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Epidemiología.

ROMERO, Carmen: costarricense, Licenciada en Investigación Social. Consultora del Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). Master en Teoría del Estado y Políticas Públicas.

ROSSI, Saúl: argentino, médico, profesor de la Escuela de Salud Pública, Buenos Aires, Argentina.

RUBIN DE CELIS, Enrique: peruano, médico. Ex consultor en Planificación de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Planificación de Salud.

SEGARRA, María Mercedes: portorriqueña. Asesora Regional en Registros Médicos. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Salud Pública.

SEGOVIA, Miguel: costarricense, abogado y administrador, asesor regional en Administración. Programa Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Master en Administración y en Salud Pública.

SONIS, Abraam: argentino, médico, profesor e investigador. Ex Director de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Ex Director de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, Argentina. Master en Administración Hospitalaria.

TANONI, Enrique: argentino, médico, asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

TEJADA de RIVERO, David: peruano, médico. Ministro de Salud en el Perú. Ex Director Asociado de la Organización Mundial de la Salud.

TEJADA PARDO, David: peruano, economista, asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

URIBE, Francisco Javier: colombiano, médico, investigador, asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

URRUTIA, Juan José: guatemalteco, asesor regional en Control de Enfermedades Diarreicas, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

VARGAS FUENTES, Mauricio: costarricense, médico. Director del curso de Salud Pública del Instituto Centroamericano de Administración Pública.

VICTORIA, Diego: colombiano, ingeniero civil, administrador, asesor de país en Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

VILADEGUT, Angel: peruano, ingeniero mecánico-electricista, asesor regional Mantenimiento de Hospitales. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

VILLAR, Hugo: uruguayo, médico, Director del Hospital de Clínicas de Montevideo, Universidad de la República. Master en Administración Hospitalaria.

YEPEZ, Patricio: ecuatoriano, odontólogo, asesor regional en Salud Oral, Caracas, Venezuela. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

ZEBALLOS, José Luis: boliviano, asesor regional en Preparativos para las Emergencias y Desastres. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

INTRODUCCION

En la Región de las Américas se han trazado, en los últimos treinta años, orientaciones generales dirigidas a perfeccionar el sector salud. Estas orientaciones tuvieron su inicio en la Reunión de Presidentes en Punta del Este, de cuyo seno salió la Carta del mismo nombre. En ella se consideraba, específicamente, un Plan Decenal de Salud para la década del 60, definiéndose a la salud no solo "como objeto sino como sujeto del desarrollo". Esta declaración global pone al sector salud en un plano de importancia como generador de bienestar y desarrollo social.

Paralelamente a esta definición conceptual y política, aparece la propuesta del fortalecimiento de los procesos de planificación de salud que tiene su expresión concreta en el desarrollo de la metodología de planificación elaborada por el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En esta propuesta se incorpora el concepto de la apertura programática a nivel local, aunque con importante participación e influencia de los niveles centrales.

Posteriormente, las ideas vertidas en el Plan de los 60, fueron ampliadas y desarrolladas en el segundo Plan Decenal de Salud para las Américas para la década del 70, el cual fue refrendado por los Ministerios de Salud de la Región.

Este Plan Decenal se caracterizó por concretar la definición de las metas regionales y poner énfasis en la necesidad de la extensión de cobertura de los servicios de salud para una población sin servicios, que se estimaba en esos momentos como en un tercio de la población total.

A pesar de todos estos intentos y preocupaciones por la salud pública, los avances logrados fueron mínimos.

Casi al finalizar la década del 70 se comienza a definir un nuevo enfoque doctrinario el cual parte de la declaración de la meta de salud para todos en el año 2000 (SPT-2000), en 1977 y la estrategia de atención primaria (APS), en 1978.

La estrategia de atención primaria afirma que la salud "es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud".

También se reitera en "el derecho y el deber del pueblo de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud y en la obligación de los gobiernos de cuidar la salud de sus pueblos".

A partir de 1978, la estrategia de atención primaria es la que marca las características principales de las definiciones de políticas de salud, así como las estrategias fundamentales del desarrollo de los servicios de salud. Se desarrollan, así, los conceptos de equidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; la necesidad del desarrollo intersectorial; la participación social; la tecnología apropiada y la investigación.

Los documentos de las Estrategias Regionales para la década del 80, así como los del Plan de Acción para la instrumentación de estas estrategias, elaborados en 1980 y 1982, respectivamente, indican, también, los problemas que todavía persisten, así como las propuestas de acción para resolverlos. En el primero de ellos se afirma que "si bien la reorganización sectorial ha sido un aspecto dominante del decenio de los 70, su repercusión no se ha infiltrado en el sistema nacional de atención de salud en el grado previsto y todavía existe una falta evidente de coordinación dentro del sector y entre éste y los otros sectores del desarrollo".

También, en el tema de la participación social se dice que "si bien la mayoría de los países reconocen la importancia de la función de la comunidad en la atención de la salud, se han establecido muy pocas políticas y estructuras apropiadas para incorporar la participación de la comunidad en el proceso de adopción de decisiones del sector".

En materia de financiamiento del sector salud se sostiene que "el financiamiento del gasto de operación del sector salud no ha avanzado al mismo ritmo que el del desarrollo de la capacidad instalada, ni ha contribuido a la redistribución del ingreso nacional. Se han establecido muy pocos sistemas con el fin de aprovechar al máximo la asignación de recursos disponibles en relación con las necesidades de salud de los grupos prioritarios y la distribución geográfica de los usuarios de los servicios".

También se afirma, en la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, que "los

avances logrados por los países de la Región en la consecución de las metas fueron en general, inferiores a lo esperado, lo que puede explicarse, en parte, por los distintos niveles de su desarrollo socioeconómico”, y que “el desarrollo del sector salud está tomando más tiempo que el previsto. En algunos países todavía se plantean serios problemas de organización, de gestión y administración y deberá concederse prioridad a la mejor planificación del sector y a la adopción de medidas tendientes al fortalecimiento de la articulación intersectorial” y se concluye: “El sector salud deberá mejorar su capacidad para influir y coordinarse con los otros sectores del desarrollo”.

Promediando la década de los 80, concretamente en 1986, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, en su Resolución XXI, aprueba las prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1989 - 1990 en base a “tres ejes fundamentales” para producir los avances necesarios para la transformación de los sistemas nacionales de salud. Estos ejes son:

- El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria de salud.
- La atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud; y.
- El proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores.

Dentro del desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud se identifican los siguientes componentes:

- El fortalecimiento de los aspectos relacionados con salud en las políticas de desarrollo y la coordinación de las acciones con los demás sectores.
- La reorientación y reorganización de los sistemas nacionales de salud para el logro de equidad, eficiencia y eficacia en las acciones

de salud, asegurando así, la disponibilidad de servicios para toda la población con amplio desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud.

- El desarrollo de la capacidad de análisis financiero del sector.
- El mejoramiento de los sistemas nacionales de información de salud y su articulación con los sistemas de información de otros sectores.
- La promoción de políticas de desarrollo, producción, incorporación y utilización de tecnología e insumos críticos para la prestación de servicios de salud.
- La búsqueda de una mejor definición de las funciones del personal de salud, de mejores esquemas de formación y adiestramiento de recursos humanos y de una mayor eficiencia en la captación, educación continua y utilización de los mismos.

En septiembre de 1988, la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS se refiere al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Se cumple así, un ciclo que puede considerarse iniciado en la década de los años 60 y que tiene como elemento importante a la declaración de la meta de salud para todos en el año 2000, y a la estrategia de atención primaria.

La propuesta de reorganización del sector en base a los sistemas locales de salud, luego de transcurridos diez años de la declaración de Alma-Ata, toma como base todos los aspectos conceptuales y doctrinarios de dicha declaración y se convierte en la táctica operacional necesaria para enfrentar la década de los años 90, adaptándose a las exigencias de la situación económico-social de los países de la Región.

Es la respuesta del sector salud a la necesidad de desarrollo social de nuestros pueblos.

José María Paganini
 Coordinador,
 Programa de Desarrollo de
 Servicios de Salud

PLAN DE LA OBRA

Los artículos contenidos en esta publicación fueron solicitados por el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud a un grupo selecto de autores a fin de que con su experiencia contribuyeran a tan necesario y prioritario tema, cual es el desarrollo de la infraestructura de salud.

Esta actividad está incorporada dentro de la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, la que al referirse a la OPS, le solicita al Director que “propicie el intercambio de experiencias entre países y grupos de países, a través del concepto de cooperación técnica, y difunda entre los gobiernos y organizaciones nacionales la información disponible sobre avances en el desarrollo de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud” y “difunda entre los gobiernos y sus diferentes ministerios y agencias la información disponible sobre los aspectos metodológicos y los avances en el desarrollo de los sistemas locales de salud y la transformación de los sistemas nacionales de salud”.

Desde el comienzo se introduce el concepto de la importancia del desarrollo de los sistemas locales de salud dentro de los esfuerzos de transformación de todo el sistema de salud. Pero, además, la obra trata de analizar temas muy concretos sobre el desarrollo de los sistemas de salud, con el fin de que la visión global y de contexto no olvide o haga perder jerarquía a los temas específicos relacionados con el desarrollo de la salud y con los sistemas de salud. En este sentido, se ha tratado de lograr el apropiado balance entre la visión de lo global con la visión de lo local y los aspectos específicos de la salud y la atención de la salud.

La obra comprende dos partes. En la Primera Parte los capítulos se han dividido con una temática de clasificación distinta, pero complementaria. Por un lado, se presentan los temas relacionados con el proceso administrativo referidos al contexto de los SILOS (Capítulo I); a la descentralización (Capítulo II); a la organización, conducción y gerencia (Capítulo III); a la programación y planificación (Capítulo IV); a la investigación y evaluación (Capítulo V); y por otro lado, se incorpora un tratamiento de los denominados Programas de Salud (Capítulo VI).

En el Capítulo I, se introduce el tema de los

SILOS a partir del documento oficial de la Organización Panamericana de la Salud (Doc. CD33/14). Se incorporan, además, tres artículos que tratan de analizar el contexto en el que se desenvuelve la propuesta, por un lado la visión globalizadora de los SILOS y su influencia renovadora en la transformación de todo el sistema de salud; por otro, la participación social presentada como uno de los pilares fundamentales de la propuesta, dentro de un proceso de democratización de la sociedad en general y de los sistemas de salud, en particular; finalmente, se analiza la propuesta de los SILOS y su relación con un nuevo modelo de atención de la salud.

Esta visión globalizadora de la propuesta de reorganización del sector, a partir de la descentralización y desarrollo de los SILOS, continuará en toda la obra, a pesar de la especificidad de algunos temas.

En el Capítulo II, al presentar el tema de la descentralización—característica fundamental en el desarrollo de los SILOS—no se abandona este doble enfoque global y local. Al analizar el mismo, se introduce toda la problemática de la reorganización administrativa del Estado, tanto a nivel central, como local, en donde la descentralización tiene un rol importante.

Lo que se trata es de enfatizar un componente fundamental de reforma de todo el sistema de salud, cual es el cambio en la distribución del poder y de las responsabilidades de los distintos niveles jerárquicos de la administración. Por lo tanto, se puede observar desde un comienzo que los artículos no solo analizan el tema de la descentralización, sino, también, los temas complementarios de centralización, desconcentración y concentración, desde el punto de vista administrativo, estratégico, doctrinario, legal y operativo.

Los Capítulos III y IV podrían haberse desarrollado en conjunto. Son estos temas en donde resulta más difícil separar los componentes de organización de los de planificación. Sin embargo, se ha optado por una división que, aunque artificial, facilita una mayor profundización de los temas en cada capítulo.

En el Capítulo III, se incorporan a la mayoría de los componentes de organización, conducción y gerencia, desde enfoques estratégicos gerenciales al desarrollo clásico de la administra-

ción, tanto a nivel central, como local. Dentro de este Capítulo se consideran temas relacionados, como son: la regionalización, la epidemiología en los servicios de salud, el sistema de información y el desarrollo del personal. Se finaliza con el tratamiento de algunas situaciones concretas, tales como el rol del hospital y la atención de la salud en las grandes ciudades.

El Capítulo IV, dedicado a la programación y planificación de la salud, al igual que el anterior, presenta distintas posiciones y experiencias sobre el tema. El conocimiento de ellos permitirá al lector interesado realizar una adaptación de sus contenidos a cada realidad particular.

Será la práctica en cada contexto y la evaluación e investigación permanente, las que orienten estas decisiones.

El Capítulo V, desarrolla los temas de investigación y evaluación. Se presentan juntos para favorecer la mayor relación entre ambos, con el convencimiento de que un camino para mejorar el desarrollo de los sistemas locales de salud, será el de asegurar la incorporación de una adecuada evaluación e investigación en todo el proceso de gestión de los sistemas de salud.

En el Capítulo VI se analizan los Programas de Salud. También, en este caso, como en los comentarios de los capítulos anteriores, se puede argumentar que esta división no es real, ya que la propia conceptualización de los SILOS propugna una integración de los programas con la administración, gerencia, planificación y programación. Y esto es verdad. Por lo tanto, este Capítulo debe ser considerado como parte integrante e indivisible de los anteriores.

Además, como son tantos y tan variados los contenidos programáticos de las acciones de salud, los temas tratados en ella, aunque bastante diversos, son, en realidad, ejemplos de un campo mucho más amplio y complejo.

De la lectura de los contenidos programáticos y sobre todo de las propuestas de desarrollo de los mismos, como parte indivisible de los SILOS, el lector sacará seguramente sus propias conclusiones y orientaciones para enfocar en la práctica el difícil camino de la acción integrada en la atención de la salud, sin perder efectividad, ni impacto en los problemas prioritarios de salud.

En nuestra opinión, uno de los desafíos más importantes en el futuro, para el desarrollo de los SILOS y la reorganización y reorientación de todo el sector salud para lograr mayor equidad, eficacia y eficiencia, será el de encontrar mode-

los de atención que se adapten a las necesidades de la población, utilizando adecuadamente los recursos e incorporando todos los elementos modernos de la gestión, planificación, evaluación e investigación en los servicios de salud.

Finalmente, la Segunda Parte de la obra contiene una serie de relatos de experiencias. Tiene la intención de presentar al lector la realidad de lo que está sucediendo en los países. Se ha tratado de lograr la mayor representatividad posible en términos de áreas geográficas; así como de distintos enfoques y modos de operación. Se presentan, por lo tanto, experiencias que se desarrollan en todo un país, así como, también, experiencias locales en ámbitos de nivel provincial o municipal.

La pluralidad de enfoques y el nivel de desarrollo de cada experiencia, junto con los resultados obtenidos y los problemas y limitaciones encontrados, hacen de la obra un importante documento de aprendizaje y de punto de referencia para futuras evaluaciones.

Esto nos lleva a hacer un comentario final que es válido para todo el contenido de la publicación.

La diversidad de autores, de experiencias y de estrategias utilizadas, frente a temas de tanta importancia para la reorganización del sector salud es lo que, a nuestro juicio, enriquece el contenido y el mensaje de la obra. Porque estamos convencidos que no existe una sola y simple solución a los problemas de administración y organización del sector salud, se ha tratado de presentar una serie de experiencias, a veces contrapuestas, con el objeto de exponer y de facilitar la discusión y análisis de las mismas.

En este sentido, el libro cumple un doble propósito. Por un lado, entrega al técnico de salud, preocupado por estos temas, material suficientemente amplio para trabajar con ellos y, por otro lado, lo hará meditar y lo motivará frente a las limitaciones y falta de desarrollo adecuado de algunos otros.

En la mayoría de los mensajes que contiene la propuesta de los sistemas locales de salud, se ha insistido que estamos frente a un movimiento innovador, creativo, de búsqueda de soluciones nuevas a los viejos problemas de la entrega de servicios de salud. Y esta innovación debe partir de lo que tenemos actualmente como concepto, como práctica y como experiencia. Por eso, no es de extrañar que se encuentre en los documentos presentados una mezcla de propuestas clásicas jun-

to con propuestas innovadoras y de cambio. El haber introducido ambas, ha sido intencional. No se pretende descartar todo lo hecho en el pasado, ni tampoco consolidarlo totalmente. De la misma manera, tampoco se pretende hacer una apología acrítica de las innovaciones.

Será responsabilidad del lector tomarlos todos o algunos y decidir, en función de su propia realidad y experiencia, qué es lo que más se adapta a sus necesidades. Así, la relación entre la obra y el lector no se producirá en forma unidireccional, sino que se espera una relación activa entre ambos. El resultado obtenido, las conclusiones y reacciones propias del lector frente a las motivaciones y propuestas de la obra, son, quizás, el producto más importante de este esfuerzo.

El Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud, espera que esta publicación cumpla con los propósitos antes enunciados; difunda y promueva nuevos conocimientos, tanto en el ámbito académico, como en el operativo de los servicios de salud, para, así, lograr que la equidad, efica-

cia y eficiencia sean una realidad en la operación de los sistemas de salud, mejorando y promoviendo el bienestar, objetivos últimos de toda acción sanitaria.

Los editores y el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud agradecen a los doctores Eugenio Vilaça Méndes, Hugo Villar y Humberto Jaime Alarid, por haber participado activamente en la concepción del libro; así también, a los técnicos nacionales y de la OPS por su contribución en la elaboración de los artículos. Este agradecimiento se hace extensivo al Dr. Juan Carlos Veronelli por haber contribuido a la revisión inicial de todos los artículos; a la Profesora Mercedes Vargas de Pérez por su eficiente labor en la revisión y ordenamiento de los mismos; al personal administrativo del Programa HSD por su eficiente apoyo, y a todos aquellos que de una u otra forma han colaborado en este esfuerzo.

José María Paganini
Roberto E. Capote Mir

PRIMERA PARTE

CONCEPTOS Y METODOS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

1

CAPITULO I
EL CONTEXTO

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN LA TRANSFORMACION DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD*

INTRODUCCION

El hecho de que grandes sectores de la población de la mayoría de los países de las Américas sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud y que este déficit de cobertura se produzca en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector, presenta un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los sistemas nacionales de salud. Es por ello que se ha venido insistiendo en que, para reducir los efectos de la crisis económica, resulta de vital importancia que los países utilicen, de la manera más eficiente, sus recursos para la atención integral de la salud y que, al mismo tiempo, se produzca una intensa movilización de recursos nacionales, complementada por una movilización de recursos externos, para lograr la transformación de los sistemas de salud que permita atender las necesidades crecientes de la población.

Las evaluaciones recientes realizadas por los Gobiernos Miembros sobre los logros alcanzados hacia la meta de salud para todos en el año 2000 han revelado la complejidad de la empresa y los grandes esfuerzos que quedan por hacer. Esto obliga a profundizar en el análisis de la situación existente para reorientar los recursos nacionales e internacionales con mayor precisión, con el fin de traducir el discurso político en acciones concretas más eficaces y eficientes. La consecución de esta meta reclama transformaciones sociales y económicas de gran significado, así como una revisión de la orientación, la organización y la administración de los sistemas nacionales de salud. Cada gobierno deberá efectuar una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios.

El proceso de transformación de los sistemas nacionales de salud en los países de la Región se

*Organización Panamericana de la Salud, Documento CD33/14, Resolución XV - XXXIII del Comité Directivo. Washington, D.C., 30 de septiembre de 1988.

hace necesario por los problemas que afectan su desarrollo, entre los que se destacan la grave crisis económica, política y social de la presente década; la insuficiencia de las respuestas institucionales ante el crecimiento y evolución de los problemas que enfrenta el sector salud; la deuda sanitaria acumulada traducida en un cúmulo de necesidades insatisfechas en los grupos de población desprotegidos, y la falta de equidad, eficacia y eficiencia de las acciones de salud.

En septiembre de 1986, la Resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó el documento "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990", en el que se definen dichas prioridades programáticas en base a tres áreas:

- El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria de salud;
- La atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud, y
- El proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores, en concordancia con la estrategia de gestión para la utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS.

En un esfuerzo para identificar un enfoque que permita avanzar efectivamente en el desarrollo de ese objetivo, se considera que el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud es una táctica operacional adecuada para la aplicación de los principios básicos de la estrategia de atención primaria.

Los sistemas locales de salud pueden otorgar el ámbito adecuado para lograr la participación social, la acción intersectorial, la efectiva descentralización y el control de las decisiones y el uso de métodos más efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población.

SITUACION ACTUAL

Contexto socioeconómico y político

Para analizar la situación del sector salud, en particular, es imprescindible entender su relación en la economía nacional, así como también la situación en que se encuentran insertas las economías latinoamericanas y del Caribe en el contexto mundial.

Los estilos de desarrollo que han prevalecido durante las décadas anteriores en esta Región han llevado a los países de América Latina y el Caribe a una situación extremadamente difícil, agravada en la década de 1980. Lo peor es que no se han identificado todavía las fórmulas para renovar el proceso de expansión de las bases productivas, indispensable en la eliminación del atraso y la pobreza.

El retroceso económico de los últimos años ha restado liderazgo a las corrientes políticas que siempre se asociaban al cumplimiento de las metas de crecimiento, empleo y desarrollo social. La transnacionalización a escala mundial de las economías y la deuda externa restringen considerablemente la extensión y eficacia de los instrumentos de las políticas nacionales.

Las fluctuaciones del mercado internacional han afectado también a las economías nacionales al agravarse el deterioro de los términos del intercambio con los países más desarrollados. Los países de América Latina y el Caribe sufren las consecuencias de los desajustes en el intercambio entre los países industrializados y la falta de coordinación de las políticas de esos países. Esto restringe el acceso a los mercados y afecta las corrientes financieras.

Las tendencias descritas presentan como síntoma inequívoco la crisis del endeudamiento latinoamericano. Ello pone de relieve la insuficiencia estructural de la Región para sostener ritmos de crecimiento y la incapacidad del orden intersectorial para dar respuestas al problema del subdesarrollo.

Hoy en día, en vez de que los países industrializados transfieran recursos que alienten la formación de capital en América Latina y el Caribe, ellos absorben ahorros en gran escala. Durante 1987, más de \$US28 000 millones fueron transferidos fuera de América Latina y el Caribe, y durante los últimos cinco años los fondos perdidos, sobre todo por concepto del pago de la deuda externa acumulada, llegaron a alcanzar \$130 000 millones.

En relación con la situación social, se hace necesario reexaminar las estrategias de desarrollo y activar la búsqueda de nuevos modos de estimular el crecimiento económico sin dejar de responder a las demandas sociales, incluyendo las del área de salud. La crisis económica no solamente ha causado detrimento del bienestar de vastos sectores de la población, sino que ha limitado los recursos económicos disponibles para las instituciones públicas que suministran servicios de salud.

En el campo laboral, al lado de la fuerza de trabajo incorporada a los sectores modernos de la economía, ha crecido una masa de población dedicada a las llamadas actividades informales, sobre todo en las periferias urbanas. Al mismo tiempo, la modernización de la agricultura y las formas de desarrollo agrícola, sumadas al deterioro ecológico, han provocado el creciente desplazamiento de los trabajadores, forzándolos a la ocupación estacional o a la migración a las ciudades, donde se han incorporado, por lo general, al sector informal.

El proceso de urbanización ha sido rápido; se han profundizado además las discrepancias en los niveles de ingreso y consumo de los distintos grupos sociales. A pesar del crecimiento del producto per cápita en la Región, en el presente cerca de un tercio de su población se encuentra por debajo de los niveles de pobreza absoluta. Esta pobreza no se encuentra homogéneamente distribuida en el interior de cada país, sino que se concentra en áreas más deprimidas, traducéndose en el incremento de las disparidades regionales observado hoy día en América Latina y el Caribe.

Frente a la crisis provocada por las restricciones de los modelos económicos prevalentes, agravada por la magnitud del endeudamiento externo y por la situación económica mundial, los países definieron políticas de ajuste para enfrentar esta grave situación.

La búsqueda de equilibrios fiscales, monetarios y de balanza de pagos para enfrentar el servicio de la deuda determinó, en muchos casos, un incremento de la desocupación y de la incapacidad de compra de grandes sectores de la población. Esto genera y agrava situaciones de pobreza crítica y deteriora la atención de las necesidades básicas, en especial en los grupos más necesitados.

Esta misma política de ajuste en el campo económico se manifiesta también en el campo social por una reducción en las inversiones y en los

gastos corrientes, afectando a servicios básicos como salud, vivienda, educación, saneamiento y transporte.

En el sector salud estas medidas de ajuste se han puesto en evidencia en varias formas: limitaciones de inversiones de capital para áreas fundamentales como el saneamiento básico, el mantenimiento y conservación de los equipos y plantas físicas, y para el reemplazo de instalaciones mínimas necesarias para la atención de poblaciones marginadas; limitaciones para los gastos corrientes, afectando el normal funcionamiento de programas para la atención de problemas prevalentes en la Región, y restricciones para favorecer el desarrollo administrativo del sector, la capacitación y el desarrollo del personal.

Otra manifestación de las políticas de ajuste en el sector salud consiste en la concentración de recursos en programas de acción, orientados a la atención de problemas prioritarios y de mayor impacto inmediato, como es el caso de programas de inmunización, supervivencia infantil o subsidios alimentarios.

Las limitaciones al acceso a los servicios de salud de grandes masas de población tienen así múltiples causas interrelacionadas. Por un lado, la disminución de las oportunidades de desarrollo al agravarse el desempleo y la capacidad de pago de los grupos de población más necesitados y, por otro lado, el deterioro del funcionamiento del sistema de salud por inadecuada inversión, disminución de los presupuestos para gastos de operación y un deterioro en la eficiencia y eficacia de la gestión.

Consecuentemente, las situaciones anteriores han agravado el cuadro de desigualdad del acceso a los servicios de salud. Existe una pequeña fracción de población con altos niveles de ingreso que tiene acceso a todas las posibilidades de consumo privado. Los trabajadores urbanos, y en algunos casos rurales, alcanzan un nivel intermedio de acceso con esquemas mixtos de recursos del Estado, la seguridad social y por pagos directos al sector privado. Finalmente, existe una gran masa de población del sector informal, desplazados y marginados, tanto rurales como urbanos, en situación de pobreza extrema, cuyos bajos niveles de ingreso aumentan los riesgos de enfermar y morir y cuyas necesidades básicas, incluyendo los servicios de salud, deben ser resueltas por los sistemas de prestación del Estado; la respuesta de este último, por su parte, es cada vez más insuficiente, tanto en calidad como en

cantidad, para atender las necesidades crecientes de estos grupos.

Es evidente, entonces, que la mayoría de los países han acumulado una gran deuda social que se expresa, entre otros aspectos, en las diferencias relativas en los niveles de salud y en el acceso a los servicios. La crisis económica, los factores que la han generado, las dificultades de recuperación de la misma y de adopción de nuevos modelos de desarrollo constituyen las limitaciones más importantes a las posibilidades del desarrollo socioeconómico. Asimismo, representan un desafío a buscar un nuevo balance entre los imperativos del crecimiento económico y la atención de las demandas sociales, entre ellas las de salud.

Dentro de este panorama económico-social es importante también observar el papel del Estado. En el campo de la organización política prevalecieron modelos de concentración del poder, con manifestaciones concretas en los aspectos del control de las fuentes de recursos y en las decisiones globales de políticas económicas y sociales. En el campo administrativo se desarrolló una excesiva centralización, lo que significó una disminución de la capacidad de los niveles provinciales y locales de gobierno para responder a las necesidades de sus poblaciones y una severa limitación a la participación política de amplios sectores de la sociedad.

Estas restricciones también han contribuido a una generalización de formas burocráticas en la gestión del sector público, cuyas manifestaciones de ineficiencia y falta de compromiso con los intereses comunitarios pasaron a ser frecuentes, incluso en el sector salud de muchos países.

Aceptando las diversidades políticas e históricas en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el papel del Estado debe ser decisivo en la promoción y la conducción del desarrollo. Además de facilitar el crecimiento de la infraestructura productiva, mediar en los conflictos de interés y coordinar la operación de la economía, también debe jugar un papel preponderante en la prestación y desarrollo social, como un medio fundamental para el logro de crecimiento con equidad.

En los últimos años la Región viene experimentando una tendencia hacia los cambios en su organización política formal, que han posibilitado el establecimiento de gobiernos más comprometidos con las demandas de amplios sectores de población.

Existe, por lo tanto, una coyuntura que exige la búsqueda de nuevos caminos que combinen el crecimiento económico con un proyecto social volcado hacia una mayor equidad, con formas más participativas de conducción, y en el que el desarrollo de la salud tenga una importancia primordial como elemento motivador.

Situación de salud

En la Región de las Américas, al igual que en el mundo entero, existe conciencia en cuanto al momento particularmente significativo de la evolución de las sociedades y las proyecciones de esta situación hacia los próximos años. Se vive, sin duda, un momento de cambio que se acelera y manifiesta en todos los aspectos de la vida de las poblaciones y que tiene profundas repercusiones sobre la situación de salud y sobre los recursos disponibles para su atención. La comprensión de ese proceso de cambio y el consiguiente ajuste de las acciones del sector salud y de la sociedad misma constituyen una responsabilidad ineludible para la obtención de la meta que se han fijado los gobiernos: lograr la salud para todos en el año 2000 con equidad, eficacia, eficiencia y participación.

A medida que se avanza en el desarrollo socioeconómico, se observan cambios en el campo de la salud, tanto en el perfil de enfermedades que afectan a las poblaciones como en la organización de los sistemas de salud destinados a su atención.

Se reconoce así un primer estadio —dominado por las enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la malnutrición y la precaria higiene ambiental, laboral y personal— que responde a la mayor disponibilidad de alimentos, al mejoramiento de la vivienda, al aumento del nivel de alfabetismo, a ciertas medidas de salud pública, particularmente a la extensión de la cobertura de los servicios de agua potable, saneamiento y vacunación.

El predominio de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, los trastornos mentales y otras enfermedades degenerativas como la diabetes, caracteriza lo que se podría llamar el segundo estadio. Las medidas de salud pública necesarias en el estadio anterior pasan a un plano normativo y los modelos de atención individual predominan como instrumentos de prevención y tratamiento de este tipo de problemas de salud. El desarrollo

de tecnologías costosas y complicadas de diagnóstico y tratamiento propician la transferencia del cuidado médico de los consultorios a hospitales especializados. Estas tecnologías, cuando son introducidas al mercado sin una evaluación adecuada de su seguridad, eficiencia y eficacia, o cuando son utilizadas en forma excesiva, determinan un aumento de costos en los modelos de atención individual, acentuando el deficiente acceso de la población a los cuidados de salud. El tercer estadio en la evolución de la situación de salud muestra un predominio de los problemas de salud originados por la exposición ambiental y laboral a un creciente número de productos químicos y otras sustancias tóxicas. Por otro lado, se observan modificaciones en las condiciones sociales de las familias y las comunidades y una mala organización del trabajo que influyen sobre el comportamiento y que están asociadas con la violencia, el abuso del alcohol y la adicción a drogas en proporciones epidémicas. La búsqueda de un desarrollo económico rápido, sin la debida protección al ambiente y a las personas, acelera la aparición de problemas de salud tales como las enfermedades ocupacionales, los accidentes de tránsito y la contaminación ambiental. De la misma forma, las migraciones, el desempleo, la disolución de la familia y de las comunidades están asociados a una variedad de trastornos como el alcoholismo, la violencia y la promiscuidad, cada una con sus repercusiones físicas, mentales y sociales. El aumento de la expectativa de vida y el consecuente aumento de las poblaciones económicamente inactivas —niños y ancianos— agrega nuevas dimensiones a esta problemática. Los problemas generados por este estadio conllevan la necesidad de adaptar los servicios y sistemas de salud y saneamiento para que puedan concentrar su atención en la promoción de la salud y en la aplicación de medidas preventivas individuales y colectivas, a través de un efectivo compromiso y coordinación con otros sectores.

Los países desarrollados han pasado por estas tres formas o estadios a lo largo de un período de más de un siglo. Los países en desarrollo enfrentan el desafío de convivir con los tres modelos simultáneamente. En las poblaciones más pobres, que constituyen la mayoría, predominan los problemas del primer estadio; en personas más acomodadas, especialmente de las zonas urbanas, destacan los del segundo, y en las grandes ciudades ya se presentan problemas propios de la

tercera forma debido al deterioro ambiental y social que acompaña al crecimiento urbano desordenado y al desempleo.

Esta posición pone en evidencia la necesidad de conocer las diferencias entre distintos grupos de población, lo que hace imprescindible que el análisis de la situación de salud deba realizarse a nivel local, desagregado según los diferentes tipos y niveles de riesgo para los daños prevalentes, y relacionado con la accesibilidad de la población a los servicios de salud y de saneamiento. La necesidad de conocer esta situación a nivel local es fundamental, por cuanto los promedios nacionales enmascaran los problemas específicos de estratos poblacionales y de ciertas regiones en peor situación relativa.

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe se enfrenta así con un cuadro epidemiológico complejo que hace también complejas las medidas para su solución. La crisis económica y social antes resumida seguramente exigirá una gran capacidad de creatividad para enfrentar estos problemas de manera adecuada, con equidad y eficiencia.

Situación de los sistemas de salud

En respuesta a esta compleja situación de salud y de acuerdo con los objetivos y metas de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria, los países de la Región iniciaron la reestructuración y ampliación de sus sistemas de salud para mejorar su equidad, efectividad y eficiencia. Sin embargo, este proceso está lejos de lograr los resultados esperados, en parte porque el sector salud debe competir con otros sectores por los recursos financieros extremadamente escasos y, en parte, por las limitaciones en la organización y administración propias del sector.

Existen en los países de América Latina y el Caribe un total aproximado de 15 000 establecimientos hospitalarios con 1 millón de camas y 65 000 unidades de atención ambulatoria. En relación con los recursos humanos, se calcula que la fuerza de trabajo en salud está representada por alrededor de 2.6 millones de trabajadores.

La mayoría de los países de la Región tienen un sistema pluralista de atención de salud, en el que se pueden identificar por lo menos tres subsectores: a) el público u oficial, frecuentemente organizado en unidades de jurisdicción nacional, provincial, municipal, etc.; b) el de la seguridad

social, también con jurisdicciones diferentes, que realiza aportes financieros y con capacidad instalada propia, y c) el privado, con una amplísima gama de modalidades, desde la consulta individual de un profesional hasta sanatorios con la más alta tecnología de atención.

Las líneas de responsabilidad y las relaciones entre estos subsectores son complejas y variadas. Se ha evidenciado una disminución del papel de los ministerios de salud en su función de conducción del sector. La seguridad social actúa en muchos casos sin coordinación suficiente como financiador de servicios que proporcionan los establecimientos privados y los del Estado. Al no existir, en la mayoría de los casos, mecanismos explícitos que orienten las relaciones entre subsectores, se cae con frecuencia en la duplicación innecesaria de servicios, en el rechazo de pacientes o, paradójicamente, en la repetición de exámenes costosos y no exentos de riesgo.

Los servicios estatales de salud de la mayor parte de los países de la Región no alcanzan –ni por la calidad, ni por la cantidad, ni por la distribución– a atender las necesidades de la población. La crisis económica actual asociada a la generación de mayores demandas, al ingreso familiar disminuido, a los recursos públicos porcentualmente reducidos para el sector salud y a las restricciones generales en los gastos del sector se han agregado a los problemas que enfrentan los sistemas de servicios de salud. El problema de los sistemas administrativos se ha acentuado, obstaculizando el uso racional, oportuno y eficiente de los recursos y produciendo serias deficiencias en la capacidad operativa de los servicios de salud y saneamiento. En este sentido, el sector enfrenta enormes desafíos operativos y de gestión.

Dentro de las políticas de ajuste frente a la crisis económica, muchos países han concentrado sus recursos en esfuerzos de inversiones físicas, en especial en los niveles periféricos, o en intervenciones aisladas para la atención de patologías o control de riesgos específicos.

Algunas experiencias en la Región señalan la necesidad de que estas propuestas se inserten en un plan de desarrollo integral de la infraestructura de salud, contribuyendo a dinamizar el proceso de transformación y potenciando las actividades de salud concediéndoles continuidad y eficiencia.

En cuanto a distribución de los recursos, la mayor parte se sigue concentrando en las gran-

des aglomeraciones urbanas y una porción importante del gasto en tecnologías de alto costo se concentra para disponibilidad de grupos con capacidad de pago, dejando sin otorgar cobertura a una amplia mayoría de la población.

En relación con las tecnologías, en la última década y a partir de la definición de la estrategia de atención primaria, se reconoció que la aplicación de las mismas sin adaptarlas a las necesidades, niveles socioculturales propios y estilo de vida de las sociedades en desarrollo, había conducido a la ineficiencia e inequidad de los sistemas de salud. Transcurrida más de la mitad de esta década, los cambios logrados, a pesar de representar importantes avances, no llegaron a influenciar en forma adecuada la atención de los problemas de salud de la Región.

Todavía persiste el bajo rendimiento de los equipos e instalaciones, la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención, la escasa capacidad resolutoria del nivel primario y la excesiva inversión tecnológica en equipamiento de alta complejidad.

La situación financiera del sector es otro motivo de preocupación. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe no alcanzan siquiera la cifra promedio mundial (US\$100 per cápita/año) de gasto en salud por parte del gobierno. Si bien la seguridad social ha realizado importantes avances en su definición de políticas para contribuir a lograr la meta de salud para todos y para destinar sus importantes fondos para la atención de la salud, persisten todavía limitaciones estructurales que impiden la adecuada utilización de este importante recurso financiero.

La falta de una evaluación permanente, en función de los objetivos finales de los sistemas de salud, es otro factor limitante en su funcionamiento. El desarrollo de sistemas de salud adecuados a la realidad de cada país requiere de una evaluación periódica en términos del nivel de salud logrado y no solamente en términos del cumplimiento de actividades.

A pesar de las definiciones expresas sobre intersectorialidad dentro de la estrategia de atención primaria, los modelos prevalentes de desarrollo del sector salud han llevado, en no pocas ocasiones, al desconocimiento del potencial de las acciones intersectoriales para el control de los condicionantes socioeconómicos y ambientales de la enfermedad, y no se desarrolló en plenitud la cooperación de otros sectores, tales como los de agua potable y saneamiento, educación y

agricultura. Esto tiene especial relevancia para las actividades de promoción de la salud y de prevención específica de algunos problemas prevalentes.

El cuadro anterior resume problemas estructurales y de funcionamiento de los sistemas de salud que, sumados a la crisis económica de los países, hacen aún más difícil su solución. Todo ello determina que amplios sectores de la población, en la mayoría de los países de la Región, se mantengan sin acceso real a los servicios de salud y saneamiento. De acuerdo con las estimaciones de cobertura alcanzada, del total de 423 millones de habitantes, unos 130 millones no tienen actualmente acceso permanente a servicios básicos de salud; si a esta cifra se agregan 160 millones de personas más que constituyen las estimaciones de crecimiento de la población para el período 1986-2000, resulta un total de 290 millones de personas más para las cuales es necesario asegurar atención adecuada de salud.

Ello representa en la actualidad el desafío más importante para los sistemas de salud de los países de la Región. Significa que estos sistemas de salud, que en general no han podido hasta la fecha resolver la atención de la salud de toda la población con equidad, eficacia y eficiencia, deberán reorganizarse y reorientarse no solo para mantener la atención de salud frente a la crisis sino también para cubrir la brecha actual y para responder a las necesidades de atención de la nueva población. Este desafío, que se inició cuando se definió la meta de salud para todos en el año 2000 en base a la estrategia de atención primaria, todavía no ha sido resuelto.

Pero las demandas de cambio que enfrentan los sistemas de salud no son exclusivamente cuantitativas. El cambio en las estructuras de morbilidad y mortalidad, las diferentes demandas de la patología perinatal, la salud del adolescente y del trabajador, el aumento de los grupos de población adulta y de mayor edad, sumados a los procesos de urbanización acelerada y desordenada y a los cambios en los sistemas financieros y la oferta de nuevas tecnologías, exigen también importantes cambios cualitativos en la manera de operar y organizar los sistemas de salud.

La adecuada administración de los sistemas de salud abarca mucho más que lo relativo a la administración de los servicios de salud; involucra también el complejo proceso del establecimiento de prioridades y la asignación de recursos y eje-

cución de las actividades con base en las necesidades de salud de las poblaciones a ser atendidas, teniendo en cuenta sus riesgos y las tecnologías más apropiadas para su solución.

Esta capacidad de planificar e instrumentar estrategias y programas de acuerdo con las necesidades y los recursos disponibles, así como la de evaluar la marcha de las acciones y sus resultados, especialmente en los niveles locales, aún es muy limitada en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

La crisis que enfrentan los países impone medidas urgentes en todos los sectores sociales y económicos para encontrar caminos viables que atenúen el impacto negativo en la salud y el bienestar de la población, y a su vez contribuyan a encontrar soluciones de desarrollo adecuado con equidad.

Resulta necesario, entonces, que todos los recursos de salud, orientados por una política nacional precisa, respondan en forma integral a las necesidades cambiantes y crecientes de la población.

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN LA TRANSFORMACION DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

En la mayoría de los países de la Región ya se han formulado propuestas de reorganización y reorientación político-técnico-administrativa de los sistemas de salud acorde con los contextos nacionales de desarrollo social y económico. Dentro de este enfoque se ha definido a la descentralización y al desarrollo local como instrumentos idóneos de los procesos de democratización y de mayor participación y justicia social, así como para lograr equidad, eficacia y eficiencia en la gestión administrativa.

La propuesta de realizar la reorganización y reorientación de los sistemas nacionales de salud, en base a los procesos de descentralización y desarrollo local, ya fue iniciada en la Resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana de septiembre de 1986, en donde se establecieron las prioridades programáticas de la Organización.

Frente a esta realidad de establecer prioridades en el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud y la atención de problemas y grupos prioritarios, teniendo en cuenta la estrategia de atención primaria y de acuerdo con el mandato de la XXII Conferencia Sanitaria Pana-

mericana, se ha elaborado la presente propuesta de transformación de los sistemas nacionales de salud en base al desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) y como una táctica operativa para acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria y sus componentes esenciales.

Teniendo en cuenta las diferentes características histórico-político-técnico-administrativas de cada país, su extensión geográfica, distribución de población y recursos, debe aceptarse que las definiciones de los SILOS varían de país a país y de región en región. Sin embargo, y a los efectos de facilitar su desarrollo y evaluación, es posible identificar algunas características comunes que parece necesario considerar en la mayoría de los casos.

Se establece así que, en la medida en que se desarrolla la capacidad de análisis de la situación de salud en el nivel local y se conocen y coordinan de manera directa los recursos para la producción de servicios, se está en posibilidad de ofrecer una mejor respuesta a las necesidades y problemas de salud que experimenta la población. Además, los sistemas locales de salud deben lograr trascender los esquemas verticales de los procesos de gestión en que los niveles decisivos se ubican exclusivamente en el centro de las estructuras y donde la periferia solo tiene atribuciones ejecutoras de las normas y los programas que emanan de los niveles administrativos superiores. De esta manera, la propuesta de desarrollo de los niveles locales de salud es una propuesta global de reordenamiento y reorganización de todo el sector salud.

El concepto de sistema local de salud puede irse configurando a partir de diversos puntos de vista convergentes hacia el mismo propósito.

Desde un punto de vista de desarrollo del Estado, el sistema local de salud responde a los requerimientos de la descentralización y desconcentración del aparato estatal en busca de una mayor democratización y eficiencia del mismo. Por lo tanto, debe ser visto como una respuesta al proceso de desarrollo democrático en que están orientados la mayoría de los países de la Región. De allí que los sistemas locales de salud se pueden definir a partir de las divisiones político-administrativas del Estado, llámense municipios, cantones, etc.

Desde un punto de vista de desarrollo social comunitario, un sistema local de salud presupone la existencia de un conjunto poblacional identificado, con capacidad presente o potencial de

actuar en forma conjunta en beneficio de su salud colectiva. De esta manera, un sistema local de salud debe contemplar los recursos del sector salud y de otros sectores componentes del desarrollo social a nivel local.

Como ya se ha dicho, el sector salud deberá acompañar, organizar y participar en estos procesos de desarrollo local. Por lo tanto, la definición de sistemas locales de salud, desde el punto de vista del sector salud, tiene por objeto lograr una mayor adaptación y capacidad de respuesta a los requerimientos cambiantes y específicos de grupos de población afectados por problemas socioeconómicos, ambientales y epidemiológicos comunes. Surge así una serie de elementos propios del sector salud que pueden observarse en dos áreas complementarias: por un lado, la reorganización y reorientación de la estructura del sector en base a los procesos de descentralización, y por otro, la reorganización de la red de servicios dentro de los espacios poblacionales definidos.

Tomando el punto de vista del sector salud, un sistema local de salud es una parte integrante del sector salud, con las características de descentralización y desconcentración definidas por el Estado, con capacidad de coordinación de la totalidad de los recursos para la salud existentes integrando una red de servicios dentro de un espacio poblacional determinado, ya sea urbano o rural.

Un sistema local de salud se debe identificar, además, por la existencia de una dirección responsable de la administración de las acciones de salud en ese espacio-población. Ello significa capacidad de administración directa de algunos recursos y de coordinación de toda la infraestructura social dedicada a salud, asentada en un área geográfica, dimensionada para resolver una proporción significativa de los problemas de salud de los individuos, las familias, los grupos sociales, las comunidades y el ambiente y para facilitar la participación social y articulándose con el sistema nacional de salud al cual vigoriza y confiere nueva dirección.

El nivel directivo debe responsabilizarse, por lo tanto, de la articulación de todos los recursos existentes (hospitales, centros y puestos de salud, acueductos y otros servicios de saneamiento, y recursos extrasectoriales) en un espacio poblacional delimitado para lograr su mejor utilización y adecuación a la realidad local. Dentro de esta responsabilidad, es de fundamental im-

portancia el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas con la población frente al desarrollo de la salud.

Esta relación recíproca deberá manifestarse en todos los aspectos que hacen a la salud individual y colectiva, definición de políticas, establecimiento de prioridades, origen y distribución de recursos, programación, ejecución y evaluación, así como en los comportamientos individuales y de grupo frente al proceso salud-enfermedad. En la medida en que exista una definición precisa, tanto de la población como del territorio que deben ser atendidos, resulta posible evaluar las acciones que se llevan a cabo o que es preciso emprender para responder a las necesidades locales de salud.

Así, al existir una mejor definición del ámbito poblacional y territorial que debe ser cubierto y las responsabilidades específicas de los servicios, se favorece una participación más decidida de la población, tanto en las acciones de promoción de la salud como en las actividades de prestación de servicios que requieren ser apoyadas y acompañadas por toda la comunidad.

Las formas y los mecanismos de interacción de la población con los servicios, así como su propio comportamiento para proteger su salud y buscar solución a sus problemas de salud, son componentes fundamentales del sistema. Desde luego, la estructura social de apoyo a la salud en el plano individual y colectivo es un elemento esencial.

Con base en lo anterior, debe quedar claro que los sistemas locales de salud no significan solamente un división del trabajo de las tareas administrativas del sector salud, ni una simple redefinición de la responsabilidad de los recursos de salud, sino que, en el contexto de cambio estructural y democrático de los países, los SILOS deben favorecer el desarrollo de nuevas formas de acción que permitan la creación de redes de atención integral de la salud, en coordinación con una efectiva representación y participación de la comunidad con el objeto de transformarse en estructuras más sensibles a las necesidades de la población.

Los sistemas locales de salud deben verse como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada que es el sistema nacional de salud. Es decir los sistemas locales de salud constituyen el punto focal de planificación y gestión periféricas de los servicios de salud, bajo la influencia integradora y

normativa de la coordinación nacional del sistema de salud, nivel en el que se formulan políticas globales y se definen los sistemas de apoyo logístico, técnico y administrativo que requiere la ejecución de programas y la prestación de servicios en el nivel local. Dentro de este esquema nacional, los sistemas locales de salud pueden constituir las bases para la definición de los sistemas regionalizados de salud.

En relación con lo anterior, un tema de interés se refiere al tamaño o extensión de los sistemas locales de salud. Como ya se dijo, no puede haber una fórmula única para orientar esta decisión. Ello depende de los contextos político-administrativos de cada país y de otros factores, como extensión geográfica del país, distribución de la población, comunicaciones y transporte, distribución, complejidad y capacidad resolutoria de los recursos del sector salud, y niveles de eficiencia técnico-administrativos.

Por lo tanto, si bien alguna dimensión político-administrativa puede constituir la base de un SILOS, como es el caso de los municipios en algunos países, las características enunciadas podrán también determinar otras soluciones. Siguiendo este enfoque, los SILOS pueden constituirse a partir de la coordinación entre varios municipios o de otras unidades político-administrativas y, en otros casos, especialmente en áreas urbanas, los SILOS pueden surgir a partir de la división geográfica poblacional de un mismo municipio.

En síntesis, un SILOS deberá responder a un tamaño de población no demasiado pequeño como para constituirse en una organización ineficiente y no demasiado grande como para impedir el adecuado control y coordinación de los recursos.

Además, el desarrollo de servicios de salud a nivel local debería hacerse en coordinación con el proceso de desarrollo y descentralización con la participación de otros sectores, introduciendo de este modo la posibilidad del enfoque intersectorial a nivel local.

Tomando las características anteriores, un sistema local de salud debe contemplar la estructura político-administrativa de un país; definirse en un espacio poblacional determinado; tener en cuenta todos los recursos para la salud y desarrollo social existentes en el mismo; responder a los procesos de descentralización del Estado y del sector salud, a las necesidades de la población y la estructura de la red de servicios de salud, y

organizarse para facilitar la conducción integral de las acciones.

Finalmente, un campo importante que merece tratarse es el de los recursos necesarios para fomentar y desarrollar los SILOS. Al respecto se debe destacar que el énfasis en el proceso de cambio debería centrarse en un aumento de la efectividad y el uso racional de los recursos financieros, tecnológicos y humanos disponibles. Solo después de una evaluación apropiada de la eficiencia y eficacia del uso de los recursos existentes se debería considerar una inversión adicional. Por otra parte, debe darse consideración especial a los recursos necesarios para consolidar la capacidad de gestión y la capacitación adecuada de los recursos humanos.

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS

El desarrollo de los SILOS no puede verse en forma aislada. Ya se ha mencionado que los SILOS significan la respuesta del sector salud a los procesos de democratización y descentralización del Estado. Representan, además, una respuesta interna del sector para lograr una mayor equidad, eficacia y eficiencia de sus acciones.

Con base en este enfoque, se pueden identificar 10 aspectos fundamentales para su desarrollo:

- La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS.
- La descentralización y desconcentración.
- La participación social.
- La intersectorialidad.
- La readecuación de los mecanismos de financiación.
- El desarrollo de un nuevo modelo de atención.
- La integración de los programas de prevención y control.
- El refuerzo de la capacidad administrativa.
- La capacitación de la fuerza de trabajo en salud.
- La investigación.

La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS

El reforzamiento de la capacidad y el liderazgo del nivel central es un aspecto fundamental

para la conducción de los procesos tendientes al desarrollo de los SILOS.

El ministerio de salud, como entidad rectora del sector, debe tener la capacidad de orientar la acción del resto de las instituciones, organizaciones y personas, en el sentido de la política nacional de salud y de las políticas de desarrollo socioeconómico del gobierno dentro de los procesos de democratización, descentralización y desconcentración definidos.

La conducción sectorial debe acompañarse del desarrollo del liderazgo en salud, por lo cual es necesario promover el desarrollo de los recursos humanos que contemple los aspectos de planificación, formación, capacitación y utilización del personal (dirigentes universitarios, directivos de los ministerios de salud, seguridad social, oficinas de planificación), que tenga en cuenta las incidencias y perspectivas de los próximos 20 años en los aspectos sanitario, laboral, educativo, y que provea los elementos esenciales para un manejo científico de la estrategia.

Esta función rectora de conducción del sector es lo que le otorgará la debida coherencia al desarrollo de los SILOS, asegurando la capacidad redistributiva de los recursos para satisfacer necesidades diferentes de poblaciones con mayores riesgos, aplicando el principio de la equidad.

Este papel directivo del sector salud se deberá manifestar también en los aspectos de financiación del sector, asegurando la conjunción de todos los recursos financieros para la adecuada operación de los SILOS. La coordinación y los acuerdos con la seguridad social cobra así una función fundamental en esta estrategia.

Esta propuesta no significa de modo alguno una hipertrofia del nivel central sino, por el contrario, una orientación hacia una mayor agilidad administrativa para facilitar el apoyo a los niveles operativos. Tampoco significa una transferencia de responsabilidades sin asumir la responsabilidad final de la gestión global, que siempre debe permanecer en el nivel central.

La descentralización y desconcentración

Para que los sistemas locales de salud logren su completo desarrollo, se requiere la transferencia de competencias y poderes de decisión a otros niveles de la estructura de los sistemas nacionales de salud. Ello lleva a considerar los aspectos de descentralización y desconcentración

del Estado en general y del sector salud en particular.

La descentralización y la desconcentración se ven como elementos vitalizadores del desarrollo de los sistemas locales de salud, que deberán ser instrumentados en coherencia con la organización política y administrativa de cada país. En este orden de ideas, será necesario analizar las posibilidades e identificar los factores restrictivos y facilitadores que contribuyen o inhiben la operatividad de estos procesos administrativos.

La descentralización como hecho social es un proceso esencialmente político que tiene expresiones jurídico-administrativas y que resulta alimentada por procesos económicos, culturales, históricos y geográficos; es una propuesta de cambio en el uso y la distribución de poder en el sector y en la sociedad.

Para que el proceso se cumpla, son necesarios ciertos requisitos, tales como:

- Firme decisión política de llevar adelante este proceso efectivamente. Lo ideal es que la decisión sea de gobierno y de carácter global. En todo caso, se puede llevar a cabo el proceso, aunque con mayores dificultades, si la decisión de gobierno es solamente sectorial.

- Transferencia del poder político necesario desde el nivel central, no solo a través de disposiciones legales y administrativas, sino transfiriendo efectivamente los recursos financieros, económicos, humanos, tecnológicos, etc., necesarios.

- Desarrollo del poder político local, dado en parte por el manejo directo de los recursos, principalmente financieros y económicos, pero sobre todo por la formación de una base de sustentación política a través de la participación directa, activa y pluralista de las organizaciones de la comunidad.

- Desarrollo de la capacidad de gestión en la prestación de servicios, lo que significa una capacidad técnica en la coordinación de recursos y en la definición, ejecución y evaluación de las actividades de salud.

En cuanto a las estrategias de aplicación, debe recordarse que la descentralización es un proceso que debe llevarse a cabo por etapas, de acuerdo con estrategias especialmente formuladas y reajustadas permanentemente, y por elementos específicos y bien definidos, según una programación debidamente detallada. Así, por ejem-

plo, no basta definir bien el elemento que se transfiere, sino que hay que adecuarlo a la realidad y a las posibilidades propias del ámbito descentralizado, a la conveniencia del uso de nuevas tecnologías y a la necesidad de sustentación política que requiere hacer visibles los beneficios de la descentralización.

Dentro del tema de distribución del poder y responsabilidades locales surge también la estrategia de desconcentración. Se entiende por tal una forma de delegación de facultades a los distintos niveles de una misma organización manteniendo una dependencia jerárquica con el nivel central.

Es importante considerar, en relación con los aspectos señalados, que algunos países están emprendiendo procesos de descentralización en unos casos y de desconcentración en otros casos, y que si bien este movimiento tiende a producirse en materia administrativa más que técnica, representa una excelente oportunidad para desarrollar esquemas innovadores dentro del proceso de gestión en el nivel local, por medio de los cuales se puede avanzar en la elaboración conceptual y metodológica de las herramientas que hagan posible una mejor operación local de los sistemas de salud.

En todo proceso de descentralización y desconcentración será necesario considerar también a la centralización y concentración como formas armónicas de gestión que no se excluyen sino que se complementan. Todas ellas conforman un proceso dinámico y continuo que ocurre en cada uno de los niveles de la organización. Dentro de este proceso no existe, en consecuencia, un solo nivel que defina normas, estrategias y prioridades, y otro nivel que las ejecute, sino que cada uno de los niveles de la organización asumen estas responsabilidades dentro de una línea de acción común. Por lo tanto, la descentralización o desconcentración no implica el fraccionamiento y/o la atomización de los sistemas de salud, ni debe ser confundida con la disolución anárquica de los mismos, sino que, por el contrario, su adecuado desarrollo fortalece a toda la estructura del sistema al lograr que sus partes constitutivas logren su mayor capacidad de operación.

Esta centralización en lo político-normativo debe asegurar también la capacidad redistributiva en todo el sistema para evitar el crecimiento y profundización de desigualdades entre los SILOS.

Tanto la descentralización como la desconcentración representan modelos de gestión vinculados

con la eficacia y eficiencia de las organizaciones y no deben concebirse como conflictivas o excluyentes. Por el contrario, su uso oportuno y adecuado permitirá la solución de problemas concretos de organización de servicios de salud, recordando que lo que interesa es obtener el fortalecimiento del sistema de salud y la capacidad resolutoria de los niveles locales.

Los procesos de desconcentración y descentralización que se desarrollan en el contexto de la administración pública son decisivos y condicionantes para los procesos similares que se impulsan a nivel del sistema de salud. La existencia o no de políticas, decisiones y programas gubernamentales de desconcentración y descentralización administrativa representan verdaderos condicionamientos externos de los sistemas de salud. Un sector público con escasa regulación de estos procesos, o con una deficiente instrumentación técnica y legal, se constituye en un obstáculo para todas las formas de gestión de servicios gubernamentales.

Las políticas globales de organización gubernamental y los marcos normativos de tipo técnico y jurídico son entonces los principales factores facilitadores u obstaculizantes que influyen en los sistemas de salud.

La participación social

El siguiente aspecto fundamental para el desarrollo de los SILOS lo constituye el apoyo a los procesos de participación social. La activación de la participación social y su dirección hacia la atención a la salud requiere de estrategias flexibles que vehiculicen la expresión de los grupos formales e informales y de las instituciones sectoriales que están presentes en un territorio dado. Es necesario, a la vez, que se incentive la articulación de tales grupos e instituciones para la elaboración y ejecución de propuestas concretas.

La estrategia para tal fin debe viabilizar la deliberación entre el conjunto de actores organizados (comunitarios e institucionales) sobre los problemas de salud y su atención. Además, debe promover la concertación entre los diversos actores sociales sobre lo que se debe hacer para mejorar la atención de la salud, las formas como lograrlo y sobre compromisos y responsabilidades a asumir. Los procesos de deliberación y concertación se deben apoyar en la consulta continua a la población a través de las organizaciones existentes en los SILOS.

La activación de los procesos mencionados requiere tener en cuenta las posibilidades de deliberación y concertación existentes en las comunidades, y de la ampliación o apertura de nuevas posibilidades donde puedan realizarse análisis colectivos y programas concertados mediante la planificación participativa, así como de un proceso continuo de desarrollo de recursos humanos.

La intersectorialidad

El desarrollo de políticas de salud de carácter intersectorial como una estrategia básica de la atención primaria deberá encontrar un adecuado ámbito de ejecución a nivel local. Todo esfuerzo de desarrollo de la salud con un enfoque amplio exigirá la conjunción de todas las fuerzas sociales y económicas con el propósito del bienestar colectivo. La intersectorialidad y la participación social son así dos fuerzas fundamentales para el desarrollo de los SILOS.

A nivel comunitario, el enfoque intersectorial debe expresarse en atención integral de las necesidades básicas, particularmente de los grandes grupos poblacionales que tienen menos acceso a los beneficios del desarrollo. En el plano nacional, la coordinación intersectorial debe significar un soporte articulador de recursos financieros y de cualquier otro tipo para satisfacer las necesidades básicas. Tanto en el plano local como en el nacional es necesario considerar el desarrollo de la salud como una parte integrante del bienestar, privilegiando las acciones de promoción de la salud.

La propuesta de desarrollo intersectorial está ligada al concepto de comunidades saludables en donde todos los sectores aportan para lograr esa meta social y económica.

La readecuación de los mecanismos de financiación

El debate sobre los montos a destinar para la salud, las fuentes de financiación y la distribución de los recursos debe realizarse teniendo en consideración los procesos de desarrollo local y de descentralización.

Ello significa que la financiación de la salud deberá tener un cambio, no solo cuantitativo sino cualitativo, orientándose a apoyar las acciones concretas a la descentralización de las decisiones sobre el uso de fuentes alternativas de financiamiento y mecanismos de asignación del gasto

orientados a garantizar la atención integral de salud, inclusive el saneamiento básico.

Será necesario cambiar las formas tradicionales de distribución y control de los recursos financieros para lograr que estos se utilicen con una mayor eficiencia y respondan a las necesidades de grupos sociales prioritarios.

La participación coordinada de fondos del Estado provenientes de rentas generales, las distintas formas de seguridad social y las nuevas formas de recaudación y utilización de fondos adicionales deberán asegurar una cobertura total que otorgue prioridad a los SILOS y a los grupos de población más necesitados.

El desarrollo de un nuevo modelo de atención

Como ya se ha dicho, el desarrollo de los SILOS no debe limitarse a una simple división del trabajo dentro de un esquema descentralizado de gobierno, sino que debe constituirse en un proceso de cambio fundamental en los procedimientos técnicos de prestación de los servicios, en el uso de las tecnologías disponibles, en la integración de los conocimientos, en la forma de utilización de los recursos y en la forma de concretarse la participación social. En base a estos elementos pueden definirse una serie de metodologías y principios básicos para facilitar el desarrollo de estos nuevos modelos de atención.

El desarrollo de los sistemas locales de salud debe partir del análisis de la situación de la salud, proyectando el conocimiento de las necesidades e identificando y calificando las condiciones de riesgo, con el fin de orientar la definición de prioridades, la organización y la utilización de los recursos disponibles.

Con el fin de facilitar la programación local y la evaluación de los servicios de salud, los SILOS se deben subdividir en unidades geográficas mínimas de análisis, teniendo en cuenta las características de la estructura de los servicios de salud y la distribución de los grupos de población.

El desarrollo de la capacidad analítica de los SILOS contribuirá a especificar mejor la información requerida y permitirá análisis cada vez más pertinentes y relevantes.

Las actividades de los SILOS deberán organizarse teniendo en cuenta toda la población y sus necesidades prioritarias, en base a un proceso participativo de programación que incluya todos

los recursos disponibles y defina las actividades que hay que realizar, las metas de cobertura e impacto y el ajuste de las mismas de acuerdo con evaluaciones estratégicas permanentes.

Toda familia y grupo de la población debe tener en forma explícita recursos y personal de salud asignados que les brinden atención, ya sea a nivel institucional o a nivel comunitario, organizados en una red de servicios coordinados, con los escalones de complejidad necesarios para responder a las necesidades de la población.

Se buscará así la mejor forma de coordinar todos los recursos existentes, los del Estado nacional, local, la seguridad social y la actividad privada, de manera de lograr una estrategia compartida de acción.

Debe conservarse un enfoque global de las acciones agrupadas de acuerdo con el conjunto de problemas de la población, siendo ejecutadas en forma integral por las diferentes categorías de personal, evitándose los agrupamientos por patologías o programas aislados.

La red de servicios en su conjunto debe asumir la responsabilidad de otorgar atención integral a toda la población. Ello significa que los SILOS deben encontrar las soluciones apropiadas, ya sea a través de su propia capacidad instalada o del desarrollo de las interrelaciones necesarias. Toda demanda deberá ser atendida, no aceptándose rechazo de solicitudes de atención.

A este respecto, se debe considerar al hospital como integrante de los SILOS. Al insertarse en un sistema local de salud, el hospital sufre un cambio que afecta de una u otra manera a todos sus servicios. A la satisfacción de la demanda de la población a su cargo se le debe agregar la complementariedad con los otros servicios de la red, que genera cambios en la cantidad y calidad de servicios y obliga a buscar innovaciones de organización.

El servicio de salud se debe organizar para producir algún cambio en el perfil epidemiológico de la población con respecto a los riesgos y problemas de salud colectivos e individuales, por lo que la evaluación del impacto y la calidad de la atención debe ser práctica permanente.

Los SILOS deben poner en práctica, dentro de su territorio, procesos de delegación de autoridad, descentralización y desconcentración como una forma adecuada de distribuir responsabilidades y agilizar la gestión técnico-administrativa.

La integración de los programas de prevención y control

El ámbito de trabajo de los SILOS debe otorgar la oportunidad de hacer realidad la unificación de los esfuerzos de la comunidad y de los recursos del sector en acciones conjuntas de salud.

De esta manera, se debe utilizar el desarrollo de los programas de salud y su capacidad de movilización para favorecer el desarrollo de la infraestructura de salud de manera de poder destinar los recursos en función de las necesidades socialmente más relevantes, haciendo la convergencia entre los conocimientos clínicos, la epidemiología y la administración.

En los sistemas locales de salud se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas que buscan atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente para la producción de los servicios necesarios. Dichos vínculos pueden activarse con mayor facilidad cuando el proceso de gestión técnico-administrativa se produce en el plano concreto del sistema de salud, cuando se aproximan al máximo posible los problemas locales de salud, por una parte, y el diseño de programas y la adaptación de la organización de los servicios, por la otra.

La capacidad básica de respuesta de los recursos que componen la red de servicios debe incluir el conjunto de programas y actividades que se definen para la solución de problemas de salud prioritarios de la comunidad, con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los grupos humanos vulnerables y de reorganizar los recursos hacia los principales problemas de salud en el ámbito local.

El refuerzo de la capacidad administrativa

En cuanto al desarrollo de la capacidad de administración y de gerencia de los sistemas de salud, cabe apuntar que el logro de la meta de cobertura total para dar salud a todos con equidad y eficiencia, en el contexto político-económico de los países, depende en gran parte del incremento que se logre, tanto en la capacidad operativa de los servicios de salud como en la racionalización del gasto en salud que se obtenga. En muchos casos, la insuficiente capacidad operativa de los servicios y el gasto improducti-

vo son consecuencia de sistemas, procedimientos y prácticas de administración y de gerencia deficientes.

El concepto de gerencia debe entenderse como el de una acción que viabiliza la optimización de los recursos para el logro de los objetivos de las instituciones de salud, mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las acciones, bajo una dirección adecuada en la ejecución y en presencia de permanente supervisión, seguimiento y evaluación. Este proceso de gestión debe alimentarse del flujo continuo de la información que genere los conocimientos necesarios para el diagnóstico de la situación y la oportuna toma de decisiones en secuencia prioritaria.

Los sistemas locales de salud deben poseer una capacidad administrativa tal que permita un apoyo adecuado a la prestación de servicios en relación con el tamaño de la población correspondiente a un área geográfica determinada. Dicha capacidad administrativa debe estar definida por la satisfacción de algunos requisitos mínimos como:

- Una unidad de conducción técnico-administrativa, con recursos humanos adecuadamente adiestrados, que cubra la administración general de los servicios y se ocupe del sistema de información y atienda los servicios de apoyo.
- Un sistema de información que permita recolectar datos sobre la situación de salud y la prestación de servicios, que incorpore el análisis epidemiológico y administrativo de esa información y que utilice el análisis para el proceso de gestión.
- Una dotación básica de recursos físicos e insumos críticos que permita ejecutar las actividades arriba mencionadas.
- Capacidad de ejecutar y coordinar recursos financieros para el desarrollo de actividades a nivel local.
- Capacidad de articular las actividades de atención de la salud con el proceso de organización de la comunidad para la promoción de la salud en el área.

La capacitación de la fuerza de trabajo

El desafío de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 impone, entre otros aspectos, la necesidad de promover estudios y desarrollar procedimientos que posibiliten la utiliza-

ción más racional del personal existente asegurando la educación permanente de los recursos humanos ya incorporados a la fuerza de trabajo sectorial.

Dentro de este propósito, el personal de salud y la comunidad requieren nuevos procesos de comunicación, integración y colaboración tendientes a incidir en los problemas de salud, en sus factores determinantes y en la dinámica comunitaria.

La magnitud del desafío para reorganizar la infraestructura del sector salud, fundamentalmente a través del desarrollo y fortalecimiento de los SILOS, exige que para hacer más efectiva la descentralización se redefinan las funciones del personal y se instrumenten mecanismos para la vinculación del personal al sistema de servicios, y que se promueva su educación continua y supervisión de acuerdo con los planteamientos integrales y estratégicos que orienten el nuevo enfoque.

Los sistemas locales de salud requieren un personal suficientemente calificado para asumir las tareas y responsabilidades que impone la reorganización. Exigen, igualmente, un personal íntimamente ligado al proceso de participación social cuya dinámica trascienda los esquemas de la "institucionalidad", tan arraigada en el sector salud.

La dinámica que surge a partir de la concepción de los sistemas locales de salud requiere agentes de salud que interactúen como equipos estrechamente vinculados al contexto en el cual se activan.

Los valores y costumbres de la población constituyen partes fundamentales en las que se inserta el quehacer de todos y cada uno de los agentes que intervienen en la red.

El desarrollo de programas permanentes de educación para el personal de salud favorecerá el conocimiento y la sensibilidad de los funcionarios hacia los problemas y las necesidades locales de salud de la población. El contacto más cercano entre el personal de salud y la población deberá permitir a ambos mejor información, mayor intercambio y acciones conjuntas que en esencia tienen la función de promover y desarrollar la participación social en la planificación y administración de los sistemas de salud.

Es necesario que el proceso emprendido por los países de la Región referente a los SILOS y a la descentralización tenga un apoyo en la capacitación del trabajador de salud. Se debe dinamizar

la incorporación del personal de salud en actividades docentes de las facultades de ciencias de la salud, a través de la integración docencia-servicio en los sistemas locales de salud. Es importante disponer también, en el nivel de posgrado y educación permanente, de programas para la formación de administradores de los SILOS, científicos de la epidemiología y personal de alta calificación en la conducción sectorial.

La investigación

Teniendo en cuenta la necesidad de continuar y profundizar el desarrollo de modelos innovadores de prestación de salud a nivel de los SILOS, la investigación de servicios de salud deberá acompañar desde su comienzo todo proceso de reorganización y reorientación del sector en base al desarrollo de los SILOS.

De esta manera, se promoverán estudios de los SILOS que desarrollen los nuevos modelos operativos o sus componentes críticos y que evalúen la equidad lograda, la eficacia y calidad, la cobertura obtenida, la eficiencia en el uso de los recursos, así como el grado de participación social lograda.

La investigación de los SILOS deberá realizarse en coordinación fundamentalmente con los prestadores de los servicios, la comunidad y los usuarios, facilitándose de esta manera la posibilidad de que sus resultados sirvan para implantar acciones correctivas para lograr avanzar hacia una mejor salud de la población.

BASES PARA UN PLAN DE ACCION DE COOPERACION

Los lineamientos generales para formular un plan de acción de la OPS para los próximos años en apoyo a los Países Miembros en sus esfuerzos orientados al desarrollo de los SILOS están concentrados en tres áreas específicas:

- La recopilación, evaluación y difusión de experiencias nacionales referentes al desarrollo de los SILOS.
- El análisis conceptual y el desarrollo metodológico.
- El apoyo a los procesos nacionales de desarrollo de los SILOS.

Para conocer los esfuerzos de los países en relación con el fortalecimiento de los sistemas locales de salud se requiere:

- Hacer un inventario de experiencias indagando en todos los países los esfuerzos desarrollados en el pasado y las experiencias en marcha.

- Realizar un análisis crítico de las experiencias descritas para detectar sus virtudes y problemas.

- Promover investigaciones prospectivas de campo de algunas experiencias seleccionadas que tengan en cuenta tanto los aspectos estructurales como de procesos y resultados de los sistemas locales de salud. Se deberá comparar, entre otros aspectos, la productividad, la cobertura efectiva, el desarrollo de los programas, la eficiencia y la efectividad de los servicios y la participación y satisfacción de la población. La conceptualización y las metodologías propias de la investigación de servicios de salud son elementos que se deben tener en cuenta.

- Continuar y reforzar las actividades tendientes a dar a conocer los resultados alcanzados en los distintos países.

Deberá crearse así una conciencia regional, tanto a nivel de los trabajadores de salud, dirigentes de salud, políticos y administradores, como en la comunidad, para apoyar y participar en este proceso.

El análisis conceptual y el desarrollo metodológico serán una derivación de la actividad de recopilación y evaluación orientada a obtener experiencias sobre los enfoques y metodologías utilizados.

Tanto la recopilación y evaluación de experiencias como el análisis conceptual y el desarrollo metodológico tienen que estar orientados a apoyar específicamente actividades concretas en el plano nacional y local. De esta manera los recursos y las actividades de cooperación de la Organización, tanto a nivel de los países como regionales, deberán concentrarse para apoyar estos procesos de transformación que se identifican en la Región. Ello exigirá un esfuerzo conjunto interdisciplinario e interprogramático de todas las áreas y programas de la OPS, que facilite la integración de acciones para el logro de un mismo objetivo.

Se debe recalcar que la propuesta de desarrollar los SILOS no significa la sustitución o el reemplazo de otras estrategias ni de otros programas de la Organización. Por el contrario, debe verse como un medio esencial para facilitar el desarrollo adecuado de todos los programas de salud.

La programación de la cooperación técnica para el quadrienio deberá reflejar esta táctica operativa como un importante enfoque para la implantación de las prioridades que se han definido para el logro de la salud para todos en el año 2000.

Los aspectos del desarrollo de los SILOS descritos en la sección precedente de este documento serán los que orientarán las actividades de cooperación y sus posibles aperturas en proyectos concretos de trabajo, en donde se identifi-

quen los objetivos a alcanzar, la movilización de los recursos y los indicadores de evaluación. Se dará especial consideración a las dificultades que involucra el logro de los cambios propuestos. Se han identificado cinco cuestiones específicas que se deben tratar como pasos iniciales: fortalecimiento del sistema local de planificación e información, desarrollo de la capacidad de gestión, participación social, liderazgo general del sector salud, y desarrollo adecuado de los recursos humanos de salud.

IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN LA TRANSFORMACION DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

Eugenio Vilaça Méndes

INTRODUCCION

Los países en vía de desarrollo de América Latina y el Caribe presentan una situación de salud muy particular, caracterizada por la coexistencia de tres configuraciones epidemiológicas:

a) Las enfermedades infecto-contagiosas ligadas a la pobreza, a la desnutrición y a la precaria higiene del ambiente y de las personas.

b) Las enfermedades degenerativas tales como las cardiovasculares, el cáncer, los accidentes cerebro-vasculares, los problemas mentales, la diabetes, y otros.

c) Los problemas de salud originados por la exposición a productos químicos y otras sustancias tóxicas y por las modificaciones en las condiciones sociales de las familias, comunidades y en el ambiente de trabajo.

Este cuadro sanitario que ya presenta una situación difícil en sí mismo, se convierte en una situación más compleja cuando se analiza el contexto socioeconómico y político de las economías dependientes de los países de América Latina y el Caribe.

La primera mitad de la década de los 80 se caracteriza por un endeudamiento externo elevado, baja en el crecimiento económico mundial, disminución de los precios de los productos de exportación de los países periféricos y las dificultades de los países endeudados en lograr acceso a los mercados de capital.

Esto tiende a que los niveles de inversión y de crecimiento económico se hayan restringido severamente y que las condiciones de vida de las poblaciones hayan sufrido un deterioro creciente.

Ese cuadro de recesión económica puede afectar la salud directamente, aumentando la posibilidad de enfermar, morir o incapacitar; o indirectamente, reduciendo los recursos para enfrentar los problemas de salud y/o sus factores condicionantes o determinantes.

Ese ambiente económico repercutirá ciertamente, de algún modo, en el proceso político de democratización de los países latinoamericanos y caribeños. Especialmente, debido a las formas que asumen las políticas internas de ajuste económico de nítido carácter recesivo.

Como resultado de todo esto, sucede la acumulación de una enorme deuda sanitaria manifestada mediante las diferencias relativas en los niveles de salud y en el acceso a los servicios.

Se estima que actualmente, en la Región de las Américas, 130 millones de personas se encuentran sin acceso a los servicios básicos de salud. Este problema se verá agudizado cuando se sumen 160 millones más de personas para el período 1986-2000.

Además, generalmente los sistemas nacionales de salud están organizados en forma ineficiente, lo que les da una característica de vulnerabilidad para encarar esta problemática.

El enfrentamiento de esta situación crítica va a exigir cambios profundos, cuantitativos y cualitativos, en forma y contenido, relativo a la organización de los sistemas nacionales de salud, para tornarlos más eficientes, eficaces, igualitarios y democráticos, de acuerdo con la meta de salud para todos en el año 2000 y con la estrategia de atención primaria en salud.

LAS TRANSFORMACIONES DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Y LA IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Dado que los sistemas locales de salud son una parte integrante del sector salud y este, a su vez, conforma la estructura político-administrativa de un país "definiéndose en un espacio poblacional determinado, teniendo en cuenta todos los recursos para la salud y el desarrollo social existente en el mismo, respondiendo a los procesos de descentralización del Estado y del sector sa-

lud, a las necesidades de la población y a la estructura de la red de servicios, y organizándose para facilitar la conducción integral de las acciones" (1); los SILOS no pueden ser considerados —como comúnmente se ha hecho— como un mero ente jurídico o físico, o como una propuesta técnica de reorientación físico-funcional de las unidades de servicio en un espacio local, con autonomía en relación al sistema nacional de salud. Al contrario, la propuesta de los SILOS representa un elemento táctico, fundamental dentro del proceso de transformación de los sistemas nacionales de salud, de los cuales son parte inseparable. De esta manera adquieren una dimensión político-técnica indiscutible.

El proceso de cambio de un sistema nacional de salud —en cualquier país democrático— es parte de un proyecto político en el cual las fuerzas sociales que desean la transformación, en situación de poder compartido, deberán actuar en tres diferentes planos jerárquicos:

a) Un plano político-jurídico, correspondiente al espacio situacional de las macroestructuras o sea, al campo de las reglas básicas que regulan el funcionamiento de los sistemas de salud. Finalmente, dicho plano es el que determina el límite de posibilidades de cambios que se puedan dar en el sistema nacional de salud.

b) Un plano político-administrativo que conduce, de acuerdo con las reglas básicas del plano anterior, las estructuras y funciones superiores e intermedias de un sistema nacional de salud, variando de acuerdo con el tamaño y complejidad de un país determinado y de las instituciones de salud, con el grado y estilo de descentralización y participación y con las características de organización político-administrativa.

c) Un plano político-operativo en el cual el sistema nacional de salud adquiere su conformación concreta, mediante el establecimiento de una relación directa y de correlación bilateral entre sus unidades productoras de servicios y una población usuaria que conviven en un tiempo y en un espacio determinado.

De esta manera, una transformación real de un sistema nacional de salud tendrá que exigir cambios en estos tres planos políticos y de ninguna manera significa que esto se dará por etapas o por momentos sincronizados.

Al contrario, la estrategia de transformación deberá definirse en cada coyuntura, los planos

tácticos de las acciones posibles y sobre esa base ir implantando la viabilidad política para el proyecto.

Si no se procede de esta manera, los cambios podrían ser limitados a un nuevo ordenamiento jurídico-legal o en la mejor de las hipótesis, en una de las muchas e inútiles reformas administrativas que ya se han efectuado en la Región.

Para que el proceso de cambio tenga consecuencia, es necesario que represente una real reforma asistencial demostrada en la modificación cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, en lo referente a la atención de las necesidades de salud de las poblaciones.

Es en esta perspectiva que se debe considerar como elemento táctico básico el plano político-operativo. Como consecuencia de esto, resultará acertada la línea de pensamiento que se está desarrollando en la Región, mediante la propuesta de acelerar los procesos de cambios, favoreciendo el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

Por estas razones, cabe ahora discutir con más profundidad la naturaleza del espacio local donde se efectuarán las modificaciones en el plano político operativo y donde, concretamente, se organizarán los sistemas locales de salud.

Primero, es preciso resaltar que no se trata de un simple espacio geográfico; es también un espacio demográfico, epidemiológico, tecnológico, económico, social y, sobre todo, político, insertado en una totalidad histórica donde se articulan, por una parte, las unidades productoras de servicio y, por otra, la población con sus diferentes necesidades y posibilidades, en una relación biunívoca y totalizadora. De esta relación solamente de ella, y en este espacio y solamente en él —el espacio de los SILOS— es que se puede transformar en acciones la misión de las instituciones de salud.

La actuación a nivel local no significa una autonomía de ese espacio; al contrario, se debe entender por niveles locales la existencia de situaciones que representan fracciones de una variable, es decir parte de una totalidad (2).

El espacio local es la combinación de una estructura epidemiológica, de una estructura socioeconómica, de una estructura de poder y de una organización técnica específica que constituyen la base de las relaciones entre las estructuras referidas y los recursos, en la cual la realidad social es el resultado de la interacción de todas estas estructuras (3).

Es un poco en este sentido, que una corriente de planificación estratégica postula el concepto de espacio-población (4).

Segundo, es necesario recalcar en forma relativa, el contenido político del espacio local.

Por una parte, porque es ahí donde se manifiestan las estructuras del poder local, expresadas en redes de solidaridad existentes y de las alianzas y conflictos que se dan entre los diversos actores, individuales, grupales e institucionales, que juegan un papel en dicha estructura (5).

De la interrelación entre los diversos actores sociales en situación, en un espacio determinado, es que se puede lograr una negociación sobre un proyecto que conduzca a mejorar la atención de salud, sobre las formas de desarrollarlo y sobre los compromisos y responsabilidades que es necesario asumir para lograr los objetivos establecidos.

Consecuentemente, los espacios locales son espacios políticos donde es posible concertar; o sea, son escenarios de encuentros para el diálogo entre los representantes de las distintas instituciones de un sistema local de salud, que sirve de matriz para la deliberación del conocimiento colectivo y la construcción de un proyecto concertado, integrando los poderes técnico, administrativo y político (6). Es obvio, que esto exige la participación social asegurándole al ámbito local las características de un espacio participativo.

Por otra parte, es un espacio político porque, en él es que se materializa y se hacen visibles las transformaciones de un sistema nacional de salud.

Las modificaciones en los planos político-jurídico y político-administrativo, aunque imprescindibles sin embargo, dicen muy poco a la población en general. Lo que la población percibe, comprende e internaliza es la acción concreta de los servicios que busca y recibe; esto es, el espacio situacional de los hechos relacionados a la salud, el nivel donde el flujo de producción de salud se manifiesta en su apariencia como fenómeno (7).

Leyes, reformas, proyectos, siglas, convenios, pueden ser para la población, un simple discurso vacío si no van acompañados de hechos que se puedan percibir, tal como: aumento en las consultas médicas, asistencia más humanizada, facilidades para internación en los hospitales, disponibilidad de medicamentos, exámenes de laboratorio, etc.

La existencia de este fenómeno es lo que va a permitir ganar el apoyo de la población al proyecto de transformación del sistema nacional de

salud y esta es la única forma de construir la viabilidad política definitiva de un proyecto de cambio. El espacio donde esto se puede observar es, fundamentalmente, el espacio local de un SILOS.

De ahí que surge la importancia táctica relativa de los sistemas locales de salud en los procesos nacionales de transformación de los sistemas de salud, en cuanto a espacios concretos de prestación de servicios.

Cabe resaltar una vez más, que no se pueden considerar los sistemas locales de salud como una panacea capaz de resolver todos los problemas de un sistema nacional de salud, porque ellos no pueden prescindir de los planos político-jurídico y político-administrativo si se pretende lograr un cambio concreto.

En este sentido, un proyecto de transformación de un sistema nacional de salud aunque asigne prioridad táctica a un espacio local debe ser entendido como un movimiento dialéctico donde se ejecutan, en la intensidad y el ritmo definidos por sus condicionantes y tiempos políticos, las acciones tácticas concomitantes en los diversos planos situacionales de la salud. Respetando, por cierto, los límites establecidos por los espacios de posibilidades demarcados en la estrategia global.

Tercero, los espacios locales son además espacios científico-técnicos de producción, aplicación, difusión, y deliberación del saber, porque un proceso político de transformación no puede prescindir:

- De la investigación que es el instrumento del nuevo saber.
- De los cambios tecnológicos a nivel de proceso y producto que serán inducidos por la instalación de un nuevo sistema de salud.
- De la difusión del conocimiento existente, de diversas maneras y según las posibilidades concretas de cada espacio local.
- De un proceso de redistribución y democratización del saber en salud que articule elementos del pensamiento de la gente, sin sobrestimar el saber popular, con elementos del pensamiento científico-tecnológico oficial.

En consecuencia, el espacio local es un espacio científico-técnico de investigación, de aplicación e innovación tecnológica, de educación y de deliberación colectiva (8).

LOS OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Los objetivos de la propuesta de los sistemas locales de salud, como elemento táctico primordial en la transformación de los sistemas nacionales de salud, son: la eficiencia social, la eficacia social, la equidad, y la democratización. Es claro, que la posibilidad de la consecución de estos objetivos a nivel del espacio local depende, en gran parte, de las decisiones políticas que se dan en los espacios de mayor jerarquía y de las políticas generales que se desarrollan en el sistema social, político y económico global.

Eficiencia social

La categoría eficiencia expresa una relación de producción obtenida de recursos utilizados, donde se busca optimizar la productividad de un sistema, sea maximizando productos por unidad de insumo, o minimizando los insumos por unidad de producto.

Cuando se trata de un sistema de salud que tiene sujetos y objetos específicos; que es un proceso de producción complejo y con particularidades; que tiene productos intangibles; y, donde hay una participación significativa de instituciones públicas y/o privadas sin fines de lucro, la noción rígida de eficiencia económica es insuficiente para definir objetivos.

Aunque siempre en cualquier sistema se debe buscar una productividad óptima, en relación a los sistemas locales de salud se debe trabajar con una categoría más amplia, como la de eficiencia social; o sea, una relación de resultado social de la producción/costo social de los recursos utilizados.

Esto se impone porque, además del tipo o escala del producto final, se debe considerar la misión social que una sociedad determina para un sistema de salud y que puede tener implicaciones sobre la eficiencia económica.

Eficacia social

Aquí, también, el concepto económico rígido de eficacia, o sea, la relación entre la cantidad de recursos, actividades o resultados programados y la cantidad efectivamente obtenida —lo cual

expresa el grado de cumplimiento de metas— es limitada para la fijación de objetivos en un sistema de salud. Por tal motivo, se propone la sustitución del concepto de eficacia económica por el de eficacia social y epidemiológica.

Una razón puede ser dada por la singularidad de la producción de los servicios que para tener utilidad tienen que ser cuantitativamente suficientes y cualitativamente adecuados, para permitir determinar su impacto sobre los problemas de salud de la población.

Una institución puede tener una eficacia económica óptima y sin embargo su producción lograr poca modificación en los niveles de salud de la población. Lo que ocurre con mucha frecuencia y especialmente en servicios organizados de acuerdo con las necesidades de mercado; por esta razón, la eficacia en cuanto a su uso como expresión de utilidad, no puede satisfacer solamente demandas; más que eso, debe destinarse sobre todo a atender las necesidades de la población.

Es por esto que se pretende que la eficacia exprese una relación entre el número de actividades útiles y el número de actividades totales (9).

Por tanto, se considera que la eficacia se asocia con indicadores de cantidad y calidad sobre los procesos de impacto. Además, la eficacia social incluye la noción de eficacia política que también trasciende la eficacia económica ampliándola, para incorporar como elemento de evaluación los recursos del poder. En este sentido, la eficacia política de un sistema local de salud consiste en su capacidad de obtener el apoyo y efectuar alianzas con diferentes fuerzas sociales a través de una producción útil.

Equidad

El carácter de bien colectivo de la salud obliga a que todos, sin discriminaciones, tengan el derecho de mantenerse saludables y de tener acceso a los servicios de salud.

La equidad no puede ser equiparada a la universalización de los sistemas de salud porque muchas veces esto encubre posibilidades de acceso a servicios diferenciados según grupos poblacionales distintos, tal como ocurre cuando la atención primaria es interpretada como un programa desarrollado para poblaciones marginadas. Es el caso de la atención primaria selectiva, de los programas de medicina simplificada y de las estrategias de sobrevivencia de grupos de

riesgo que buscan una universalización de la atención, limitando el acceso universal a un conjunto determinado de tecnologías de costo/efectividad baja.

La dimensión equitativa de un sistema local de salud no puede negar el hecho que la población es heterogénea en términos de necesidades y de acceso a los servicios y que, por tanto, prioridades políticas deben ser establecidas para disminuir paulatinamente los grados de desigualdad relativa. Hay que resaltar que la equidad implica una decisión política de reconocimiento de la salud como un derecho de la ciudadanía que es la aceptación tácita de acceso para todos, en todos los espacios poblacionales, a los mismos servicios de salud. Lo que, evidentemente, no será conseguido a corto plazo; pero que debe ser logrado en la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud.

El tema de la equidad no puede estar limitado al análisis de acceso a los servicios, debiéndose considerar, concomitantemente, el asunto de quiénes, cómo y en qué cantidades financiarán los sistemas buscando gradualmente sustituir sistemas de financiamiento regresivos por sistemas más progresivos.

Democratización

Además de ser eficaces y eficientes socialmente y equitativos, los sistemas locales de salud deben ser democráticos. La posibilidad de creación en un espacio local de un ambiente democrático, como se mencionó previamente, depende del grado de democratización existente en este espacio y en su entorno político. Es ese determinante global el que establecerá los espacios de libertad para el desarrollo de un sistema de salud democrático, como, también, la posibilidad de construcción de un microsistema social democrático, reforzará, de alguna forma, la democracia a nivel más general. Esa democratización incluye la equidad; pero, además, la trasciende en la medida en que por la participación social la población asume su papel de sujeto del sistema local de salud relacionándose con los servicios en una actitud de corresponsabilidad y actuando en su planificación, gerencia, control y evaluación; para que esto sea posible, debe existir una efectiva descentralización administrativa juntamente con una actitud permanente de transparencia y diálogo por parte de las instituciones.

La dimensión democratizadora de los sistemas locales de salud debe, también, abarcar los procesos internos de las instituciones mediante la activa participación de los prestadores de servicios de las diferentes categorías en la gestión de los sistemas locales.

LAS FORMAS DE ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Y LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Un análisis de las formas como están organizados los sistemas nacionales de salud en América Latina y el Caribe, muestra que existen dos posiciones polarizadas: la organización de acuerdo con las necesidades del mercado, y la organización de acuerdo con las necesidades de salud de la población.

La organización de acuerdo con las necesidades del mercado implica reconocer, como principio determinante, la rentabilidad óptima de las unidades productoras de servicios. La organización de acuerdo con las necesidades de la población coloca como principio determinante, los criterios epidemiológicos que se presentan en una situación de salud, entendida como un conjunto de problemas de salud descritos y explicados desde las perspectivas de un actor social (10).

Dichas formas de organización, con pocas excepciones, no se encuentran en estado puro, pudiendo haber cierta combinación entre los criterios organizativos.

Esos modelos son determinados por la estructura socioeconómica vigente en un país, lo que no significa, como la experiencia universal comprueba, que el sector salud, por sus características específicas, especialmente por la naturaleza de sus sujetos-objetos, no pueda tener una autonomía relativa del proceso global.

Lo que parece ser fundamental, es lograr conocer cuáles son los criterios organizativos que tienden a la hegemonía en la conformación de los sistemas nacionales de salud. Por ejemplo, en algunos países, con la hegemonía de la organización por las necesidades del mercado, ciertas modalidades asistenciales, tales como grupos de prepago, aplican ciertos principios de atención a las necesidades de salud de su clientela; pero la lógica de esa utilización está sometida a los criterios hegemónicos de mercado.

Los modelos organizados por necesidades de mercado llevan normalmente a la atomización de las unidades de producción, a la creación de dife-

rentes modalidades asistenciales para diferentes clientelas, que redundan, muchas veces, en una organización entrópica, lo cual puede conducir a:

- a) una ineficiencia relativa mayor de la organización como un todo, considerando los gastos públicos y privados. Esta falta de eficiencia global no significa que a nivel de unidades productoras individuales no se pueda dar la optimización, cuando se consideran estrictamente en el cálculo de eficiencia los recursos económicos;
- b) una eficacia relativa menor, dado que los servicios no están organizados de manera tal que puedan atender las necesidades de la población y, por consecuencia, sólo en forma complementaria lograrían un impacto en la situación de salud;
- c) una tendencia creciente a la desigualdad relativa, por las diferentes barreras que se oponen al acceso a los servicios y por la discriminación de clientela que les son inherentes. Esto se explica, en parte, por el gran monto de gastos personales o familiares que están presentes en el financiamiento de estos modelos organizativos;
- d) una democratización relativa menor, debido a las dificultades que una forma organizativa autárquica y sin base territorial presenta a la participación social.

Por otra parte, las modalidades organizativas en base a las necesidades de salud de la población conducen, naturalmente, a una forma de organización regionalizada en redes de servicios, con oferta que tiende a ser equitativa, utilizando mecanismos de integración y/o coordinación entre diferentes instituciones, lo que permite conformar, en mayor o menor grado, un verdadero sistema de salud, lo cual puede conducir a:

- a) una eficiencia social relativa mayor, ya que la organización por redes permite la utilización racional de los escasos recursos aplicando los principios de economía de escala y a través del establecimiento de funciones de producción óptimas. Además, tiene la flexibilidad para incorporar otros criterios evaluativos que guardan relación con la misión de las instituciones;
- b) una eficacia relativa mayor, dado que el sistema estará organizado, principalmente, para responder a los problemas prioritarios de un determinado espacio-poblacional;
- c) una tendencia creciente a la equidad relativa, a través de la creación de sistemas universa-

les que garanticen una participación significativa en su financiamiento de gasto público;

- d) una democratización relativa mayor, porque por su concepción descentralizada y por su base espacial local, estarían presentes las precondiciones que facilitarían viabilizar la participación social.

Los conceptos ideológicos básicos subyacentes a las dos modalidades organizativas, pueden ser encontrados en dos documentos del inicio de este siglo. El modo de organización según necesidades de mercado se encuentra en el Informe Flexner (11, 12), publicado en los Estados Unidos en 1910, y la organización según necesidades de salud en el Informe Dawson, publicado en Inglaterra en 1920 (13, 14).

La descripción resumida y simplificada de los dos modos de organización no implica reconocer en forma mecánica, como resultado de este análisis, las dicotomías que normalmente se establecen entre la estatización y la privatización o entre sistemas únicos y plurales.

Una vez más el tema central recae en el *locus* de la hegemonía organizativa: si está dentro o fuera del Estado. De un Estado que no necesariamente debe asumir todas las funciones de prestación de servicios; pero que no puede liberarse de su papel rector en la regulación del sistema nacional de salud, dirigiendo prioritariamente todas las instituciones públicas y privadas para la atención de las necesidades de salud de la población o subordinando esa reglamentación a las leyes del mercado.

De lo que se ha mencionado y, especialmente, con base en la definición de sistemas locales de salud y de acuerdo con sus objetivos, se puede concluir que la propuesta de sistemas locales de salud, para tener consecuencia debe ser coherente con la forma de organización según necesidades de salud.

Fuera de este enfoque, se estaría, a lo máximo, organizando en espacios periféricos de los sistemas nacionales de salud, sistemas locales de salud públicos destinados a poblaciones marginadas en regiones marginadas; o sea, una versión modernizada de las propuestas de medicina simplificada en la cual la doctrina de atención primaria es selectivamente reducida a un programa mínimo de acciones eficaces y de bajo costo, dirigidas a ciudadanos clasificados como de segunda categoría. Situación que violenta a los ob-

jetivos de equidad y democratización de los sistemas locales de salud.

LOS SUJETOS-OBJETOS DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

El concepto de espacio local coloca, como tema central, la existencia de una población inserta en un medio natural y social con el cual interactúa.

Esa población es a un mismo tiempo sujeto y objeto de los sistemas locales de salud y se organiza de diferentes maneras:

a) individual, en donde cada ser humano se constituye en una unidad bio-sico-social compleja;

b) familiar, donde superada la situación individual, y a la vez íntimamente relacionada con ella, se establece una unidad primaria de apoyo sicosocial y económico, habitando generalmente un espacio común;

c) grupos humanos, definidos según la forma como se dan los procesos de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia. Se postula que existe una correlación entre los espacios sociales de estos grupos —sus condiciones concretas de vida— y los espacios físicos donde se sitúan (15);

d) redes sociales de apoyo, que son conjuntos de estructuras constituidos por grupos primarios o secundarios, tales como los de trabajo (empresas), los religiosos (iglesias), los educacionales (escuelas), etc. (16).

Esa población interactúa, a través de relaciones de determinación y condicionamiento, con un medio natural y con un medio social, conformando ecosistemas humanos y sociales.

Ese entendimiento, de la inserción de la población en un espacio, tiene importantes implicaciones para los sistemas locales de salud.

Primero, porque el concepto de grupos humanos es fundamental para dar potencia explicativa a la situación de salud y para definir la naturaleza y la prioridad de los procesos de intervención de los sistemas locales de salud en relación a los problemas detectados.

Segundo, porque define los ámbitos de aten-

ción a la salud en el espacio de un sistema local de salud, los cuales son: atención individual, familiar, a los espacios colectivos (escuelas, fábricas, etc.), a grupos humanos diferenciados (grupos postergados) y al medio ambiente (agua, aire, alimentos, etc.).

REFERENCIAS

(1) Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*. Washington, D.C., Doc. 9536C, 1988.

(2) Santos, M. *Espaço e sociedade: ensaio*. Vozes, Petropolis, 1979, pág. 29.

(3) Oliveira, V. B. de. *Sistema local de saúde*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud 59, Washington, D.C., 1988, pág. 11.

(4) Barrenechea, J. J. *Reflexiones en torno a la conducción y gerencia de los sistemas de salud en los países de Centro América y Panamá en el actual contexto de las sociedades en que estas se insertan*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud, N° 56, Washington, D.C., 1988, pág. 25.

(5) Pedersen, D. y Coloma, C. *Perspectivas de salud, organización social y modelos de comportamiento: estudios de caso en la Amazonia, Sierra y Costa del Ecuador*. OPS-OMS y MSP, Quito, 1984.

(6) Roux, G. de, et al. *Participación social en los sistemas locales de salud*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud N° 35, Washington, D.C., 1988, pág. 82.

(7) Méndes, E. V. *O sistema unificado e descentralizado de saúde no atual contexto da reforma sanitária brasileira*. Publicação. Instituto de Saúde, São Paulo, 1988, pág. 13.

(8) Roux, G. de, et al. Op. cit., pág. 21.

(9) Testa, M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación, el caso de salud*. (Mimeo), Buenos Aires, 1988, pág. 72.

(10) Castellanos, P. L. *Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico*. (Mimeo), Medellín, 1987, pág. 4.

(11) Great Britain Ministry of Health. *Interim report on the future provision of medical and allied sciences*. London, HMSO, 1920.

(12) Del Nero, C. R. *A lost opportunity: the Dawson Report on regionalization of personal health services*. Thesis for the Degree of Master of Public Health, Connecticut, 1979.

(13) Flexner, A. *Medical education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for the advancement of teaching, 1910.

(14) Méndes, E.V. *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologias médicas*. Belo Horizonte, FUMARC, 1985.

(15) Barrenechea, J. J. y Trujillo, E.J. *Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín, Ed. Universidad de Antioquia, 1987 pág. 195.

(16) Roux, G.de, et al. Op. cit., pág. 11.

PARTICIPACION SOCIAL Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Gustavo de Roux, Duncan Pedersen, Pedro Pons y Horacio Pracilio*

BREVE ANALISIS DE LA SITUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS PAISES DE LA REGION

Persistencia de viejos problemas

Un análisis reciente sobre la organización de los servicios de salud en los países de la Región de las Américas, reconoce que a pesar de los avances la situación continúa siendo inadecuada en cuanto a la equidad, eficacia y eficiencia de los servicios (OPS, 1987).

Persisten las grandes diferencias en cuanto a la distribución de los recursos en salud, su accesibilidad y cobertura. Hoy, se estima que 130 millones de personas continúan sin acceso a servicios de salud y que a estos se agregará una población de 160 millones que representa el crecimiento poblacional esperado, para el período comprendido entre 1987 y el año 2000.

Las tecnologías de salud se utilizan en forma inadecuada, ya sea por exceso, empleo innecesario, o por defecto; es decir por una baja aceptabilidad de la población.

Por otra parte, el sector salud se ha mantenido con bajos niveles de coordinación efectiva entre sus distintos componentes institucionales (sector público, seguridad social y privada o no gubernamental) y, en muchos casos, los organismos sectoriales encargados de dirigir el proceso han perdido o han visto debilitarse su capacidad de conducción efectiva, dada la ausencia de políticas sociales en favor de los grupos en extrema pobreza y mayor riesgo; así como, por una menor participación sectorial en la distribución de los presupuestos nacionales.

En el terreno de lo intersectorial, si bien algunos países han definido políticas en áreas comunes de alta prioridad, como son la nutrición, la educación y el trabajo; las acciones intersectoriales se mantienen limitadas en su alcance y

trascendencia. El sector salud no ha ganado liderazgo en este terreno, siendo superado por otros sectores considerados como de mayor valor estratégico y con mayor potencial y visibilidad políticos.

En el abordaje de la interpretación del proceso de salud y enfermedad, las ciencias biomédicas sostienen su posición central y hegemónica, aunque se han ampliado las oportunidades de trabajo interdisciplinario con las ciencias sociales en el campo de la investigación y la enseñanza, por lo menos.

Servicios y sistemas de salud

A partir de la aplicación del enfoque sistémico sobre la situación de salud y enfermedad, así como de la aplicación de la teoría de sistemas sobre los servicios de salud, se han derivado un conjunto abigarrado de definiciones y usos incorporados en el lenguaje cotidiano aplicado, tanto al análisis de los servicios de salud, como dentro del contexto de análisis del "estado de salud" de un pueblo y sus determinantes.

En el primer caso, lo dominante es el concepto de que la salud es un producto o una resultante, en otras palabras, una variable dependiente de las interrelaciones entre el hombre y el ambiente social y natural. La situación de salud-enfermedad es vista como producto final de un proceso que puede ser discriminado en sus partes y descrito en sus interrelaciones.

En el segundo caso, los estudios de los servicios de salud como sistemas abiertos, es decir como organizaciones en continua y recíproca interacción con el medio ambiente, son relativamente recientes y se derivan, principalmente, de experiencias análogas aplicadas a la industria textil y a la minería, en la década de los 60. En realidad, el enfoque sistémico se ha aplicado no solo al estudio de servicios de salud, sino, también, al conjunto de instituciones y agencias que integran el sector salud en el sentido más amplio.

En consecuencia, es frecuente encontrar que bajo la denominación *sistemas de salud* existen distintas concepciones, a veces complementarias y otras veces contradictorias, dependiendo del sentido amplio (e inclusivo), o estricto (y

*Organización Panamericana de la Salud. Grupo de trabajo del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud bajo la coordinación del Dr. José María Paganini y la Lic. Marilyn Rice.

exclusivo) que se le otorgue al término. En algunos casos, predomina la visión institucional u organizacional de los sistemas con la inclusión de los servicios de atención. En otros, el concepto de sistemas de salud comprende no solo a las unidades efectoras o productoras de servicios, sino que incorpora además a ciertos factores determinantes o condicionantes de la situación de salud-enfermedad; como por ejemplo, el autocuidado, o las prácticas médicas tradicionales, o finalmente, las condiciones sociales y económicas que determinan o modifican (para mejor o peor) el estado de salud de una población, como son el ingreso, el medio ambiente, los estilos de vida, o los patrones de comportamiento individual y grupal.

Para terminar el análisis de esta sección, conviene señalar que esta situación se deriva de la ausencia de un paradigma único sobre el proceso de salud-enfermedad y sobre la medicina y sus instituciones, o *sistemas médicos*, o *sistemas de salud*.

Formas de participación y servicios de salud

La participación es un proceso complejo en el que resulta difícil señalar sus partes o elementos constitutivos, delimitar los factores o hechos que la determinan y, más todavía, identificar los indicadores que permitan dimensionar su magnitud y extensión. En las experiencias de participación social en salud entre distintos países de la Región de las Américas, se pone de manifiesto la multiplicidad de enfoques y estrategias que se han traducido en un abanico de situaciones y formas de participación, aunque, por lo general, los éxitos han sido de impacto limitado y de corta duración.

La participación de la colectividad en asuntos que conciernen a su supervivencia es tan antigua como la historia del hombre, ya que es una parte esencial del desarrollo de todas las sociedades humanas. La idea de que la participación es un proceso susceptible de estimularse desde afuera, y que la mayor o menor movilización de la población puede ser manipulada por agentes externos, es un concepto relativamente moderno.

En la década de los cincuenta, estas nuevas ideas y conceptos se aplicaron y adoptaron bajo la denominación de *animación rural* o *desarrollo de la comunidad*. El enfoque dominante era de naturaleza científica y proponía la introducción o *transferencia* de nuevas tecnologías para

mejorar la calidad de vida de la población. Con frecuencia, este enfoque estaba acompañado de un estilo de vida occidental o moderno que se definía como superior por un mayor consumo de bienes y servicios y que, esencialmente, contenía otra visión del mundo. La participación de la gente estaba representada por su capacidad de organizarse y movilizarse en torno a programas y acciones ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional, bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las ideas e innovaciones y las prioridades señaladas por los profesionales de la salud.

Muy pronto la operacionalización de este enfoque se encontró con resistencias y dificultades, por lo que se generaron nuevas estrategias de acción bajo la forma de identificación de los *líderes de opinión*, que eran luego persuadidos de las ventajas de tal o cual programa, y la promoción de conceptos tales como *socios para el desarrollo*, en los que la comunidad debía estar organizada de alguna forma, generalmente para legitimar las propuestas que en materia de salud y desarrollo se traían desde las ciudades, o desde el sector *modernizado* de la economía.

De acuerdo a un estudio hecho por la OMS, en 1960 había unos sesenta países en Asia, Africa y América Latina con programas de desarrollo comunitario. La mitad de ellos eran de escala nacional y el resto comprendía niveles regionales o unidades sociodemográficas más pequeñas. Para 1965, la mayoría de estos proyectos comenzaron a desaparecer, o a ser drásticamente reducidos y hacia fines de la década, la desilusión y el desencanto se extendieron, tanto entre los recipientes de ayuda, como entre los donantes, por la excesiva lentitud en materializar los resultados esperados y por las resistencias o dificultades encontradas en la implantación de los programas (OMS, 1983).

En la década de los 70, se afirma la estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad. Muchos proyectos de desarrollo reaparecen en el escenario latinoamericano en los que se reconoce la necesidad de colaboración entre el gobierno y sus instituciones, y la población.

No obstante, las nuevas estrategias no han logrado la incorporación activa de la población en la salud. La participación se mantiene como un hecho coyuntural y si bien la gente participa algo más en las acciones (en dinero, mano de obra, o a través de la incorporación de trabajadores de salud como *voluntarios*), su participación es prác-

ticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades, los programas y los servicios de atención.

Los servicios de salud a nivel local como parte de estructuras burocráticas excesivamente centralizadas, se constituyen en estructuras *antiparticipativas* por el carácter autoritario con el que intentan implantar un conjunto de actividades propias y por las relaciones asimétricas que se establecen entre los profesionales y la comunidad.

Sin duda, los diferentes contextos sociopolíticos y las estructuras sociales, económicas y culturales son variables en los países de la Región de las Américas. En cuanto al ámbito sociopolítico, los países se ubican en un espectro que va desde el contexto hostil o represivo hasta el más tolerante o favorable a la participación social. Por otro lado, se encuentran sociedades en las que los recursos están más equitativamente distribuidos, y otras en las que existe una considerable desigualdad en la distribución de la riqueza.

Las relaciones entre el contexto sociopolítico, las estructuras socioeconómicas y los sistemas culturales son determinantes de las distintas formas de participación social. No obstante, estas relaciones son todavía mal entendidas y se requiere de un esfuerzo significativo en la investigación social y epidemiológica de las condiciones determinantes (limitantes o facilitadoras) de la participación y de los procesos sociales vinculados; así como, de sus efectos sobre la salud y el bienestar de la comunidad.

UN MODELO DE ANALISIS DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

El enfoque sistémico de la salud

Todo intento de objetivar la realidad, tanto de los fenómenos naturales, como de los procesos sociales, requiere que la percepción sea orientada a partir de un determinado modelo de análisis interpretativo. Cuanto más compleja es la realidad que se quiere observar, tanto más necesaria se hace la utilización de un modelo que caracterice el objeto de análisis en determinadas categorías cognoscitivas, que permitan una conceptualización básica en términos más asequibles. Está claro, que ello se realiza siempre a expensas de un recorte de la realidad que es sesgado por la intencionalidad del observador.

En el caso particular de la salud, la compleji-

dad del fenómeno está dada no solo por la multiplicidad de variables que intervienen en su determinación, sino especialmente porque las mismas son de distinta naturaleza. Los fenómenos de salud, especialmente si se los considera en la perspectiva poblacional, resultan, así, de la más alta complejidad, por cuanto en el mismo operan e interactúan, simultáneamente, variables correspondientes a distintos órdenes de la realidad, desde los procesos físicos, químicos y biológicos reconocidos, hasta las complejas estructuras simbólicas de la cultura y las relaciones sociales.

Este elevado grado de complejidad hace que el abordaje científico no pueda ser realizado desde la perspectiva conceptual y metodológica de una sola disciplina, siendo indispensable utilizar un modelo teórico interdisciplinario, o mejor aún, transdisciplinario.

Uno de los intentos más eficaces en este sentido, aun admitiendo sus limitaciones, ha resultado sin duda el desarrollo de la *teoría general de sistemas*, que ha permitido romper las rígidas barreras disciplinarias y plantear la posibilidad de un diálogo entre las ciencias, en la búsqueda de un lenguaje común y una visión compartida de la realidad.

En este documento solo se pretende utilizar el enfoque sistémico con el propósito de caracterizar a los sistemas locales de salud (SILOS) desde una perspectiva global y totalizadora, indispensable para estudiar el fenómeno de la participación comunitaria; por lo tanto, de las diversas aplicaciones de la teoría de sistemas al campo de la salud interesa emplear el *pensamiento sistémico* para visualizar fundamentalmente los aspectos estructurales y comprender algunos procesos en los SILOS, con base precisamente en su propia definición de *sistemas*, sin perjuicio de complementar el análisis con elementos de otras vertientes conceptuales y teniendo en cuenta las limitaciones del enfoque sistémico especialmente en el terreno explicativo.

Si se entiende como *sistema a un conjunto de elementos interrelacionados con un objetivo común*, la definición de un sistema particular está dada, obviamente, por su finalidad, que otorga sentido e identidad al mismo. Si bien la delimitación es siempre arbitraria, el objetivo representa el marco de referencia para diferenciar los elementos que forman parte del sistema de aquellos que se encuentran fuera del mismo. Para delimitar un *sistema de salud*, es necesario reconocer aquellos elementos que intervienen en el proceso

cuyo resultado u objetivo tiende a ser un mejor estado de salud del individuo o la población.

Se trata sin duda de un sistema abierto, es decir, aquellos para los cuales el intercambio con el ambiente es condición necesaria para su supervivencia, reproducción y transformación. Su condición de abierto permite ubicar al sistema en un contexto o suprasistema dentro del cual es un componente. En este sentido, el sistema de salud es un componente del sistema social global, del cual su diferenciación es arbitraria y solo de tipo funcional, ya que la mayor parte de los demás componentes del sistema social tienen influencia sobre la salud.

No obstante, desde esta perspectiva es posible estudiar dos tipos de relaciones: las intrasistémicas entre los elementos o componentes del sistema y las intersistémicas, con otros sistemas en el marco de ese ambiente o suprasistema del que forma parte, en este caso el sistema social.

El intercambio con el ambiente origina la presencia de insumos o estímulos externos que le exigen poner en marcha mecanismos adaptativos para subsistir en ese contexto en permanente cambio; por un lado, mecanismos internos que tratan de mantener el equilibrio del sistema (homeostasis) o de producir cambios en la estructura para lograr niveles crecientes de organización (morfogénesis); por otro lado respuestas externas de defensa para neutralizar o minimizar el efecto de los factores del contexto.

La búsqueda del equilibrio resulta así un proceso dinámico de interacción permanente entre el sistema y el ambiente, existiendo siempre en algún lugar una situación de conflicto, que origina tensión o *stress* del sistema. El proceso de salud-enfermedad a nivel individual y colectivo constituye precisamente un buen ejemplo de esta situación.

En el nivel individual, el ser humano constituye de por sí un sistema altamente complejo caracterizado como una unidad biopsicosocial. Como todo sistema abierto, se encuentra en continua interacción con el ambiente, en este caso natural y sociocultural. Recibe del mismo en forma continua *estímulos* que originan respuestas diversas de adaptación o rechazo, emitiendo a su vez estímulos que determinan consiguientes respuestas ambientales en un proceso continuo de interacción y equilibrio dinámico.

Esta interacción resulta un fenómeno necesariamente conflictivo, en donde cada conjunto o

dupla, estímulo-respuesta, representa una situación particular de conflicto que puede establecerse en el área biológica, en el nivel psicológico, o en el área social del individuo; pero cuyos efectos se manifiestan en todo el organismo, en virtud del principio de totalidad de los sistemas.

Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad representan dos situaciones opuestas en el estado posible del sistema, y en el producto del mismo, aunque en realidad son dos fases de un mismo proceso (denominado salud-enfermedad) de búsqueda del equilibrio y por lo tanto, necesariamente inestable.

En teoría puede concebirse un estado ideal del sistema al que denominamos *salud*, que ha sido definido por la OMS como "el completo estado de bienestar físico, mental y social...", situación difícilmente alcanzable por el carácter dinámico e inestable del proceso; o como un estado de "óptima vitalidad física, mental y social que surge del accionar del hombre frente a los conflictos y a su solución" (Ferrara, Acebal y Paganini, 1976); del éxito o fracaso de cada momento en la resolución de estos conflictos, resultaría el estado de salud o enfermedad y sus infinitos grados intermedios.

Este estado del sistema tiene evidentemente una expresión en el producto que en el caso del ser humano está representado por una determinada conducta. Aparece así, el concepto de la salud como producto (o salida) del sistema que tiene dos planos de manifestación fenomenológica: uno subjetivo, perceptivo del propio individuo; y otro objetivo, caracterizado por la conducta apreciable y más o menos medible en el área biológica, psicológica o social.

Esta doble dimensión del estado de salud o enfermedad tiene implicaciones importantes en la atención de la salud, puesto que da lugar a dos definiciones posibles de necesidad de atención igualmente válidas, pero no siempre coincidentes: la definición *personal*, orientada por un modelo interpretativo básicamente cultural, y la definición *profesional*, basada en un modelo explicativo científico. Sobre el estado de enfermedad, la primera suele ser denominada *dolencia* por los científicos sociales, reservando el nombre de *enfermedad* a la segunda, ya que responde a una categorización nosológica definida por la patología. Esta duplicidad en la definición constituye una de las dificultades y motivo de discusión para la búsqueda de parámetros de medición de la salud y la enfermedad.

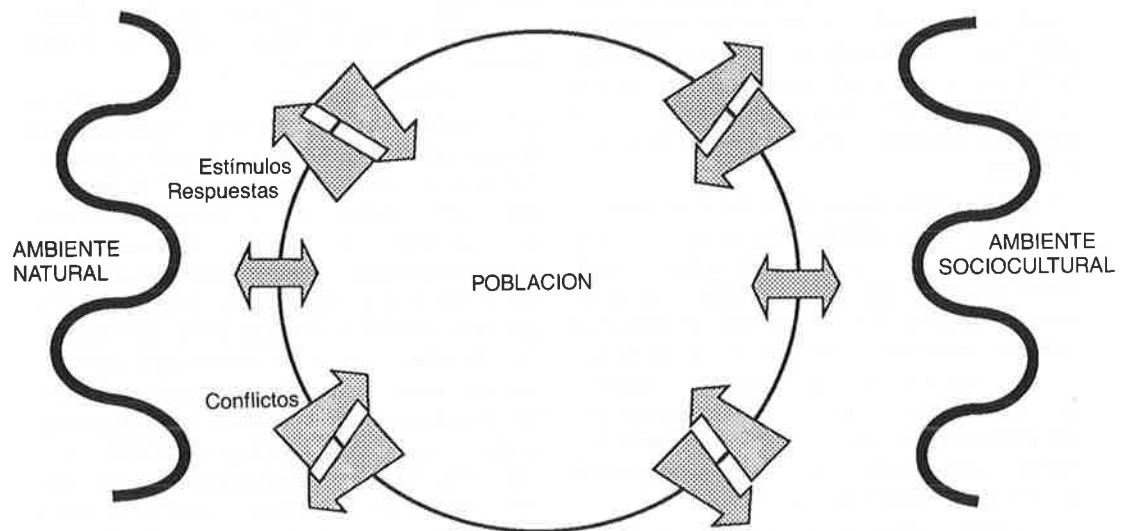
En el nivel de análisis poblacional, la salud y la enfermedad son, también, la resultante de un proceso dinámico de interacción entre la población y el ambiente (Figura 1). La población puede considerarse como una unidad bio-sociocultural que conforma una determinada comunidad y el ambiente está representado, por un lado, por el contexto ecológico natural de naturaleza física y biológica y por otro lado, el ambiente sociocultural con su diversidad de componentes de naturaleza ideológica, sociológica o tecnológica que confluyen en subsistemas sociales diferenciados por su función, como el subsistema económico, educativo, político, cultural, etc. En los ecosistemas humanos, los determinantes del ambiente sociocultural han pasado a ocupar un lugar preponderante con relación a las variables del medio natural más controladas por el hombre moderno. Por ejemplo, se reconoce cada vez más la importancia del llamado *estilo de vida* en la determinación de la salud, especialmente en los países desarrollados. El estilo de vida ha sido definido como pautas de comportamiento regulares y sostenidas de grupos e individuos a lo largo de períodos de tiempo prolongado. Aunque expresados a través del individuo, los comportamientos están, sin duda, condicionados por categorías

colectivas; los valores, los hábitos y las condiciones socioeconómicas del grupo de referencia del individuo y del contexto social más amplio (OPS, 1986), limitan o amplían las opciones para la acción.

La interrelación de la población con el ambiente es también por naturaleza conflictiva; desde la lucha por la supervivencia de los pueblos primitivos y de muchos grupos humanos actuales aislados o marginados, hasta los conflictos psicosociales y culturales de las sociedades más evolucionadas, según el modelo clásico de desarrollo económico-social. Entre ellos, toda la gama de posibilidades de comunidades con multiplicidad de fenómenos conflictivos de tipo político, económico, social y cultural de naturaleza diversa. Nuevamente, de la mayor o menor resolución de esos conflictos depende el estado de salud o enfermedad de esa población.

El resultado del estado de salud de una población adquiere, también, dos dimensiones posibles de manifestación: la percepción popular originada en alguna concepción ideológica cultural o modelo médico y la apreciación científica basada en un método de análisis epidemiológico y orientada por una clasificación nosológica.

Figura 1. Enfoque sistémico de la salud de la población.



Esta percepción diferente de los problemas de salud según sean definidos por la propia comunidad o por los profesionales ha sido estudiada en algunos lugares (Pedersen y Coloma, 1984), encontrándose una franja más o menos amplia de coincidencia, pero que deja dos ámbitos de discrepancia: un grupo de problemas percibidos por la población sin equivalente en el lenguaje médico moderno, y un conjunto de situaciones de susceptibilidad, riesgo y enfermedad no percibidas o definidas en términos epidemiológicos como de necesidad de atención.

La atención de la salud

El proceso de atención de la salud, entendido como la activación individual o social de los mecanismos estimuladores, defensivos o reparativos de la integridad biopsicosocial de las personas es, también, un proceso complejo que comienza en el propio individuo.

Los fenómenos interactivos señalados en la relación con el ambiente, ya sea de naturaleza físico-química y biológica del tipo de los mecanismos inmunitarios o la reparación de los tejidos, como las reacciones psicológicas de defensa y las conductas sociales de satisfacción de las necesidades básicas, constituyen las primeras acciones de atención de salud a nivel individual. En la búsqueda de la salud, se reconoce cada vez más el papel que juegan las decisiones personales en la adopción de conductas favorables a la salud, como hábitos dietéticos, recreativos, etc., y la supresión de otras desfavorables, como el hábito de fumar, al menos en las sociedades desarrolladas.

El autocuidado, entendido como el conjunto de acciones que realiza el propio individuo en cualquiera de los niveles de prevención para el cuidado de su salud, solo o con ayuda de la familia, constituye en cualquier grupo humano el primer nivel de atención de la salud.

Superada la instancia individual y en íntima relación con ella, la familia constituye en todas las culturas el segundo nivel de atención de salud, al ofrecer el soporte psicosocial necesario y la tecnología básica para la preservación de la salud y la atención de la enfermedad.

En una tercera instancia, existe en todas las sociedades otro conjunto de estructuras denominadas redes "sociales de apoyo", constituidas por otros grupos primarios o secundarios (grupos de autoayuda, religiosos, laborales, etc.), que

suelen desempeñar un papel fundamental en el mantenimiento y recuperación de la salud.

Frente a la percepción de la necesidad de atención, preventiva o curativa, la búsqueda puede orientarse, desde el principio o como una nueva instancia, a la consulta especializada que según el modelo cultural de referencia del individuo y su grupo primario será dirigida al sistema tradicional comunitario, o al sistema institucional de servicios de salud.

En todos los países y sociedades actuales, aun en los más desarrollados, coexisten en mayor o menor grado dos sistemas de atención de salud: un sistema tradicional comunitario constituido por las diversas formas de medicina folklórica de gran raigambre cultural en algunas comunidades, y otro sistema institucional constituido por los diversos servicios y organismos públicos, privados o de la seguridad social responsables formales de la prestación de salud.

Algunos investigadores agregan, además, la existencia del sistema popular que incluye todas las acciones de salud que desarrolla el individuo, la familia, los grupos comunitarios y cualquier referente informal que propone o realiza acciones preventivas o curativas. De hecho, está demostrado en varios estudios la baja proporción de personas con percepción de enfermedades que consultan a los servicios institucionales, por lo cual el uso de los mismos constituye solo una posibilidad entre otras para la población. Es evidente que aquí están influyendo todos los problemas de accesibilidad de tipo cultural; pero, también, geográfica, económica, legal y funcional de los servicios de salud.

Los sistemas de salud

A esta altura del análisis se puede intentar una delimitación de los distintos sistemas relacionados con la salud de una población, según un orden o jerarquía de sistemas que va de mayor a menor:

El *sistema social global*, constituido por el conjunto de la sociedad y la cultura, con sus formas de organización social, instituciones, sectores y relaciones sociales de orden político, económico, educativo y cultural, todo enmarcado en un conjunto de valores, creencias y pautas de comportamiento que conforman un modo particular de vida. Una comunidad, no es más que un sistema social en escala reducida, que ocupa un determinado espacio geográfico y

comparte ciertos valores culturales, es decir, es un sistema social local, que se representa en forma esquemática en la Figura 2, según el enfoque sistémico.

El *sistema de salud*, que representa un recorte en cierto modo arbitrario del sistema social, pero que incluye el conjunto de elementos o componentes del sistema social relacionados en forma directa o indirecta con la salud de la población. No se corresponde con el llamado *sector salud*, que suele incluir solo aquellas instituciones cuya misión específica es brindar algún tipo de acción sanitaria, sino que está integrado por elementos sectoriales y extrasectoriales que pueden influir sobre la salud comunitaria, incluyendo las instituciones y/o servicios que prestan acciones concretas en este sentido.

El *sistema de atención de salud*, que corresponde a aquellos elementos o componentes del sistema social que se han diferenciado, formal o informalmente, para brindar acciones de salud a una población. Como ya se ha visto, está com-

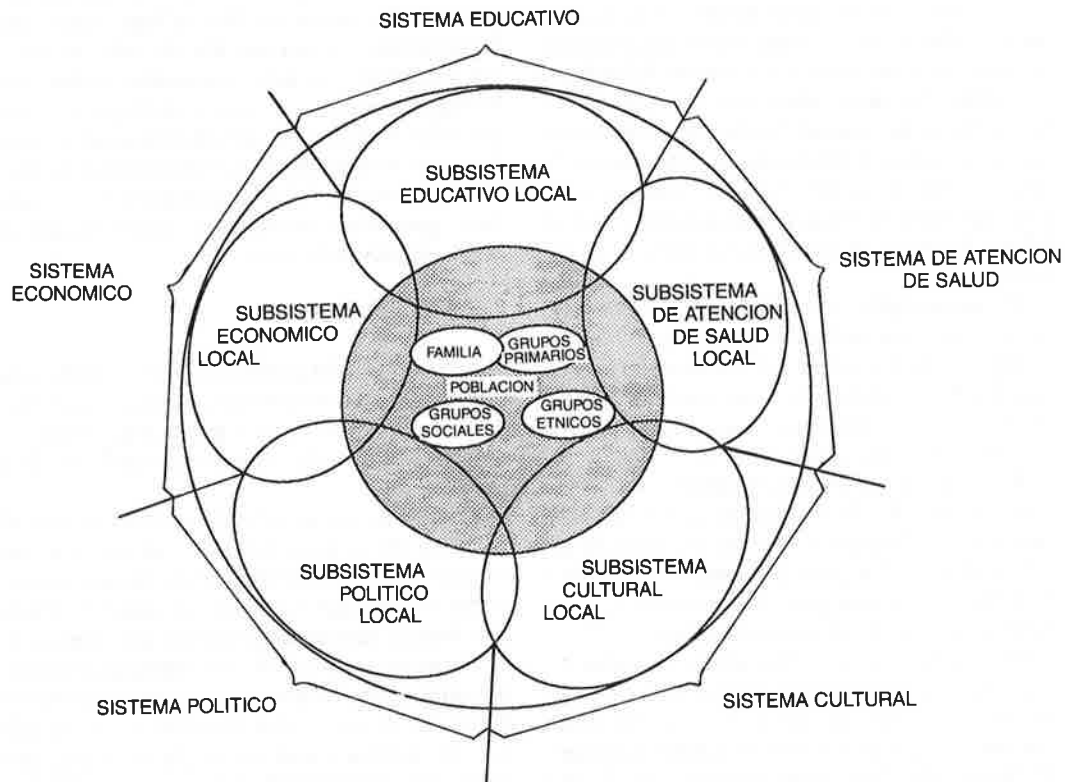
puesto, por lo menos, por el sistema institucional de servicios de salud, el sistema tradicional comunitario y el sistema popular.

El *sistema de servicios de salud* es, por lo tanto, un subsistema o componente del sistema de atención de salud constituido por los servicios institucionales, cuya misión es brindar prestaciones de salud. En el mismo puede, a su vez, encontrarse una diversidad de servicios, instituciones y formas de organización, según sea su dependencia, nivel de complejidad, sistemas de financiación, tipo de prestación, etc. En muchos países este sistema suele encontrarse subdividido en tres subsistemas: público o estatal, privado y de la seguridad social.

Esta diferenciación en una escala o jerarquía de sistemas aporta el marco conceptual para definir a los *sistemas locales de salud* (SILOS), desde la perspectiva totalizadora que ofrece el enfoque sistémico.

En un reciente documento de la OPS, se señala que un *sistema local de salud* se concibe como

Figura 2. Sistema social a nivel local (comunidad).



un conjunto de recursos de salud ya sean sectoriales o extrasectoriales, interrelacionados, responsables del desarrollo de la salud de una población definida, en un área geográfica delimitada. Las formas y mecanismos de interacción de la población con los servicios; así como su propio comportamiento, para proteger su salud y buscar soluciones a sus problemas de salud, son componentes fundamentales del sistema. Desde luego, la estructura social de apoyo a la salud en el plano individual y colectivo, es elemento esencial (OPS, 1987).

Esta definición, al incluir los recursos extrasectoriales y la estructura social de apoyo a la salud, permite visualizar a los SILOS como un sistema de nivel mayor que un sistema de atención de la salud, enmarcándose en las características de lo que aquí se ha definido como *sistema de salud*, tal como lo indica su denominación.

En la Figura 3 se pretende mostrar en forma esquemática la perspectiva de un *sistema local de salud* señalando, en un corte más detallado del sistema social que el que muestra la Figura 2, algunos componentes de los subsistemas político, económico, educativo y cultural; además, permite visualizar los componentes del denominado cono de atención de salud, y la delimitación del sistema local de servicios de salud, que a través de sus relaciones suprasistémicas forma parte del sistema nacional de servicios de salud.

Como puede observarse, el elemento central del sistema local de salud está representado por la propia población que constituye el núcleo y *sujeto* de todo el accionar del sistema. Pero, esta población no constituye una masa homogénea, sino que conforma grupos primarios como la familia y se organiza en comunidad para lograr objetivos comunes. La salud de la comunidad es la finalidad primordial del sistema y hacia el logro de esta meta deben confluír todos los actores sociales de esta comunidad organizada, tratando de reducir los conflictos, intra e intersistémicos, que generan los condicionantes socioculturales, a través de una acción concertada, decidida a través de un proceso de planificación participativa.

LA PARTICIPACION SOCIAL EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Como se señaló anteriormente, la participación social entendida en su sentido más amplio,

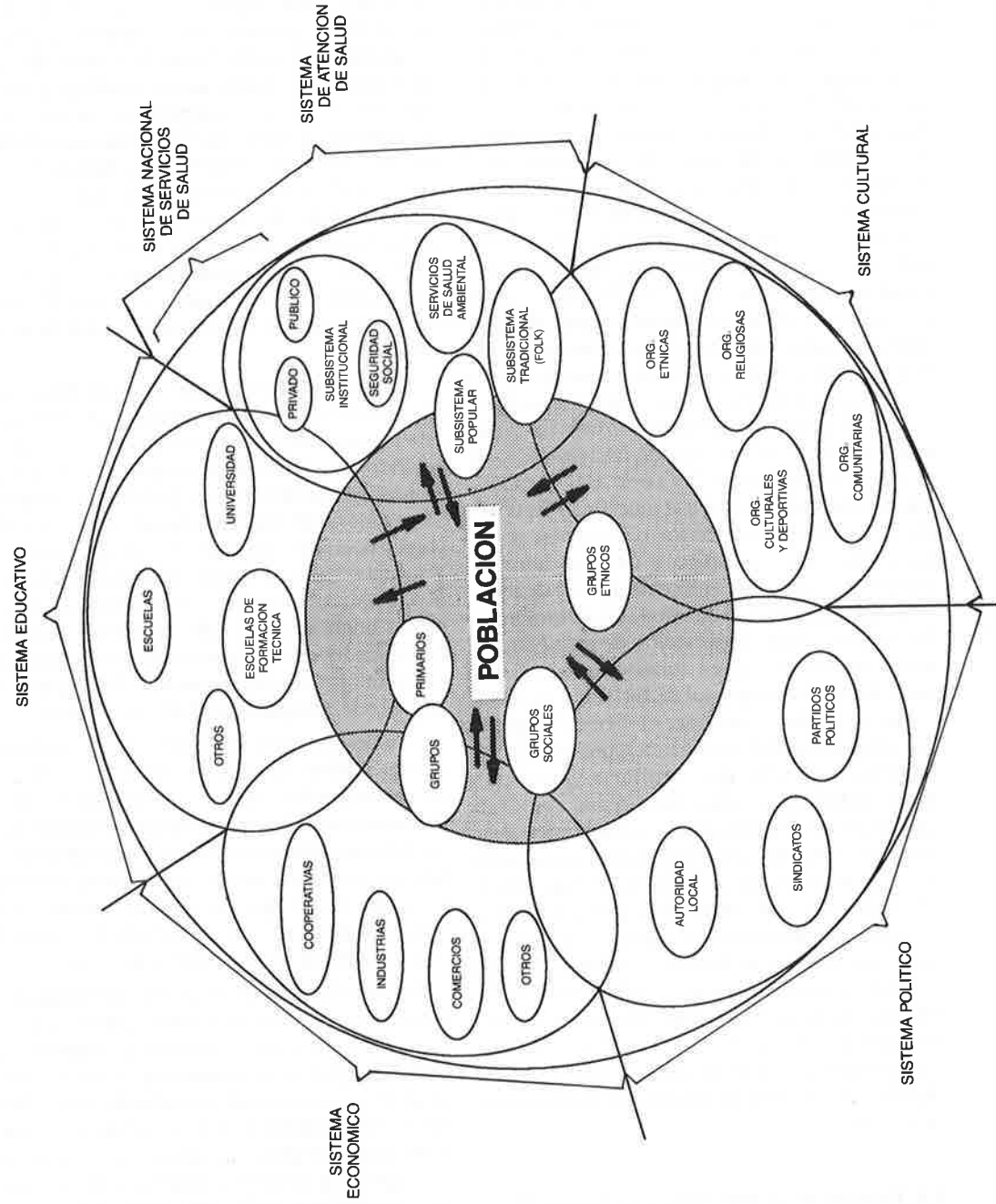
es un proceso complejo inherente a la dinámica de toda sociedad. De hecho, es una expresión del movimiento continuo que ocurre en todos los espacios cotidianos y en el transcurrir de la vida social. Cada persona, sin excepción, participa de una manera u otra dentro de la multiplicidad de contextos en donde actúa, en el ejercicio de sus funciones, o el desempeño de sus roles. Evidentemente, la participación cobra especificidad en cada situación y toma forma y dimensión propia en cada caso particular; dependiendo, en buena medida, de la ubicación de las personas en las clases sociales, de las restricciones que se les imponen, o de la posibilidad real o potencial que tengan para intervenir en la pluralidad de decisiones que sugiere la complejidad de la trama social.

Ahora bien, la participación social no se puede entender en abstracto, pues en todos los casos está revestida de intencionalidad. En el caso específico de la salud, la participación de la población ha sido históricamente percibida y promovida en función de intencionalidades concretas. De común ocurrencia ha sido, por ejemplo, que se la restrinja o limite: a la utilización de los servicios institucionales de salud, a la colaboración en acciones puntuales derivadas de iniciativas surgidas desde los mismos servicios, y a ser un mecanismo útil para disminuir costos, descargando en la población responsabilidades del Estado.

¿Cuáles han sido los efectos de la participación en el nivel de salud de la población? Si bien no hemos podido identificar estudios o experimentos controlados que permitan delimitar *efectos* directos de la participación social en la salud, hay que reconocer que las experiencias de participación social, por lo general, aumentan la accesibilidad; pero, por sobre todo la aceptabilidad y el uso de las tecnologías de salud.

La participación de la población limitada al uso de servicios institucionales, como receptora que acepta y acata acríticamente iniciativas, decisiones y prácticas inconsultas, corresponde a *modelos autoritarios* de servicios de salud. Dentro de tales modelos, los servicios se definen como autosuficientes, inspirados en una concepción que erige el saber científico y tecnocrático en un paradigma excluyente cuyos depositarios, revestidos de autoridad indiscutible, son quienes saben lo que conviene o no conviene y para quienes la palabra de la gente tiene ninguna o poca significación. La estereotipia del buen usuario

Figura 3. Sistema local de salud.



de los servicios es, entonces, allí, la de quien no cuestiona, reclama, ni exige y se muestra agradecido por la atención que recibe, por considerarla más como favor que como derecho. La participación esperada de este tipo de usuario, entendida como un comportamiento condescendiente y sumiso, corresponde a estructuras jerarquizadas y verticales, donde se coloca al receptor del servicio en la base de una pirámide que representa una relación aguda de asimetría entre oferentes institucionales y consumidores de servicios.

La participación social en relación con los servicios institucionales de salud ha sido, también, circunscrita a la colaboración de la población en actividades decididas, programadas y coordinadas desde instancias de los mismos servicios. Se asume, así, que la cooperación de la población facilita la realización de ciertas acciones de salud y contribuye a la ampliación de cobertura. Es evidente que este tipo de colaboración puede tener efectos positivos, pero cuando excluye a la población de la discusión de las razones que sustentan las acciones y de la posibilidad de intervenir en el diseño y selección de las opciones, constituye una forma de manipulación. Dentro de modelos institucionales de prestación de servicios de salud que monopolizan el saber y la capacidad decisoria, puede suceder que se permitan y escuchen inquietudes y críticas sin que la palabra de la gente tenga fuerza impositiva. Por lo tanto, indistintamente puede ser acogida parcialmente, ignorada o rechazada.

La importancia de que la población movilice recursos humanos y físicos para contribuir a solucionar problemas de salud, no se discute; pero se cuestiona el concurso de la población cuando se la orienta, simplemente, a reducir costos sin inscribir su intervención dentro de un contexto comprensivo y consciente de participación social, por cuanto instrumentaliza a la población convirtiéndola en simple herramienta. Aunque los efectos en el corto plazo de la participación instrumental puedan ser positivos, en el mediano plazo ésta se esteriliza pudiendo conducir al inmovilismo de quienes fueron marginados de la discusión sobre el sentido de las acciones, de su planificación y de las decisiones básicas que las orientaron.

Por oposición a los enfoques que instrumentalizan a la población, han surgido otros que tienden a sobrevalorar el saber popular por considerarlo fuente única de sabiduría de la que deben

emerger todos los derroteros para la acción. Este tipo de apreciación, que ignora la validez del saber erudito y del conocimiento técnico y científico, desconoce la ambivalencia y la heterogeneidad del pensamiento popular como un constructo multifacético edificado históricamente en la confrontación entre racionalidades y valores diversos y con frecuencia contradictorios; así como sobre experiencias disímiles y sobre mensajes acrisolados en sincretismos culturales variados. Pretender que la solución a los problemas de salud se inspire, únicamente, en la sabiduría popular, se traduce en acciones fútilmente espontáneas y por tanto, limitadas en su alcance y no siempre eficaces.

Una característica fundamental de los sistemas locales de salud es que en ellos confluyen agentes sociales e institucionales variados que: 1) conciben e interpretan los problemas de salud desde marcos de referencia lógicos que no necesariamente se compadecen, en la medida en que expresan racionalidades diversas, 2) toman decisiones permanentes y aisladas en materia de salud en correspondencia con sus interpretaciones fenomenológicas y con sus posibilidades reales, y 3) asumen responsabilidades autónomas en función de las decisiones efectuadas. La particularidad de esta polivalencia de saberes, decisiones y responsabilidades estriba en su asimetría, toda vez que la mayoría de ellas, o se agotan en ámbitos estrechos (como sucede por ejemplo en las decisiones que en materia de salud se toman al interior de contextos familiares), o afectan clientelas reducidas, o, como suele ser el caso de los servicios institucionales, ensayan a imponer decisiones tomadas en recintos cerrados, subordinando los saberes y experiencias de la población a la racionalidad técnica y científica.

La participación social pasa, entonces, por la ruptura de la asimetría existente entre los servicios institucionales de salud y las comunidades, lo que significa democratizar el saber y ampliar los espacios de decisión de quienes han sido tradicionalmente excluidos de la posibilidad de influenciar determinaciones en materia de salud por fuera del perímetro familiar. Por tanto, los SILOS pretenden descentralizar las decisiones, transfiriendo capacidad regulatoria de los niveles centrales de los servicios de salud a los niveles locales y estimular e incorporar la población en los procesos de atención a la salud, presuponen cesión de poder resolutivo a la población, revalorándola como sujeto de dirección y

no simplemente como objeto de intervención. Pero, además, presuponen la capacidad para asumir responsabilidades y cumplir con los compromisos que se adquieren con el ejercicio de la capacidad de disposición.

Una de las razones por las cuales no se ha producido en forma efectiva la participación comunitaria en los servicios de salud, es precisamente su característica de unidades pertenecientes a sistemas muy centralizados, donde la toma de decisiones se efectúa en un nivel central muy lejano a las posibilidades de influencia de la comunidad. Es evidente, que en tales circunstancias solo se puede dar un nivel bajo de participación, del tipo de la utilización o cooperación; pero, difícilmente una participación consciente, ya que no existe espacio formal para las decisiones significativas sobre la operación de los servicios. La descentralización es, por lo tanto, un requisito previo fundamental para incentivar la participación social en los sistemas locales de salud, puesto que la misma crea el espacio necesario para la toma de decisiones por parte de los actores locales.

La transferencia de poder decisorio a las comunidades y la posibilidad real de que la población pueda ejercerlo, encuentra condicionantes diversos. En términos generales puede aceptarse, como se ha demostrado en estudios de caso (OPS, 1984), que la participación social es relevante cuando los servicios locales de salud han surgido por iniciativa de la gente y esta ha logrado mantener soberanía sobre ellos, o cuando el Estado ha servido de garante y estímulo para el incremento de la potestad decisoria de las comunidades. En condiciones diferentes surgen preguntas relacionadas con ¿quién garantiza y cómo, la posibilidad de que la participación social signifique ejercicio de poder de base? o ¿cómo se legitima la posesión de poder decisorio a nivel local?

Estas preguntas se refieren a la necesidad de que la participación social se exprese en forma organizada, a la vez que contribuye al fortalecimiento de las organizaciones de base. En la medida en que las organizaciones de la comunidad se desarrollen y tengan capacidad para interpretar sus necesidades y deseos y movilizar recursos comunitarios, tendrán capacidad negociadora y de ejercer un efecto disolvente sobre las estructuras convencionales de poder. Puede plantearse, entonces, que las formas organizativas de base constituyen una garantía importante en la facultad decisoria de la población.

En ese sentido, se entiende la participación social en los SILOS como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades, y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria.

La participación social, así definida, tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa ejercicio de poder y como tal, fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base; pero además, en términos axiológicos y teleológicos, la participación social constituye una finalidad en sí misma, si se la considera como una condición inherente a la democracia real y a la recuperación por la población, del poder decisorio que con la separación progresiva del Estado de la sociedad civil, se ha venido concentrando históricamente en los aparatos e instituciones de aquél, en muchos países de América Latina. Desde esa perspectiva, la participación social equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y de los servicios que prestan.

La participación como proceso político y social no puede, y no debe, entenderse como el producto de una técnica o resultado de un puñado de procedimientos o dispositivos administrativos. Como proceso participativo, este no debe darse por la generosa tolerancia institucional, sino que debe entenderse como un derecho básico y un deber de la gente el participar individual y colectivamente en la planificación y atención de su propia salud (Pedersen, 1987). Como se señaló antes, la participación efectiva implica una redistribución del saber y del poder, lo que por su propia naturaleza es un proceso conflictivo por el cual ciertas estructuras buscan aumentar su control sobre aquellos recursos e instituciones de los que hasta ahora están excluidos (Stiefel y Pierce, 1982). Al mismo tiempo, la redistribución del poder no solo supone el ejercicio de un derecho, sino que también conlleva deberes y responsabilidades de los individuos y de la sociedad en su conjunto.

La participación, en cuanto significa una forma de ejercicio del poder, es un proceso político necesariamente influenciado por el contexto sociopolítico de un país. Siempre existe algún grado de participación, formal o informal, de la

comunidad en la estructura del poder; pero el tipo e intensidad de la participación, así como la forma de representación adoptada, dependen en buena medida de las formas de organización social y del sistema político de gobierno vigentes.

Es obvio destacar que en los países con regímenes políticos democráticos, especialmente aquellos con mayor antigüedad y continuidad en la vigencia de sus instituciones democráticas, se ofrecen mejores condiciones a la participación, que en aquellos con regímenes políticos autocráticos, que suelen conservar formas marginales de participación comunitaria del tipo de la cooperación o ejecución, existiendo para algunas decisiones una participación diferenciada de ciertos grupos de poder con exclusión, total o parcial, de otros.

Sin embargo, la vigencia de un régimen político democrático representativo, o sea el modelo de democracia política más frecuente en los países de la Región de las Américas, no garantiza la existencia de la participación social. La garantía del derecho a la participación política para el ejercicio de la soberanía popular en la elección de los gobernantes, puede considerarse una condición necesaria, pero no suficiente para asegurar una real democratización de decisiones. La democracia representativa política, si no se complementa adecuadamente con alguna forma de democracia social participativa, puede adquirir un carácter puramente formal, incapaz de impedir el distanciamiento de las instituciones del Estado con las del conjunto de la sociedad. La participación social es, entonces, una forma de relacionar a la sociedad con el Estado, para que éste sea más representativo del conjunto de la sociedad civil.

LA OPERACIONALIZACION DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN LOS SILOS

Hipótesis

La activación de la participación social y su direccionalidad hacia la atención a la salud requiere de estrategias flexibles que canalicen la expresión de los grupos formales e informales y de las instituciones sectoriales que hacen presencia en un territorio dado, a la vez que incentiven la articulación de esas instancias, para la elaboración y ejecución de propuestas concretas.

Una estrategia válida para tal fin debe viabilizar:

a) *La deliberación* entre el conjunto de actores organizados (comunitarios e institucionales) sobre los problemas de salud y de su atención. La población debe ser coautora del análisis de la problemática de salud en las áreas de los SILOS, aportando su propia versión. Esto implica reconocer la validez del punto de vista de la gente, de su percepción e interpretación de los fenómenos de salud y enfermedad, de la vida y de la muerte, de la naturaleza y de la sociedad, como ingrediente básico para la elaboración de una visión colectiva.

Como señalan Belmartino y Bloch (1984: 17-18):

“Para que el proceso de reelaboración de las concepciones populares relacionadas con la salud asuma la forma de una relación horizontal, bidireccional, basada en el diálogo, será necesario que no solo participe en la transformación su objeto, sino también sus sujetos, incorporando ambos –técnicos y población– nuevos conocimientos, valores y actitudes referidos a la problemática en cuestión. Esa transformación, en lo que se refiere específicamente al personal de salud, podrá partir del abandono de prejuicios y estereotipos; pero, también, redundará, seguramente, en una mayor comprensión de los componentes sociales y los aspectos colectivos de fenómenos hasta el momento solo incorporados y comprendidos a nivel biológico e individual...”

El proceso de redistribución y democratización del saber en salud tomará, de ese modo, la forma de una práctica en la que ambos sujetos observan la realidad, confrontan su diferente percepción de la misma, y elaboran en conjunto un nuevo conocimiento sobre esa realidad. Conocimiento que deberá ser nuevo, no tanto en sus contenidos como en su capacidad de aportar las claves para la transformación de las condiciones que la configuran.

En otras palabras, deliberar significa recomponer un conocimiento nuevo sobre la situación de salud, que articule elementos del pensamiento de la gente sin sobrevalorar el saber popular, con elementos del pensamiento científico y técnico. Esta coelaboración permite ampliar el conocimiento de los problemas y ofrecer una visión enriquecida de la realidad, construida no desde enfoques disciplinarios, sino desde la globalidad. La deliberación, así entendida, supone una epistemología que reivindica el conocimiento como un producto social que recupera su his-

toricidad y que es transformador, porque la gente se apropia y convierte en acción con mayor facilidad un conocimiento en cuya producción ha participado.

b) La *concertación* entre los diversos actores sociales (grupales e institucionales) sobre lo que se debe hacer para mejorar la atención a la salud, sobre las formas para lograrlo y sobre los compromisos y responsabilidades que es necesario asumir para alcanzar las metas convenidas. El concertar supone que quienes participan en el proceso, representan a grupos sociales e instituciones sectoriales que legitiman y vuelven propias las decisiones tomadas, pues de otra manera significaría acordar intenciones. Por eso, es importante que el proceso de concertación se apoye en la *consulta* continua a la población, a través de las organizaciones existentes en cada SILOS.

c) Los mecanismos para *pedir y rendir cuentas* sobre el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos adquiridos en la concertación con los distintos grupos e instituciones de salud y de otros sectores.

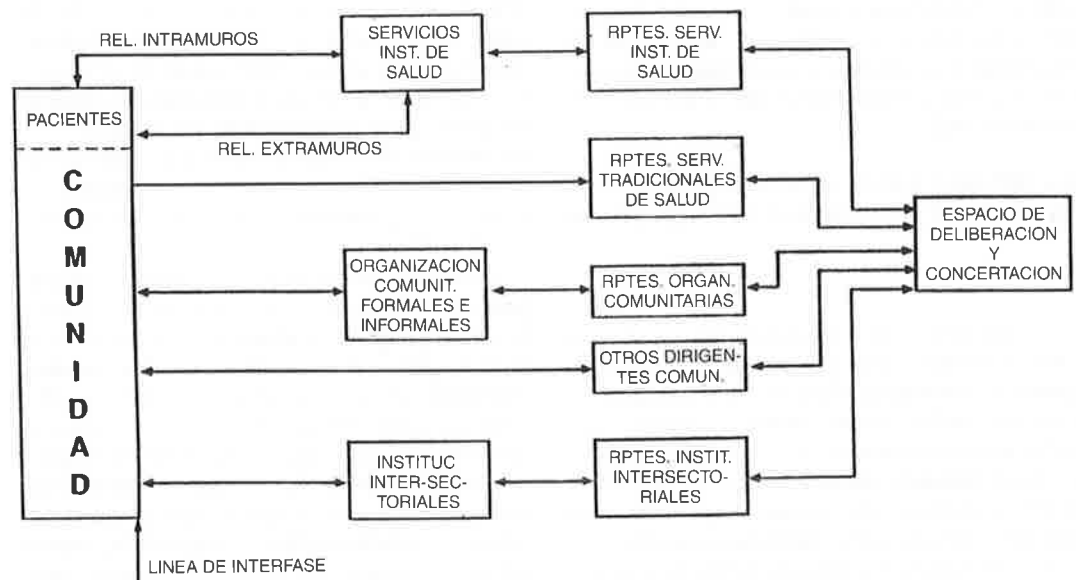
La activación de los procesos arriba mencionados requiere del concurso de *espacios de deliberación y concertación* existentes en las comunidades, de su ampliación o de la apertura de nuevos espacios donde puedan realizarse análisis

colectivos y programas locales concertados mediante la *planificación participativa*, así como de un proceso continuado de *desarrollo de recursos humanos*.

Los espacios de concertación

Los espacios de concertación son escenarios de encuentro dialógico de los representantes de las distintas organizaciones e instituciones del área de un SILOS, que sirven de matrices para la gestación de un conocimiento colectivo y de un programa concertado. La posibilidad de construir nuevas razones e ideaciones en dichos espacios, desde las categorías analíticas de la gente, rescatando su palabra y desde sus representaciones, figuraciones y axiomas; pero, también, desde elementos de la racionalidad científica y técnica, permite enriquecer el análisis de las necesidades de salud, elaborar códigos estratégicos que faciliten su satisfacción y fortalecer el compromiso de los protagonistas en la solución de los problemas. La Figura 4, representa en forma esquemática las interrelaciones que se pueden dar entre la población, las organizaciones e instituciones que en ella actúan, y los representantes que obran como puentes entre estas y los espacios de concertación.

Figura 4. Relaciones comunidad-espacios de concertación-comunidad.



A los espacios de concertación se convocan representantes de diferentes sectores y grupos de la comunidad, no solamente porque en la concepción de los SILOS se considera que la atención a la salud constituye un esfuerzo ampliado que incumbe no únicamente a los servicios institucionales, sino porque, además, se considera que la participación en salud debe inscribirse dentro de un contexto comprensivo de participación social. Pedersen y Coloma (1984: 192) concluyeron, de estudios de casos realizados en varias comunidades del Ecuador, que "la población no percibe sus necesidades de salud como elementos verticales y discretos, sino que las integra en el tiempo y con otros problemas de la vida cotidiana". Por otra parte, en estudios de casos realizados por la OPS (1984), se puso de manifiesto que la gente se motiva más por la enfermedad que por la salud, y que esta no constituye una razón lo suficientemente atractiva como para estimular una participación continua y activa para su promoción. También evidencian que cuando la participación en salud se articula a dinámicas participativas más generales, ligadas a problemáticas muy sentidas por la gente, su efectividad puede ser más elevada.

Cuando se habla de espacios de concertación es importante tener en cuenta que en todas las comunidades existen instancias donde permanentemente se acuerdan decisiones de distinto tenor, cuyo alcance está muy relacionado con las diferentes maneras como se expresa el poder a nivel local. Las organizaciones religiosas, políticas y comunitarias (grupos formales e informales); los intermediarios entre la sociedad mayor y las comunidades y quienes establecen relaciones de patronazgo; las instituciones sectoriales y sus funcionarios; los líderes tradicionales, etc., utilizan multiplicidad de ambientes y procedimientos para convenir compromisos de variada índole con segmentos de la población. Algunos de esos espacios ampliados, pueden constituir matrices desde las que se puedan potenciar programas de salud concertados.

Esta posibilidad depende, no obstante, de cómo está conformada la *estructura de poder local*, de las redes de solidaridad existentes y de las alianzas y conflictos que se dan entre los diversos actores individuales, sociales e institucionales que juegan un papel en dicha estructura. El reconocimiento de estos elementos constituye un punto de partida para el diseño y ejecución de programas concertados de salud (Pedersen y Co-

loma, 1984: 192), así como en la determinación de si se debe apelar el concurso de espacios existentes, incentivar el surgimiento de otros nuevos, o ambos.

Otro elemento que entra en juego en el proceso de concertación, tiene que ver con el equilibrio de las fuerzas que se expresan al interior de los espacios. De alguna manera se requiere que la concertación constituya un evento democrático, donde se imponen las razones por el sentido que le hacen a la gente, y no por el prestigio o la autoridad de quien las propone o sustenta. Ciertamente es que las necesidades que expresa la población en materia de salud no siempre son las mismas que las necesidades reales definidas desde una perspectiva técnica; pero coelaborar un conocimiento nuevo significa, precisamente, el acercarlas y conciliar disparidades para converger en un punto de vista que tenga unidad de sentido. El ejercicio de la coerción en ese proceso puede tener un profundo efecto desmovilizador. De allí la importancia de que los agentes institucionales de la salud impulsen el respeto a la palabra de los representantes de la comunidad, mientras que su voz —cuando aún no lo tiene— adquiere poder asertivo.

Conviene anotar que el éxito de *convocación* a los diferentes grupos, organizaciones e instituciones para que acudan a través de sus delegados a espacios de concertación con el fin de participar en la discusión y análisis de la problemática de salud y para convenir acciones y responsabilidades para abordarla, depende, en buena medida, de la capacidad de convocatoria que tengan los representantes de los servicios institucionales de salud. En caso de que su invitación encuentre poca acogida por haber actuado sin inserción real en las comunidades tendrán, necesariamente, que apoyarse, para convocar en soporte de la estructura de poder local que tengan suficiente ascendencia, audiencia y reconocimiento de la población local.

Un elemento pivotal en los espacios de concertación lo constituye la capacidad de representar los puntos de vista de la comunidad que tienen sus delegados. Puede ocurrir que los representantes de la comunidad tiendan a distanciarse de su base social y que terminen convirtiendo los espacios de concertación en escenarios burocráticos. La representatividad de los delegados no se puede definir solamente por el consenso sobre quien representa mejor los puntos de vista de la comunidad, sino además por la capacidad de

mantener comunicación constante entre los niveles de decisión y la población.

La planificación participativa

A diferencia de la planificación normativa que pone el énfasis en objetivos y compartimentaliza los procesos en etapas o segmentos que siguen una linealidad progresiva, la planificación participativa se construye teniendo en cuenta aspectos diferentes. En primer lugar, parte de considerar la diversidad de actores que convergen en la concertación de decisiones y quienes representan multiplicidad de intereses, enfoques, percepción de necesidades y expectativas. Planificar deja de ser entonces, en dicho contexto, una función técnica, realizada por funcionarios que ven la problemática y sus soluciones desde una óptica institucional para convertirse en un proceso social en el que intervienen sujetos que viven cotidianamente las situaciones que —con la planificación— se pretende modificar. Esto tiene implicaciones importantes porque supone un intento endógeno de planificar, en contraposición al carácter fundamentalmente exógeno de la planificación normativa.

La planificación participativa es un prototipo de la planificación estratégica, ya que “no intenta establecer normas, sino desencadenar un proceso permanente de discusión y análisis de los problemas sociales, lo cual lleva a proponer metas necesariamente conflictivas, puesto que se refieren a intereses de grupos en pugna, cada uno con planes propios, de modo que el planificador es parte de alguna fuerza social, para la cual el objetivo de la planificación se inscribe con el marco de la lucha por el poder” (Testa, s.f.: 10). La planificación participativa tiene en cuenta factores de poder, asume el conflicto como un elemento presente en el proceso y aborda diversidad de soluciones concertadas para resolverlo.

Por otra parte, por inspirarse en un proceso deliberativo en el que se busca consenso sobre resultados esperados, sobre procedimientos para lograrlos y sobre responsabilidades, difícilmente pueden establecerse sectorizaciones en fases rígidamente secuenciales. La concertación si es permanente, sugiere *momentos* que se entrelazan y yuxtaponen. Es factible, por ejemplo, que en condiciones de participación social en la deliberación y en la concertación, el análisis de problemas se entreviera con formulación de objetivos, determinación de responsabilidades y asignación de

tareas. No se quiere decir con esto que sea imposible diseñar programas relativamente estructurados con el concurso de la planificación participativa; pero, sí señalar que dicha estructuración sigue caminos que obedecen más a las dinámicas interactivas particulares de cada caso, que a los lineamientos rígidos de la planificación normativa. La planificación participativa es un *proceso* continuo, difícil de desagregar en etapas de temporalidad precisa, que incorpora flujos y reflujos de información, ininterrumpidamente. En ese proceso, las personas de las comunidades aportan sus anécdotas a los diagnósticos de la problemática, expresándolas con frecuencia a través de códigos y símbolos ajenos al lenguaje técnico, como se da por ejemplo en el lenguaje figurado que incorpora halófrasis, decires, metáforas y comparaciones. Lo anecdótico suele ser totalizante en la medida en que resume en pocas frases hechos, juicios, lecciones y sugerencias. Es obvio que este tipo de insumo le imprime a la planificación una secuencia y un contenido muy particular.

La planificación participativa permite hacer, no obstante, desagregaciones generales. Por ejemplo, caracterizar la comunidad, su dinámica social, su cultura, estado socioeconómico, etc. Además, realizar un diagnóstico de los principales problemas y necesidades de salud en conjunto, valiéndose para ello de datos estadísticos existentes, de conocimientos o informaciones generales del servicio de salud y de la palabra o el punto de vista de los miembros de la comunidad social y de los elementos intersectoriales diversos. Conocidos los principales problemas y necesidades de salud se puede determinar, por los diferentes elementos integrantes del sistema, cuáles son las prioridades para desarrollar un plan de acción en cuya concepción intervengan todos, para de esa misma forma responsabilizarse con su *ejecución*. En ese accionar, tendiente a mejorar el estilo de vida y el estado de salud y hacer así, que esta sea un derecho y un deber de todos, todas las partes deben considerarse responsables y cogestoras del programa de salud.

En los SILOS se debería desarrollar necesariamente un proceso de capacitación permanente por efecto de la interacción de la comunidad, los servicios de salud y los elementos intersectoriales, sobre los cuales se profundizará más adelante. En este proceso se abordan y discuten de alguna forma los problemas o necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

tación de acuerdo a criterios de morbilidad y mortalidad específicos de cada comunidad. Cuanto más efectivo sea el proceso de capacitación-participación, más se irá acercando al concepto de que la familia sería el primer nivel de atención; incluso, cuando se establezca un proceso de educación sanitaria que llegue a toda la población integrante del SILOS, esta al tomar conciencia del cuidado de la salud puede establecer autodiagnósticos con autor-respuestas conductuales, que pueden poner al propio individuo en condiciones de actuar como primer nivel de acción.

En los espacios de concertación se ejerce *control* sobre la marcha o el cumplimiento del plan de acción, incorporando la palabra de los representantes de la comunidad social y de los demás componentes o representantes del SILOS. En ese proceso debe darse importancia a cualquier morbilidad o mortalidad evitable que se produzca, además, dar la importancia que corresponda a cualquier reclamo de la comunidad en relación con alguna necesidad de salud.

En el transcurso del desarrollo del plan de acción concertado hay que tener en cuenta que se tengan bien equilibradas las tareas de manera que el personal del servicio de salud interactúe con los miembros de la comunidad o con sus líderes. Dejar a la comunidad a la deriva podría ser un error, sería considerar a la salud únicamente como un problema social y está claro que no lo es. Por eso, debe incorporarse personal del equipo de salud en todo el proceso de *gestión*, por ser la salud un proceso con implicaciones científico-técnica y social.

En los espacios de reencuentro o de concertación donde se planifica la salud de la comunidad, se debe producir una rendición de cuentas de cómo va el cumplimiento del programa trazado por todos los integrantes del SILOS. Esto permite establecer cambios logrados y, como resultado de la evaluación, determinar, por ejemplo, variaciones en la morbilidad, mortalidad o en la participación de la comunidad; asimismo, permite entregar elementos para *reprogramar*.

Durante todo el tiempo se debe mantener informados a los integrantes de la comunidad sobre cómo va el programa de acción del SILOS y su relación con la salud, para lograr mayor responsabilidad y participación de todos sus integrantes.

Entre las características de la planificación participativa pueden incluirse las siguientes:

- Tiene como referencia permanente las posibilidades reales de la gente para contribuir a la ejecución de un programa del cual es coautora. Esta referencia es importante para evitar que la perspectiva tecnocrática se divorcie de la perspectiva de la gente. En ese sentido cualquier programa concertado que resulte del proceso debe ser claro, sencillo y práctico.

- Se centra en necesidades y problemas y vuelve recurrentemente a ellos articulándolos en todo el proceso de planificación, a través de interrogantes cuyas respuestas sugieren ciclos que rompen con la rigidez secuencial. El Cuadro 1 ilustra parcialmente ese proceso.

- Tiene flexibilidad. La planificación participativa no puede desembocar en programas que pretendan encasillar las dinámicas sociales entre aristas rígidas. La vitalidad cotidiana genera continuamente situaciones importantes para la gente, que obligan a reeditar periódicamente el programa sacrificando, a veces, lo necesario en beneficio de lo urgente, sin perjuicio de perder la direccionalidad del proceso.

- Constituye un vehículo de comunicación permanente entre los niveles de concertación y la base social. La planificación participativa necesita alimentarse constantemente de las percepciones, sentimientos, juicios y apreciaciones que los grupos formales e informales y que los servicios institucionales captan en la población, al tiempo que devuelve, por los mismos canales, la información que surge de elaboraciones y acuerdos realizados en espacios de concertación o en el desarrollo mismo de las estrategias. Este reciclaje continuo que socializa las decisiones, a la vez que permite remodelarlas con la comunicación permanente, es fundamental para la apropiación consciente de los programas por la gente. Sin comunicación bidireccional ininterrumpida, la programación surgida en la planificación se convierte en letra muerta.

- Activa la dinámica comunitaria y fortalece los procesos organizativos y de participación social. El desarrollo de estos procesos está relacionado con la competencia que tengan los programas convenidos para remover el pensamiento, provocar entusiasmo y estimular la creatividad en todos los actores envueltos. Los procesos de participación social no son parejos ni continuos y se activan o desactivan en función de diversos factores, entre los cuales el sentido o la pérdida de razón de ser del programa para la población constituye un elemento básico.

Cuadro 1. Los problemas y necesidades como ejes de la planificación participante.

I n t e r r o g a n t e s		Fases del Proceso
¿Cuáles son las ¿Se están resolviendo bien o mal las	N E C E S I D A D E S Y P R O B L E M A S	más importantes?
¿Cuáles de las		hay que resolver primero?
¿Qué se puede hacer para resolver las		
¿Cómo puede contribuir cada organización para que las		sean resueltos?
¿Qué recursos se necesitan para que las		sean resueltos?
¿Se cumplieron los compromisos para que las		fuesen satisfechos?
¿Se resolvieron las		

● Tiene efecto capacitador. La planificación participativa constituye un ejercicio de capacitación no solamente de la población, sino, además, de profesionales, técnicos y funcionarios envueltos en el proceso. Recomponer un conocimiento nuevo y acordar colectivamente pautas para la acción implica aprendizaje mutuo, por cuanto: 1) considera como fuentes de cognición a la cotidianidad y a la lectura que de ella y del accionar de los programas hacen todos los actores; y, 2) coelaborar un nuevo saber en el contexto de la planificación participativa significa, por definición, socializarlo.

● Establece coordinación y control colectivos como garantía del cumplimiento de los compromisos adquiridos. Esto no significa pérdida de autonomía de los distintos grupos sociales o institucionales que interactúan en los SILOS. La

cogestión de un programa concertado que supone el desarrollo de acciones variadas, de complejidad diferenciada y de alcances diversos, llevadas a cabo por distintos actores, reclama una administración descentralizada en la que cada estamento gestiona y ejecuta sus procesos y responsabilidades concertadas; pero, donde todos ellos participan en el control de su cumplimiento y en la coordinación general del proceso como conjunto.

Desarrollo de recursos humanos

En la concepción ampliada que aquí se ha venido manejando, los SILOS encuentran su espacio virtual en la comunidad y su representación activa, en espacios de concertación. Por tanto,

todo el proceso de formación y educación para la salud debe estar centrado fundamentalmente en el medio comunitario y ser asequible, oportuna y de forma gradual, alimentándose de la propia experiencia de la población, desbordando el marco de servicio de salud e interactuando con él, para proponerse y lograr objetivos cada vez mayores.

Es importante que el personal dedicado a la formación o educación para la salud, en los diferentes componentes de los SILOS, tenga en cuenta la idiosincrasia, cultura y tradiciones, además, que las incorpore al proceso educativo para así, enriquecer los métodos y hacer permeable la formación o educación y con ello lograr mayor eficacia, eficiencia y participación social.

El proceso de capacitación puede ser orientado de alguna forma en su fase inicial por el servicio de salud, a través de los diferentes medios de información o capacitación disponibles y hacerse aplicable de forma colectiva o individual a los miembros de la comunidad o a los componentes intersectoriales. También se puede inducir desde los espacios de concertación que puedan funcionar en una comunidad. Por otra parte, conviene formar y orientar a los agentes intersectoriales sobre aspectos generales que pueden intervenir en la salud de la población, teniendo en cuenta cuál podría ser la participación de cada sector específico en el contexto de la salud de la población de esa comunidad. Por ejemplo, sería necesario convenir con los representantes del sector educativo, cuál sería el papel colaborativo y necesario que, de acuerdo a los problemas prioritarios de ese SILOS, hará el educador en su medio.

El personal perteneciente al servicio de salud es quien debe informarse mejor sobre qué hacer y cómo hacerlo, para cuidar con más eficiencia la salud de la población a su cargo; lo que implica salirse del marco de tratar enfermedades o problemas y adentrarse más en las necesidades de salud. Ello requiere utilizar estrategias que permitan democratizar y redistribuir el saber, lo que significa tener más personas informadas y por tanto, ayuda más efectiva. Con el respeto a la palabra de la gente y la revalorización de sus decisiones se dejaría atrás lo que viene sucediendo en relación con la *resistencia a la entrega del saber* por parte de los profesionales y técnicos de la salud.

En los centros de formación de profesionales, técnicos y auxiliares debe enseñarse que el cen-

tro de atención en los SILOS es el individuo, la familia y la comunidad, interactuando con los demás componentes intersectoriales y el servicio de salud; este proceso de enseñanza-aprendizaje debe lograrse recuperando el espacio comunitario como escenario de aprendizaje para enriquecerlo con concepciones que le dan valor a la educación como un proceso de participación social. Debe insistirse, por otra parte, que la población es el recurso potencial más importante que tiene cualquier país para cuidar su salud y por tanto, debe dársele información y conocimiento para que no ocurra el *saber en unos* y la *ignorancia continua en otros*. Además, debe llevarse a la población la comprensión de la necesidad en salud y la elección de medios destinados a satisfacerlas.

Es muy importante recalcar que desde una primera etapa en los SILOS, debe darse información breve y sencilla a todos los niveles para que se facilite el ponerlos en condiciones de realizar los tipos de actividades que respondan a las necesidades o problemas prioritarios de la comunidad. Esa capacitación se puede ampliar gradualmente en la medida en que se requiera abordar y desempeñar tareas de mayor complejidad. La capacitación participante debe darse en el seno de la aldea, barrio, cooperativas, etc., preferiblemente ejemplificándola con casos, sobre todo de enfermedades y/o muertes que hubieran podido evitarse con una participación activa, consciente y exigente de la comunidad. Además, la capacitación debe ser integral y estar enfocada en términos de las prioridades de cada comunidad específica. Debe facilitarse la interacción en el orden educativo con agentes o practicantes de medicina tradicional, interactuando con ellos de manera que se oiga la experiencia de unos y otros y se avance hacia la convergencia en los puntos comunes, lo que, además de enriquecer el conocimiento de los integrantes, permitirá su apoyo en la estrategia general de mejoramiento del estado de salud de la comunidad.

Sería conveniente tener en cuenta la capacitación y participación consiguiente de algunos grupos y organizaciones femeninas de la comunidad, que puedan tratar problemas relativos a la nutrición, a la puericultura, la higiene del medio y la planificación familiar. Por otra parte, grupos como por ejemplo de ancianos, pueden entrenarse y encargarse de muchas tareas que contribuyan a la salud de la comunidad y que al mismo tiempo sean beneficiosas para ellos porque les

dan un objetivo social, a la vez que mejoran su propia salud.

En definitiva, se puede decir que la educación continua de todos los integrantes del sistema (comunidad, servicio de salud y elementos intersectoriales), es un ingrediente indispensable para asegurar la calidad y pertenencia de sus acciones y en particular, para aumentar su capacidad de respuesta a la dinámica política, social, económica, técnica y epidemiológica.

PROPUESTAS PARA LA INVESTIGACION

La participación social en los SILOS, como ya se anotó, va más allá de la participación de la población en la prestación y utilización de los servicios institucionales de salud a nivel local, pero de todas maneras la contempla. Es por eso que la revisión de investigaciones realizadas sobre las formas cómo interactúan y se influyen mutuamente los prestatarios institucionales y los demandantes de servicios de salud a nivel local, cobra particular importancia. Pero, siendo los SILOS una concepción que considera multiplicidad de actores grupales-comunitarios e institucionales (de salud y de otros sectores) como coprotagonistas de la atención a la salud, el estudio de la participación social adquiere en ellos una condición más compleja.

En primer lugar, conviene señalar que la participación social, inclusive cuando se la circunscribe a un aspecto particular como puede ser la salud, es un proceso social intrincado e inabarcable con mediciones cuantitativas expresadas en indicadores numéricos. Preguntas como quién participa, cómo, cuándo, en qué forma, en qué aspectos, en qué momentos, con qué intensidad, con qué intenciones, con qué continuidad, con qué niveles de formalidad, conciencia y representatividad, así como muchas otras, sugieren multiplicidad de respuestas de peso específico diferencial, de alcances variados, de sentidos diversos. Por eso, más que medir la participación social, se la puede caracterizar desde categorías cuya pertinencia depende, obviamente, de la concepción que la sustenta y de las claves estratégicas con que se pretende incentivarla y direccionarla.

Teniendo en cuenta las limitaciones del presente documento, se sugieren aquí, solamente, algunos elementos y líneas de trabajo que se consideran importantes cuando se trata de investigar y trabajar en participación social, los que necesi-

tan ser ampliados y enriquecidos en protocolos de investigación, en refinamientos a las estrategias para operacionalizarla, así como con los resultados de las investigaciones mismas.

Un primer nivel de indagación se orientaría a determinar las precondiciones para poner en marcha una estrategia operativa. En este nivel habría que analizar la *estructura del poder local*, empezando por identificar:

- Grupos formales e informales en el territorio de los SILOS, las redes que establecen entre sí, el reconocimiento que tienen entre la población, las formas de dirigencia que asumen, sus intereses particulares y su capacidad para trascenderlos articulándose a dinámicas participativas amplias, su permanencia como grupos y sus procesos internos de deliberación, toma de decisiones y control social.

- Organizaciones políticas y religiosas, cívicas, culturales, gremiales, etc., que actúan en el territorio de los SILOS, formas que utilizan para interactuar con la población (interfase) y nivel de influencia que poseen; procedimientos para establecer espacios de diálogo y mecanismos para incorporar representantes de la población como sujetos de decisión.

- Instituciones del sector público, gubernamentales y no gubernamentales, y servicios que prestan, espacios de discusión que generan entre sí y para relacionarse con la población (interfase).

- Dirigentes locales, intermediarios y funcionarios, sus relaciones de alianza o conflicto y las formas que utilizan para incidir sobre la población.

Un segundo nivel lo constituye el *servicio institucional de salud a nivel local*. El estudio de las relaciones que establecen con la población (interfase) y del proceso de toma de decisiones que puede hacerse utilizando, con algunas modificaciones, el protocolo ya desarrollado para la "Realización de Investigaciones Operativas sobre la Participación de la Comunidad en los Servicios Urbanos de Atención Primaria de Salud" (Martín, P., Mimeografiado OPS, s.f.).

En un tercer nivel se abordaría el estudio de los *espacios de concertación* y la participación social en la deliberación y la concertación de decisiones. Aquí sería importante determinar:

- Instituciones y organizaciones que participan en los espacios de concertación y su capaci-

dad para expresar puntos de vista compartidos por segmentos significativos de la población.

- Representatividad de los delegados a los espacios de concertación y distancia que establecen de sus bases sociales.

- Bidireccionalidad de la comunicación: provisión-recepción de la información y su procesamiento, formas de obtenerla y de devolver conocimiento elaborado a la gente.

- Relación entre los aportes de los delegados a los espacios de deliberación y concertación y las decisiones tomadas. Es decir, en qué medida los programas concertados reflejan o no las contribuciones de los diferentes actores participantes en el proceso.

En un cuarto nivel se analizaría la participación en relación a la *ejecución* de las acciones acordadas, *el control y la coordinación*, teniendo en cuenta la especificidad de cada una de estas funciones.

En el Cuadro 1, se relacionan los diferentes actores sociales e institucionales que intervienen en la planificación participante con distintos momentos del proceso.

En un quinto nivel, interesaría reconocer los *resultados y el impacto* de las estrategias de participación social en diferentes dimensiones y estructuras sociales. Se reconoce que este último nivel es difícil de evaluar y que existen restricciones metodológicas muy importantes. Sin embargo, se espera desarrollar un conjunto de indicadores, fundamentalmente cualitativos, a ser construidos con participación del nivel institucional y de la población, que permitan calificar los resultados y el impacto de estos procesos.

Los niveles de investigación que se plantean en este documento son necesariamente arbitrarios, y cada uno es susceptible de ser estudiado independientemente, es decir con un protocolo de investigación específico.

Sin embargo, aquí se propone investigar estos niveles desde un abordaje interdisciplinario y mediante aproximaciones sucesivas, en una secuencia que parta de un enfoque predominantemente observacional y descriptivo, luego se continúe con un conjunto de intervenciones introducidas en un diseño cuasiexperimental, que permita mantener ciertas variables fijas o controladas y que facilite, finalmente, hacer comparaciones entre la situación observada al comienzo y la situación resultante a continuación de la intervención.

La metodología de la investigación que se propone consiste en efectuar un conjunto de observaciones en distintos contextos, como estudios de caso, que luego puedan ser observados horizontalmente antes, durante y después de las intervenciones o estrategias de acción (estudios de antes y después).

En la selección de los SILOS se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones del contexto:

a) Ambito sociopolítico: sería deseable incorporar en los estudios de caso a distintos contextos sociopolíticos que expresen la diversidad social, étnica, política y cultural de los diferentes países de la Región de las Américas.

b) Nivel de desarrollo institucional: es importante incorporar en las observaciones diferentes situaciones de desarrollo y complejidad institucional.

c) Diferencias urbano-rurales: se deberían seleccionar poblaciones o SILOS en distintas etapas del proceso de urbanización y aculturación, desde el sector rural hasta el sector urbano moderno.

CONCLUSIONES

La participación social no solamente refleja el derecho del pueblo "de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud", como postuló hace ya una década la Declaración de Alma-Ata, sino que constituye un procedimiento indispensable para que la salud se convierta en un patrimonio social en todos los países de la Región de las Américas. La meta de SPT/2000 con criterios de equidad, eficiencia y eficacia, al margen de la participación de la población en las decisiones y estrategias que la afectan corre el riesgo de convertirse en utopía, pues como bien señala la Declaración de Alma-Ata, la atención primaria de salud "exige... en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y el individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria..."

Los SILOS constituyen matrices de atención a la salud que surgen como estrategias válidas para maximizar los alcances de la atención primaria y, como tal, incorporan la participación social como el elemento activador del proceso. En ellos cobran particular importancia todas las acciones

orientadas a facilitar la expresión e intervención de la población en las decisiones y acciones en materia de salud, así como todos los intentos orientados a fortalecer la participación de la gente en el control y vigilancia de los procesos. Es obvio, sin embargo, que la participación social encuentra limitantes de muchos tipos, los cuales deben esclarecerse para poderla potenciar. Por eso, se propone incentivar la realización de investigaciones que contribuyan a aumentar el conocimiento sobre el estado de la participación social en los SILOS y a perfeccionar estrategias que la estimulen.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, C.L. *Community health*. Saint Louis, The C.V. Mosby Co., 1973.
- Barber, B. *Strong democracy: Participatory politics for a new age*. University of California Press, Los Angeles, 1984.
- Barrenechea, J.J. y Trujillo, E. *SPT/2000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Medellín, Colombia, 1987.
- Belmartino, S. y Bloch, C. *Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina*. Cuadernos Médico Sociales No. 27. Buenos Aires, Argentina, 1984.
- Bonilla, M.D. *Manual de metodologías y técnicas: Plan nacional de participación popular en salud*. Ministerio de Salud, Costa Rica, 1981.
- Brasil, Ministerio de Saúde. *Vamos fazer brinquedos*. Mozambique, 1984.
- Coombs, P.H. *Meeting the basic needs of the rural poor: the integrated community-based approach*. Pergamon Press, New York, N. Y., 1980.
- Checkoway, B. (ed.). *Citizens and health care: Participation and planning for social change*. Pergamon Press, New York, N. Y., 1981.
- De Kadt, E. *Community participation for health: the case of Latin America*. VII International Conference on Social Science and Medicine. Leewenhorst, Netherlands, 1981.
- Diaz Bordenave, J.E. *O que é participação*. Editora Brasiliense, S.A., São Paulo, Brasil, 1983.
- Djukanovic, V. y Mach, E. P. (eds.). *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries*. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1975.
- Ferrara F., Acebal E. y Paganini, J.M. *Medicina de la comunidad*. Intermédica. Buenos Aires, Argentina, 1976.
- Freire, P. *The politics of Education: Culture, power and liberation*. Bergin & Garvey Pub. Inc., Massachusetts, U.S.A., 1985.
- Goodenough, W.H. *Cooperation in Change: An anthropological approach to community development*. Russell Sage F., New York, N. Y., 1976.
- Instituto Interamericano de Cooperación para a Agricultura. *Educação rural integrada: A experiencia de pesquisa e planejamento participativo no Ceara*. Editora Paz e Terra, S. A., Rio de Janeiro, Brasil, 1983.
- Leñero, M. *De lo institucional a lo comunitario: un programa de salud rural*. Asociación Mexicana de Población, México, 1982.
- Matus, C. *Planificación y gobierno*. Coloquio internacional sobre nuevas orientaciones para la planificación en economías de mercado, Santiago, Chile, 1986.
- Matus, C. *Planificación de situaciones*. Fondo de Cultura Económica, México, 1980.
- Montenegro, C. *Organos de poder popular: Documentos rectores para la experiencia de Matanzas*. Editorial Orbe, Cuba, 1974.
- Morley, D. y Rohde, J.E. *Practicing health for all*. Oxford University Press, Oxford, 1983.
- Muller, F. *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. Universidad de Antioquia, Colombia, 1979.
- Oakley, P. *Approaches to participation in rural development*. Ilo, Geneva, Switzerland, 1984.
- Organización Panamericana de la Salud. *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas: Análisis de estudios de casos seleccionados*. (Publicación Científica No. 473), Washington, D.C., 1984.
- Organización Panamericana de la Salud. *Estilos de vida y sistemas culturales*. (Documento inédito), Washington, D.C., 1986.
- Organización Panamericana de la Salud. *Organización de los servicios de salud basados en la atención primaria*. Análisis de los Programas, Washington, D.C., 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y al proceso de descentralización en los países de la Región de las Américas*. (Mimeografiado), Washington, D.C., 1987.
- Pan American Health Organization. *Annotated bibliography in health promotion, education and community participation*. HSD/HSI Publication PNSP/87-22, Washington, D.C., April 1987.
- Pedersen, D. *Evaluación de servicios de salud: La perspectiva de la gente*. (Documento inédito). Taller Regional sobre Evaluación de Servicios de Salud Materno Infantil, Venezuela, 1987.
- Pedersen, D. y Coloma, C. *Perspectivas de salud, organización social y modelos de comportamiento: Estudios de caso en la Amazonía, Sierra y Costa del Ecuador*. (Informe Final de Investigación: PAHODOC, PNSP/84-53), OPS/OMS y MSP, Quito, Ecuador, 1984.
- Perrett, H. y Lethem, F.J. *Les Facteurs humains dans les projets de développement*. (Document de Travail des Services de la Banque Mondiale N° 397). The World Bank, Washington, D.C., Juin 1980.
- Stiefel, M. y Pierce A. *UNRISD'S popular participation programme: An inquiry into power, conflict and social change*. Assignment Children, 59/60, Geneva, Switzerland, 1982.
- Testa, M. *La planificación estratégica*. (Mecanografiado), Buenos Aires, Argentina, S. F.
- Ugalde, A. *Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs*. VII International Conference on Social Science and Medicine. Leewenhorst, Netherlands. June, 1981.
- UNICEF. *Community participation: a compilation*. New York, N. Y., 1980.
- United Nations. *A manual and resource book for popular participation training: Selected examples of innovative training activities*. Vol. II. New York, N. Y., 1978.
- Uphoff, N. T.; Cohen, J. M. and Goldsmith, A.A. *Feasibility and application of rural development participation: a*

state-of-the-art paper. Rural Development Committee Center for International Studies. Correll University. Ithaca, N. Y., January 1979.

World Health Organization. *Community involvement in health systems for primary health care*. (Unpublished Document), Geneva, Switzerland, 1983.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Un nuevo modelo de atención

José María Paganini

INTRODUCCION

En el documento CD33/14 se afirma que: "Los sistemas locales de salud deben verse como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada que es el sistema nacional de salud. Es decir los sistemas locales de salud constituyen el punto focal de planificación y gestión periféricas de los servicios de salud, bajo la influencia integradora y normativa de la coordinación nacional del sistema de salud, nivel en el que se formulan políticas globales y se definen los sistemas de apoyo logístico, técnico y administrativo que requiere la ejecución de programas y la prestación de servicios en el nivel local" (1).

De estas definiciones conceptuales queda claro, por lo tanto, la importancia que se le otorga al desarrollo de los sistemas locales de salud dentro del contexto de transformación de los sistemas nacionales de salud.

De la misma manera que en la Región de las Américas se ha elaborado la propuesta de los sistemas locales de salud, en el ámbito mundial y con el mismo justificativo, se ha definido la estrategia de apoyo a los distritos de salud, como base para acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria (2, 3, 4).

Los antecedentes históricos, políticos, sociales y económicos de esta propuesta, han sido ya ampliamente expuestos en otros documentos contenidos en este volumen (5). Ellos se pueden resumir en el interés de acelerar el proceso de implementación de la estrategia de atención primaria definida en Alma-Ata en 1977 (6), reafirmada en Riga en 1988 (7), y teniendo en cuenta que las evaluaciones realizadas por los países demuestran que los avances logrados no han alcanzado a resolver los problemas básicos de salud y atención de la salud de los grupos de población más necesitados (8).

Además, la crisis económico-financiera que afecta a la mayoría de los países ha puesto en evidencia los problemas en la eficiencia y efica-

cia de los sistemas de salud, los que deben mejorar si se pretende alcanzar una mejor utilización de los escasos recursos y así contribuir a lograr la distribución más equitativa de los mismos.

Esta exigencia de mayor equidad, eficacia y eficiencia se encuentra enmarcada dentro de un contexto demográfico, epidemiológico, social y económico, con profundos cambios en la necesidad y demanda de servicios y en la redefinición del rol que le corresponde a los sistemas de salud en el desarrollo político-democrático y en la participación social en cada país.

LOS ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS

El documento CD33/14, ya citado, define diez aspectos básicos fundamentales que pueden tomarse como orientaciones para promover o acelerar cualquier proceso de desarrollo de los SILOS.

Destacamos, entre ellos, el tema de la intersectorialidad en donde se vuelve a insistir sobre la necesidad de que el desarrollo de los SILOS no puede ser enfocado aisladamente, sino por el contrario, debe ser visto como la respuesta del sector salud a los procesos de democratización, desarrollo social y descentralización del Estado y, a la vez, como una respuesta propia del sector salud para lograr mayor equidad, eficacia y eficiencia en sus acciones.

Por lo tanto, cualquiera de los diez aspectos considerados para el desarrollo de los SILOS, debe ser visto como parte de un desarrollo integral del Estado y del sector salud y su tratamiento particular debe siempre observarse como componente del esfuerzo global de transformación del sector.

Con estas aclaraciones previas es necesario profundizar en algunos de los aspectos, teniendo en cuenta, especialmente, las experiencias ya en marcha en los países.

HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCION LAS CONTRADICCIONES A SUPERAR

Se ha manifestado en el documento CD33/14 que el desarrollo de los SILOS no debe limitarse a una simple división del trabajo administrativo, ni a un esquema de descentralización del gobierno, sino que debe ser, también, un proceso de cambio fundamental en los procedimientos de entrega de servicios de salud, en el uso de la tecnología disponible, en la integración del conocimiento, en la forma en que los recursos son utilizados y en la forma de participación social (9).

Dentro de esta conceptualización, en donde es evidente la intención de apoyar el desarrollo de nuevos modelos de atención, surge la necesidad de elaborar sobre una serie de posibles contradicciones que, a nuestro juicio, deben superarse con la finalidad de seguir avanzando en la propuesta global.

Lo político y lo técnico

El nuevo modelo de atención propuesto en los SILOS supera la supuesta contradicción entre lo político y lo técnico. Debe quedar bien claro que la propuesta es una propuesta política con contenidos técnicos. Las ciencias políticas y las ciencias de la salud se complementan y potencian en beneficio de un enfoque integrado, social y democrático.

El nivel central y el nivel local

La propuesta de SILOS requiere que el modelo de atención resuelva las diferencias entre el rol del nivel central y el del nivel local. Ya no se acepta la división esquematizada en que el nivel central *normatiza* y el nivel local *ejecuta*. Esta división entre el que *piensa* y *normatiza*, y el que *actúa* y *ejecuta*, no está de acuerdo con el concepto de un nivel local que responde a la realidad epidemiológica y social de la población bajo su responsabilidad. Así, las *diferencias* entre los distintos niveles jerárquicos se dan en el ámbito de acción, en las funciones de evaluación general; pero no en las actividades de decisión y control de los recursos, ni en la administración del conocimiento que son propios de todos los niveles.

Por lo tanto, está ya superado el concepto que en el nivel local solo se ejecutan las normas del

nivel central; o de niveles locales pasivos frente a la realidad social y epidemiológica, esperando las *soluciones* del nivel central. La propuesta de desarrollo de los SILOS piensa en un nivel local con la responsabilidad y capacidad de responder a las necesidades locales, teniendo así un rol activo frente a las mismas.

El marco legal existente y las propuestas de nueva legislación que supere restricciones importantes

La necesidad de contar con un marco legal apropiado, para realmente desarrollar los procesos de descentralización en todas sus dimensiones, es una condición ineludible de esta propuesta. Pero, no debe olvidarse que también existen actualmente normas legales, las cuales no siempre se han utilizado para apoyar la gestión técnico-administrativa de los servicios de salud. Por lo tanto, es necesario un estudio en profundidad sobre las facilidades y oportunidades que brindan las legislaciones vigentes. El trabajo, dentro de los marcos legales en vigor, permitirá utilizar "los grados de libertad de las burocracias" (10) avanzando hasta la formulación de nuevas legislaciones que surgirán así, de las experiencias en marcha.

La descentralización y la centralización La desconcentración y la concentración

Muy relacionado con el tema anterior, la propuesta de SILOS lleva implícito el logro de un adecuado balance de estos enfoques que son, tanto del campo político, como de la organización y la gestión. Si bien en los SILOS se enfatiza la descentralización como estrategia básica, la misma no significa que se desentiende del nivel central, ni de la necesidad de centralizar algunas responsabilidades y actividades. En realidad, la propuesta de SILOS trata de fortalecer a todo el aparato de gestión, inclusive el nivel central, otorgándole un rol supervisor general, facilitador y guía de todo el proceso. Pero, este fortalecimiento no es sinónimo de crecimiento, ni de aumento de la burocracia, ni tampoco de una estatización de la propuesta. Es en realidad la búsqueda de una mejor administración para que todos los recursos de salud, los públicos y privados, se complementen para lograr mejores servicios a la población.

La descentralización en salud y en el resto de la administración del Estado

La propuesta de reorganización del sector salud en base a la descentralización está relacionada con la reorganización político-administrativa del Estado. Es decir, no parece posible concebir una organización en este campo orientada solamente al sector salud o hacia algún otro sector social o económico aislado. Sin embargo, deben explorarse, también, las posibilidades individuales de cada sector como promotores e innovadores del cambio. Nuevamente, deberá encontrarse un adecuado balance entre las propuestas de cambio global integral y las de cambio y modernización sectoriales, en donde las *asimetrías* en los desarrollos sectoriales son utilizadas como *puertas de entrada* a mejoras intersectoriales.

La financiación en salud. Los fondos para el sector salud y para el desarrollo social

No es posible definir cuál es la cantidad *ideal* necesaria de inversión en salud, ya que ello depende de otras variables tales como, el gasto en los otros sectores sociales.

El presupuesto global destinado a salud puede estar así, influenciado por otras inversiones en sectores sociales con evidente implicancia en la salud como: educación, vivienda, trabajo, nutrición y alimentación. Esta dificultad en poder definir en forma global estos parámetros, hace todavía más necesarios los estudios económicos y financieros a nivel local, como la utilización de los recursos y la influencia de los mecanismos de financiación en el modelo de atención.

Los servicios de salud y los programas de salud

El nuevo modelo de atención que propone el desarrollo de los SILOS debe superar esta supesta separación. Debe quedar bien claro que los servicios de salud, su organización y administración, comprenden también a los programas de salud; es decir la organización de los servicios orientados a resolver un determinado problema de salud. O a la inversa, los programas de salud, al ejecutarse, comprenden y son parte de los servicios de salud.

Esta concepción integral tendrá importancia en el momento de considerar los aspectos opera-

tivos de la organización de los servicios y en los de la programación de los mismos.

Los programas verticales y los programas horizontales

Interesantes controversias se han desarrollado en los últimos años sobre las ventajas y limitaciones de ambos enfoques. Por un lado, el denominado programa vertical orientado a resolver un problema concreto, en general referido a una enfermedad (programa de inmunización, de control de la lepra, control de la diarrea, control de la malaria, etc.), se apoya en la ventaja de su universo bien definido y su tecnología bien identificada, lo que le permite desarrollar los mecanismos administrativos de ejecución y evaluación necesarios. Por otro lado, los denominados programas horizontales, con su enfoque de mayor integralidad, están orientados a resolver conjuntos de problemas, ya sea en poblaciones identificadas por grupos etéreos (materno-infantil, adultos), o por perfil económico y social. En realidad los programas por grupos etéreos pueden considerarse como una transición entre los programas verticales por patologías y los totalmente horizontales orientados a grupos familiares y a grupos de población.

La propuesta de los SILOS toma de los enfoques anteriores las experiencias positivas integrando en forma práctica todas las actividades de atención de la salud. Porque en el SILOS se engloba la atención por grupos etéreos, la atención por patologías y la atención al medio (11, 12).

La atención de la salud y la atención de la enfermedad

El modelo de atención propuesto en los SILOS enfatiza la promoción y la prevención. Pero ello no debe hacer olvidar que también hay que proporcionar adecuada atención de la enfermedad a la población, con oportunidad, calidad, humanidad y accesibilidad. Por lo tanto, el SILOS tiene la responsabilidad de que toda su red de servicios proporcione atención integral, ya sea curativa, como preventiva a toda la población.

La atención al medio y la atención a las personas

Siguiendo el mismo enfoque anterior, el modelo de atención integral se preocupa, no solo

por las acciones orientadas a las personas, sino también por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad actuando en los factores ambientales, físicos, biológicos, sociales que **determinarán** riesgos para el bienestar y el desarrollo social.

Los SILOS, en su enfoque intersectorial, comunitario, tendrán la responsabilidad de facilitar que se ponga en proceso esta necesidad tantas veces enunciada y no siempre llevada a la práctica.

La atención individual y la práctica del equipo de salud

El modelo que se propone de atención integral de la salud, tiene como un componente fundamental la humanización de la relación entre el recurso especializado de salud y la población. Esto significa, lograr una individualización personal de la misma, evitando así que la práctica de salud se transforme en un acto anónimo, mecanizado.

Pero, esta práctica individual, humanizada, también será complementada por un enfoque en equipo coordinado, que asegure la mejor calidad y oportunidad en la atención de la salud. Por lo tanto, el modelo a desarrollar en los SILOS será aquel que facilite la individualización de la relación, pero que al mismo tiempo promueva la práctica en equipo.

Alta complejidad y baja complejidad

Es ya un tema común en el tratamiento de los servicios de salud la clasificación de los mismos, como de alta y baja complejidad. En general, se ubican en servicios de alta complejidad aquellos que utilizan una tecnología sofisticada, que requieren una alta concentración de recursos, ya sea humanos o de equipo y que, generalmente, tienen alto costo en la inversión inicial como en la operación de los mismos. La concepción clásica los ubica en centros especializados, generalmente de referencia de pacientes, es decir, en las unidades centrales de los servicios de salud.

Por el contrario, los servicios denominados de baja complejidad se los definen como que utilizan tecnología simple; la utilización de los recursos, ya sean humanos como de equipo, no son intensivos, son menos costosos por unidad de servicios y se ubican, generalmente, en la periferia de los servicios de salud. Entre ambos extremos existen grados distintos de complejidad.

Si bien este enfoque puede seguir siendo válido, es posible también sugerir otra forma de observar el tema de la complejidad de los servicios, al tomar como base no exclusivamente la tecnología incorporada o de equipo, sino otras características que tengan que ver más con un modelo social y comunitario de la atención.

Si aceptamos la definición de complejo como *aquello que se compone de elementos diversos*, el desarrollo del modelo de atención de un SILOS tiene componentes de alta complejidad que no se derivan de equipos sofisticados, sino de su relación con la comunidad, por las características de los valores que contempla.

Se afirma, así, que la atención integral de la salud con criterio biológico y social es una empresa compleja por los enfoques interprogramáticos e interdisciplinarios que ello determina. Por lo tanto, de esta forma se superará el concepto que solo los *niveles centrales más sofisticados* son los depositarios de la *mayor complejidad*, dejando lo simple, lo menos complejo a lo periférico, a lo comunitario. Este nuevo balance, en donde en cualquier nivel del sistema de salud se encuentran componentes de distinta complejidad significa, también, reconsiderar las escalas presupuestarias y de distribución de fondos en beneficio de todos los niveles de los SILOS.

Lo sectorial y lo intersectorial

En los SILOS se debe dar un equilibrio entre los esfuerzos sectoriales y los esfuerzos para el desarrollo intersectorial. Al ser el sector salud el promotor y orientador de los SILOS le corresponde, por lo tanto, la promoción y búsqueda del apoyo intersectorial en el desarrollo de la salud. Pero ello no puede hacer olvidar la responsabilidad propia del sector en la atención y promoción de la salud, en su área específica.

La definición de la norma del nivel central y la ejecución del nivel periférico

Los SILOS son un espacio-población en donde se elabora y aplica el conocimiento en salud. La norma de atención en todas sus variantes, si bien tiene en algunos casos características nacionales y universales, es permanentemente adaptada a la realidad epidemiológica y social y a la disponibilidad de cantidad y calidad de los recursos en cada SILOS.

En el momento normativo de la programación,

los SILOS ejercen su capacidad de adaptación y reacción frente a los problemas prioritarios, definiendo y adaptando la norma para afrontar su responsabilidad de la manera más equitativa y eficiente posible.

La norma, considerada como la definición de los contenidos tecnológicos –y en la definición del qué hacer, cómo, cuándo, dónde y por quién– puede tener varias respuestas para un mismo problema.

En el nivel local de cada SILOS es donde se puede adaptar este conocimiento a cada realidad.

La investigación y la acción

La necesidad que los SILOS sean creativos, elaboren conocimientos en el mismo momento en que prestan atención de la salud, requiere que se desarrollen la investigación en salud y la investigación evaluativa como parte intrínseca, permanente de la gestión (13).

La atención privada, de la seguridad social y la atención pública

Es posible que en muchos SILOS los recursos de atención de los individuos y familias estén bajo diversas dependencias de la gestión pública (nacional, provincial, municipal), de la seguridad social y en actividades privadas.

El modelo de atención de los SILOS debe lograr la mejor complementación de todos estos recursos, buscando la mejor eficiencia y eficacia social mediante el desarrollo coordinado de cada uno de estos subsectores.

En tanto se respete el origen histórico y de dependencia administrativa de cada subsector, los SILOS pueden proporcionar el ambiente necesario para su complementariedad en beneficio de la sociedad, utilizando adecuadamente todos los recursos.

Desarrollo de un SILOS o de todos los SILOS

La propuesta de reorganización del sector en base a los SILOS tiene como una de sus metas más importantes la equidad. Ello significa, que ante la necesidad de acelerar el proceso de salud para todos, deban seleccionarse áreas en donde exista población con mayor necesidad y, en consecuencia, apoyar en ellos el desarrollo de los SILOS para mejorar la atención de la salud en

esas zonas postergadas. Pero este esfuerzo de desarrollo especial de algunos SILOS, no debe hacer olvidar que la propuesta es una propuesta global y que la reorientación del sector en su totalidad se logrará cuando los SILOS funcionen en todo el territorio de un país. La meta es el desarrollo de todos los SILOS, para toda la población.

La acción activa por lograr la cobertura efectiva de la población y la atención de la demanda

El modelo de atención de los SILOS requiere que se definan actividades para lograr coberturas efectivas de conjuntos de población expuestas a riesgos de enfermar y morir; es decir, actividades concretas de captación, diagnóstico precoz, prevención en relación a las necesidades de salud. En este caso, la cobertura se medirá por el número de población cubierta en relación con el total de la población. Sin embargo, los SILOS también deben jerarquizar la atención de la demanda espontánea, ya que ello significa un requerimiento de importancia de la atención de la población. La satisfacción de la misma constituye la puerta de entrada para resolver otros problemas de salud.

En base a este enfoque, la responsabilidad de los SILOS será así doble. Por un lado, la identificación de poblaciones a riesgo y la ejecución de acciones integrales para su control y por otro, el de responder a la demanda espontánea de la población. En este caso, la reorganización de las consultas externas, la capacidad de resolver problemas, la calidad de la atención, serán preocupación de cualquier nivel de atención.

El impacto, el proceso y la estructura de la atención

Un sistema local de salud está constituido por un conjunto de recursos de salud que al relacionarse con la población genera una serie de actividades o procesos de atención y, por consecuencia, produce también cambios en las condiciones de salud de la población, medidas como “impacto” de la atención.

Una visión integral de las funciones de los SILOS exigirá realizar una evaluación permanente de estos tres elementos; es decir, las características de la estructura (los recursos), de los procesos o actividades y del impacto (14).

La administración y la epidemiología, como práctica permanente del equipo de salud

La propuesta de los SILOS y el modelo de atención que ello significa, determina considerar a la práctica de la salud como la principal fuente educacional. Por lo tanto, todo esquema de refuerzo de los SILOS lleva implícita una propuesta de desarrollo de los procesos educacionales en servicio.

No se logrará un cambio substancial *llevando* a los trabajadores de la salud a los centros educacionales, sino por el contrario, los centros educacionales son los que deberán acercarse a la realidad de los SILOS y a partir de allí, apoyar los procesos de transformación. El *pensamiento administrativo* y el *pensamiento epidemiológico* serían así los pilares fundamentales de esta práctica docente (15, 16).

En consecuencia, no se trata de hacer *especialistas* en estos temas, sino de desarrollar una actitud epidemiológica y un proceso gerencial moderno en la práctica diaria de la salud.

La programación y la acción. La información disponible y la nueva información a ser obtenida

Como ya se mencionó, el modelo de los SILOS exige acción inmediata y ello se logra en primer lugar, por el refuerzo y el mejoramiento de lo que ya está en operación, por lo que no se puede admitir ninguna dilación bajo la excusa de esperar una mejor programación.

Ninguna programación será buena si detiene o dificulta la acción.

El futuro se empieza siempre a construir en el presente (17). Lo cotidiano, el hoy, adquiere así gran importancia dentro de un marco estratégico global. Se supera de esta forma el enfoque lineal de *etapas* de la programación, por un enfoque con procesos casi simultáneos, en donde se producen ajustes sucesivos de la acción, el diagnóstico, la programación y la evaluación.

Es por esto que se otorga mucha importancia a la información que ya existe dentro de los SILOS. Antes de decidir el obtener nueva información, de poner en ejecución nuevos sistemas de información, nuevos formularios, se deberá preguntar cuánta información existe y si está ya disponible para ser analizada. Los SILOS necesitan simplicidad y también pragmatismo. No siempre nuevos formularios o nueva recolección

de información mejora la cobertura o prestación de salud.

Por supuesto, que una vez agotadas las posibilidades de análisis de la información disponible, se considerará la nueva información necesaria y con ello, los sistemas adecuados para su obtención.

Nuevamente, como en otras oportunidades, se requiere un adecuado balance entre lo que ya está en marcha y la introducción de nuevos modelos de información.

La participación social en la toma de decisiones y en el proceso global de gestión en salud

Un tema importante a profundizar serán las estrategias para incorporar a la población en el proceso de gestión de salud. El sector salud puede ser, en algunos casos, el promotor de este proceso. En otros casos, son los procesos políticos globales los que facilitan y orientan los esfuerzos del sector salud.

Evidentemente, esta situación es la de mayor relevancia. Al existir experiencias en ambos sentidos en la Región de las Américas, un reconocimiento, evaluación y desarrollo de los mismos, aparece como imprescindible.

En conclusión, podemos afirmar que la propuesta de desarrollo de los SILOS y la búsqueda de un nuevo modelo de atención es un proceso indivisible.

Pero ello no significa que se esté proponiendo una estructura uniforme, única de organización y entrega de los servicios de salud. Justamente los temas antes presentados, que seguramente no son todos los que están en juego en cada situación concreta, nos dan una idea de que pueden existir tantos modelos de atención, como diferentes combinaciones o diferentes énfasis se den en cada componente de la atención.

Y esto debe ser lo novedoso y fundamental de la propuesta. No existe una fórmula única de resolver los problemas de atención de la salud. Pero, sí existe una estrategia global orientada al desarrollo local, a la participación y a la búsqueda de mayor equidad, eficacia y eficiencia. Dentro de este marco, como ya definimos, existirán diferentes modelos de atención, con una diversidad de combinaciones y énfasis según las condiciones especiales de cada país o área geográfica determinada.

De esta manera, el modelo de atención res-

ponderará a las necesidades y exigencias de su contexto, social, económico y epidemiológico y deberá ser lo suficientemente flexible para variar en forma adecuada, respondiendo a las nuevas necesidades y exigencias.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud, *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*. Washington, D.C., 1989, pág. 16.
- (2) World Health Organization. *From Alma-Ata to the year 2,000*, John Bryant. "Reflections at the Midpoint on progress and prospects". Rigga-USSR-22-25, March 1988.
- (3) World Health Organization, *Alma-Ata reaffirmed at Rigga*, "From Alma-Ata to the Year 2,000", Rigga, USSR, 22-25 March 1988. Documento WHO/SHS/88.2.
- (4) World Health Organization, *Declaration on strengthening district health systems based on PHC*. Harare, Zimbabwe, August, 1987.
- (5) Organización Panamericana de la Salud, Documento CD33/14, pág. 4-11.
- (6) World Health Organization, UNICEF, *Alma-Ata Declaration*. 1977.
- (7) World Health Organization, *Alma-Ata Reaffirmed at Rigga*, Op.cit.
- (8) Organización Panamericana de la Salud, Doc. CD33/14, op.cit.
- (9) *Ibid.* págs. 15 y 16.
- (10) Oszlak, J., *La descentralización y desconcentración en los SILOS*, Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, (mimeo), Serie No. 17, Washington, D.C., 1987.
- (11) Sonis, A., Paganini, J. M., *La Atención de la Salud en: Medicina Sanitaria y Administración de la Salud*, Tomo II, pág. 261-345. Editores, Sonis y Colab. Edit. Ateneo, 1983.
- (12) World Health Organization, *Alma-Ata reaffirmed at Rigga*, op. cit.
- (13) Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. *Conclusiones, reunión sobre investigación de servicios de salud*, del 16-17 abril, Washington, D.C., 1987.
- (14) Paganini, J.M. Johns Hospkins University. *Tesis de grado*, D.P.H.
- (15) World Health Organization, *The place of epidemiology in local health work*, Offset Publication, No. 70, Geneva, 1982, pág. 33.
- (16) Chorny, A., Lanza, A., Paganini, J.M., Rossi, S., *La epidemiología, la planificación, la necesidad de atención y los sistemas de información*. Revista Atención Médica, CLAM, 2 (3-4), diciembre 1973, marzo 1974.
- (17) Matus, C. "Política, planificación y gobierno" (segundo borrador). Organización Panamericana de la Salud, septiembre 1987, Washington, D.C., M.A. García, Imprenta Venezuela, pág. 733.

CAPITULO II

DESCENTRALIZACION

DESCENTRALIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El estado y la salud*

Oscar Oszlak, Horacio Boneo, Ana García de Fanelli y Juan José Llovet

INTRODUCCION

En el campo de la salud, la descentralización política y administrativa fue considerada como un instrumento adecuado para el logro de la meta de "salud para todos en el año 2000" al permitir mejorar la eficiencia, el impacto y la accesibilidad de los servicios a toda la población de acuerdo a sus necesidades de salud. Así, al definirse en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud como la prioridad programática del cuatrienio 87-90, se destacó también como aspecto de alto interés "la reorientación y reorganización de los sistemas nacionales de salud para el logro de la equidad, eficiencia y eficacia en las acciones de salud" y la "implantación de métodos más efectivos para planificar el desarrollo de los servicios de salud y mejorar su gestión en función de los requerimientos de la programación local, objetivos que se pueden alcanzar mediante una efectiva descentralización política y administrativa". La descentralización acompaña así, al proceso de valorización de la estrategia de atención primaria y universalización de la cobertura de los servicios de salud presente entre los objetivos manifestados en los ámbitos de discusión internacional.

En el marco de dicha valoración de la descentralización como medio adecuado para alcanzar los objetivos mencionados en el campo de la salud, en el presente documento se propone, por una parte, señalar cuáles son las restricciones y las facilidades que el actual contexto económico y político en América Latina impone al proceso de descentralización y las dimensiones político-organizacionales que intervienen en dicho proceso; y por la otra, brindar algunas precisiones sobre el encuadre y la fisonomía general que deberían acompañar la formulación e implemen-

tación de la descentralización de los servicios de salud en nuestro Continente, así como, también, sobre los indicadores que podrían ser adecuados para su posterior evaluación.

En primer lugar, nos ocuparemos de la transformación del aparato estatal en América Latina a fin de contemplar cuáles son las posibilidades de encarar su transformación y cuáles las opciones estratégicas más adecuadas para lograr condiciones de gobernabilidad que compatibilicen la participación ciudadana, la regulación civilizada de los conflictos sociales y la redistribución del producto en beneficio de los sectores postergados. Habiendo delimitado el marco contextual del proceso de descentralización y, en particular, el rol del Estado en la actual situación latinoamericana; en segundo lugar, se precisará conceptualmente la noción de descentralización y la naturaleza de la continua centralización-descentralización. Con este último propósito, se analizarán algunas variables y dimensiones analíticas a tener en cuenta (v.g. jerárquicas, funcionales y presupuestarias) y sus relaciones con los distintos estilos de gestión dominantes en América Latina.

Un tercer propósito será desarrollar en forma detenida el proceso de descentralización en el campo de la salud. Se diferenciará la descentralización de otras alternativas usualmente propuestas en el Continente, tales como: la regionalización, la municipalización, la horizontalización y la privatización de los servicios de salud. Asimismo, se delinearán los objetivos que serían deseables que cumpliera la descentralización de los servicios de salud para impactar en la población al solucionar en forma concreta los problemas locales de salud.

También, se propone una serie de criterios y condiciones a contemplar en la formulación e implementación de la política de descentralización de los servicios de salud y luego, se aporta una serie de sugerencias respecto a posibles indicadores para evaluar tal política de descentralización.

Finalmente, se resumirán las principales conclusiones a que se arrije a lo largo del documento.

*Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Documento elaborado sobre la base de las discusiones del Seminario sobre Descentralización de los Servicios de Salud, del 24 al 27 de mayo de 1987, en Buenos Aires, Argentina.

LA PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL ESTADO LATINOAMERICANO Y SU TRANSFORMACION

El análisis de los esquemas de política y gestión pública deseables en materia de servicios de salud, no puede desvincularse de una adecuada contextualización del problema, particularmente en lo relativo a los desafíos que enfrenta actualmente el Estado Latinoamericano.

La ilusión del reformismo administrativo de los años sesenta debe encuadrarse en una perspectiva más sensible a la especificidad contextual de la Región y a las exigencias propias del campo de gestión pública involucrado. A pesar de que gran parte de las fórmulas institucionales diseñadas e implementadas en el pasado han mostrado escasos éxitos, no se trata de renunciar a la transformación del aparato estatal, sino de adquirir conciencia sobre las reales posibilidades de encararla y de elegir las opciones estratégicas más adecuadas para su concreción.

Esta toma de conciencia debe partir de la premisa, que la estructura del aparato estatal en nuestras sociedades cambia permanentemente, con independencia de la voluntad transformadora, puntualmente desplegada en los esquemas formales de reforma administrativa. El mito de la rigidez burocrática debe ceder lugar a una concepción más realista, que dé cuenta de los profundos cambios operados en la organización y gestión estatal de los países de la Región. Tanto a través de la legislación, como de incontables decisiones, acciones e incluso omisiones de los propios funcionarios, la fisonomía del sector público, la naturaleza de sus procedimientos, los alcances de sus acciones o los contenidos de sus programas, sufren modificaciones permanentes.

Frente a este proceso de cambio incremental, en el que la dirección e índole de las transformaciones resultan esencialmente de la negociación, el compromiso o la dilucidación de los conflictos intraburocráticos, los intentos deliberados de reforma constituyen manifestaciones periódicas de la voluntad de restaurar la vigencia de ciertos criterios fundamentales de racionalidad política y técnica. La elección de estos criterios es, en parte, una decisión de carácter tecnológico que supone un conocimiento previo de la relación causa-efecto, entre utilizar determinados instrumentos y/o combinaciones de recursos y producir ciertos resultados. Instituir sistemas de carrera en administración hospitalaria basados en el

mérito; desarrollar programas de capacitación dirigidos a llenar determinados vacíos de formación (v.g. en planificación de la salud o en control de gestión de programas descentralizados); o transformar registros manuales en sistemas computarizados, son ilustraciones de proyectos de reforma inspirados en la aplicación de criterios eminentemente técnicos.

Desde esta parcial perspectiva, la tarea de modernizar el sector público constituiría un ejercicio relativamente simple: aplicar tecnologías reconocidamente eficaces a situaciones administrativas que presentan rasgos patológicos o atraso técnico. Como la experiencia tiende a desvirtuar la supuesta eficacia de tales enfoques, parece necesario incorporar paralelamente una lectura política de los contextos burocráticos en los que las soluciones técnicas pretenden prosperar. Si la incesante transformación del aparato estatal —ajena casi por completo a los designios de los reformadores profesionales— reconoce a la política como principal fuente generadora, la reorientación de las tendencias de esa transformación mal puede reducirse a un ejercicio técnico.

El punto es bastante reconocido y ha pasado a formar parte de la retórica de la Realpolitik, junto a la más clásica retórica ortodoxa de la economía, la eficiencia y el control (March y Olsen, 1983). Lo novedoso sería especificar en qué sentido las restricciones del contexto político afectan las perspectivas de la modernización estatal en la actual coyuntura de América Latina. Esta especificación permitiría no solo identificar los factores operantes en dicho contexto, sino también, quizás, orientar la estrategia de transformación y anticipar la magnitud del desafío implicado. Dentro de este marco, el campo de la política y gestión de servicios de salud, así como la adopción de una estrategia institucional que tienda a promover una creciente descentralización de estos sistemas, adquirirían un nuevo sentido en tanto podrían ser analizadas a la luz de los desafíos más globales que enfrentan los estados de la Región.

Tres verbos parecen condensar la problemática actual del Estado Latinoamericano, en tanto plantean los términos de su necesidad y posibilidad histórica de intervención social. Nos referimos a si el Estado *debe, puede y quiere* seguir desempeñando el papel con el que se lo ha identificado en el llamado Welfare State. Estos verbos remiten, en otros términos, a tres cuestiones fundamentales alrededor de las cuales parece cen-

trarse el debate sobre la modernización del Estado: 1) los límites deseables de su intervención, la legitimidad de sus actuales funciones, la reivindicación de su papel subsidiario, la reconsideración de su tamaño; 2) las posibilidades de gobernabilidad de la sociedad frente a los desafíos de la crisis estructural que afrontan los países de la Región, la precariedad de los recursos del sector público frente al crecimiento de las expectativas y tensiones sociales; y 3) la inacción de la burocracia establecida, supuestamente debido a la vigencia de pautas culturales tradicionales y autoritarias, incongruentes con valores de eficiencia y desempeño responsable. Consideremos estas cuestiones en el orden presentado.

La preocupación por el *encogimiento* del Estado a través de la reducción de su tamaño y formas de intervención ha venido ganando creciente predicamento en América Latina. Apoyados en la llamada doctrina de la subsidiariedad, los ideólogos del gobierno *chico y barato* han iniciado hace ya tiempo una ofensiva, sosteniendo que el mercado es el más eficaz regulador de las transacciones sociales y que la excesiva presencia e intervención estatal distorsiona o impide el pleno funcionamiento de su benévola "mano invisible" (Oszlak, 1984). El Estado intervencionista, según esta interpretación, coarta la iniciativa social y asigna los recursos de manera ineficiente, fundando su actividad en criterios que solo propenden a la hipertrofia de su aparato institucional.

Por cierto, existe un difundido malestar por la creciente dimensión de las burocracias públicas que no se limitan a regímenes o ideologías neoconservadoras, sino aun a gobiernos que se definen como socialistas, los cuales están ensayando soluciones que asignan un rol de creciente importancia al sector privado (Boneo, 1985). Los temas relativos a la legitimidad del dominio funcional del sector estatal y de la eficiencia relativa de las esferas pública y privada en la gestión de la agenda social se han convertido, de este modo, en cuestiones socialmente problematizadas (Oszlak y O'Donnell, 1976). La redefinición del papel empresarial del Estado, la inestabilidad de la economía, la reducción del aparato burocrático, la disminución del gasto público, la privatización y descentralización de servicios públicos, han pasado a ser los lemas de un nuevo movimiento político y económico que demanda una drástica limitación de la intervención estatal.

No se trata aquí de tomar posición frente a este

debate. En todo caso, si tuviéramos que expresarnos frente al dilema intervencionismo versus subsidiariedad, visto como eje problemático para la definición del papel del Estado, sostenríamos que se trata de una falsa opción. De lo que aquí se trata es de plantear la existencia de esta polémica como factor condicionante de una estrategia de modernización estatal, ya que diferentes posiciones pueden suponer soluciones alternativas respecto a los alcances y contenidos de los proyectos de reforma institucional que se adopten.

La segunda cuestión —si el Estado Latinoamericano *puede* en las actuales circunstancias— también ha formado parte del debate entre los especialistas (Groisman y otros, 1986). En contraste con la mayoría de las democracias estables y consolidadas, buena parte de los países de la Región se enfrentan hoy al desafío de asegurar la gobernabilidad de sus sociedades, al tiempo que deben resolver otras situaciones de la más profunda crisis económica registrada en la historia del Continente. El fracaso de los autoritarismos de viejo y nuevo cuño en su empeño por resolver los desafíos de la crisis, unido a la movilización de las fuerzas democráticas, han abierto en América Latina una oportunidad histórica para la definitiva consolidación de la democracia. Pero estos nuevos regímenes deben afrontar tales circunstancias críticas —incluso agravadas— tratando, a la vez, de lograr condiciones de gobernabilidad que compatibilicen la participación ciudadana, la regulación civilizada de los conflictos sociales y la redistribución del producto en beneficio de los sectores más postergados. Ecuación compleja y no fácilmente conciliable, que impone severas restricciones al desempeño de los gobiernos democráticos.

Los indicadores, en tal sentido, son conocidos y coincidentes. A pesar de los drásticos procesos de ajuste adoptados por los países desde comienzo de los años 80, la situación se mantiene en niveles críticos. La restricción de las importaciones y la inversión no han conseguido cambiar la situación. El volumen de importaciones de los países de ingresos medianos de la Región fue en 1985, un 32% más bajo que en 1981. La relación inversión-PBI bajó de 25% en 1981 a 18% en 1985, alcanzando en países como Argentina valores aún mucho más bajos. El PBI se ha estancado desde 1980 y los ingresos *per cápita* han disminuido apreciablemente. Los superávits de la balanza comercial han sido literalmente drena-

dos a través de los servicios de la deuda externa, a pesar de lo cual la magnitud de esta última siguió creciendo (Banco Mundial, 1986).

Si bien los programas de ajuste han fortalecido la posición externa de la Región, lo han hecho a un elevado costo económico y social: los niveles de vida han declinado en la mayoría de los países y el ímpetu hacia el desarrollo se ha desacelerado pronunciadamente (Banco Mundial, 1985). La CEPAL ha advertido que "las bajas del empleo y de los salarios reales han sido, en numerosos países, las mayores ocurridas a límites críticos de tolerancia social" (citado en Kliksberg, 1986). Los pronósticos no son mucho más optimistas frente a la generalizada reducción de la demanda de importaciones por parte de los países industrializados y la persistente declinación de los términos del intercambio en perjuicio de los países exportadores de materias primas.

En un terreno más específico, los efectos acumulativos que sobre la salud generan el aumento de la pobreza, el desempleo, el subempleo y el hambre, por una parte, y la capacidad mermada de los servicios de salud para responder a los problemas sanitarios, por otra; no solo se pueden deducir, sino que se pueden demostrar con hechos en lo que respecta a cierto número de países de América Latina. Así, por ejemplo, las comparaciones de la mortalidad infantil hechas en Bolivia entre 1973 y 1983, muestran un crecimiento espectacular en el número de fallecimientos causados por enfermedades diarreicas y también un crecimiento importante de la proporción de fallecimientos de niños por causas relacionadas con la desnutrición en la mortalidad infantil total. En São Paulo (Brasil), entre 1983 y 1984, se ha producido un aumento notable en la mortalidad infantil asociado, solo en parte, con una epidemia de sarampión y, además, se ha observado un importante aumento en la prevalencia de anemia entre los niños. Mientras tanto, las políticas de austeridad, adoptadas por muchos países ante la grave recesión económica y la desfavorable relación de intercambio, han desembocado en reducciones del gasto y la inversión pública, las cuales han recaído —entre otras muchas áreas— sobre el sector salud. En América Latina y el Caribe, el gasto del gobierno central por habitante en salud (excluida la Seguridad Social) fue mayor en 1983 ó 1984 que en 1981 en siete países y menor en 14. También, se dispone de datos de un estudio especial realizado

por la OPS, que arroja un índice de gasto real *per cápita* efectuado por los ministerios de salud únicamente: de los 10 países con datos para 1981 y para 1983 ó 1984, en cuatro de ellos se produjo un aumento del gasto (año más reciente) y en seis, una disminución (OMS, 1986, pág. 12, 14 y 20). No resulta fortuito que frente a semejante cuadro de situación, muchos especialistas hayan comenzado a hablar de la *deuda sanitaria*.

Una de las paradojas de la situación actual es que cuanto mayor es la crisis y más necesaria en consecuencia la intervención estatal, menores son las posibilidades de asegurar la estable reproducción del Estado y la sociedad. Al interrumpir el crecimiento sostenido de la economía, la crisis reduce no solo los recursos de los diferentes sectores sociales, sino, también, los que el sector público requiere para viabilizar el funcionamiento de sus instituciones.

Este problema se potencia bajo condiciones de tránsito del autoritarismo a la democracia, ya que la *revolución de las expectativas* y la exacerbación de los conflictos que surgen con la reapertura de la escena pública, tienden a constituir al Estado en la arena de negociación, de disputa y de arbitraje de esas demandas y conflictos. Si en tales circunstancias la cultura y las instituciones están en condiciones de canalizar civilizadamente las disputas y enfrentamientos, la asignación o reasignación de los recursos menguados por la crisis puede llevarse a cabo sin traumas sociales desestabilizantes.

Pero, cuando esa cultura y esas instituciones democráticas no han tenido tiempo u oportunidad histórica de enraizarse en la práctica social, la crisis no hará sino potenciar los mecanismos perversos del capitalismo que aparecen toda vez que los actores relevantes no consiguen acordar consensualmente reglas mínimas del juego político democrático. Muchos países latinoamericanos, que han atravesado prolongadas y violentas experiencias autoritarias, todavía no han conseguido consolidar estas prácticas e instituciones democráticas, lo cual tiende a debilitar la capacidad de gestión del Estado.

Por cierto, el problema adquiere perfiles claramente distintos en los diversos países; pero como proposición general, podría señalarse que de la relativa gravedad que se presente en cada caso también dependerá, en alguna medida, de la estrategia de reforma que se adopte.

El tercer desafío tiene una íntima vinculación

con la inestabilidad política, la demagogia y el autoritarismo, factores que han tenido una enorme gravitación en la vida institucional de las burocracias latinoamericanas. En particular, los nuevos regímenes democráticos, imbuidos de una racionalidad política, técnicamente fundada, deben enfrentarse a aparatos institucionales orientados por una racionalidad técnica, políticamente contaminada por años de inestabilidad, de prácticas adscriptivas y de resabios autoritarios.

En consecuencia, cuando se *desciende* de las bases programáticas de una reforma a sus instrumentos y proyectos, el conocimiento de estas restricciones se convierte en un dato ineludible de la estrategia a seguir. El problema resulta especialmente crítico en contextos políticos altamente inestables, donde la alternancia de regímenes de signo diferente aumenta, de manera significativa, la incoherencia entre proyecto político y aparato institucional. De este modo, la burocracia heredada –viuda administrativa de incontables regímenes políticos– se constituye en un lastre para el nuevo gobierno, particularmente cuando además del cambio de gobierno se transforma profundamente la naturaleza del régimen. La ocupación fugaz o prolongada del gobierno tiende a cristalizar instituciones y prácticas burocráticas. Cuando estas resultan incongruentes con la orientación de un nuevo régimen, se transforman en residuos institucionales, en cadáveres administrativos insepultos. La reiteración histórica de esta tendencia en tales contextos transforma a la burocracia estatal en un verdadero *cementerio* de proyectos políticos (Oszlak, 1985).

La conclusión es simple: más allá del ánimo colaborativo o conspirativo de los funcionarios estables, más allá de los sesgos adquiridos en el proceso de socialización burocrática, existe un trama institucional, hecho de jerarquías, reglamentaciones, trámites y prácticas fuertemente arraigadas, de la que el administrador público y el funcionario político son, a la vez, creadores y creación; victimarios y víctimas. Cuanto más frecuente la alternancia política y más divergentes las orientaciones dominantes de los respectivos regímenes, más irracional la trama burocrática y mayores las dificultades de transformación.

Por lo tanto, que la burocracia *quiera* adherirse o no a los valores de responsabilidad, participación, transparencia, tolerancia –propios de la democracia– no depende tanto de una elección

deliberada, sino de una transformación fundamentalmente cultural, que alcanza también a la sociedad de la cual el aparato estatal no es sino reflejo. Desde esta perspectiva, la aparente tarea de bloqueo y complicación inútil –la *telaraña burocrática*–, supuestamente urdida y ejecutada por funcionarios empeñados en demorar y entorpecer la tarea de un nuevo gobierno, no es más que una imagen rotunda y hasta convincente, pero escasamente esclarecedora. Conocer el real alcance de las restricciones creadas por esta trama institucional es, también, parte de la información requerida para el diseño de una estrategia de modernización del Estado.

Frente a estos desafíos, resulta evidente que los objetivos de un programa de transformación del sector público –incluyendo la política y gestión de servicios de salud– no pueden reducirse a términos estrictamente tecnológicos; tales como, *reorganizar* o *desburocratizar*. Además de estos aspectos, sin duda importantes, es preciso extender el campo de las acciones de transformación al plano cultural y social, consolidando nuevas pautas democráticas, mayor equidad y una más extendida participación social. Quedarían delimitados, de este modo, tres ámbitos diferenciados de acción:

- 1) Mejorar las tecnologías de organización y gestión, para introducir mayor racionalidad en el desempeño de las instituciones estatales e incrementar su productividad.
- 2) Actuar sobre las pautas culturales y valorativas de la burocracia estatal, para lograr la progresiva democratización de su comportamiento y estilo de gestión; así como una mayor participación en el control de la gestión pública.
- 3) Mejorar las posibilidades de acceso a los recursos y servicios del Estado por parte de los sectores sociales más postergados, a través del fortalecimiento de los organismos responsables de su prestación y del mejoramiento de la calidad de los servicios.

Este triple ámbito de la reforma (tecnológico, cultural y social) no implica, necesariamente, que los instrumentos utilizables para actuar en estos campos deban ser específicos o excluyentes. Por el contrario, dada la íntima vinculación entre los objetivos de la reforma, el empleo de un determinado instrumento puede producir efectos simultáneos en dos o más de los planos que hemos distinguido. Así, por ejemplo, la descentra-

lización de los servicios de salud, vista como estrategia y como instrumento de un proceso de modernización estatal en este campo, contiene características potenciales que afectan simultáneamente los tres aspectos de la reforma institucional: pueden mejorar la productividad de los servicios; remover la cultura administrativa al incorporar nuevos actores a la gestión y el control; y redistribuir los recursos estatales al fortalecer la capacidad de presión social sobre el sector público de la salud y aumentar el peso de este dentro de la agenda de cuestiones socialmente problematizadas.

ANÁLISIS POLÍTICO-ORGANIZACIONAL DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Existe una gran confusión en el uso del término *descentralización* en la literatura especializada. La misma proviene, en cierta medida, de que dicho concepto connota un significado diferente en la bibliografía anglosajona y en la francesa sobre administración.

En Inglaterra y Estados Unidos se emplea el concepto descentralización de un modo genérico. Es en este sentido que Rondinelli (1983, p.9) define descentralización como: "la transferencia de la responsabilidad en materia de planificación, gestión, obtención y asignación de recursos desde el gobierno central y sus agencias hacia: a) las unidades de campo de estos organismos del gobierno central; b) las unidades o niveles gubernamentales subordinados; c) las autoridades regionales o funcionales con alcance geográfico; y d) las organizaciones privadas o voluntarias no gubernamentales" (traducción propia). En su definición, Rondinelli abarca, así, fenómenos tales como, desconcentración, delegación, devolución y privatización.

Un uso más ajustado de lo que nosotros entendemos por descentralización es el empleado por la literatura francesa. En la misma se considera que la descentralización supone la transferencia de poderes desde el nivel central a una autoridad de un área o de una función especializada, con distinta personería jurídica. Por otra parte, se distingue dicha descentralización de la desconcentración que es el equivalente francés de lo que habitualmente se entiende por descentralización administrativa, es decir el traspaso de atribuciones o responsabilidades de ejecución a niveles

inferiores dentro del gobierno central y de sus agencias. La desconcentración puede ser geográfica o funcional y cuando es más que una mera reorganización, otorga cierto nivel de discrecionalidad a los agentes nacionales a nivel local, para planificar e implementar programas y proyectos, o para ajustar las directivas del nivel central a las condiciones locales, dentro de los lineamientos estipulados por el ministerio central o sus agencias. Rondinelli afirma que la desconcentración ha sido la forma más usual de organización de la relación entre el nivel central y el local en los países en desarrollo durante la década del 70.

Es importante remarcar que la diferencia entre la descentralización y la desconcentración no es una cuestión de grados. No existe un continuo entre la desconcentración o la mera descentralización administrativa y la descentralización real de decisiones políticas. En este sentido, Boisier (1985) señala que la descentralización implica el establecimiento de órganos con personalidad jurídica, patrimonio y formas de funcionamiento propias. En cambio, los órganos desconcentrados operan con la personalidad jurídica que corresponde al respectivo órgano central.

El empleo que se hace del concepto de descentralización para referirse al campo de la salud, se halla más próximo a la noción de descentralización francesa que a la anglosajona. En este sentido se considera que la descentralización efectiva de los servicios de salud supone el dislocamiento del flujo de poder político, administrativo y tecnológico, desde ciertas unidades centrales a niveles periféricos, intermedios y locales. La descentralización es, así, un instrumento de reestructuración del poder, acercando los problemas a las instituciones de niveles intermedios y locales y traspasándoles la capacidad para tomar decisiones, dado que no hay descentralización efectiva sin capacidad normativa en cada nivel. Se debe diferenciar, entonces, la delegación de poder para decidir sobre los fines y/o medios que supone el proceso de descentralización y lo que constituye una mera transferencia de atribuciones sin el correspondiente poder decisorio. Dicho poder es, tanto poder político y administrativo, es decir de asignación de recursos humanos y materiales, como de manejo del conocimiento para aplicar una tecnología sea de producto o de proceso.

Esta caracterización meramente conceptual del término descentralización resulta insuficien-

te para la comprensión de lo que supone efectivamente la estrategia de descentralización como tal. Será, pues, necesario incorporar una serie de dimensiones analíticas que den cuenta de las modalidades de interdependencia entre unidades centralizadoras y descentralizadoras y con los estilos de gestión estatal.

Desde una cierta perspectiva, podría considerarse a la centralización y a la descentralización como modelos polares. Sin embargo, dado que prácticamente ningún sistema real se ajusta a estas caracterizaciones extremas, sino que en su mayoría presentan rasgos de uno y otro modelo, parece tener mayor sentido considerar que existe un continuo que va de la centralización a la descentralización, y que cualquier sistema existente exhibe normalmente una combinación de aspectos centralizados y descentralizados, sea en la fijación de políticas, o en la gestión de instituciones y programas.

Tradicionalmente, la literatura y la práctica administrativa han tendido a considerar que en todo esquema de política y gestión que admite cierto grado de descentralización, se debe tratar de reforzar la centralización normativa y descentralizar la ejecución de políticas. De este modo, se pretende lograr un adecuado equilibrio entre funciones que se atribuyen, casi naturalmente, a uno y otro nivel. Más allá de la retórica y los principios en esta materia, ocurre que la fórmula político-administrativa que normalmente se establece entre órganos centrales (por lo general del gobierno nacional) y unidades descentralizadas (v.g. regionales, provinciales, municipales), es el resultado de un proceso conflictivo que incluye la negociación y el compromiso, el cual no siempre se ajusta a las recetas técnicamente validadas.

Por otra parte, dado que en la consideración de esta fórmula juegan diferentes variables y dimensiones analíticas (v.g. jerárquicas, funcionales, presupuestarias), corresponde precisar conceptualmente la naturaleza del continuo *centralización-descentralización*, introduciendo algunos aspectos básicos que contribuyen a esta mayor complejidad.

Partamos de un planteo elemental: la existencia de un *sistema descentralizado de salud* supone una trama institucional, relativamente articulada, de unidades responsables de la formulación e implementación de políticas de salud. Como sistema, implica interdependencia entre sus unidades componentes. Un sistema se estructura y fun-

ciona como tal, solo en la medida en que sus componentes mantengan entre sí relaciones de dependencia mutua. De algún modo, el comportamiento de cada unidad se supedita al comportamiento de las restantes.

Sin embargo, es bien sabido que las relaciones que efectivamente se establecen, no siempre se ajustan a los esquemas normativos formales. El funcionamiento real tiende a distanciarse de lo que indican la legislación y los organigramas. Es el resultado de una práctica cotidiana que se manifiesta en comportamientos adecuados a los fines perseguidos por cada actor –individuo, unidad, organización–, dentro de las restricciones impuestas por el sistema normativo aplicable a la situación. Los grados de libertad para decidir en cada caso varían de actor en actor, según su ubicación jerárquica, legitimidad y capacidad de movilizar recursos. Por lo tanto, la existencia de grados variables de discrecionalidad, es decir, de posibilidades objetivas diferentes en cuanto a observar o no las normas y procedimientos prescritos, tenderá a producir asimetrías en las interacciones dentro del *sistema*, distorsionando el esquema organizativo formalmente establecido.

La literatura especializada proporciona diversas explicaciones sobre este fenómeno. Algunos autores lo imputan a variables de *comportamiento* individual o grupal, tales como el tipo de liderazgo existente, modos alternativos de percibir la realidad por parte de los funcionarios, posible conflicto entre intereses individuales e institucionales, incertidumbre relativa de los tomadores de decisiones y, estrechamente ligado a esto último, información diferencial disponible. También cabría considerar que los actores emplean teorías o supuestos erróneos sobre las motivaciones o acciones de su *target groups* o sobre la naturaleza objetiva del problema sobre el que se actúa.

Otras explicaciones se ubican en un plano más *estructural*. Aquí interesan variables tales como la posición de la organización u organizaciones implementadoras dentro de una jerarquía; el poder y orientaciones de la clientela, usuarios o sectores sociales significativos (Baumer, 1978); los obstáculos a la evaluación y control de las agencias (Weidenbaum, 1970); o la utilización de tecnologías inadecuadas, que reducen el nivel de desempeño.

Por último, se han proporcionado explicaciones de claro contenido *normativo*. Entre ellas, se señala que las perspectivas de una exito-

sa implementación dependen de la crucialidad de la política para la coalición dominante, del grado de congruencia o conflicto de la misma con otras políticas, de la existencia de organizaciones públicas cuya legitimidad no se basa en criterios de eficiencia, o de la falta de un adecuado sistema de recompensas y castigos diseñado para aumentar el grado de compatibilidad entre acciones individuales y objetivos institucionales (Schultze, 1970).

Estas diferentes fuentes de explicación pueden resumirse del siguiente modo. La mayoría de los programas y políticas públicas requieren para su implementación de una compleja estructura gubernamental y un número no despreciable de unidades de decisión del sector privado. El desempeño del conjunto dependerá de una sucesión y articulación de comportamientos individuales congruentes o no con determinado marco normativo. Cada unidad de decisión se verá sometida al conflicto inherente a las decisiones tomadas en cada nivel y a la incertidumbre derivada del desconocimiento sobre el impacto de las propias decisiones. Por lo tanto, buena parte de los mecanismos organizacionales estarán destinados, precisamente, a eliminar fuentes de conflicto e incertidumbre. Las organizaciones que tienen a su cargo funciones normativas altamente centralizadas (v.g. legislación, planificación, evaluación, asignación de recursos, control de gestión), tenderán a diseñar un sistema de regulaciones, estructuras administrativas, medidas de desempeño y sanciones, que induzcan a las unidades implementadoras más desagregadas (v.g. unidades descentralizadas) a actuar de modo consistente con los programas y objetivos generales. A su vez, estas unidades intentarán mantener cierto espacio de decisión autónoma, de modo de compatibilizar las exigencias funcionales asociadas al cumplimiento de sus objetivos formales con aquellas derivadas de la necesidad de satisfacer otros objetivos e intereses (clientelísticos, institucionales, etc.).

Aunque el campo de los servicios de salud no escapa a esta resumida caracterización, las diversas explicaciones que hemos reseñado son en general muy circunstanciales. Ni siquiera su integración en categorías analíticas (v.g. comportamentales, estructurales, normativas) sirve al propósito de explicar qué dimensiones significativas acotan y determinan la posibilidad de congruencia o conflicto en los procesos de implementación de políticas, incluyendo las de salud.

Un ejercicio que, quizás, podría apuntar a proporcionar el tipo de respuestas recién señalado, consistiría en distinguir las modalidades que presentan las relaciones de interdependencia que se establecen entre unidades centralizadas y las descentralizadas. Un segundo momento del análisis, sobre el cual no podemos extendernos, tendría por objeto vincular estas relaciones de interdependencia con los estilos de gestión impuestos por diferentes regímenes gubernamentales, de modo de contemplar la variada realidad política de la Región.

En relación al primer aspecto, convengamos que todo sistema organizacional complejo se articula a partir de tres modalidades básicas de interacción: 1) aquellas derivadas de la necesidad de procurar y suministrar el flujo de bienes materiales y financieros necesarios para el funcionamiento de cada unidad; 2) aquellas destinadas a producir y recibir información y conocimientos técnicos asociados a la actividad especializada que justifica la existencia de cada unidad; y 3) aquellas dirigidas a impartir y acatar directivas emanadas de autoridad competente con el fin de asegurar el cumplimiento de ciertos objetivos comunes a las partes involucradas. Se trata, naturalmente, de una distinción cuyos referentes empíricos se hallan, por lo general, estrecha y complejamente interrelacionados. No obstante, la distinción nos permite aislar diferentes planos de interdependencia en los que se intercambian distintos tipos de recursos, cuyo control y empleo puede explicar importantes variaciones en el comportamiento del sistema. Este parece, entonces, un fructífero punto de entrada para el análisis de los procesos de implementación de políticas públicas, ya que a través de las tres formas de relación identificadas se canalizan los flujos de recursos fundamentales que dan vida a un sistema organizacional, vale decir, bienes materiales y financieros, información y autoridad.

Para expresarlo resumidamente, sea a través de una jerarquía, de una relación funcional, o de un vínculo presupuestario, se intenta asegurar el mínimo de coordinación necesaria para convertir políticas públicas en prestaciones tecnológicas o administrativas puntuales, coherentes con los propósitos de dichas políticas. Formalmente, la estructura y el funcionamiento de cualquier sistema organizacional complejo prevé relaciones de interdependencia de estos tres tipos. El organigrama es un ejemplo de interdependencia

jerárquica. El presupuesto, de interdependencia material o de recursos. El *sistema de salud* propiamente dicho, de interdependencia funcional. Se trata de construcciones ideales donde se dibujan las redes circulatorias de autoridad, bienes e información que alimentan las relaciones entre los componentes de un sistema político-institucional.

La descentralización, entendida ahora en el estricto sentido de transferencia a los niveles operativos locales de un mayor número de responsabilidades y funciones implicadas en estas diversas formas de interdependencia, supone adoptar un conjunto de decisiones políticas y técnicas en cada una de estas dimensiones. La naturaleza de estas decisiones dependerá de múltiples factores, y el modelo institucional resultante reflejará, seguramente, un compromiso entre criterios técnico-organizativos y criterios político-institucionales. Lo importante, a efectos de este trabajo, es identificar el repertorio de cuestiones a considerar como premisas de las decisiones que se adopten. En este sentido, la distinción entre niveles de interdependencia ofrece un primer, aunque insuficiente, punto de entrada. Es necesaria, además, una mayor especificación del tipo de variables a considerar en cada una de las formas de interdependencia identificadas, así como una contextualización política diferenciada.

En materia de interdependencia jerárquica, el problema consiste en establecer algún mecanismo más o menos compulsivo, que permita ensamblar la acción de individuos y unidades organizacionales de modo que su interrelación conduzca a los resultados perseguidos. Esta compulsión —fundada alternativamente en principios impersonales, liderazgo carismático o amenaza de sanción— es la esencia de la autoridad; es decir la formal capacidad de decidir y lograr que otros ejecuten determinadas acciones orientadas al cumplimiento de ciertos fines. Incluye, centralmente, dos aspectos: 1) una cierta estructura de autoridad; y 2) un sistema de control externo.

Cada uno de estos aspectos admite variantes, estrechamente asociadas, por lo general, al estilo de gestión dominante bajo el régimen de turno. Así, por ejemplo, la típica estructura piramidal del modelo Weberiano es consistente con el esquema de "centralización normativa-descentralización ejecutiva", pero tiende a ser extremadamente jerárquica y a dejar escaso espacio para el surgimiento de liderazgos informales o procesos de fragmentación del poder. Estos mo-

delos presentan una rígida estratificación entre niveles organizacionales y acentúan la necesidad de instituir mecanismos de información, coordinación y control. La vigencia de estos modelos parece ser mayor bajo regímenes burocrático-autoritarios, en los que se intenta trasladar al aparato burocrático el propio modelo organizacional de la corporación militar.

Bajo regímenes democrático-liberales, en cambio, tienden a difundirse estructuras de autoridad de naturaleza *poliárquica*. La menor concentración de poder hace posible un mayor aislamiento y autonomía funcional de las instituciones burocráticas, creándose una brecha más pronunciada respecto a las relaciones de autoridad formalmente previstas. Naturalmente, el grado de autonomía de cada unidad de decisión varía, pero la existencia de un patrón general de mayor o menor autonomía depende de la vigencia de ciertas tradiciones y de las modalidades específicas que adquieren estos regímenes. En cualquier caso, el rasgo dominante es que la estructura de poder se funda en un complejo juego de fuerzas entre intereses y corporaciones privadas, organizaciones burocráticas, gobiernos locales, partidos políticos, sindicatos, parlamento y gobierno central.

Una situación diferente se verifica bajo los autoritarismos tradicionales (o regímenes neopatriarcalistas), donde la estructura de autoridad adquiere un carácter radial. Un líder carismático tiende a ocupar el centro de la escena política, desde donde ejerce un poder omnímodo fundado en relaciones personales y obligaciones recíprocas. A través de estos lazos se consolida una estructura informal relativamente cohesionada de funcionarios subordinados, controlada por una elite de hombres de confianza responsables del funcionamiento de ciertos organismos administrativos claves. Al igual que en los regímenes burocrático-autoritarios, aunque por razones diferentes, estos contextos exhiben un bajo grado de organización y activación de la sociedad civil, en la que perduran relaciones precapitalistas.

En lo que se refiere a mecanismos de control, la naturaleza del régimen también crea *afinidades electivas* con los esquemas institucionales utilizados. Solo en la democracia, la presencia de la sociedad civil se hace significativa en el funcionamiento del sistema político-administrativo. La representación corporativa, el patronazgo político, el seguimiento de los medios de difusión, la movilización espontánea, la inter-

vención partidaria, las asociaciones vecinales, entre otros mecanismos, actúan como bisagra entre la demanda social y la acción del Estado; constituyendo a la vez otros tantos mecanismos de control social de la gestión pública. Ello tiende a introducir mayor incertidumbre y conflicto en el funcionamiento del sistema, al debilitarse el control jerárquico y difundirse un estilo de gestión que promueve la iniciativa individual, las relaciones informales y la feudalización administrativa.

Es diferente la situación de los autoritarismos modernizantes o tradicionales, en los que la creación de instancias paralelas al sistema político-administrativo—como el partido único o la corporación militar, o el monitoreo personal del caudillo—constituyen los mecanismos habituales de control.

Pasando ahora a las interdependencias funcionales, también corresponde distinguir dos aspectos: las modalidades de división del trabajo (u organización funcional) entre las unidades componentes del sistema y la orientación predominante en su gestión. El primer aspecto remite estrictamente a los tipos de eslabonamiento que se establecen entre instancias de formulación, coordinación, supervisión y ejecución de políticas. Bajo regímenes democráticos se acentúa el fraccionamiento burocrático como resultado de la descentralización y autonomización de funciones. En estas condiciones, la coordinación de actividades entre unidades se hace, o bien innecesaria, o imposible. Cada unidad tiende a funcionar dentro de compartimientos estancos, aun cuando su actividad se encuentre técnicamente articulada con la de otras unidades. Esta feudalización del sistema encuentra su principal explicación en la relación simbiótica que se establece entre agencias estatales y sectores organizados de la sociedad. En buena medida, estas agencias obtienen legitimidad y recursos movilizándolo clientelas influyentes, lo cual puede conducir a situaciones de *captura burocrática*, a desplazamientos de objetivos y a formas de redundancia institucional derivadas de la necesidad de aumentar la certidumbre en un sistema tan atomizado.

En cuanto al segundo aspecto, con una base de apoyo social más amplio, con compromisos pre-electorales y mecanismos institucionalizados de representación política y burocrática, aumentan las perspectivas de reivindicación de intereses y de participación de los sectores sociales no do-

minantes en los procesos de decisión política. La orientación de la gestión pública adquiere, así, un marcado sesgo clientelista y las necesidades e intereses de los usuarios tienden a prevalecer sobre los criterios de eficiencia.

Sin pretender subrayar sino enfatizar, los regímenes burocrático-autoritarios acusan un sesgo más definido hacia una mayor racionalización de las estructuras funcionales y a los procesos decisivos, guiados por una clara orientación eficientista. Libre de presiones electorales, el horizonte temporal de sus políticas se extiende y su capacidad de iniciativa en la fijación de la agenda de cuestiones sociales a resolver, se amplía enormemente. Se reduce la necesidad de negociación y compromiso con fuerzas sociales o políticas y el sistema pasa a depender más estrechamente de la iniciativa o propuesta de elencos técnicos y funcionarios de confianza.

En cambio, los regímenes neopatrimonialistas exhiben, por lo general, esquemas funcionales mucho más condicionados por el estilo personalista que predomina en la gestión estatal. La estratificación entre organismos tradicionales y modernizantes es mucho más marcada. La confianza, la lealtad y la reciprocidad constituyen valores sumamente estimados en la asignación de responsabilidades. Si bien, como en los autoritarismos militares, se evidencia cierta disposición a la desconcentración de funciones, el control centralizado no admite cuestionamiento y la participación en los niveles operativos es casi inexistente. La orientación funcional es esencialmente prebendalista, con un fuerte énfasis distributivista y demagógico que reclama diversas formas de contrapresión.

Por último, en el plano de las interdependencias de carácter material o presupuestario, también pueden distinguirse dos aspectos: los criterios utilizados en la obtención de recursos y los empleados en su asignación.

Bajo regímenes democráticos, la mayor feudalización y autonomización de las unidades componentes del sistema político-institucional, tiende a producir un proceso de *autarquización* en materia financiera. El gobierno central pierde capacidad para decidir la planificada asignación de los recursos, controlando una porción variable de los mismos. La existencia de fondos especiales con afectación específica, convenios de coparticipación impositiva entre la nación y las jurisdicciones políticas menores, instancias de negociación parlamentaria, etc., aumenta la

la salud, con una dirección que responda por el logro del objetivo de impactar con los servicios descentralizados en la población y sus problemas de salud.

La provisión y organización de servicios de salud en forma descentralizada debe abarcar actividades más amplias que las de atención médica curativa, incorporando otras de carácter preventivo, tales como: el fomento de una nutrición apropiada, abastecimiento de suficiente agua potable, saneamiento ambiental básico, asistencia materno-infantil, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención de enfermedades endémicas y lucha contra ellas en cada localidad y tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones más habituales. El criterio principal que oriente a dicha descentralización no debe ser económico o solamente administrativo, sino epidemiológico. La descentralización debe permitir organizar los servicios de salud de modo tal que deje identifi- car las necesidades de salud de los usuarios a nivel individual, en la familia, en el colectivo de trabajo y en la comunidad, facilitando la utilización de los recursos locales para alcanzar a satisfacer tales necesidades.

El proceso de descentralización debe ser, por tanto, lo suficientemente flexible como para tener en cuenta la heterogeneidad de las formas de gobierno, de estado, de organización jurídico-administrativa y de cultura; como también, las variables particulares del campo de la salud, tales como los recursos humanos, materiales y técnicos del sector, las prioridades epidemiológicas y el grado de la organización sanitaria del país. La estructura organizacional que se defina en los distintos países debe ser heterogénea porque heterogéneos son los problemas de salud de los mismos.

La importancia que reviste la formulación de la descentralización en términos territoriales no debe llevar a confusión, asimilando la descentralización con la regionalización, o con la municipalización.

La *regionalización* es la división del país en áreas geográficas donde se escalonan (o regionalizan funcionalmente) los servicios de salud. Diferencia de la descentralización en que no tiene implícita la transferencia hacia las regiones o niveles inferiores de la función de toma de decisiones. En este sentido puede ser compatible tanto con la centralización como con la descentralización.

El concepto de descentralización en el campo de la salud está necesariamente vinculado con la dimensión territorial o espacial. Esto supone la coincidencia en un determinado espacio de un conjunto de recursos de población y de las tecnologías apropiadas para la atención de la salud. Dicho concepto de territorio está ligado a la conformación de un equipo de profesionales de

competencia en la obtención; pero, también, en la asignación de los recursos. En cambio, los regímenes burocráticos-autoritarios tienden a hacer prevalecer los principios de unidad y universalidad de presupuesto, para lo cual limitan drásticamente los diversos mecanismos de autarquía financiera y aumentan su capacidad de decidir autoritariamente la afección de los recursos. Finalmente, en los autoritarismos tradicionales se produce una virtual monopolización de los recursos en la cúspide de la organización política, guiándose su asignación por criterios totalmente discrecionales.

En resumen, estas observaciones pretenden destacar que en cualquier arreglo institucional en el que deben conciliarse criterios políticos y de gestión a fin de asegurar la implementación de una política, es preciso tener en cuenta que la distinción entre centralización y descentralización simplifica enormemente el problema. Los sistemas de autoridad, mecanismos de control, esquemas de división del trabajo, orientaciones funcionales, criterios de apropiación y de asignación de recursos, entre otros factores, deben ser contemplados, tanto por su significación estructuralmente técnica, como por su proyección política. Estos diversos aspectos deben analizarse, a su vez, a la luz de las particulares circunstancias políticas vigentes en cada contexto nacional.

También corresponde tomar en consideración la dimensión territorial o geográfica, como variable interviniente que tiende a relativizar la importancia de cada uno de los aspectos arriba analizados en la concreción de una determinada fórmula organizacional. Dicha variable es particularmente importante, como seguidamente veremos, cuando de lo que se trata es de la estrategia de descentralización de los servicios de salud.

DESCENTRALIZACION EN EL CAMPO DE LA SALUD: DIFERENCIAS CON OTRAS ALTERNATIVAS Y OBJETIVOS PRINCIPALES

El concepto de descentralización en el campo de la salud está necesariamente vinculado con la dimensión territorial o espacial. Esto supone la coincidencia en un determinado espacio de un conjunto de recursos de población y de las tecnologías apropiadas para la atención de la salud. Dicho concepto de territorio está ligado a la conformación de un equipo de profesionales de

tan la toma de decisiones sobre el uso de recursos.

- Revertir a la comunidad y a los individuos, la capacidad de decidir enajenada, pasando así, de ser objetos a sujetos de la preservación de su salud.
- Permitir la extensión de la cobertura con equidad y eficiencia.
- Aumentar la capacidad de respuesta eficiente a los problemas de salud comunitarios.
- Lograr una mayor eficiencia técnica y social de los servicios.
- Mejorar la organización del sistema de servicios de salud y la prestación de los mismos.
- Permitir un cauce de participación en la búsqueda de mejorar la calidad de vida.
- Promover un proceso de desburocratización de las estructuras administrativas actuales y prevenir las tendencias a la hipertrofia de la burocracia.
- Propender a una mejor participación del beneficiario de los servicios de salud y de la comunidad en la toma de decisiones.

2) La descentralización es, antes y por encima de sus componentes técnicos y administrativos, un proceso eminentemente político. Al tratarse de un fenómeno dinámico que supone el disociamiento, el traspaso y la reformulación del poder dentro del Estado y entre este y la sociedad civil, compromete y trastueca todas las ideas, incertias y cristalizaciones pretéritas referidas a la distribución y asignación de recursos materiales y simbólicos. Entraña el progresivo abatiimiento, por un lado, de las eventuales resistencias de ciertos actores e instancias ubicados en el nivel central—concretamente, en los Ministerios o Institutos de la Nación, la Federación o la Unión—que se negaran a perder sus cuotas de control o decisión y a asumir funciones novedosas, para las que posiblemente no se sienten preparados. Y supone la superación, por otro lado, de los temores, la inseguridad y los responsables locales, frente a la alternativa de convertirse en protagonistas sobresalientes de la administración de la salud en sus jurisdicciones. Pero, además de los impactos y modificaciones al interior de los aparatos burocráticos, la descentralización acarreará tomas de posición por parte de los agentes e instituciones parastatales y privados, que percibirán cambios en sus modalidades de inserción dentro del sistema global. La restauración del

sarrollo a las necesidades de regiones y grupos heterogéneos. La eficiencia aumenta, por tanto, al simplificar las estructuras burocráticas de las organizaciones de gran escala y al propiciar la innovación.

La *eficacia* se alcanza en tanto la descentralización mejore la accesibilidad a los servicios, ubique las actividades de salud y las facilidades cerca de la gente y mejore la utilización de los mismos. Así, la descentralización aumenta la eficacia en la medida que se logre el objetivo de mayor accesibilidad a los servicios de salud, organizando las tecnologías apropiadas a cada nivel, e impactando efectivamente en la población y reduciendo el número de casos de mortalidad y morbilidad. El objetivo de accesibilidad a los servicios es—por su urgencia—prioritario, respecto al objetivo de calidad igual para todos los sectores.

DESCENTRALIZACIÓN Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD

A continuación, se intentará aportar algunas precisiones respecto al encuadre y la fisonomía general que deberían acompañar los esfuerzos de descentralización de los sistemas de salud en nuestro continente. En este sentido, para despegar definitivamente ciertas inquietudes, equivoocas o dudas, se hace necesario, en primer lugar, reafirmar las características o rasgos intrínsecos de la descentralización, sus propiedades constitutivas y emblemáticas. Ellas son:

- 1) La descentralización no es un fin que se agota en sí mismo; es un medio, un instrumento. La meta es salud para todos en el año 2000; la estrategia, la atención primaria. La descentralización es una de las vías, uno de los caminos—principal por cierto—para desarrollar esa estrategia y cumplir con aquella meta. Ya en Alma Ata, se había enunciado como principio que debía orientar la acción de los países miembros de la OMS, el de su división o subdivisión en áreas o unidades manejables y asequibles, con capacidad de desenvolvimiento y autonomía. Afirmado el carácter instrumental de la descentralización, es pertinente recordar sus objetivos específicos, tal como fueron descritos en una reunión regional realizada en 1984 en la ciudad de Querétaro:

● Aumentar la capacidad de resolver los problemas, al acercar al lugar donde estos se presen-

te de las palancas de mando— es francamente decisivo. Esos niveles deberán actualizarse drásticamente, haciéndose cargo de tareas inéditas. La primera será prevenir y estar alerta frente a cualquier deterioro en la prestación de servicios en el nivel local, que pueda producirse por desajustes en la mecánica de las transferencias. Sin pretensiones de exhaustividad, cabe describir entre otras, de esas tareas, las siguientes:

- Regular, monitorar, y controlar el conjunto del proceso de descentralización a nivel nacional.
- Redistribuir, con sentido de equidad, parte de aquella masa de recursos que se decida contraer bajo su dependencia, de manera de acortar la brecha entre sistemas locales más o menos carenciados.
- Administrar aquellos núcleos asistenciales —por ejemplo, grandes hospitales de referencia nacional— que, por razones de compulsió tecnológica de la organización, no tenga sentido racional dejar en manos de los sistemas locales (centralización de la tecnología de punta).

- Tener a su cargo las gestiones con aquellas fuentes de financiamiento externas proclives a apoyar al país en materia de salud.
- Coordinar la relación entre los sistemas locales de salud.
- Asegurar la igualdad de status y salarios por funciones similares desempeñadas en los distintos niveles, uniformando a través de la legislación y la implementación de recursos—cuando estos fueran necesarios— la cartera hospitalaria y funcionaria en salud, etc.

4) La descentralización es un proceso inexcusable; pero sujeto a la realidad histórica, cultural y político-institucional de los países. Ya en 1972, un comité de especialistas de la OMS había puesto de manifiesto que no existen modelos rígidos, aplicables universalmente. Por otra parte, "la organización de los sistemas locales de salud dependerá, obviamente, de la situación específica de cada país y de cada área, incluyendo la estructura y las personalidades involucradas" (OMS, 1986, pág. 1, nuestra traducción). Con este señalamiento, deseamos advertir sobre la inexistencia de recetas o fórmulas que puedan orientar homogéneamente el desarrollo y las etapas puntuales de la descentralización en cada lugar. Si bien hay una serie de principios, condiciones, requisitos y propósitos comunes, sin

bre las acciones de salud y la democratización de poder local, el incremento del control social sobre las acciones de salud y la participación de los servicios, son otras de las facetas a computar en relación a la naturaleza política del proceso de descentralización. Desde este ángulo, dos circunstancias jugarán un papel fundamental: a) la mayor o menor disposición del nivel a reformar y autorreformular las esteras de competencia, y b) la mayor o menor convicción, voluntad y conciencia de los niveles locales para exigir una plena competencia en el diagnóstico, programación, ejecución y evaluación; esto es, en la trama de problemas y soluciones que comportan la administración sanitaria. Respecto a esto último, cuando hablamos de niveles locales estamos aludiendo no sólo a los profesionales, equipos y funcionarios inscritos en ellos, sino, también, a los organismos y entidades de todo tipo que actúan en las comunidades (partidos políticos, grupos religiosos, sociedades de fomento, clubes, sindicatos, etc.).

3) Descentralizar no es anarquizar ni tampoco estimular la proliferación errática de autonomías. Detengámonos en esta afirmación. La descentralización deberá ser llevada a cabo hasta sus últimas consecuencias, sin diluirse en ninguno de los *peleados* que convencionalmente la adjetivan y connotan: descentralización normativa, ejecutiva, estructural, financiera, presupuestaria, funcional, etc. El espíritu, la intención auténtica, debe ser descentralizar la totalidad de los elementos: los recursos, las decisiones, los programas y las normas.

Pero esto no significa desentenderse, trasladando atribuciones o cargas de una instancia a otra, con el mero propósito, por ejemplo, de *blanquear* desequilibrios presupuestarios en un nivel, para hacerlos recaer en uno inferior. La descentralización es un proceso que no puede hacerse, ni entenderse a expensas de su complementario: la centralización. Cuando descendralizamos por un lado, estamos centralizando por otro. Cuando creamos sistemas locales de salud, estamos teniendo presente, en cada momento, el fortalecimiento y el ensamble del sistema nacional de salud, que preside, orientando e induce estratégicamente la marcha de cada uno de sus componentes, desde el más voluminoso hasta el más diminuto. En esta descentralización/centralización el rol a jugar por los niveles centrales de la administración—los que hasta antes de abrirse el proceso, concentraban gran par-

su perimetro, mujeres y hombres, niños y adultos, cubiertos o no por la seguridad social, carencia, cubiertos o no, están comprendidos por el sistema local, distrito, área o como quiera denominarse, y la unidad respectiva está encargada de responder por ellos.

Cada unidad, área o distrito es un segmento, una parte orgánica—pero a la vez autónoma y competente—de la organización del sistema nacional de salud. Deben ser 'suficientemente pecueños como para que sus problemas sanitarios y económicos-sociales puedan ser entendidos y enfrentados, y suficientemente grandes como para habilitar el despliegue de destrezas técnicas y gerenciales, esenciales para planificar y administrar, evitando la dispersión de recursos' (OMS, 1986, pág. 1, traducción propia de los autores).

El sistema local es un segmento autocontenido, relativamente autosuficiente y abastecido, que debiera ser capaz y estar en aptitud de proveer rápidamente un razonable cuidado y atención a las enfermedades más comunes.

Desde luego, resulta aventurado fijar apriorísticamente el tamaño óptimo de las áreas, ya que ello variará de acuerdo al país. Para su precisa identificación deberán incorporarse criterios de área geográfica, concentración de población, presencia de establecimientos de salud, respetando esquemas globales de programación regional de desarrollo. También deberán considerarse las divisiones políticas y administrativas preexistentes en la arquitectura legislativa y constitucional. Con todo, en muchas ocasiones esas divisiones preexistentes son artificiales y pueden haber fragmentado comunidades étnicas y culturalmente semejantes que comparten problemas, creencias y hábitos sanitarios comunes. Al margen de todas estas salvedades, se ha visto por la experiencia que teniendo en cuenta la extensión territorial y la densidad demográfica, las unidades podrían tener magnitudes variables según región y país. La descentralización puede darse a través de la municipalización, pero para esto también existen modelos unívocos. Así, por ejemplo, para el caso brasileño se ha sostenido que 'la municipalización de los servicios, que es incontestable para los municipios grandes y medianos, es discutible para los municipios pequeños. En estos casos, la restauración de la local podría ser entendida como la posibilidad de organizar un nivel local en un conjunto de pequeños municipios que conformarían un módulo básico'.

cuya implementación se corre el riesgo de distorsionar el proceso, en su implementación práctica debe apelarse a una enorme dosis de flexibilidad, imaginación y espíritu innovador, en función de las peculiaridades del contexto en cuestión. En esta línea de razonamiento, es posible que la descentralización varíe en sus aspectos y ritmos de concreción, según se trate de países capitalistas o socialistas, grandes o pequeños, federales o unitarios, con tradición o ausencia de culto a artesgar el sesgo de esos aspectos y ritmo conforme a determinadas variables: un estudio de descentralización, su tamaño, su densidad poblacional, o los contenidos de la constitución política.

Planteadas las características intrínsecas de la descentralización, nos detendremos en los criterios y condiciones que deben seguirse para desarrollarla. El cumplimiento de estos criterios y condiciones contribuirá a que el proceso obtenga productividad, alcanzándose los objetivos que son su razón de ser.

La primera puntualización, que puede parecer obvia, pero que conviene recalcar, es que para descentralizar hay que dividir al país en unidades territoriales; esto es, se impondrá una división especial con base en ejes político-administrativos. La salud por ser un fenómeno local, incide en ella el medio ambiente físico, social y cultural; así como, el grado de urbanización y marginalidad, el nivel de ingreso y escolaridad, entre otros factores. La esfera local es la más idónea para organizar a la ciudadanía y para integrar acciones de dotación de agua potable, saneamiento básico, cuidado ecológico y apoyo alimentario, a las propiamente de atención médica y salud pública. Cuando se descentraliza se está, en realidad, sincerando el plano de resolución de los problemas, es decir, a problemas que son siempre locales—en su raíz y su expresión, más allá de que puedan estar sobredeterminados desde un orden mayor o global—se les articulan soluciones también locales, lo cual permite, entre otras cosas, reunir a la población, al usuario, con el recurso, mejorando la comunicación y la visibilidad que media entre ambos.

Esa unidad territorial constituye, como dijimos, una unidad político-administrativa mínima, que opera en función de una red de servicios y tiene delimitada en forma clara y precisa una responsabilidad de área geográfica y poblacional. Todos los habitantes asentados dentro de

sico de salud, correspondiente a una microrregión, o sea el distrito sanitario" (Vilaga Méndez, 1986, pág. 50).

Cada sistema local debe estar conducido por una oficina de distrito, cuyo responsable máximo deberá ser un funcionario de dedicación exclusiva. Si bien la conducción podrá ser colegial, en todos los casos deberá contemplarse el principio de la unidad de mando. Los administradores y su personal trabajarán con la concepción de equipo de salud.

El principio de conducción unificada dentro de una unidad territorial, política y administrativa, elimina el problema de la superposición y la fricción entre las distintas líneas de mando que genera la anacrónica idea de centralización normativa y descentralización operativa y la aplicación orgánica y dispersa de los programas verticales. Ahora, la normatización y la programación también están descentralizadas.

La aparente incapacidad, inmadurez o falta de experiencia para tomar decisiones en el nivel local, no debe ser utilizada por el nivel central como un argumento para demorar o entorpecer la descentralización. Es aquí donde la asesoría, la capacitación, la supervisión y la asistencia técnica del nivel central, acompañadas de un alto grado de motivación y preparación de los recursos humanos en los niveles ejecutivos locales, se vuelven fundamentales para apoyar el proceso y colaborar en la solución de problemas y en la corrección de fallas.

El equipo gerencial, el equipo general del sistema local de salud es responsable, no de la administración de un hospital o de un conjunto de efectores en particular, sino de la población y la evolución de la atención de la salud de la población que habita el área. Esto significa, fundamentalmente, coordinar e integrar.

La descentralización apunta a disolver la relación que muchas veces predomina en el sector salud entre lo público y lo privado, lo estatal y lo paraestatal, lo lucrativo y lo gratuito. Bajo la dependencia del sistema local, lo cual no debe confundirse con cambios en la propiedad, funcionan coordinadamente todos los recursos físicos y humanos. Se planificará, en consecuencia, el lugar y el papel de cada subsector, privilegiando la complementariadad y evitando las duplicaciones de esfuerzos e inversiones.

La coordinación intrasectorial correrá paralelamente a la jerarquización. Este principio alude al hecho de que los servicios—cualesquiera que sea, insistimos, el subsector al que pertenecan—están organizados por niveles de atención que se escalonan según sus respectivas complejidades tecnológicas: "La expresión niveles de atención indica una forma escalonada o estratificada de organización y prestación de los servicios de salud, para sistematizar la oferta de dichos servicios y establecer un balance y equilibrio en la cantidad, variedad y calidad de atención disponibles a la población. Esta estratificación se obtiene mediante un proceso de análisis y categorización de los problemas de salud y una asignación prioritada de recursos, orientada a combinar programas de atención personal y tecnologías, de manera que estos puedan ser distribuidos y compartidos con equidad entre toda la población. En otras palabras, la organización según niveles de atención es una forma de racionalizar y hacer más eficiente el uso de recursos en los servicios de salud" (Ustieto et al., 1983, pág. 386).

El concepto de nivel de atención se vincula al de tecnología apropiada. Se entienden por tales, aquellas que combinan cualidades de eficiencia, eficacia, y viabilidad en la situación particular en la que se aplican. La selección de una tecnología médica apropiada debe partir del reconocimiento de que la mayoría de los problemas de salud pueden encararse técnica y efectivamente en diversas formas, que varían en términos de costos. La tecnología médica comprende: personal, fármacos, instalaciones, materiales, instrumental, equipos, métodos y procedimientos de atención. Su determinación requiere la identificación de aquellos elementos que siendo efectivos son a la vez compatibles con la disponibilidad de recursos y con un costo razonable de los servicios, teniendo claro, además, los beneficios y riesgos para el sujeto que la recibe (Ustieto et al., 1983, pág. 390). Por otra parte, debe ser aceptable tanto para la población, para el paciente, como para quien está encargado de aplicarla.

No debe cometerse el error de confundir la tecnología apropiada con la tecnología de bajo costo absoluto. Todo depende del nivel de atención en cuestión. Los niveles de atención se basan en un perfil de necesidades, por el cual esas necesidades se distribuyen diferencialmente en cuanto a su frecuencia de ocurrencia. En general, existe una relación inversa entre la frecuencia de una patología y su complejidad. En otras palabras, las enfermedades y los problemas de salud más banales son los más observables en

una población, y por el contrario, las de más difícil solución son las de presentación esporádica o rara. En este marco cabe subrayar, entonces, la relación natural entre la complejidad de una determinada situación de salud y el mayor o menor grado de sofisticación y densidad tecnológica de los métodos y recursos necesarios para atenderla.

En relación con la tecnología, la descentralización deberá servir para mejorar su asignación, así como, también, las inversiones que se hacen en ella. En el sector salud, en nuestro Continente, se ha producido en los últimos años una creciente incorporación de aparatología, en algunos casos sofisticada y a la vez ociosa. Este fenómeno no desde luego entraña costos onerosos, sobreutilización y derroche, con resultados escasamente tangibles. A veces tuvo que ver con la pasajería sobreevaluación de algunas monedas respecto a la divisa extranjera, lo cual alentó el ingreso y la importación de equipos desde los países centrales. Pero, en general, se ha vinculado más profundamente con ciertos efectos perversos de los mecanismos de contratación y remuneración que regulan las relaciones entre los distintos subsectores (público, privado, Seguridad Social). Esos mecanismos han operado, habitualmente, con una lógica de compra-venta, por la cual se fijan los valores o los precios en función de la complejidad y la densidad tecnológica del acto médico, pasando por alto la necesidad y calidad del mismo.

Los niveles de atención constituyen combinaciones funcionales de servicios, de los cuales los de menor complejidad—el primer nivel—involucionan las acciones más elementales o básicas del sistema. Aquí cabe nuevamente echar por tierra un equívoco: la atención primaria—esa estrategia de la cual es instrumento de descentralización—desde ningún punto de vista es sinónimo o se agota en el nivel primario. La atención primaria es una concepción y una directriz amplia e inclusiva que, si bien prioriza indudablemente el nivel primario, comprende a los otros.

De esto se deriva que la descentralización y el sistema local de salud que lo corporiza como proceso, están obligados a aceptar y perfeccionar los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Aunque con la capacidad de retención en los niveles inferiores, debe estar totalmente participada y anticipada la transferencia de pacientes a los niveles superiores como, asimismo, su retorno al nivel de origen. La eficacia de la comunicación y el transporte debe estar sometida a un

permanente chequeo, máxime en aquellos sistemas locales donde las barreras geográficas son considerables. Respecto al tema de las referencias, debe tenerse en cuenta que el sistema local puede ser absolutamente autosuficiente en lo tecnológico. Por razones de economía de escala, de función de producción, en muchos casos la tecnología más compleja estará concentrada espacialmente fuera del sistema local, lo cual impone una perfecta armonización y coordinación entre este y el nivel—generalmente el central—donde aquella esté administrada y alojada.

Ya que estamos en el tema de las referencias conviene hacer una mención sobre el papel del hospital en la descentralización. En su informe sobre las actividades del bienio 84-85, el Director General de la OMS criticó la postura de aquellos teóricos de la salud pública que piensan que los hospitales se han convertido en una 'mala palabra'. El rol de los hospitales fue definido en el documento de Alma Ata. Consiste en apoyar la atención primaria, no en suplantarla. Los hospitales suministrarán una adecuada atención clínica mediante métodos aceptables para las personas y a un costo que puedan afrontar. Deberán aceptar pacientes cuando estos vengan referidos desde los servicios primarios y deberán regresarlos a esos servicios tan pronto como sea posible y razonable, acompañando la información y la orientación necesarias para continuar la atención. Pero, además, tendrán que guiar a las comunidades y a los profesionales y trabajadores de los niveles primarios en todos los aspectos de la atención en salud, yendo más allá de su tradicional función en la asistencia clínica. En suma, tendrán que transformarse en hospitales sin partes, en viva comunicación con la gente.

Otro de los principios rectores de la descentralización es el de la *integración de la atención*. En el sistema local desaparece la compartimentalización, la discriminación tajante entre atención a las personas y atención al medio; entre asistencia médica y saneamiento ambiental; entre prevención y acciones curativo-rehabilitadoras. Los programas se horizontalizan y el sistema supera la estrecha y exclusiva preocupación por evacuar la demanda espontánea—orientadamente dirigida a la curación—para abocar se a *acciones de oferta organizada*. Esta idea de oferta organizada implica pensar en un modelo que cubra a la población en cuatro planos: el individuo, la familia, el colectivo de trabajo y la

comunidad debe incluir a la salud en su agenda y dar soporte familiar hasta conseguir el ejercicio de control social sobre el sistema local de salud. A grandes rasgos, es dable identificar tres formas de participación comunitaria: a) en proyectos donde la población y su potencial de trabajo y organización se consideran recursos que pueden sumarse al sistema de salud; b) por la existencia de mecanismos y organización social para la salud que proveen a las personas, familias y a las comunidades, la información y medios que generan procesos de autoprotección en salud, y c) garantizada como derecho de las comunidades por la organización política del país (Reunión sobre Extensión de la Cobertura en el Desarrollo de Atención Primaria en Salud, OPS 1982, pág. 33). Muchas veces se ha pensado que la participación se circunscribe a la primera de estas formas. Sin embargo, la comunidad vista solamente como recurso es un *crédito restringido y restrictivo*, que puede de alguna manera degradar instancia parezca bien intencionada, termina computando a la población como mano de obra barata que disminuye los costos de operación del sistema.

Todo *organismo preexistente* en el seno de la población puede y debe ser tenido en cuenta para la consecución de los objetivos locales de salud. Los grupos religiosos, las cooperativas, las sociedades de fomento, las asociaciones deportivas, culturales y de recreación, los partidos políticos con inserción local; en fin, todas las expresiones institucionalizadas de la comunidad son aptas para asumir la problemática de la salud. Al tratarse de núcleos representativos de la opinión e interés populares, poseedores de consenso y apoyo del conjunto social, la incorporación funcional en ellos de componentes de salud legítima, facilitando su comprensión, aceptación e instrumentación por parte de organismos *ad-hoc* encuadrados específica y unilateralmente hacia las cuestiones sanitarias, a través de los cuales se intenta promover y canalizar la participación popular.

El primer hito de la participación esta encarnado en la factibilidad de obtener y manejar información por parte de la población. Esa información es el insuño crítico para que la gente pueda con libertad opinar, decidir y evaluar en lo referente a salud. El manejo popular de la información es un ingrediente de la supervisión y el control social, que son dos de los principios

La atención primaria comienza en la comunidad y sus problemas de salud—dado que ella tiene un principalísimo papel en la resolución de estos problemas—y debe ser activamente incorporada en su realización, más que representar el pasivo objeto de atención. Para la descentralización, que es un medio de atención primaria, la participación popular se torna una condición de posibilidad y un objetivo irrenunciable. La co-

La atención primaria comienza en la comunidad y sus problemas de salud—dado que ella tiene un principalísimo papel en la resolución de estos problemas—y debe ser activamente incorporada en su realización, más que representar el pasivo objeto de atención. Para la descentralización, que es un medio de atención primaria, la participación popular se torna una condición de posibilidad y un objetivo irrenunciable. La co-

La atención primaria comienza en la comunidad y sus problemas de salud—dado que ella tiene un principalísimo papel en la resolución de estos problemas—y debe ser activamente incorporada en su realización, más que representar el pasivo objeto de atención. Para la descentralización, que es un medio de atención primaria, la participación popular se torna una condición de posibilidad y un objetivo irrenunciable. La co-

La atención primaria comienza en la comunidad y sus problemas de salud—dado que ella tiene un principalísimo papel en la resolución de estos problemas—y debe ser activamente incorporada en su realización, más que representar el pasivo objeto de atención. Para la descentralización, que es un medio de atención primaria, la participación popular se torna una condición de posibilidad y un objetivo irrenunciable. La co-

La atención primaria comienza en la comunidad y sus problemas de salud—dado que ella tiene un principalísimo papel en la resolución de estos problemas—y debe ser activamente incorporada en su realización, más que representar el pasivo objeto de atención. Para la descentralización, que es un medio de atención primaria, la participación popular se torna una condición de posibilidad y un objetivo irrenunciable. La co-

organización modular del sistema local de salud. La transferencia de conocimientos e información—actualmente monopolizada por el com-ponente institucional del sistema de salud—y la existencia de canales apropiados para expresar las ideas y las aspiraciones de la comunidad, son la esencia de la participación.

Finalmente, puede sugerirse como una de las secuencias que probablemente deberá seguir el nivel central para formular y ejecutar la descentralización y la que a continuación exponemos (Seminaro/Taller sobre Descentralización y Administración Local de Sistemas de Salud, Quere-taro, México, 1984, pág. 28):

- Definición de la organización y el marco organizacional.

- Elaboración de un cuerpo de conocimientos que defina el punto de partida y la orientación del proceso en lo técnico y lo administrativo.

- Determinación de los objetivos generales y específicos.

- Formulación del plan general de descentralización, incluyendo el conjunto de normas y reglamentos.

- Elaboración de las alternativas de los proyectos específicos de descentralización, con sus contenidos de capacitación técnica y administrativa por nivel y de motivación e información continuas.

- Transferencia de funciones y recursos (programación, información, decisiones operativas, evaluación, control, asignación de recursos).

EVALUACION E INDICADORES DE LA DESCENTRALIZACION

La descentralización y la conformación de sistemas locales de salud, a lo largo y a lo ancho de cada uno de los países, representa una tarea toda-vía incipiente, una empresa en vías de realización, aún inconclusa y por todo lo que hemos venido afirmando hasta aquí, una situación desca-mente dinámico que no tiene un punto de conclu-sión, de cierre definitivo, sino que se trata de una propuesta abierta, sujeta a permanentes correc-ciones y reformulaciones, que van más allá del momento en que el conjunto del sistema de salud haya sido sometido a las transferencias necesarias.

Estos rasgos determinan que la evaluación de

su desarrollo e impacto ocupe un lugar privile-

giado dentro del rango de esfuerzos a emprender. La evaluación es la brújula que guía los pasos a dar hacia el futuro y las modificaciones a operar sobre lo ya transitado. Significa emitir juicios de comparación entre lo que se observa y lo que se considera deseable; entre lo que se planeó y lo que se hizo y cómo se hizo.

Los juicios evaluativos no son actividades ajenas al proceso administrativo; por el contrario, son uno de sus aspectos medulares. El hecho de que habitualmente, la ejecución concierne la mayor parte de los desvelos de los administradores de salud, puede hacer que los programas se aparten de los objetivos, sin que las preguntas que hubieran podido advertir ese desvío hayan sido planteadas oportunamente. Por ende, la evaluación no es un vano ejercicio formal, un rito vacío, sino que está orientada hacia la acción.

La evaluación tiene un insumo crítico: un sistema de información apropiado para medir y cuantificar la eficiencia y la eficacia de las acciones involucradas en un proyecto. En el caso específico de la descentralización y el funcionamiento de los sistemas locales de salud pueden presentarse dos problemas, nada infrecuentes en los dispositivos de recolección y procesamiento de datos de los países del continente; por un lado, la ausencia de registros para las acciones incorporadas al nivel local, y por otro, cierta tendencia en ocasiones a la sobre medición, relacionada con la excesiva complejidad de algunos instrumentos y la abundancia de información no utilizable.

Lo importante es generar algunos indicadores claves que ayuden a probar de manera simple la descentralización, su desenvolvimiento y efectividad, enfatizando en aquellos que puedan ser fácilmente manejados a nivel local. Subrayemos algo que es fundamental: hay que intentar que el manejo de los indicadores y el análisis de la información sean compartidos por los niveles local y central. A su vez, esa información debe ser puesta a consideración de la comunidad, de manera que la misma, también, evalúe y controle los procesos, asegurando una participación sin prejuicios y sin opiniones parcializadas.

Muchas veces cuando se procura evaluar se parte de variables de un denso contenido teórico, que encierran múltiples dimensiones, lo cual puede bloquear una comprensión directa al estar dificultadas la observación y la medición. Los

- Referencias monitoreadas por el sistema local a establecimientos fuera y dentro del área, sobre el total de referencias desde los niveles primarios de atención del área.
- Número y tipo de instituciones extrasectoriales de carácter estatal y paraestatal que están vinculadas a las acciones del sistema local de salud.
- Programas horizontalizados en relación con el total de programas que se ejecutan en el área.
- Distribución del gasto nacional en salud, según jurisdicciones de aplicación político-administrativa (nación, estados, provincias, municipios, niveles centrales, sistemas locales de salud, etc.).
- Número, tipo y grado de representatividad de entidades comunitarias que ha involucrado la participación popular en el sistema local de salud, etc.

CONCLUSIONES

La discusión en torno a los límites y posibilidades de la descentralización de los servicios de salud en Latinoamérica deben contemplar, por una parte, las restricciones del contexto político y económico que afectan las perspectivas de la modernización de los Estados Latinoamericanos en la actual coyuntura, y, por la otra, el conjunto de dimensiones analíticas político-organizativas que intervienen en las fases técnica y política del proceso de descentralización.

Respecto a la cuestión de las restricciones impuestas por el actual contexto político y económico latinoamericano, la formulación e implementación de políticas sociales debe contemplar la realización de una lectura política de los contextos burocráticos en los que las soluciones técnicas pretenden prosperar. La discusión acerca de la necesidad y posibilidad histórica de la intervención social debe tener presentes: los límites desables de la intervención estatal, las posibilidades de gobernabilidad de la sociedad frente a los desastros de la crisis estructural y la inacción de las burocracias establecidas por la supuesta vigencia de pautas culturales tradicionales y autoritarias. Del análisis de estas tres cuestiones se puede concluir que los objetivos de un programa de transformación del sector público –tal como el de la descentralización del sistema de salud– no puede reducirse a términos estrictamente tecnológicos como *racionalizar* o *desburocratizar*, sino extender el campo de las accio-

indicadores a elegir deben ser el nexo propicio entre la realidad empírica y aquello que efectiva-mente se quiere evaluar. Desde luego, deben contemplar los siguientes requisitos en su formulación y aplicación: validez, confiabilidad, especificidad, sensibilidad, sencillez, facilidad y bajo costo para la obtención de los datos (Argentina, 1981).

Convencionalmente, en el examen de la problemática de salud y las políticas sanitarias pueden intervenir distintos tipos de indicadores: de estructura (recursos según dependencia administrativa, camas por 1 000 habitantes, médicos o enfermeras por 1 000 habitantes, etc.); de procesos institucionales (relación, consultas-egresos, promedio de estadía, etc.); de protección (consultas por habitante al año, relación inmunizaciones/población pediátrica, etc.); y finalmente, de resultados (esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por causas, etc.).

En relación a la descentralización, es obvio que convendría que estos indicadores –que son los más ortodoxos– se apliquen antes de iniciar el proceso y cierto tiempo después, a fin de seguir su comportamiento a lo largo del período para establecer interpretaciones en relación al eventual impacto funcional y epidemiológico. Pero, además, habrá que apelar a otros que midan intrínsecamente la descentralización y el grado de cumplimiento de sus criterios y principios; así como, también, la extensión y funcionamiento de los sistemas locales. Ello impondrá innovaciones técnicas y metodológicas y una gran imaginación para crearlos. A título simplemente ilustrativo, ya que se trata de sugerencias en un estadio muy provisorio de desarrollo, podemos proponer algunos, como los que a renglón seguido se enumeran:

- Número y tipo de funciones que se han descentralizado por unidad: manejo presupuestario, de personal, de medicamentos, de otros suministros, de adaptación de normas técnicas, etc.
- Proporción del territorio nacional en que están funcionando plenamente los sistemas locales, en los que recién se inicia el proceso y en los que aún persisten las modalidades organizacionales anteriores.
- Recursos (físicos, humanos, etc.) integrados al sistema local: totalidad de los recursos existentes en el área geográfica respectiva.

ma existente exhibe una combinación de aspectos centralizados y descentralizados, sería adecuado distinguir las modalidades que presentan las relaciones de interdependencia que se establecen entre las unidades centralizadas y las unidades descentralizadas, por un lado; y el vínculo entre estas relaciones de interdependencia con los estilos de gestión impuestos por diferentes regímenes gubernamentales presentes en América Latina, por el otro. Respecto a las modalidades de interdependencia, la descentralización supone adoptar un conjunto de decisiones políticas y técnicas a través de tres dimensiones: la jerárquica, la funcional y el vínculo presupuestario. Según el estilo de gestión estatal prevaliente (burocrático autoritario, democrático-liberal, autoritario tradicional) el modelo organizacional resultante reflejará un compromiso entre criterios técnico-organizativos y político-institucionales. Al respecto, la consideración de las dimensiones organizacionales y las políticas nos definirán un espacio de posibilidades y un repertorio de cuestiones a considerar como premisas de las decisiones que se adopten respecto a la descentralización de los servicios sociales.

En el campo particular de la salud, la descentralización efectiva de los servicios de salud supone el desplazamiento del flujo del poder político, administrativo y tecnológico, desde ciertas unidades centrales a niveles periféricos, intermedios y locales. Tal proceso es no solo un medio adecuado para el logro de los objetivos que hacen a la administración más eficiente y efectiva de los servicios de salud, sino también para alcanzar objetivos de equidad social.

Dichos objetivos podrán ser alcanzados en la medida en que el proceso de descentralización cumpla con una serie de criterios o condiciones básicas: a) Territorialización: una división espacial con base en ejes político-administrativos que opere en función de una red de servicios y tenga delimitada una responsabilidad de área geográfica y poblacional. b) Unidad de mando: cada sistema local de salud debe estar conducido por una oficina de distrito, cuyo responsable máximo deberá ser un funcionario de dedicación exclusiva. c) Jerarquización de las composiciones tecnológicas: los servicios —cualesquiera sea el subsector al que pertenezcan— deben estar organizados por niveles de atención que se escalan según sus respectivas complejidades tecnológicas. d) Integridad de la atención: debe de-

nes de transformación a los planos cultural y social, consolidando nuevas pautas democráticas, mayor equidad y una más extendida participación social. Tres serían entonces los ámbitos de la reforma: el tecnológico, el cultural y el político-social. En este sentido, la descentralización de los servicios de salud presentaría potencialmente características que afectarían los tres aspectos señalados. En primer lugar, la descentralización puede ser una estrategia adecuada para mejorar la productividad de los servicios. Desde un punto de vista económico mas global, es posible plantear la adopción de políticas descentralización como un medio idóneo para hacer frente a la crisis lográndose, por este camino, mayores impactos sobre la población e incrementando la capacidad de resolver los problemas que la crisis ha generado en las distintas regiones. Es decir, se pueden considerar nuevas formas de organización para hacer un uso más equitativo y eficiente de los escasos recursos económicos. Como afirma Boisier (1985, pág. 34) "localizar los impactos de la crisis debiera contribuir no solo a mejorar el entendimiento del fenómeno, sino que ayudaría a diseñar políticas más eficaces y eficientes".

En segundo lugar, la política de descentralización podría remover la cultura administrativa al incorporar nuevos actores a la gestión y al control. Finalmente, dado que la descentralización es un instrumento de reestructuración del poder, favorecería la redistribución de los recursos estatales a nivel regional y social al fortalecer la capacidad de presión social sobre el sector público y aumentaría el peso de dicho sector dentro de la agenda de cuestiones socialmente problematizadas. Este proceso de descentralización, por otra parte, podría llegar a ser apoyado ampliamente por los actores políticos de las sociedades latinoamericanas que buscan actualmente conducir el proceso de democratización a través de una mayor participación de los distintos sectores sociales en la formulación e implementación de las políticas.

De cualquier modo, más allá de la voluntad política en apoyo del proceso de descentralización —condición necesaria pero no suficiente del mismo—, es preciso explicar que dimensiones significativas acotan y determinan la posibilidad de congruencia o conflicto en los procesos de implementación de políticas. Suponiendo la existencia de un continuo que va de la centralización a la descentralización y que cualquier siste-

- saparecer la compartimentalización entre atención a personas y atención al medio; entre asistencia médica y saneamiento ambiental; entre prevención y acciones curativo-rehabilitadoras. Los programas se horizontalizan y el sistema local se aboca a acciones de oferta organizada. e) Coordinación intersectorial: bajo la dependencia del sistema local funcionarían coordinadamente todos los recursos físicos y humanos. Se planteará, por tanto, el lugar y el papel de cada subsector, privilegiando la complementariedad y evitando las duplicaciones de esfuerzos e inversiones. f) Coordinación intersectorial: el sistema local del sector salud bajo su responsabilidad, deberá articular y aprovechar las instituciones y entidades de otros sectores (educación, economía, vivienda, obras públicas, etc.). g) Participación social: se debe incorporar a la comunidad a través de sus grupos u organizaciones sociales en la resolución de sus problemas de salud. Dicha participación va desde la autoatención y el cuidado familiar hasta el ejercicio de control social sobre el sistema local de salud.
- La evaluación del proceso mismo de descentralización requerirá, por otra parte, la construcción de nuevos indicadores que midan internamente la descentralización y el grado de cumplimiento de estos criterios o condiciones; así como la expansión y la operatividad de los sistemas locales. Respecto de la evaluación, de los efectos de la descentralización, ello será posible mediante el uso de indicadores que permitan interpretar su eventual impacto funcional y epidemiológico.
- BIBLIOGRAFÍA**
- Agüado Benítez, C. *Descentralización y desconcentración*. Instituto Superior de Administración Pública. Buenos Aires, Argentina, 1961.
- Argentina. Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. *Asignación de recursos para la salud. Aportes para la toma de decisiones*. Buenos Aires, Argentina, 1981.
- Banco Mundial 1985. *Informe Anual 1985*. Washington, D.C.: BIRF.
- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial*. Washington, D.C., 1986.
- Baumer, Donald C. "Implementing Public Service Employment", en May y Wildavsky, *The Policy Cycle*. Beverly Hills, Cal.: Sage Publications, 1978.
- Bhattacharya, M. "Decentralization: some conceptual issues", *Indian Journal of Public Administration*, 34 (3).
- Boisier, Sergio. *Centralización y descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público*. S. I.: ILPES. Programa de Capacitación (Documento CPRD-95), 1985.
- Boneo, Horacio, comp. *Privatización: del dicho al hecho*. El Cronista Comercial. Buenos Aires, Argentina, 1985.
- CEPAL. *Crisis y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Revista de la CEPAL, No. 26, 1985.
- Eastman, J. M. *Hacia una descentralización real*. Colombia, Ministerio de Gobierno, Colección "Legislación, doctrina y jurisprudencia", 1982.
- Fesler, J. "El problema de la descentralización: sus enfoques interpretativos". *Revista de Administración Pública*. No. 26/27, jul-dic. Buenos Aires, Argentina, 1967.
- Fesler, J. *Centralization and decentralization*. International Encyclopedia of the Social Sciences, Vol. 1-2, New York, The Macmillan Company & The Free Press, 1968.
- Graham, L. S. "El dilema de la centralización o la descentralización en la administración pública". *Revista Internacional de Ciencias Administrativas*. Vol. 67 (3), 1980.
- Groisman, Enrique y otros. *La administración pública en tiempo de crisis* (Caracas: CLAD e INAP) Argentina, 1986.
- Klikhsberg, Bernardo. "Las rupturas epistemológicas neocesaristas en el pensamiento administrativo latinoamericano", en Groisman y otros, *op. cit.*, 1986.
- March, James G. y Olson, Johan P. *Organizing political life: What administrative reorganization tells us about government*. The American Political Science Review. Vol. 77 (2), 1983.
- Martón, Ana María et al. *Regionalización dos serviços de saúde no Brasil*. Revista de Administração Pública, Vol. 17 (5) jul.-set., pág. 121-149. Rio de Janeiro, Brasil, 1983.
- Méndez, Eugenio Vilaga. *Reformulado do sistema nacional de saúde*. Trabajo presentado a la VIII Conferencia Nacional de Saúde, Brasilia, Brasil, 1986.
- Mutalib, M. A. *Decentralization: a new philosophy of corporate life*. *Indian Journal of Public Administration*. Vol. 34 (3), 1978.
- Naciones Unidas. *Descentralización para el desarrollo nacional y local*. Nueva York, 1963.
- Organización Mundial de la Salud. *Global Programme of Action*. (PPC20/WP/4), 1986.
- Organización Mundial de la Salud. 39a. Asamblea Mundial de la Salud. *Repercusiones de la situación económica mundial*. *Informe provisional del Director General*, 1986a.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Examen del informe del director general sobre las actividades de la Organización Mundial de la Salud en 1984-1985*.
- Organización Panamericana de la Salud. División de Servicios Integrados de la Salud. Reunión sobre Extensión de la Cobertura en el Desarrollo de Atención Primaria en Salud: Programación Local y Descentralización Administrativa. Santo Domingo, República Dominicana, 1982.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Descentralización y Administración Local de Sistemas de Salud. *Informe del director general sobre las actividades de la Organización Mundial de la Salud en 1984-1985*.
- Osizak, Oscar. *Intervencionismo versus subsidiariedad: una falsa opción*. Información Empresarial, No. 203, Buenos Aires, Argentina, 1984.
- Osizak, Oscar. *La relación burocrática*. Clarín, 15-1-85.
- Buenos Aires, Argentina, 1985.
- Rondinelli, Dennis A.; Nellis, John R. and Chema, G. Shabir. *Decentralization in developing countries: a review of recent experiences*. The World Bank, World Bank Staff Working Papers, No. 581. Management and Development Series No. 8, Washington, D.C., 1983.
- Schuliza, Charles L. *The role of incentives, penalties, and rewards in attaining effective policy*, en Haveman y

- Margolis, Public Expenditures and Policy Analysis (Chicago: Markham Publishing Co.), 1970.
- Usieto, Ricardo; Castellanos, José y Juste Grifalba, Javier. *Teoría y práctica de la atención primaria*, Revista Internacional de Sociología, 2ª época, No. 47, jul.-set., págs. 377-395, Madrid, España, 1983.
- Veronelli, J. C. *Centralización y descentralización: organización de la atención de la salud en Argentina*. Documento: *Centralización y descentralización: organizing government expenditures*, en Havem y Margolis, 1970.
- Weidenbaum, Murray L. *Institutional obstacles to reform*. Coloquio. Buenos Aires, Argentina, 1975.
- Veronelli, J. C. *Medicina, Gobierno y Sociedad*. El mento de trabajo presentado al seminario sobre problemas del federalismo en Argentina, Buenos Aires, 1973.

DESCENTRALIZACION Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Una contribución a la unidad de doctrina

David Tejada de Rivero

INTRODUCCION

En el esfuerzo de llevar a cabo los diferentes procesos necesarios para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 en los países de la Región, así como en el de perfeccionar el apoyo de la OPS, se tropieza con la dificultad de utilizar términos que, por ser convencionales, tienen variadas y aun diferentes conceptualizaciones y definiciones. Este hecho impide muchas veces un adecuado y productivo diálogo y puede influenciar negativamente, tanto en la dirección-habilidad, como en el contenido de tales procesos.

Una unidad de doctrina mínima puede facilitar las convergencias de pensamiento y de acción entre nacionales y la OPS. Se entiende por "unidad de doctrina" la convención a que se llega para definir ciertos conceptos y términos en función de un propósito determinado y sobre la base de que no se comparte necesariamente el íntegro de las conceptualizaciones y definiciones, pero se las acepta para los fines prácticos de un trabajo común.

Esta es una contribución, provisional y muy parcial, para iniciar un proceso de unidad de doctrina. Las definiciones que se presentan no pretenden ser completas, ni exhaustivas, tampoco abarcan la totalidad de la temática pertinente. Solo tratan de esquematizar los elementos conceptuales más esenciales en cada caso. La discusión de estas ideas, el recuento de las experiencias concretas y el interés de traducir las ideas en acción, contribuirán a la revisión permanente de estas conceptualizaciones.

Se trata de un proceso de transferencia de autoridad, del *centro político* y administrativo a niveles *periféricos* intermedios o locales. La autoridad transferida comprende, tanto la

- El presupuesto (formulación, ejecución, reajustes, etc.).
- La administración del personal (programación, selección, promociónes, capacitación y adiestramiento, etc.).
- Los abastecimientos (programación, adquisición, distribución, control, etc.).
- La información (registro, recolección, procesamiento, uso, etc.).

facultad de tomar decisiones de todo tipo (aun aquellas sobre problemas políticos que están siempre presentes en el proceso de desarrollo de procesos necesarios para alcanzar la meta de salud), como la capacidad de manejar efectiva y directamente herramientas técnico-administrativas tales como:

- a) Una firme decisión política de llevar adelante este proceso en forma efectiva. Lo ideal es que la decisión sea del gobierno y de carácter global. En todo caso se puede llevar a cabo el proceso, aunque con mayores dificultades, si la decisión del gobierno es solamente sectorial.
- b) Transferencia de poder político necesario desde el nivel central, no solo a través de disposiciones legales y administrativas, sino transfiriendo efectivamente los recursos financieros, económicos, humanos, tecnológicos, etc., necesarios.
- c) Desarrollo de poder político local, dado en parte por el manejo directo de los recursos, principalmente, por la formación de una base de sustentación política a través de la participación directa, activa y pluralista de las organizaciones de la comunidad.
- d) Una definición del modelo (aunque sea pro-

visional, inicial y sujeto a posteriores y frecuentes reajustes) de cómo se espera que funcione el sistema descentralizado, con una clara delimitación de la autoridad y responsabilidades en los diferentes niveles, así como de las interrelaciones entre dichos niveles. Esta definición debe hacerse, también, para cada etapa y en relación a cada elemento que se transfiere (modelos intermedios y parciales).

e) Una reorientación del nivel central para que pueda promover y conducir el proceso. Este nivel debe ser preparado y fortalecido para cumplir su papel de conducción y liderazgo, apoyo técnico y político. Tal preparación y fortalecimiento no significa, de modo alguno, una hipертrofia y una burocratización, sino, por el contrario, una mayor agilidad administrativa.

El proceso se facilita y refuerza cuando el nivel descentralizado decide y pone en práctica medidas tales como:

a) La programación conjunta con otras instituciones públicas y privadas del sector y de otros sectores, como con las organizaciones de la comunidad. Esta programación debe orientarse al uso común de los recursos disponibles y al desarrollo de programas concretos y específicos intersectoriales.

b) Una relación estrecha y permanente, teniendo a lograr una programación conjunta con los organismos de fomento o desarrollo económico y de inversiones que existan en el ámbito descentralizado.

c) El desarrollo de capacidades propias para la formación y adiestramiento de los recursos humanos indispensables para el manejo de las herramientas técnico-administrativas, utilizando plenamente el apoyo del nivel central y los recursos institucionales de educación existentes en el ámbito descentralizado.

d) El establecimiento de formas prácticas —formales y no formales— de comunicación e interacción con su aparato burocrático institucional, sectorial y de otros sectores afines.

e) El establecimiento de formas prácticas de diálogo permanente con las organizaciones de la comunidad.

La descentralización es un proceso de largo aliento y que debe llevarse a cabo por etapas, de acuerdo a estrategias especialmente formuladas y reajustadas en forma permanente, y por elementos específicos y bien definidos, de acuerdo a una programación debidamente detallada. Así, por ejemplo, no basta definir bien el elemento que se transfiere, sino que hay que adecuarlo a la realidad y a posibilidades propias del ámbito descentralizado, a la conveniencia del uso de nuevas tecnologías, y a la necesidad de sustentar una política que requiera hacer visibles los beneficios de la descentralización.

Se trata de un proceso difícil porque debe enfrentarse a una "inercia histórica" de centralización, concentración de responsabilidades y burocratización. Esta inercia ha condicionado mentalidades centralizadoras, tanto en los que quieren retener poder al nivel central, como en los que en los niveles periféricos temen las implicaciones, consecuencias y conflictos inherentes a la toma de decisiones.

La descentralización es interdependiente con otros procesos como la desconcentración, la articulación y acción multisectorial, el uso de tecnologías apropiadas, la participación de la comunidad, etc. En este sentido, si bien puede ser utilizada —sola o con otros procesos— como una puerta de entrada, no tendrá porvenir si se pretende ponerla en marcha aisladamente de los otros procesos. Finalmente, como todos ellos, no constituye un fin en sí misma.

DESCONCENTRACION

Se trata de un proceso de transferencia o delegación de determinadas parcelas de responsabilidades en la ejecución de acciones y actividades, desde dominios (personas, unidades, dependencias, niveles, etc.), donde se concentran a otros de semejante o distinto nivel (dentro de la misma estructura administrativa institucional o de otras instituciones o sectores).

De este modo se podrían reconocer por lo menos tres formas de desconcentración:

- *Horizontal* cuando la desconcentración es de un dominio a otro del mismo nivel.
- *Vertical* cuando la desconcentración es de un dominio a otro de diferente nivel. Lo más común es que sea de un nivel jerárquico superior a uno inferior, pero puede también darse al revés.
- *Funcional* cuando la transferencia o delegación no se refiere a niveles jerárquicos y se da a personas dentro de la estructura administrativa institucional o aun a personas y grupos informales.

les o no institucionalizados. Tal es el caso de la desconcentración de responsabilidades en la ejecución de acciones y actividades de un profesional, o de un profesional a un no profesional, o de cualesquiera de estos funcionarios formales a un miembro de la comunidad o de la familia.

La desconcentración es un proceso que puede darse simultáneamente con la descentralización. De ahí la tendencia a confundir ambos términos y a usarlos erróneamente como sinónimos. La confusión se da también porque a pesar de ser procesos diferentes ellos se condicionan mutuamente. La descentralización facilita la desconcentración y ésta es indispensable para la descentralización. Luego, puede haber desconcentración sin descentralización, pero nunca descentralización sin desconcentración. Por eso muchas veces se hace solo desconcentración y se la anuncia como descentralización. En la descentralización no hay transferencia de la capacidad plena de tomar decisiones de todo tipo ni de manejar efectiva y directamente las herramientas técnico-administrativas.

La desconcentración también es difícil de llevarse a cabo porque se trata de un proceso de reversión de una tendencia histórica donde progresivamente se fueron concentrando las responsabilidades en la ejecución de las acciones y actividades en algunos dominios. La concentración conlleva poder, privilegios y beneficios económicos. Incluso la tendencia ha sido legitimarla a través de dispositivos legales y administrativos que no solo la consolidan, sino que prohíben y penan a quienes pretenden ejecutar las acciones acaparadas. De ahí que la desconcentración requiera muchas veces de dispositivos legales revocativos de otros anteriores. Para que el proceso se cumpla son necesarios ciertos requisitos muy semejantes a aquellos mencionados en el caso de la descentralización. Sin embargo, la desconcentración es un proceso menos difícil y, aunque genera grandes resistencias dentro del aparato burocrático, no tiene las dificultades políticas que se presentan cuando se trata de descentralizar.

CONDUCION Y LIBERAZGO

Se trata de un proceso que consiste en "guiar" un conjunto humano o grupo social, de una situación dada a otra diferente y hasta opuesta. El

En cambio, el término *dirigir* significa "encaminar una institución, mediante operaciones, al logro de objetivos relativamente bien definidos y predeterminados". Denota así, y en comparación con *conducir*, un proceso más concreto, con menos incertidumbres, con puntos de llegada más conocidos y familiares, y con menores resistencias. Por supuesto que la dirección o administración no está exenta de conflictos; busca cambios y para alcanzarlos necesita de estrategias; pero los cambios se dan dentro de los límites bien definidos de la finalidad y de las reglas constitucionales que gobiernan las instituciones o la empresa. Más aun, *dirigir*, en otra de sus acepciones idiomáticas, significa "gobernar, regir, tener la capacidad de dar reglas obligatorias para el manejo de una dependencia o empresa". La conducción es un proceso eminentemente político y estratégico, de largo aliento para alcanzar cambios fundamentales en la forma de *imágenes-horizonte* o *imágenes-objetivo* de una amplia dimensión social y de carácter estructural. La conducción y la dirección operan, pues,

En cambio, el término *dirigir* significa "encaminar una institución, mediante operaciones, al logro de objetivos relativamente bien definidos y predeterminados". Denota así, y en comparación con *conducir*, un proceso más concreto, con menos incertidumbres, con puntos de llegada más conocidos y familiares, y con menores resistencias. Por supuesto que la dirección o administración no está exenta de conflictos; busca cambios y para alcanzarlos necesita de estrategias; pero los cambios se dan dentro de los límites bien definidos de la finalidad y de las reglas constitucionales que gobiernan las instituciones o la empresa. Más aun, *dirigir*, en otra de sus acepciones idiomáticas, significa "gobernar, regir, tener la capacidad de dar reglas obligatorias para el manejo de una dependencia o empresa". La conducción es un proceso eminentemente político y estratégico, de largo aliento para alcanzar cambios fundamentales en la forma de *imágenes-horizonte* o *imágenes-objetivo* de una amplia dimensión social y de carácter estructural. La conducción y la dirección operan, pues,

En cambio, el término *dirigir* significa "encaminar una institución, mediante operaciones, al logro de objetivos relativamente bien definidos y predeterminados". Denota así, y en comparación con *conducir*, un proceso más concreto, con menos incertidumbres, con puntos de llegada más conocidos y familiares, y con menores resistencias. Por supuesto que la dirección o administración no está exenta de conflictos; busca cambios y para alcanzarlos necesita de estrategias; pero los cambios se dan dentro de los límites bien definidos de la finalidad y de las reglas constitucionales que gobiernan las instituciones o la empresa. Más aun, *dirigir*, en otra de sus acepciones idiomáticas, significa "gobernar, regir, tener la capacidad de dar reglas obligatorias para el manejo de una dependencia o empresa". La conducción es un proceso eminentemente político y estratégico, de largo aliento para alcanzar cambios fundamentales en la forma de *imágenes-horizonte* o *imágenes-objetivo* de una amplia dimensión social y de carácter estructural. La conducción y la dirección operan, pues,

Ya se ha visto que el líder no requiere de autoridad formal para conducir. Hay líderes en la oposición y líderes dentro de un gobierno o en movimientos religiosos, políticos, científicos, etc., que no ocupan cargos de autoridad formal. Por ello, el líder no lo es por designación, nombramiento o delegación desde un nivel superior, sino que nace del grupo social a través de un proceso espontáneo. El líder tampoco es elegido, aunque puede darse la circunstancia de que sea elegido para un cargo de autoridad formal. El líder requiere tener condiciones y capacidades personales. Algunas de estas son "intangibles", pero otras pueden adquirirse, reforzarse y mejorarse. Sin embargo, para que el liderazgo se produzca se requiere también de la presencia sincrónica de un problema o aspiración que genere el proceso y de una disposición del grupo social a identificarse con esa aspiración o con el entrenamiento a ese problema. Puede entonces ocurrir que se dé la situación y de la circunstancia de la generación del proceso y de la respuesta del grupo social, sin que haya un líder reconocido o sin alguien que, en ese momento, esté plenamente capacitado y tenga las condiciones para este papel de conductor. En esta circunstancia emerge un líder, el que posteriormente podrá, con dedicación y la experiencia del ejercicio del liderazgo y con la capacitación pertinente, desarrollarse y crecer como conductor. Los atributos del líder no necesitan darse todos a la vez ni en los grados máximos posibles. Incluye algunas de las condiciones y capacidades que establecen un conjunto de requisitos para el liderazgo con el carácter de indispensables. Sin embargo vale la pena mencionar algunos:

a) Un conocimiento integral del problema, de la situación y de la circunstancia que inducen al proceso de conducción, así como de los contextos del problema (culturales, históricos, sociales, económicos, políticos, etc.). Este conocimiento no tiene que ser profundo en todos los aspectos. El líder es más bien como el director de orquesta, que debe saber de música y del papel de todos los instrumentos musicales, pero no necesita ser un virtuoso en todos y cada uno de ellos.

b) Una capacidad estratégica que le permita tener una visión global, prospectiva y dinámica

en dos planos y ámbitos diferentes pero no opuestos. Más bien, pueden y deberían complementarse y apoyarse mutuamente; aunque también, pueden interferirse y debilitarse mutuamente. Esto ocurre cuando la dirección no quiere seguir a la conducción o se opone a ella, y cuando la conducción no es capaz de traducir los objetivos socio-políticos y estrategias en nuevas finalidades y reglas constitucionales para la institución o la empresa.

La conducción no solo supone la aceptación, el reconocimiento y el compromiso de parte del grupo social, sino que necesita crear y mantener en ella misma fuerzas y virtudes tales como la sensibilidad social, solidaridad, fe y mística. Completamente, este proceso exige en quienes conducen, una conducta ejemplar, en el sentido de mostrar explícitamente, con el ejemplo personal, que ellos también tienen sensibilidad y solidaridad social, fe y mística y que están dispuestos a cualquier sacrificio para alcanzar el propósito que promueven.

Los que conducen no necesariamente tienen que estar investidos de cargos que les den autoridad formal. El grupo social no sigue a los conductores por obligación legal o temor, sino por convencimiento y voluntariamente. Sin embargo, la conducción puede algunas veces coincidir con la dirección. Puede darse el caso de que quienes conducen estén, en determinada circunstancia, investidos de cargos con autoridad formal. Esta situación puede constituir una ventaja o facilidad para *dirigir* aunque no garantiza de por sí una eficiente administración. Por otro lado, si los que dirigen no tienen condiciones y capacidades de conducción nunca podrán *conducir* por más poder formal y real que adquirieran y acumulen como autoridades.

La conducción está asociada al liderazgo, del mismo modo que la dirección lo está a la autoridad formal. El líder conduce y la autoridad formal (cuquiera que sea el nombre y nivel de su cargo) dirige, administra o gerencia. El liderazgo puede definirse entonces como la capacidad y condición de conducir un conjunto humano o grupo social. El término es un anglicismo que significa "guiar o conducir un grupo social, partido político u otra forma de colectividad". Etimológicamente *líder* es "el que va a la cabeza y es seguido por un grupo social". (En castellano existe el término *caudillo* que etimológicamente es "el que va a la cabeza guiando a la gente"; pero no es atractivo, está desprestigiado y se lo usa peyorativamente).

muchos líderes, en diferentes niveles y diversas circunstancias. Eso significa también, que para ciertos problemas y en determinadas situaciones surgen liderazgos que son reemplazados por otros cuando se presentan nuevos problemas o cambian las situaciones y circunstancias. Lo ideal es poder desarrollar en los líderes capacidades y destrezas administrativas y en los administradores, visión y capacidades conductivas. Dentro de este ideal ambos se moverán en sus correspondientes planos y ámbitos paralelamente, pero convergiendo a los mismos propósitos estratégicos y objetivos administrativos.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Los sistemas de salud son sistemas sociales. Al tratar de ellos es conveniente, entonces, comenzar poniéndose de acuerdo en la significación de los sistemas sociales y sus consecuencias en los sistemas de salud.

Hay diferentes grados de consenso en la interpretación de lo que es un sistema. Existe unanimidad en entenderlo como "un conjunto de elementos, componentes, interrelacionados entre sí y con el ambiente o contexto en que el conjunto está inserto". Sin embargo, hay todavía la creencia de que los componentes y sus interrelaciones contribuyen siempre a un propósito común determinado. Esto no ocurre así en los sistemas sociales.

Existe un grado menor de consenso en aceptar que los sistemas sociales son mucho más complejos, mucho menos definidos y delimitados, muy poco estructurados y muchísimo más inestables que los sistemas mecánicos, físicos y biológicos. Este menor consenso no se refiere a la aceptación intelectual, sino a la forma como en la práctica se pretende enfrentar estos sistemas.

Más aún, pocos reconocen que en los sistemas sociales las reglas no son siempre explícitas o conocidas, tampoco son precisas o invariantes, ni iguales para todos. Los valores de sus componentes y de sus interrelaciones cambian permanentemente dentro de muy amplios rangos y sin regularidad. Tienen, por tanto, conductas poco previsibles, muy variables y hasta erráticas. Finalmente, pocos reconocen, suficientemente, el hecho de que en los sistemas sociales nosotros nunca estamos por fuera, por encima, o al margen de ellos, sino que, por lo contrario, esta-

ra de los fenómenos sociales, así como anticipar, reconocer y actuar frente a las dificultades, obstáculos, restricciones y oposiciones presentes, inevitables en todo proceso social.

c) Una capacidad analítica, lo menos subjetiva posible, para poder detectar los errores de su conducción o de las respuestas a su conducción, y buscar consecuentemente las medidas correctivas correspondientes.

d) Una capacidad de comunicación con el grupo social y sus miembros, basada en un sentido de igualdad y de respeto. Esto es esencial para que funcione la doble vía que significa una verdadera comunicación. También es importante para facilitar la capacidad de influenciar cambios en la conducta colectiva del grupo social, cuando así lo requiera el proceso. El líder guía, no se deja arrastrar por el grupo. De ahí que, a través de esa comunicación, el líder puede distinguir entre posiciones y conductas permanentes y opiniones ocasionales causadas por el temor, la incertidumbre o la euforia.

e) Una capacidad de comunicación con los agentes de canalización y amplificación de las necesidades y demandas de los grupos sociales. f) Capacidad de rodearse de personas con tanto o mejores conocimientos y experiencia y formar con ellos un equipo democrático que lo asesore y lo informe de todos los aspectos positivos y negativos en el proceso de conducción. Esto facilita también la continuidad del proceso y especialmente de su direccionalidad.

No es posible formar o producir líderes como se hace, por ejemplo, con los profesionales. No se trata solamente de una adquisición de conocimientos y destrezas. No puede haber cursos y cursos para graduar líderes y por ello no podrá existir el título académico de líder. Sin embargo, muchas de las condiciones y capacidades necesarias para el liderazgo pueden ser adquiridas, fortalecidas o estimuladas a través de un proceso educativo no tradicional, de la experiencia que solo se obtiene por el ejercicio real de la función conductora y por las oportunidades a crearse para facilitar la emergencia y el desarrollo de los líderes. Se dice, en este sentido, y con cierta razón, que a veces la experiencia burocrática puede limitar y reducir las capacidades de liderazgo.

En una sociedad o grupo social cualquiera, nunca hay la necesidad de un solo líder. El liderazgo y el proceso de conducción requieren de

mos inmersos en ellos. Formamos parte (y una pequeña parte) de ellos, pero lo estamos junto con muchos más que también quieren actuar sobre el sistema. Algunos lo harán conjunta y convergentemente con nosotros, otros sin ningún sinergismo ni coordinación, y no pocos con claro y beligerante antagonismo.

El sistema social no es un conjunto mecánico (como por ejemplo un reloj) donde cada pieza tiene una función, un movimiento, una dirección, una velocidad, etc., y donde sus articulaciones y relaciones con otras piezas están, todas, predeterminadas, bajo reglas fijas, controlables y relativamente muy estables (en el caso del reloj la conducta de cada pieza y del mecanismo en su conjunto la predetermina el relojero que lo fabricó y la manija la persona que lo usa). En cambio en el sistema social cada pieza tiende en mayor o menor grado a determinar y cambiar su propia conducta. Cada interrelación está sujeta a la incertidumbre y a la sorpresa en su sentido y valor. De ahí la contradicción entre lo fácil que parece ser la programación de un sistema social y lo difícil que es lograr que lo programado se cumpla en la realidad.

Los sistemas sociales están todos directa o indirectamente interrelacionados, en el sentido de su interdependencia, unos perteneciendo a otros, permanentemente o transitoriamente; superponiéndose en múltiples y variados traslapes. La ubicación de un sistema social dentro de las grandes *constelaciones* sociales (una sociedad nacional, por ejemplo), su delimitación, su finalidad, su estructura en términos de elementos componentes, la propiedad exclusiva o compartida de sus elementos, sus interrelaciones internas y externas con otros sistemas y contextos, etc., variarán, tanto porque el sistema social es así, cuanto en función de factores tales como: el punto de observación; la concepción ideológica y el propósito del que trata de definirlo; los modos de comparación que se usan explícita o implícitamente; las situaciones y circunstancias que condicionan al sistema y al observador, etc.

Hay la tendencia a considerar, indistintamente, sistemas diferentes como si se tratara de uno solo. Por eso se confunde, por ejemplo, el *sistema de servicios de salud* con el *sistema de salud*. Además, en los países hay casi siempre diversos sistemas de servicios de salud actuando simultáneamente, algunos en forma coordinada, la mayoría independientemente y no pocos conflictivamente. En cambio, si somos rigurosos en

definirlos, los sistemas de salud son muy diferentes. El término *servicio* se usa indistintamente refiriéndose, tanto al proceso de producción, como al producto. Por un lado, es un conjunto de recursos físicos, financieros, económicos, humanos y tecnológicos, debidamente organizados y cuya finalidad es producir acciones y actividades tendientes a mejorar, proteger o restaurar la salud de las personas¹. Por otro lado, se llama *servicio* a ese producto. La economía en general produce bienes y servicios por ello en salud, los servicios (en un sentido) producen servicios (en el otro sentido). Pero estas definiciones no bastan. Hay que calificar cuáles son las acciones y actividades producidas. Para unos, lo son básicamente aquellas de tipo médico, hospitalarias y ambulatorias, y que actúan sobre las personas. Para otros, abarcan otras acciones y actividades orientadas tanto a las personas (alimentación, educación, etc.), cuanto al medio ambiente (producción de alimentos, agua potable y desagüe, disposición de excretas y basuras, protección contra la contaminación del suelo, aguas y aire).

El *sistema de salud*, cualquiera que sea su ámbito, supone la existencia de otros elementos,

estaduales o provinciales pueden reconocerse como locales en contraposición con el gobierno central, nacional o federal.

Para otros, lo *local* debería referirse exclusivamente a *lo más periférico*, donde la comunidad o grupo social constituye la unidad básica y mínima de organización general y donde sus miembros tienen la posibilidad práctica de intervenir directamente.

Entre estos dos extremos caben muchas opciones intermedias, todas ellas válidas con argumentos sólidos y aceptables; pero, también, todas ellas objetables y criticables con argumentos igualmente sólidos y aceptables.

Existiendo, en la mayor parte de los países, varios niveles intermedios entre lo central y las localidades más periféricas, uno de los problemas prácticos es delimitar donde comienza y donde termina el nivel local. Una vez más, aquí no hay ni podría haber un modelo internacional. A veces ni siquiera un modelo nacional. Esto deberá ser una convención que dependerá de muchos factores técnicos, políticos, culturales, etc., tales como extensión y vías de comunicación, población en tamaño y distribución geográfica, división político-administrativa, grado de desarrollo económico y social, disponibilidad de recursos, priorización geo-económica, etc.

Las definiciones y delimitaciones convencionales de todos estos términos dependerán del propósito que se tenga, de la realidad nacional, de la tradición en el uso de conceptos y términos, así como de muchos otros factores. Es obvio entonces que en cada país deberán buscarse convencionalmente las delimitaciones y definiciones necesarias. Sin embargo, cualquier esfuerzo por lograr una convención de tipo regional facilitará la acción de los países, tanto individual, como colectivamente.

Una base de futura convención regional podrían ser los siguientes conceptos:

- El Ministerio de Salud sería por definición la institución rectora del sector salud y del sistema de salud.
- El sector salud (administrativo) comprendería al Ministerio de Salud y a las instituciones públicas y privadas que conforme a la decisión trativamente de gobierno deban integrar administrativamente dicho sector. Sin embargo, el plan de gobierno debería ser aquél que se atribuya a la función primordial que en lo posible deberían pertenecer al sector salud fueran que ser aquellas cuya función prim-

entre sus elementos componentes además de los servicios de salud. Hay quienes reservan el término para referirlo *funcionalmente* y no de acuerdo a su propiedad, manejo o influencia. Así, definen el sistema de salud como "el conjunto de elementos e interrelaciones que, siendo o no servicios formalmente organizados para producir acciones y actividades normales definidas como de salud, contribuyen, directa o indirectamente, por intervención u omisión, a la situación y nivel de salud de una población". Aquí se puede apreciar que el ámbito de la definición del sistema de salud depende del ámbito doctrinario o conceptual que se le quiera dar al término *salud*.

Sector es otro término que también se presta a confusión. El hecho es que existen simultáneamente diversos tipos de sectores. Su delimitación y estructura interna dependerán, tanto del país como del interés y propósito de quienes los definen. Además, hay sectores dentro de sectores. Así, el *sector salud* puede ser un sector específicamente institucional y de entidades cuya finalidad única es producir servicios de salud. También puede incluir instituciones que burócráticamente pertenecen a otros sectores, pero una de cuyas finalidades es contribuir a la salud. Hasta pueden producir servicios de salud. Por ejemplo, los servicios de agua potable y de disposición de excretas pueden pertenecer formalmente a los sectores Vivienda, Obras Públicas, Construcción, etc.; pero a su vez, pueden ser considerados funcionalmente como parte del sector salud.

Hay sectores según la propiedad o manejo de los sectores de producción: sectores público y privado. Ellos a su vez pueden dividirse en subsectores y estos llamarse sectores.

El término *local* es igualmente relativo, variable y, por lo tanto, sujeto a delimitaciones y definiciones convencionales, distintas según el país.

Para algunos *local* es por antonomasia lo que no es *central*. Local es entonces todo lo periférico. Esto supone distintos niveles de localidad, que pueden ir desde un país hasta una pequeña comarca o villorrio. Es común el uso de *gobiernos locales* para referirse a toda instancia de gobierno que no sea la central o nacional. Por eso, en muchos países se pueden reconocer como locales los niveles provincial, distrital, comunal, etc. En países federales los gobiernos

como a los ámbitos descentralizados, intermedios y locales. Un Ministerio de Salud tendría que cumplir ciertas responsabilidades de acuerdo con su carácter de institución rectora del sector salud. Entre las más importantes se podrían consignar las siguientes:

1. Formular oficialmente la política nacional de salud, a través de un proceso y de mecanismos participativos y pluralistas, pero siempre dentro del marco de referencia de las políticas generales y de los planes de desarrollo del gobierno.

2. Influenciar en la formulación de las políticas generales de gobierno y en las de otros sectores para la consideración de planteamientos y medidas favorables a la salud y la revisión de aquellos que pudieran ser perjudiciales.

3. Promover en las instituciones del sector el desarrollo de los procesos tendientes al logro de la meta de salud para todos en el año 2000, especialmente aquellos orientados a la participación activa de la comunidad, la descentralización y desconcentración, la acción multisectorial, el uso de tecnologías apropiadas y la formación, capacitación y adiestramiento de los recursos humanos indispensables para cumplir dichos procesos.

4. Promover y facilitar la incorporación de las organizaciones naturales de base de la población en el proceso de desarrollo de la salud, principalmente a través de su participación activa en todas las fases de la administración de los sistemas locales de servicios de salud, así como en los esfuerzos de hacer operativo el sistema de salud en el ámbito local. Del mismo modo, promover y facilitar la participación de las organizaciones representativas laborales, profesionales, de servicio, etc., en los niveles intermedios y central.

5. Gestionar la promulgación de la legislación general y específica que facilite una efectiva descentralización de las decisiones de todo tipo y del manejo de los instrumentos administrativos pertinentes (presupuesto, personal, abastecimiento, información, etc.), así como una efectiva desconcentración de responsabilidades en la producción de acciones y actividades de salud. En el mismo sentido, promover la gestión de los dispositivos legales y administrativos que faciliten la operatividad de dicha legislación en las instituciones del sector.

6. Promover la acción multisectorial a través de mecanismos y organismos multinstitucionales

principal (o una de las más significativas), sea la producción de servicios de salud o la realización de acciones o actividades que faciliten o coadyuven, más o menos directamente, a la producción de tales servicios.

En algunos países ya se ha formalizado, aun legalmente, el reconocimiento de un *sector salud funcional* para fines de una más fácil coordinación. Este concepto complementario de sector funcional incluye, además de las instituciones del sector salud administrativo, las dependencias de otras instituciones que, aunque perteneciendo a otros sectores, producen servicios y acciones de salud.

● El sistema de salud sería un concepto aún más funcional y amplio. Comprendería los elementos (institucionales o no) y sus interrelaciones con el ambiente y las personas, que, siendo o no servicios formalmente organizados para producir acciones y actividades de salud, contribuyen, directa o indirectamente, por intervención o por omisión, a la situación y nivel de salud de una población determinada.

Para operar con efectividad sobre este sistema se tendría que proceder muy selectivamente y de acuerdo a cada circunstancia que demande, justificadamente, una acción por parte de los responsables políticos del sector salud.

El sistema de servicios de salud sería un término con varias dimensiones. Desde el conjunto de servicios pertenecientes al Ministerio de Salud (sistema de servicios de salud del Ministerio de Salud) y los conjuntos de servicios de cada una de las instituciones del sector salud administrativo (por ejemplo el sistema de servicios de salud de la institución de seguridad social, si esta ha sido formalmente considerada como parte del sector salud y si es que tiene servicios de salud propios), a los conjuntos de servicios de salud de cada una de las dependencias de las instituciones que sin pertenecer al sector salud funcional pueden reconocerse como el sector salud nacional (por ejemplo, el sistema de servicios de salud de las Fuerzas Armadas). Además, la agregación de estos sistemas puede constituir otros sistemas (el sistema de servicios de salud del sector salud administrativo, el sistema de servicios de salud funcional) y el sistema de salud total podría ser reconocido como el sistema de servicios de salud de salud.

Lo anterior, en todos los casos, podría aplicarse, igualmente, tanto al ámbito nacional,

- de responsabilidad compartida, para estudiar, hacer planteamientos y enfrentar, conjuntamente, problemas de salud específicos cuya naturaleza es significativamente multisectorial y escapan a la acción aislada del sector salud.
7. Promover la acción coordinada con universidades, institutos científicos y de investigación, centros de estudios del desarrollo y otras entidades pertinentes, para la revisión y adaptación de tecnologías de salud, de acuerdo con las posibilidades financieras y económicas del país, la disponibilidad de recursos humanos y de capacidad física instalada en el sector, y las formas de enfrentamiento de los problemas definidas en la política nacional de salud.
8. Promover, influenciar y participar, con el sector educación y las universidades, escuelas e institutos educacionales, en la programación de los recursos humanos que el sector salud necesita y requerirá de acuerdo con la política nacional de salud. Consecuentemente, buscar las formas prácticas de participación de las instituciones del sector en la formación, reconversión, especialización y adiestramiento del personal de los servicios y de los miembros de la comunidad.
9. Promover, dentro del marco de referencia orientados al logro de la meta de salud para todos en el año 2000, la programación coordinada de las acciones de las instituciones del sector y del sistema de salud, a través de programas conjuntos o coordinados—interinstitucionales, multisectoriales o del sistema—tanto institucionales, sectoriales o del sistema en lo que se refiere a las inversiones físicas y de recursos humanos, como a los programas de actividades.
10. Promover la coordinación de los sistemas de servicios de salud de las distintas instituciones del sector y del sistema en cuanto a su funcionamiento y producción.
11. Formular las normas técnicas y administrativas, de carácter general y elaboradas a través de mecanismos participativos, que sirvan de base y de marco para la formulación de las normas de detalle descentralizadas.
12. Promover la uniformidad de los sistemas administrativos en el sector salud dentro de los límites óptimos que garanticen, tanto la consideración de las realidades propias de cada institución, como las necesidades de una acción sectorial coordinada.
13. Organizar los procesos y mecanismos participativos que permitan el seguimiento y la supervisión de la ejecución de los planes y programas en los ámbitos institucional, del sector y del sistema. Igualmente en lo que respecta a la evaluación.
14. Promover medidas y procesos tendientes a una progresiva integración funcional de los servicios de salud de las distintas instituciones del sector y del sistema, para lograr un uso más eficiente y común de los recursos, tanto de dichas instituciones, como los de la comunidad.
15. Coordinar, facilitar y canalizar la cooperación externa, técnica, financiera y política, a las instituciones del sector salud y, cuando corresponda, a las de otros sectores y del sistema.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD Revisión conceptual jurídica

Hernán Luis Fuenzalida Puelma

El presente documento tiene por objeto hacer algunos aportes a la discusión sobre sistemas locales de salud (SILOS) (1) mediante la precisión de ciertos conceptos desde el punto de vista del Derecho, en la tradición jurídica del derecho continental o civil que es la que prevalece en los países de América Latina. Esta tradición jurídica es distinta de la del derecho consuetudinario o de *common law*, que caracteriza a los Estados Unidos de América, Canadá (con la excepción de la Provincia de Quebec) y al Caribe de habla inglesa, y algunos de los conceptos aquí utilizados no tienen el mismo significado. Nos referiremos en particular, al Derecho Político (2), al Derecho Constitucional (3) y al Derecho Administrativo (4).

CONSIDERACIONES GENERALES

Nuevas relaciones institucionales

El mundo actual se caracteriza por el acelerado desarrollo científico y tecnológico que ha producido y seguirá produciendo un profundo impacto al interior de cada Estado y en las relaciones de los Estados entre sí. La revolución sin fronteras de las comunicaciones (televisión, satélite, cable, fax, teléfonos digitales, ordenadores o computadoras); del transporte y del desplazamiento de personas y de bienes; la rápida urbanización; las nuevas tecnologías de manufactura; robotización; los avances en la refrigeración de productos perecibles; los nuevos medicamentos; los equipos y aparatos médicos; los nuevos materiales dentales, etc., son solo algunas de las transformaciones que están afectando profundamente las estructuras políticas, económicas y sociales, y generando condiciones diferentes en el ámbito de las relaciones internacionales. A ello se suma, y en gran parte también a consecuencia de lo mismo, un acelerado y especulacular cambio en la configuración, correlación

de fuerzas y juego de poder a nivel mundial, del que ningún Estado podrá escapar. Por una parte, la internacionalización del capital productivo, la interdependencia de los mercados y el dinamismo y especialización del intercambio comercial en condiciones de desigualdad, ha puesto en relieve las diferencias en el tipo y capacidad de inserción de los Estados en el contexto mundial. Por otra parte, los dogmatismos y las ortodoxias políticas dan paso a un pragmatismo (en el sentido de apreciar objetivamente situaciones, decidir cursos de acción, evaluarlos y cambiar dichos cursos de acción con rapidez) que tiene caracteres revolucionarios, afectando las relaciones entre Estados, conformando nuevos bloques económicos, relegando paulatinamente el fantasma de la guerra mundial y generalizando las tendencias a satisfacer las necesidades sociales en prosperidad.

Este cambio conduce a una paz mundial, y en orden a ello, a un reordenamiento de las relaciones internacionales y un reordenamiento en los Estados individualmente considerados. Asistimos hoy en día a nuevas formas de cooperación entre Estados. Piénsese en la Europa del '92, en la consolidación de un mercado norteamericano (Canadá, Estados Unidos de América y México), los cambios en la Unión Soviética y en la Europa del Este, el sudeste asiático, China, etc. La última década del siglo XX y los albores del siglo XXI se vislumbran como una era de cambios profundos en los paradigmas políticos, tecnológicos y culturales de las sociedades de vanguardia. Cabe preguntarse: ¿Cómo irán a participar nuestra América Latina y el Caribe?

En estos nuevos contextos, el dominio del conocimiento, la eficiencia y la productividad, serán los factores determinantes del progreso y de la prosperidad, o, al contrario, de la simple sobrevivencia. De allí que sea aún más importante luchar por añadir y mantener la equidad como componente ético del nuevo desarrollo económico-social.

El aporte de lo jurídico

Desarrollo con libertad, participación y equidad, implican también nuevos desafíos para el derecho y la justicia. ¿En qué consisten estos desafíos? En la creación y en la adaptación de conceptos, instituciones y procedimientos que permitan llevar adelante las actividades que el desarrollo demanda; en el establecimiento de medios efectivos de participación, mediante consultas, integración de cuerpos decisionales, información a la opinión pública; en instancias judiciales o administrativas expeditas y efectivas a las que se tenga acceso para hacer que la ley se cumpla. En otras palabras, proceso legislativo (creación de normas) informado y en consulta con los interesados; ejecución por medio de instituciones con competencia clara y dotadas de recursos efectivos, mediante procedimientos abiertos y sujetos a crítica y cambio; y posibilidad real, expedita y efectiva ("enforcement") de que se cumplan los cometidos, se usen debidamente los recursos, y se eviten los abusos. El cambio es, de la administración autoritaria a la administración democrática (5).

Por ello, ha sido interesante observar la ausencia de consideraciones jurídicas en los escritos sobre organización de servicios de salud en general y, en particular, en la más reciente discusión sobre servicios locales de salud (6). Cuando se encuentra alguna referencia a la perspectiva del Derecho, es marginal, bajo la restrictiva expresión "aspectos legales", redactada, lamentablemente, por expertos en otras disciplinas (7). Muchos de los problemas que se observan hoy, en la complejidad creciente de las relaciones sociales y económicas, se explican, por una parte, por la interdependencia y transnacionalización del Estado moderno y, por otra, debido a la inevitable necesidad de tomar en cuenta nuevos actores, participando directa o indirectamente en la gestión estatal. Un nuevo esquema general de democratización está afectando el monopolio central de la gestión de gobierno, altamente politizada y burocratizada. Por consiguiente, se han reactivado las instancias locales y regionales. Se requiere, entonces, revisar conceptos, criterios y mecanismos jurídico-institucionales que respondan todavía a tradiciones de pensamiento, cuya rigidez lógica no es necesaria para el progreso y prosperidad a que aspira toda sociedad. La contribución de lo jurídico a este proceso

El ideal jurídico y la realidad jurídico-institucional forman parte y responden a un macrotema de ideas, concepciones, intereses y realidades que toman a la sociedad organizada en su conjunto, como un todo, que comienza y termina en una noción moderna del Estado. Las necesidades locales o regionales de salud y las nuevas demandas que la tecnología plantea sobre la organización del Estado y de los particulares en salud, encontrarán su lugar en las formas y características que adopte o que pueda adoptar el Estado en su continua evolución histórico-jurídica. En otras palabras, cuando la discusión incurra en servicios locales de salud, se ingresa a un tema que pertenece a la organización del Estado y al papel y funciones del gobierno y de los gobernados en esa organización. Por tanto, se está ante un fenómeno político-jurídico que deberá expresarse administrativamente y que tendrá un impacto social según la característica que se dé al servicio pertinente y a la participación de la comunidad en el mismo, dependiendo de la sociedad de que se trate.

Las ideas en torno a SILOS se relacionan también con la noción y práctica del servicio público, ya que insinúan la necesidad de renovar y repensar una serie de aspectos que se relacionan con los diversos intereses y con las distintas formas institucionales públicas, privadas y mixtas, que se dan en la prestación de servicios de salud, a nivel local o regional. También, dentro de una concepción moderna y amplia de salud, habrá que tener presente lo que es propio y característico de los servicios de salud preventivos y de los servicios de atención a las personas, con lo que es igualmente propio y característico de los servicios de salud no médicos.

El tema interesa también desde el punto de vista de los derechos humanos, por cuanto se relaciona con la discusión sobre un derecho a la salud y sobre un derecho a la atención de la salud. Si bien se trata de un terreno más especulativo, es de gran importancia y actualidad (8).

unitaria que centraliza territorialmente el poder del Estado. El Estado federal se compone de muchos estados miembros, organizando una dualidad de poderes: el del Estado federal y tantos locales cuantas unidades políticas lo forman".

En la Región, han adoptado la forma de Estado federal Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos de América, México y Venezuela; los demás son Estados unitarios. La forma de Gobierno se refiere al ejercicio del poder y a la distribución orgánica de la actividad del Estado. Determina la forma como se ejerce el poder y son designados los gobernantes: en las Américas y el Caribe hay formas de Gobierno presidencial, parlamentaria, socialista y de junta.

ADMINISTRACION PUBLICA Y SERVICIOS PUBLICOS

La administración pública

En el seno del Estado tiene lugar una multiplicidad de actividades, públicas, mixtas, ciudad de actividades, públicas, privadas, mixtas, individuales, colectivas. En el ejercicio de las funciones clásicas del Estado, esto es, mediante el actuar de los poderes públicos: ejecutivo, legislativo y judicial, tienen lugar otra cantidad de actividades. La función legislativa es creadora de normas impersonales, abstractas, generales. La función judicial (atendida por el poder judicial o por instancias administrativas) asegura que las normas se cumplan declarando el derecho en casos particulares. La función ejecutiva es aquella, en general, mediante la cual el Estado presta servicios para la satisfacción de necesidades generales, públicas, en forma permanente y con miras al bienestar general.

A las funciones clásicas del Estado es necesario agregar otras dos que son esenciales de diferenciar en un Estado moderno: la función regulatoria y la función contralora.

Entendemos por función regulatoria aquella en virtud de la cual, entidades públicas dictan normas obligatorias cuyo propósito es activar la ley, es hacer operable el ordenamiento jurídico. No son normas de origen legislativo, pero sí se fundan en la ley. El ejercicio de la función regulatoria es fundamental para un desarrollo dinámico, que incluye los reglamentos, resoluciones, instrucciones, etc., que deben dictar los ministerios, dependencias descentradas en los mismos, entes autónomos, municipalidades,

FORMA DE ESTADO Y FORMA DE GOBIERNO

El Estado como forma de convivencia social y política se viene configurando con las características con que se le reconoce actualmente a partir del Renacimiento. Es la expresión de las relaciones sociales y políticas de una comunidad y como tal es, a la vez, un fenómeno histórico-social y una institución jurídica. El Estado no existe en la naturaleza, es una abstracción jurídica, obra del pensamiento humano, al igual, por ejemplo, que los conceptos de persona y de personalidad. El Derecho, sabemos, no es solo abstracción, es producto social, es cultura, es política, es creación humana valorativa.

Siguiendo a Lucas Verdu, diremos que el Estado "es la sociedad territorial jurídicamente organizada, con poder soberano, que persigue el bienestar general" (9).

De esta definición se desprenden con claridad los elementos que hacen al Estado: a) pueblo, b) territorio y c) gobierno (10). Del mismo modo, se desprende su fin, que no es otro que el bienestar general. Este concepto de bienestar general amalgama con la definición de salud en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (11).

Los Estados se estructuran de diversa manera atendiendo a la forma de Estado que adopten y la forma de Gobierno que tomen (12). La forma de Estado, según explican Verdugo y García (13), se refiere a la estructura del poder cuyo titular es el Estado, y a la distribución espacial de la actividad estatal. Determina la estructura interna del poder del Estado: si la estructura del poder es única, hay forma de Estado unitaria; si la estructura del poder es múltiple, hay forma de Estado federal.

En el Estado unitario hay un solo centro de impulsión política y gubernamental. La estructura de poder, la organización política es única, con un solo aparato gubernamental que cumple con todas las funciones estatales, una sola autoridad, un solo régimen constitucional y una legislación común.

El Estado federal, comenta Bidart Campos, (14) "importa una relación entre el poder y el territorio, en cuanto el poder se descentraliza políticamente con base física, geográfica o territorial. El federalismo es la forma opuesta a la

empresas públicas, corporaciones de desarrollo, regiones. Es la solución lógica ante la imposibilidad de recurrir al poder legislativo cada vez que sea necesario cambiar un colorante como aditivo alimentario, o establecer normas sobre calidad del agua o sobre disposición de desechos sólidos, o sobre vacunación en colegios, etc. La falta de un desarrollo regulatorio con fundamento profesional y técnico, con adecuados medios de consulta y publicidad y con efectividad en su ejecución y cumplimiento constituye una de las barreras más serias en la administración pública actual. Por supuesto, el ejercicio de esta función presupone instituciones sólidas, con personal calificado y con credibilidad. Sin ello, no es posible el ejercicio de la función regulatoria.

La función controladora entendida como poder o autoridad para revisar, regular, ordenar y corregir, el ejercicio de las funciones administrativas en términos de su legalidad y legitimidad. Las Contralorías Generales, las Superintendencias, los Procuradores de los Consumidores, ejercen funciones controladoras públicas. También existe la importante y esencial función controladora que se ejerce por la representación de los gobernados en la gestión pública y, de modo general y permanente por la opinión pública, sin lo cual no puede hablarse de administración pública democrática.

Se considera que la organización de las actividades que se derivan de la función ejecutiva, del ejercicio del Poder Ejecutivo o Administración, constituye la función administrativa (15), a las que agregamos las señaladas.

La función administrativa referida también como organización administrativa, es el supuesto de la Administración Pública. Puede definirse, en general, como la actividad jurídica organizada para cumplir los fines públicos (16). También, como el aparato de gestión de los asuntos públicos, constituida por el conjunto de los servicios públicos cuya buena marcha permite la realización de los objetivos definidos por el poder político (17). En forma más comprensiva, a) desde el punto de vista de su contenido, como aquella parte de la actividad del Estado que tiene por objeto la satisfacción directa o inmediata y permanente de las necesidades públicas dentro del orden jurídico, y b), desde el punto de vista orgánico, como el conjunto de autoridades, de funcionarios de agentes, de órganos del Estado que desarrollan la función administrativa (18).

El fundamento legal de la Administración Pública es que ella debe realizar sus fines por medio de órganos coordinados que se manifiestan mediante la acción normada de personas que actúan como agentes integrantes de la misma. Esta actividad es sustancialmente jurídica y responde a los fines de los distintos servicios públicos creados por la norma positiva, la ley. Así, como no hay administración sin órganos, no hay organización administrativa sin leyes (19). En la organización administrativa pública se dan diversos tipos de actividad de parte de unidades territoriales y funcionales que responden a las diferentes necesidades que la Administración debe atender. La naturaleza jurídica de estas actividades no cambia, ya que en la diversidad el propósito que se persigue es el mismo, servir a los fines de la administración, que le son exteriores (contribuir al bienestar general, al desarrollo, al progreso y la prosperidad, a la justicia). La administración no es un fin en sí misma. Es lo que la doctrina llama el principio de la unidad e indivisibilidad administrativa (20).

Los servicios públicos

Como administrar significa etimológicamente "servir a" (administrar), no es extraño que la satisfacción de las necesidades públicas se consista en un servicio. La noción funcional del servicio público, conforme Walline (21), "consiste en la actividad pública misma, sea que ella se cumpla por la administración mediante uno de sus órganos o por los particulares, siempre y cuando la administración se reserve el control superior de su ejecución".

Tres elementos fundamentales caracterizan al servicio público:

- La satisfacción de una necesidad de interés general por medio de una organización que pueda o no estar integrada a la administración pública, pero siempre bajo su regulación y control jurídico.
- Una finalidad específica que constituya la satisfacción de una necesidad pública.
- Una actividad regular, constante y permanente (22).

Es, especialmente, importante tener presente que no forma parte de la esencia del servicio público, como bien señala Ponce Cumpido (23), "su carácter monopolístico y exclusivo,

Centralización

Concepto

La centralización se produce, según Bidart Campos (24), "cuando el poder público se concentra en el centro unificador de todas las funciones y las ejerce en una congestión de la autoridad pública. El poder político está centralizado cuando la autoridad que dirige el Estado monopoliza, junto con el cuidado del bien público en todos los lugares y en todos los aspectos, el poder de mando y el ejercicio de las funciones que caracterizan a la potestad pública". En este caso, la administración pública centralizada se estructura en forma de que la satisfacción de las necesidades públicas sea servida mediante servicios públicos dependientes del poder central y que ejercitan su función en todo el ámbito del territorio del Estado (25).

Gordillo (26) maneja este concepto desde el punto de vista de la competencia, como "conjunto de funciones que un agente puede legítimamente ejercer, la medida de las actividades que de acuerdo al ordenamiento jurídico corresponden a cada órgano administrativo o su aptitud legal de obrar. Así, la competencia es centralizada cuando esta confiere exclusivamente a los órganos centrales o superiores de un ente".

La centralización pura no tiene lugar en el mundo actual y es posible pensar que no se dio ni siquiera con las monarquías absolutas, ante la imposibilidad física de parte del monarca para atender el mismo los asuntos sometidos a su consideración y la necesidad ineludible de tener que recurrir a otros mecanismos organizacionales para gobernar. En realidad, hoy se puede hablar de mayor o menor grado de descentralización en la administración del Estado. De allí que autores como Jiménez Castro (27) conceptualizan la centralización en términos más restringidos como la "concentración de autoridad en un nivel jerárquico particular, la cual reúne en una sola persona, cargo o ámbito, el poder de tomar las decisiones más importantes", con lo que los grados de descentralización quedan implícitos respecto de las decisiones menos importantes (28).

Sin embargo, es conveniente tener presente que "la centralización no desaparece jamás, solamente se moderniza de acuerdo con los nuevos ideales colectivos y de gestión social del Estado moderno... lo que se anula completamente es la vieja concepción que identifica centralismo poli-

por cuanto, por ejemplo, los servicios de enseñanza y hospitalarios han concurrido siempre con otras actividades particulares de la misma especie".

Los servicios públicos pueden adoptar muy diversas modalidades, siendo cada vez frecuentes aquellas en las cuales el Estado es una parte junto con otras personas naturales o jurídicas (una empresa mixta o cuasi pública, como: gas, electricidad, agua, laboratorios farmacéuticos, fabricación de equipos y aparatos médicos, control de calidad); las municipalidades directamente (agua y alcantarillado) por medio de empresas municipales de capital y gestión mixta (como puede ser una Empresa Municipal Hospitalaria, incluso municipal); o es el sector privado que toma a su cargo el servicio (MAN-LIBA, empresa privada a cargo de los desechos sólidos de Buenos Aires, transporte público, servicios de ambulancias, casas de ancianos, salas cunas, administración carcelaria privada). En este campo, se verá surgir en el futuro numerosas situaciones en las cuales los servicios públicos serán servidos por diversos actores en diferentes formas. Es una consecuencia inevitable de la desestatización y de la privatización de las funciones estatales tradicionales.

FORMAS DE ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Teniendo en cuenta que la realidad es más compleja, la doctrina jurídica y administrativa continental distingue dos formas principales de organización administrativa del Poder Ejecutivo:

- la centralización; y
- la descentralización.

Si bien la centralización y la descentralización son formas de organización administrativa muy propias de los Estados Unitarios, la discusión que sigue tiene un carácter general y universal. En los Estados Federales donde la descentralización jurídico-política es su gran característica, el tema de la descentralización administrativa también tiene vigencia, especialmente cuando es posible apreciar una marcada tendencia hacia la centralización administrativa en desmedro de la autonomía de los Estados miembros.

tico con centralismo administrativo. La centralización de la función jurídica de la administración se mantiene inalterable, solo se cambia la forma y modo de realizar los servicios públicos que son objeto esencial de la gestión administrativa" (29).

Caracterización de la administración pública centralizada

La administración pública centralizada ha sufrido grandes transformaciones en los últimos años y será objeto de mayores cambios en los años venideros. Las características tradicionales de la misma se pueden asociar hoy solo a un esquema de economía central. Casi todo Ministerio, ejemplo típico de administración pública centralizada, tiene dependencias desconcentradas, usa antes autónomas para actividades específicas o participa en formas diversas de economía mixta.

Teniendo presente estas consideraciones, los servicios públicos centralizados siguen estas características:

- Estructura piramidal y régimen jerárquico generado a partir y hacia el superior único;
- Dependencia de los servicios públicos entre ellos partiendo del nivel superior único;
- Ambito de acción territorial nacional;
- Ausencia de personalidad jurídica (30) propia. Usan la personalidad jurídica del Estado;
- Ausencia de patrimonio propio;
- Facultad normativa radicada en el órgano superior (ejercicio de la potestad reglamentaria y regulatoria; órdenes, circulares, instrucciones);
- Sujeción a: (a) la potestad de nombramiento del órgano superior. No hay facultad de auto-nombramiento; (b) las directrices generales emanadas del órgano superior, debiéndose rendir cuentas a aquel; (d) al poder disciplinario del órgano superior, lo que da origen a la responsabilidad administrativa; (e) al poder de control del órgano superior, es decir a la revisión final de los actos administrativos de parte de este; (f) a la jurisdicción del órgano superior en la solución de los conflictos de competencia con otros servicios.

Sin embargo, a la hipertrofia del aparato estatal, su ineficiencia en muchos casos, su burocratización, se suma la creciente dificultad para financiar sus costos fijos y su modernización. Los recursos de que dispone el Estado, tanto como resultado del peso de la deuda externa, como a consecuencia, precisamente, de un exceso de intervención, han generado una nueva crisis que se intenta resolver mediante el "ajuste", y la privatización de parte de la actividad estatal. Esta situación, que aparece por el momento irreversible, debe llevar a que se configure e institucionalmente un nuevo papel en la gestión nacional para el Estado y sus órganos y dependencias, para los municipios y las regiones (donde se establezcan), para las organizaciones intermedias o estatales, y para los particulares, organizados o individualmente considerados. El propósito no es otro que hacer frente a una nueva realidad con eficiencia y eficacia, que posibilite relaciones "no tradicionales" entre gobernantes y gobernados, donde los problemas nacionales y locales no sean solo del Estado como administración, sino que también de la competencia, interés e intervención de la sociedad toda. En este esquema, la descentralización cuando, en distinta medida, se

Verdugo y García (31) señalan que "existe

Concepto

Descentralización

La descentralización se genera como resultado de la complejidad creciente de la vida económica, social y política del Estado. Los regímenes liberales la desarrollan; los regímenes autoritarios la combaten (33). No afecta a la unidad política del Estado, pues es un asunto de organización de la Administración. Es tradicional en contraer en la literatura como explicación suficiente para la bondad de la descentralización, la referencia exclusiva a la creciente actividad intervencionista del Estado en la economía. Se incluye, también, la creciente necesidad de que el Estado intervenga ante la profusión de problemas sociales que el desarrollo trae consigo, especialmente en lo que respecta a salud, educación, vivienda.

La descentralización se genera como resultado de la complejidad creciente de la vida económica, social y política del Estado. Los regímenes liberales la desarrollan; los regímenes autoritarios la combaten (33). No afecta a la unidad política del Estado, pues es un asunto de organización de la Administración. Es tradicional en contraer en la literatura como explicación suficiente para la bondad de la descentralización, la referencia exclusiva a la creciente actividad intervencionista del Estado en la economía. Se incluye, también, la creciente necesidad de que el Estado intervenga ante la profusión de problemas sociales que el desarrollo trae consigo, especialmente en lo que respecta a salud, educación, vivienda.

ciones, órdenes, circulares) solo tiene lugar en asuntos de interés público general. La necesidad de atender demandas nuevas (o viejas desatendidas) puede llevar a dos tipos de descentralización, territorial e institucional, siguiendo la clásica distinción de Bielsa (34).

Descentralización territorial

Concepto

La descentralización territorial tiene lugar cuando lo esencial es atender necesidades locales o regionales, es decir dentro de un ámbito espacial preciso (el municipio o la región que puede abarcar varios municipios, departamentos o provincias o parte de ellos). Los entes locales en colaboración con el Estado, gestionan asuntos que competen a este, sin que ello implique men- gna para la titularidad o para las funciones de dirección que le son propias (35);

Características

Los servicios públicos descentralizados territorialmente se caracterizan por:

a) Creación por ley.

b) Ejercicio de funciones estatales. Recaudan recursos, imponen cargas, controlan comercio e industria, desarrollan actividad de policía, crean y administran empresas, prestan servicio público de enseñanza, salud, etc.

c) Personalidad jurídica propia de derecho público, que les es dada por la ley y que es distinta de la del Estado. Un municipio, por ejemplo, tiene facultades de administrar en su jurisdicción territorial en virtud de esta personalidad jurídica; Patrimonio propio, formado por recursos provenientes de bienes, patentes, tributos, em- presas, etc., y autonomía financiera en la admi- nistración y gasto de esos recursos.

e) Autoridades elegidas. Esta es la característica esencial de una auténtica descentralización territorial. En ciertos países, el poder central se ha reservado el nombramiento de las autoridades en municipios importantes, distorsionando el concepto y la institución misma de la descentra- lización territorial.

f) Potestades normativas, es decir facultad para dictar normas (reglamentos, resoluciones, instrucciones, órdenes, etc.) de validez general y sujetas a cumplimiento ejecutivo o judicial.

g) Bajo control y supervigilancia, como todo

La descentralización administrativa (no trata- remos la descentralización política que atañe a la estructura del Estado, es decir unitario o federal) consiste en transferir atribuciones de entidades, organismos centrales a unidades periféricas o lo- cales; significa la distribución de las competen- cias públicas entre múltiples entidades adminis- trativas, estatales o no estatales, independientes del poder central, con personalidad jurídica y patrimonio propios y con un ámbito de compe- tencia (a) territorial o (b) funcional. En la des- centralización los cometidos de la Administra- ción no cambian. Son los mismos, salvo que la Administración los ejerce indirectamente por medio de entidades de diversa naturaleza con distintos grados de autonomía de gestión.

Características de la administración pública descentralizada

En la administración pública descentralizada se observan las siguientes características generales:

- La estructura de la administración es una red de entes centrales, autónomos (territorial o funcional) o semiautónomos que concurren en la satisfacción de las necesidades públicas.
- Los organismos descentralizados no se auto- gobernan, sino que se conducen con independen- cia conforme las leyes que los crean y organizan, ya que nacen y dependen del poder central.
- Las relaciones de los servicios con el poder central son de vinculación y coordinación, en lugar de jerárquicas y de dependencia.
- Los servicios públicos adoptan diversas modalidades siempre con personalidad jurídica y con patrimonio y responsabilidad propios.
- En ciertos casos hay una autonomía norma- tiva (regulatoria) relativa. En general se manie- ne la potestad reglamentaria en el poder central, pero la subordinación a las directrices (instruc-

órgano o servicio. El principio de fiscalización es plenamente aplicable a la descentralización territorial. El control debe ser ejercido por un ente independiente del poder central, generalmente una Contraloría General.

Descentralización institucional (funcional, por servicios o por cometido)

Concepto

La descentralización institucional (o por servicios) tiene lugar cuando lo que prevalece es el interés del servicio, pues comprende un agrupamiento, muy concreto y específico, de funciones eminentemente técnicas y de servicio, independientes del poder central, con atribuciones exclusivas, patrimonio propio y personalidad jurídica (36). Lo que tipifica la descentralización institucional es su cometido, básicamente una necesidad social, específicamente identificada y definida y el interés particular de los usuarios. En este caso, como expresa Fraga (37), los cometidos del servicio requieren de cierta capacidad técnica, debido a que la finalidad que deben cumplir es especial y compleja.

Los servicios públicos descentralizados institucionalmente se conocen con diversas denominaciones, tales como entes autónomos (Chile, Uruguay), establecimientos públicos (Francia, Colombia), entes o servicios de gestión económica o industrial (España), entes autárquicos (Argentina) (38).

Se caracterizan por :

- a) Creados por Ley, que fija un estatuto jurídico especial para el ente autónomo, conocida como Ley Orgánica, que le otorga una serie de potestades, atribuciones y funciones para que pueda llevar a cabo su acción especializada.
 - b) Finalidad específica, expresada en funciones y competencia de tipo técnico (instituciones previsionales o de seguridad social como las Obras Sanitarias de la Nación, en Argentina, Instituto de Tierras y Colonización en Costa Rica); de fomento económico (Corporación de Fomento de la Producción en Chile, Corporaciones Regionales de Desarrollo en diversos países, notablemente en Brasil); de gestión económica (empresas estatales como Petrobras, en Brasil); de investigación y desarrollo (EMBRAPA, Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuaria); de educación (Corporación de la Universidad de Chile), etc.
 - c) Personalidad jurídica propia de derecho público y procurar la coordinación necesaria con otros entes competitivos o complementarios y
- i) Vinculación con el Poder Central por medio de alguno de los Ministerios o de la propia Presidencia de la República, en las formas de gobernanza de la unidad de la Administración Pública y principio de la unidad de la Administración Pública y procurar la coordinación necesaria con otros entes competitivos o complementarios y
- h) Supervisión y control limitados, como resultado de la independencia y autonomía. Sin embargo, ningún ente escapa a la supervigilancia y al control, sea sobre el funcionamiento y organización (nombramiento de los funcionarios superiores por el Poder Central), control de legalidad, financiero, etc., mas no sobre la pertinencia y oportunidad de los actos administrativos que realice.
- g) Competencia exclusiva general, respecto de la materia propia atribuida por la ley al ente (gestión económica, educación, seguridad social, etc.), que no está referida a una localidad o territorio determinado. La competencia exclusiva no es distinta de la competencia que tiene el Poder Central en las mismas, sino que debido a la naturaleza técnica de dichas materias, a razones de eficiencia, a la necesidad de agilizaciones operacionales y de contar con funcionarios especializados, etc., se atribuye al ente una competencia sobre las mismas.

e) Autoridades designadas por el Poder Central (Presidentes o Vicepresidentes Ejecutivos, Gerentes, Rectores, Director General, etc; miembros de los Consejos Directivos, Juntas de Administración, etc.).

f) Independencia y autonomía relativa del Poder Central, en razón de la función específica a cargo del ente autónomo, generalmente técnica, que requiere de cierta independencia y autonomía respecto de la administración. La autonomía se refiere a la libertad de decisión y al no sometimiento a las directrices del Poder Central; la independencia, a tener normas propias de gobierno y funcionamiento contenidas en la respectiva ley orgánica.

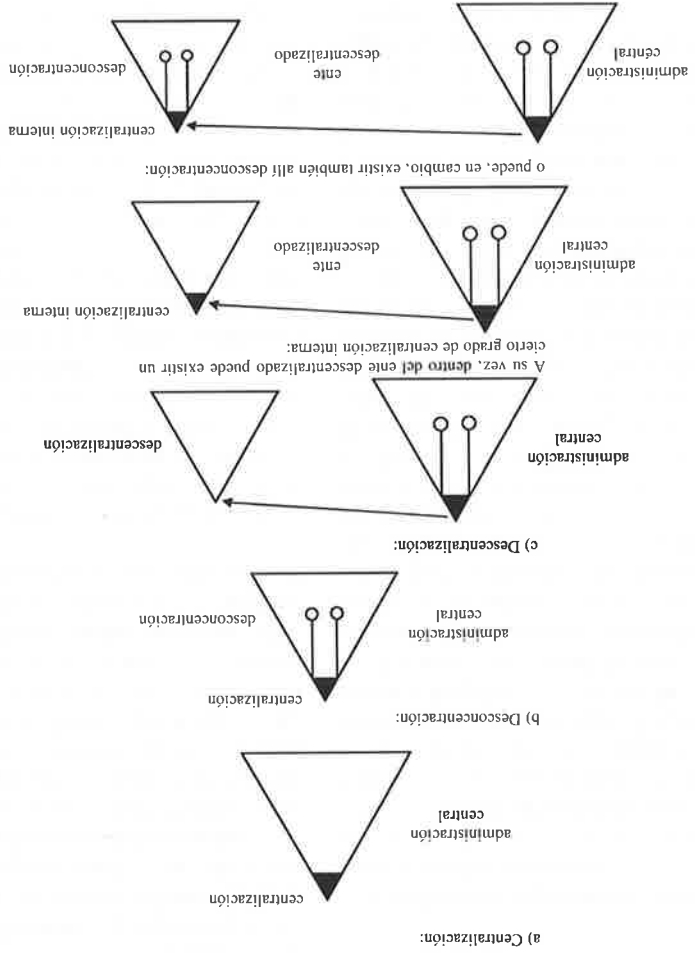
seguridad social, la competencia en aguas de los servicios de agua y alcantarillado, el manejo de recursos naturales por una Empresa Nacional Forestal, etc.

- Una misma persona jurídica. La atribución de competencia que genera la desconcentración tiene lugar dentro de una misma persona jurídica. Dicha atribución de competencia no crea una persona jurídica distinta: si se trata de un ente descentralizado, un Ministerio por ejemplo, se mantiene la persona jurídica Estado; si se trata de un ente descentralizado, se mantiene la misma persona jurídica que el ente posee.
- Una estructura jerarquizada. La atribución de competencia dentro de una misma persona jurídica produce la desconcentración cuando la entidad tiene una estructura jerarquizada. El efecto es la distorsión, la alteración del vínculo

El superior jerárquico deja de tener facultades para intervenir en la decisión y gestión administrativa que tiene lugar con motivo de la competencia atribuida. El recurso de revisión o de revocatoria de los actos del órgano desconcentrado ante el superior no tiene lugar. Estos recursos deben interponerse ante los tribunales pertinentes, con tenencioso-administrativos donde existen, debido a que los actos administrativos del órgano descentralizado son finales. El superior retiene otras facultades generales como emitir directrices generales respecto de la actividad del órgano sin necesidad de tener que recurrir a la delegación.

Gordillo (42) explica gráficamente la centralización, la descentralización y la desconcentración, así:

Figura 1. Centralización, descentralización y desconcentración.



● Regionalización como forma de Estado intermedia entre el unitario y el federal, como es el caso especial de España y de Italia, con sus autonomías regionales;

● Regionalización administrativa con carácter supramunicipal, como son las áreas metropolitanas, que rompen la vieja estructura municipal, superada por la urbanización y por la migración hacia las grandes ciudades (44).

● Aunque en un plano distinto, regionalización como modo de ordenamiento unilateral de la actividad de ciertos servicios públicos, como la regionalización sanitaria. Tiene impacto limitado al servicio. Tiene real eficacia cuando se la hace parte de la regionalización administrativa de tipo general. De lo contrario, aun cuando sus propósitos sean justificados, es un esfuerzo aislado.

El común denominador en esta variedad de situaciones bajo la denominación de regionalización es el hecho de que se trata de una creación humana, de un fenómeno jurídico-político plantificado que afecta la administración del Estado y de los servicios públicos.

En general, el regionalismo se desarrolla como un nuevo esquema descentralizador (45), en el cual se combinan la centralización política, que hace a la unidad del Estado, la descentralización (territorial y funcional) y la desconcentración del Estado y de los servicios públicos, en una redefinición espacial de fundamento socio-económico, con participación popular en la gestión regional.

Regionalización administrativa

Fundamento y propósitos

Los motivos que fundamentan la reforma administrativa del gobierno y administración del Estado son múltiples: superar los desequilibrios internos provocados por la concentración económica y de servicios, mejorar la distribución nacional de los beneficios y productos regionales, mejorar el aprovechamiento de los recursos naturales, crear economías de escala y desarrollar especialización productiva, mejorar la utilización

Desconcentración y delegación

Fernández Vázquez define la delegación como "la acción y efecto de delegar, esto es, dar una persona a otra la jurisdicción que ella posee por dignidad u oficio, para que esa otra haga sus veces" (43).

Es común confundir desconcentración con delegación. Hay delegación cuando el superior desplaza parte de sus atribuciones al inferior, que actúa en nombre y por el superior. Es una decisión del órgano administrativo a quien legalmente corresponde la competencia, por la cual transfiere el ejercicio de todo o parte de la misma a un órgano inferior. La diferencia entre delegación y desconcentración y en la descentralización hay una decisión legislativa por la cual, total o parcialmente, se quita la competencia al órgano superior y se la atribuye a un nuevo ente o a un órgano inferior (41). El órgano al cual se delegan atribuciones no es el titular de la acción administrativa que sigue estando radicada en el superior. El superior puede revocar la delegación al inferior en cualquier momento, facultad que no tiene en la desconcentración.

Regionalización

Concepto

Fenómenos y situaciones descritos a lo largo del documento plantean la obsolescencia de muchos conceptos e instituciones. Al interior de los Estados, la falta de vigencia de las viejas y tradicionales fronteras municipales y provinciales en los Estados unitarios y, en los Estados federales, el cuestionamiento de las fronteras estatales. En lo externo, los Estados se ven en la necesidad de ampliar espacios políticos, económicos y de seguridad, como en el caso de Europa.

El uso de las expresiones región y regionalización es común a esta variedad de contextos. En verdad, se la usa de diferentes formas y en relación a diversas situaciones. Sin pretender sistematizar un tema de tanta actualidad y complejidad, baste señalar que es posible observar:

● Regionalización con caracteres casi supranacionales, como la Comunidad Económica Europea y lo que será la Europa del 92. Europa Oriental deberá seguir igual camino, con sus propias características, pero mirando a Europa Occidental;

INSTIUCIONALIZACION DE LOS SILOS

nistrativa regional, especialmente de los municipios, disminuyendo su número por medio de una reforma administrativa municipal como parte de la estrategia general de reforma administrativa. l) Redefinición de las funciones y del papel de los Ministerios y de los entes autónomos, por medio del desarrollo de una efectiva desconcentración para hacer eficiente la acción de los mismos a nivel regional y con los servicios propios instancias de gestión y con los servicios propios regionales, públicos y privados.

Es solamente dentro de este contexto conceptual, normativo y organizacional que la noción de SILOS podrá llegar a ser operacional. En orden a ello, sin embargo, se hace necesario un esfuerzo teórico-conceptual con base institucional en los países, que tenga por objeto, en una primera fase, precisar conceptos, tomando en cuenta y respetando el acervo conceptual de varias disciplinas cuyas teorías y prácticas son las que rigen en los asuntos de organización de la actividad estatal. Con ello, se tendrán los elementos que permitan pasar de la idea al concepto y del concepto a la institucionalización. Es decir del simple conocimiento o intención a un pensamiento estructurado y de este a la creación humana concreta destinada a la satisfacción de necesidades específicas.

Toda sociedad está configurada, apoyada y funciona por medio de una vasta y compleja red de instituciones políticas, religiosas, económicas, culturales, jurídicas. Las instituciones son formas organizadas hacia un fin. Las instituciones jurídicas son aquellas respecto de las cuales existe la posibilidad de que puedan ser impuestas por el poder público, sea el poder ejecutivo o el poder judicial. Son, además, formas estables de poder (la Constitución, el Estado) establece o reconoce (47). Los servicios locales de salud, para ser operativos y tener expresión real y efectiva en el medio social tienen que ser objeto de institucionalización jurídica, vale decir, de procedimiento, de estabilidad organizacional, de procedimientos y de capacidad de actuación legal. Es preciso seguir con el esfuerzo por conceptualizar y definir no sólo en sentido ideal, sino que en función de viabilidad institucional, entre otros, lo siguiente:

Hay ciertos requisitos indispensables que permiten caracterizar la regionalización:

- a) Disponibilidad de recursos naturales que sustenten la viabilidad de la aplicación de medidas de desarrollo económico y social.
- b) Un núcleo poblacional mínimo como fuente laboral y de consumo.
- c) Infraestructura básica de servicios económicos y sociales urbanos-rurales (banco, correos y comunicaciones, extensión agrícola, escuelas, infraestructura de servicios de salud y saneamiento, etc.).
- d) Tamaño adecuado para una gestión regional económica, social y administrativa eficiente, con base en criterios técnicos.
- e) Incorporación de la regionalización en la Constitución, ya que afecta a la organización del Estado y su base jurídica tiene que estar inserta en las bases fundamentales del Estado.
- f) Institucionalización de un régimen de gestión regional, con base en planificación y coordinación regional, con recursos propios y asignación regional, y con participación de todos los sectores económicos y sociales regionales.
- g) Personalidad jurídica para la región, con facultades normativas y administrativas limitadas (46).
- h) Patrimonio propio.
- i) Potestades impositivas limitadas por ley.
- j) Régimen plural de autoridades regionales distinguiendo entre las elegidas, las de nombramiento como representativas del poder central, sea de entidades ministeriales o de entes descentralizados funcionalmente, sin perjuicio de las autoridades municipales elegidas.
- k) Redefinición de la división político-administrativa de la división de las autoridades municipales elegidas.

● Sector salud. Qué es, qué comprende, como se relaciona con la seguridad social, con el saneamiento, con la industria farmacéutica y de equipos, con la educación, la vivienda, el ambiente, etc.

● Sistemas nacionales de salud/sistemas de salud/servicios de salud. Estas expresiones se usan indistintamente, y es importante definir su contenido, ya que parecen tener sentidos distintos.

● Sistema nacional de salud, sistema local de salud. La palabra sistema presenta problemas en derecho cuando se trata de institucionalizar. La experiencia con la planificación es interesante, ya que los sistemas de planificación no pasaron más allá de esquemas de coordinación múltiples y multisectorial (público, privado, mixto). Es distinto intentar institucionalizar servicios locales de salud como conjunto de servicios públicos, privados y mixtos que satisfacer directamente necesidades sociales, que enunciar un "sistema", abstracción cuya expresión institucional difícilmente puede ir más allá de la planificación indicativa y de la coordinación de acciones. Este es un tema a profundizar.

● Atención integral de salud. Es importante definir qué comprende, es decir si se refiere a atención de salud de las personas (health care), si incluye los servicios de salud no personales, hasta de la recolección de basuras, cementerios, hasta las farmacias, o el complejo industrial de salud. Se trata de esquemas institucionales diversos que responden a distintos intereses que se vinculan con la economía nacional y regional de diferentes formas.

● Problemas de salud y medidas de salud pública. Los problemas de salud pueden referirse nuevamente, a la atención de salud a las personas individualmente consideradas, a las personas en colectividad (vacunaciones, medicina preventiva en general), o a situaciones extraatención que afectan la salud (ambiente, contaminación, etc.). Las medidas de salud pública pueden también referirse a los problemas de salud (según se definan) o quizás a todos. Si es esto último, se acaba la frontera entre salud pública o no pública. Es importante aclarar.

● Modelos de atención y cuidados de salud. De nuevo, modelos de atención parecen referirse a la atención de salud a las personas y cuidados de salud lo mismo, es decir, servicios médicos de salud. Es importante en relación con el contenido que se dé a la expresión atención inte-

● Recursos de salud. Es importante aproximar una definición, ya que en el contexto general de la sociedad, los recursos de salud, es decir todo lo que incide o conduce a salud, son innumerables. La idea de que bajo SILIOS se articulen todos los recursos de salud existentes en una zona determinada para su mejor utilización, merece un análisis detenido. Este aspecto es fundamental para determinar el tipo de institucionalización de los servicios locales de salud. Si se acepta que son "todos los recursos de salud", habrá un tipo de organización, si se acepta que son solo ciertos recursos relacionados con el contenido y función más propia de los servicios de salud (atención de salud), habrá una multiplicidad de organizaciones.

● Rectoría/dirección/conducción sectorial/papel del Ministerio de Salud, a nivel nacional y local. Estos temas deben ser analizados en función de las características que puede adoptar la acción ministerial: centralizadas o descentralizadas; en función de las decisiones institucionales que se tomen respecto del tipo y forma de organización de los servicios locales de salud (dependiendo de las respuestas que se den a las interrogantes anteriores).

En conclusión, para llegar al proceso de institucionalización de los servicios locales de salud será necesario determinar en cada país si lo que es deseado y es políticamente factible, es una descentralización del Ministerio de Salud, una descentralización de servicios de salud, una privatización total o parcial de los mismos, o combinaciones diversas de centralización, descentralización, desconcentración, privatización, con esquemas regionales, o sin ellos.

Cualquier esfuerzo que no sea la desconcentración ministerial tiene como requisito *sine qua non* obtener mediante un proceso político participativo y consultivo, las bases jurídicas para las distintas formas institucionales que tomarán los servicios locales de salud, con base en definiciones claras acerca del ámbito, competencia, coordinación y relaciones de los servicios de salud del Estado, de la seguridad social, mixtos y privados. Sin ello, el esfuerzo de salud o de la forma interna del Ministerio de Salud o de la Seguridad Social, con consecuencias externas, a

lo más, en términos de planificación y de coordinación selectiva.

APÉNDICE

El caso del municipio

Tomemos como ejemplo de descentralización territorial el municipio. Es importante porque en el municipio donde se encuentra un primer nivel de servicios locales de salud (otro nivel es en la regionalización administrativa) (48).

Como realidad socio-jurídica, el municipio es una persona jurídica de derecho público formada por una comunidad en un territorio determinado, con capacidad de administración, dedicada al servicio del bienestar general de esa comunidad, sujeta a diversos grados de subordinación a una autoridad pública superior.

Sus elementos característicos (49) son:

a) Población municipal, que se distingue por su densidad, relación vecinal, preocupación por problemas y necesidades comunes y participación en la designación de las autoridades municipales mediante elección y en la determinación del contenido y forma y control de la prestación de los servicios municipales.

b) Territorio, requisito esencial, originalmente reducido, que tiende a crecer como reacción a la urbanización y ante la necesidad de economías de escala en la gestión municipal.

c) Autoridad local común, distinta de las autoridades de otros entes estatales, elegida por la población municipal.

d) Autonomía, manifestada en la elección de las autoridades locales, personalidad jurídica, patrimonio propio, administración de sus propias necesidades e intereses, con cierta capacidad normativa, jurisdicción municipal.

e) Subordinación con respecto al Estado, que distingue al municipio del mismo, ya que sin esa subordinación sería Estado (50). La subordinación se expresa en la sujeción a las leyes y reglamentos legislativos y a los decretos, reglamentos, resoluciones, instrucciones y circulares emanados del poder ejecutivo en el ejercicio de la potestad reglamentaria (por medio de los ministerios funcionales, de dependencias ministeriales descentradas e, incluso, de parte de entes públicos descentralizados funcionalmente); y en la sujeción a los siguientes controles de parte de entes estatales superiores: preventivo, en cuanto a aprobación de impuestos, empréstit-

En lo preventivo, actividades que limitan libertad individual y el ejercicio del derecho de propiedad, tales como vacunaciones obligatorias, librería de sanidad, vigilancia y control de establecimientos comerciales e industrias, control de alimentos y de mercados de productos perecibles, disponibilidad y calidad del agua potable, disposición de excretas, disposición de desechos sólidos, rellenos sanitarios, reciclaje de desechos, mataderos, contaminación ambiental, aire, aguas superficiales y subterráneas, quemas, ruidos, incineración de desechos, olores, mas, seguridad ocupacional, establecimientos deportivos y de recreación (playas, piscinas, rios), moragues.

Resulta evidente que el asunto fundamental respecto del municipio como ente descentralizado territorialmente, es el equilibrio que debe mantener, siempre momentáneo e inestable, entre sus aspiraciones a una creciente autonomía y la tendencia centralizadora del Estado (51), en nombre del interés general nacional (52).

La competencia municipal puede ser propia o delegada por la Constitución, la ley o el Poder Ejecutivo. La competencia propia se refiere a la satisfacción de los intereses y necesidades municipales (en contraposición a los intereses y necesidades regionales o nacionales). Es tradicional que esta competencia propia se refiera a policía (53) de seguridad, tránsito, salubridad e higiene, construcciones, "moralidad", ambiente, desarrollo económico (industrias manufactureras, astilleros, empaquetadoras, etc.).

Con relación a la competencia municipal en materia de salubridad e higiene, es tradicional encontrar:

En lo preventivo, actividades que limitan libertad individual y el ejercicio del derecho de propiedad, tales como vacunaciones obligatorias, librería de sanidad, vigilancia y control de establecimientos comerciales e industrias, control de alimentos y de mercados de productos perecibles, disponibilidad y calidad del agua potable, disposición de excretas, disposición de desechos sólidos, rellenos sanitarios, reciclaje de desechos, mataderos, contaminación ambiental, aire, aguas superficiales y subterráneas, quemas, ruidos, incineración de desechos, olores, mas, seguridad ocupacional, establecimientos deportivos y de recreación (playas, piscinas, rios), moragues.

En lo curativo, servicios médicos hospitalarios, moragues.

En lo curativo, servicios médicos hospitalarios, moragues.

Por otra parte, la mayor expectativa de vida de la población trae consigo nuevas obligaciones para el municipio, como es el establecimiento de casas de ancianos, o la normatización, vigilancia y control de ancianos operadas por personas jurídicas o naturales, con fines de lucro o sin él. Lo mismo sucede con las salas cunas y parvularios municipales o de empresas o de particulares, con o sin fines de lucro, bajo vigilancia y control municipal, como resultado de la participación creciente de la mujer en el mercado de trabajo.

Es relevante volver a destacar que el municipio se encuentra en distintas situaciones de sueldos, en salud, en educación, en salud, en normas y directrices emanadas del Ministerio de Salud y de otros Ministerios a nivel central se aplican en el municipio, así como las de descentralizados funcionalmente con poder normativo. Lo mismo sucede con respecto a la vigilancia y control técnico y administrativo de la actividad municipal en salud. Además, el municipio está sujeto al control preventivo, de legalidad y jurisdiccional de poder central. En otras palabras, no hay descentralización total, sino que distintos grados dentro de la unidad del Estado.

La actividad que potencialmente cabe al municipio en salud es amplia y compleja, especialmente cuando se la entiende más allá de la simple atención de salud a las personas. A pesar de las deficiencias en la capacidad efectiva del municipio para cumplir debidamente estas funciones, la tradición, la práctica establecida y la experiencia municipal, es vasta y rica.

Por ello es que en los últimos tiempos los procesos llamados de "municipalización" de los servicios de salud harán sentido, siempre y cuando formen parte de una reforma municipal dada en la equidad, en cuanto a minimizar las diferencias entre municipios pobres y ricos. De ser posible, esta reforma municipal debe ser, a su vez, parte de una reforma administrativa general, inspirada en el mismo principio de equidad. Sin recursos no hay organización que funcione. Los recursos financieros municipales, el patrimonio propio municipal tienen, en general, las siguientes fuentes:

● Recursos propios, provenientes en importancia del ejercicio del poder tributario municipal, principalmente del impuesto sobre la propiedad o contribución territorial (habitacional, comercial, industrial, rural, sitios eriazos).

● Recursos propios, provenientes en importancia del ejercicio del poder tributario municipal, principalmente del impuesto sobre la propiedad o contribución territorial (habitacional, comercial, industrial, rural, sitios eriazos).

La regionalización en Chile

El proceso de regionalización instituido en Chile en 1974 reviste interés a pesar de sus limitaciones que obedecen a la naturaleza del régimen que la inspiró y que son corregibles. Otros intentos latinoamericanos, como la propuesta de regionalización socio-económica y administrativa en Costa Rica, hacia fines de los años setenta y la incorporación de la regionalización en la Constitución Peruana de 1979, no se han materializado. México y la Argentina, dentro de sus estructuras federales, están llevando a cabo y estudiando formas de descentralización que no alcanzan los caracteres de regionalización.

El Decreto Ley 573 (54), en Chile, establece los objetivos de la regionalización:

- a) Un adecuado grado de descentralización o desconcentración que tienda a facilitar el progreso de la región dentro del proceso de desarrollo nacional;
- b) Una efectiva coordinación de los diferentes organismos de los sectores público y privado;
- c) Una verdadera participación de las diversas formas de organización de la población dentro de una estructura económico-social que asegure las iniciativas creadoras de sus habitantes;
- d) La fijación de límites territoriales comunes para el conjunto de los servicios públicos de la respectiva región.

Un país, con una división político-administrativa que llegó a las veinticinco provincias fue regionalizado sobre la base de doce regiones y una región metropolitana. Se conservaron las provincias, como subdivisión regional, las que se integran a su vez por trescientos veinticinco municipios. Los niveles regionales orgánicos son:

- a) El intendente regional, que es la autoridad superior, nombrado por el Presidente de la República. Tiene funciones propias regionales y otras en calidad de agente directo del gobierno central.
- b) El gobernador provincial, nombrado por el Presidente de la República y subordinado al intendente regional.
- c) El alcalde municipal (55), nombrado por el Presidente de la República, subordinado al gobernador provincial, salvo en materias estrictamente municipales.

Es una organización políticamente centralizada y autoritaria (no democrática, es decir, sin autoridades elegidas). La gestión regional tiene lugar por medio de los siguientes instrumentos:

- a) El Intendente Regional, ante quien están subordinados los jefes de los servicios existentes en la región, sin perjuicio de las funciones propias de carácter técnico que les corresponden según el servicio al que pertenezcan (56).
- b) El Consejo Regional de Desarrollo, entidad colegiada integrada por representantes de las principales actividades, organismos e instituciones públicas y privadas.

c) La Secretaría Regional de Planificación y Coordinación, integrada al Sistema Nacional de Planificación y Coordinación, que sirve de secretaría técnica del Intendente Regional y del Consejo Regional de Desarrollo.

d) Las Secretarías Regionales Ministeriales y las Direcciones Regionales de Servicio, que son los órganos desconcentrados territorialmente de los ministerios y de los entes autónomos, respectivamente.

Las Secretarías Regionales Ministeriales están a cargo de un Secretario Regional Ministerial que representa al respectivo ministro en la región y cuyo nombramiento y remoción corresponden al ministro del ramo, oyendo a los Intendentes Regionales. Los servicios públicos se desconcentran territorialmente mediante Direcciones determinadas.

Regionales, al igual que otras entidades del Estado, como la Contraloría General de la República. Todos estos órganos tienen asiento en la ciudad capital de la región.

Una característica de esta regionalización es que esta hecha sobre la base de la desconcentración de servicios, y no como descentralización de los mismos. El esfuerzo de regionalización debe ser mejorado en una segunda instancia institucional nacional para superar algunas de sus limitaciones. Al decir de Hernández Emparanza (57), "un análisis en profundidad permite apreciar que la nueva estructura de gobierno y administración interior es rigurosamente centralizada con adecuados niveles de desconcentración y amplias posibilidades de delegación de facultades; pero sin formas prácticas de descentralización, no obstante la abundancia de declaraciones formales en tal sentido... la única disposición explícitamente referida a la descentralización territorial, limita su alcance solo a la esfera administrativa local, pero, en los hechos, su eficacia es muy relativa, debido a la dependencia jerárquica de la máxima autoridad local, el Alcalde, respecto del Gobernador Provincial, órgano centralizado". Para corregir estas deficiencias será necesario alterar la estructura orgánica regional, manteniendo las necesarias vinculaciones nacionales que hacen la unidad política y administrativa—especialmente el papel coordinador del Intendente regional—y democratizando, por la vía electoral, los municipios y las provincias (si es del caso mantener esta división tripartita).

Con todo, la regionalización chilena ha combinado: (a) unidades económico-sociales de tamaño significativo, (b) con una estructura regional uniforme de autoridad y servicios, con base en la desconcentración, (c) integrando los esfuerzos nacionales y regionales. Las condiciones quedan dadas para la obvia cooperación internacional. Es decir, están dadas las bases para una adecuada relación, en equidad, entre territorio-servicios públicos nacionales desconcentrados-servicios regionales, bajo un esquema único y uniforme, no dejando lugar a "regionalizaciones" funcionales aisladas con ámbitos territoriales distintos de la región. Este aspecto es quizás el de mayor relevancia administrativa. Su éxito relativo se mide en que funciona, es operable y en que ha sido rápidamente internalizada como hecho social, es decir, se ha generado en la población un sentido de pertenencia a una región determinada.

- (1) Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 1989.
- (2) La denominación Derecho Político se encuentra pretermitentemente en la literatura española e hispanoamericana. Representa la reacción frente al excesivo formalismo y legalismo del derecho público general, que no tomaba en cuenta los datos histórico-sociológicos ni los económicos, especialmente a partir de la obra de Montesquieu "El Espíritu de las Leyes" (1748). Su base es el estudio de las instituciones desde el ángulo jurídico, básicamente el derecho constitucional, junto con la Teoría del Estado, Teoría del Gobierno y la influencia de la sociología política desarrollada en Europa, especialmente en Francia, y de la ciencia política, en menor medida debido al marcado tono norteamericano, poco universal, y a su excesivo empirismo.
- (3) El Derecho Constitucional y el Derecho Político constituyen el conjunto de normas jurídicas que organizan una unidad social de vida política. El Derecho Constitucional es el Derecho Político Codificado, Rivacoba y Rivacoba, Manuel de, "División y Fuentes del Derecho Positivo", EDE-VAL, Valparaiso, Chile, 1968, p. 45. En el Derecho norteamericano, el Derecho Constitucional es "la rama del derecho público de una nación o estado que se refiere a la organización, poderes y marco de gobierno, de la distribución de las autoridades y funciones de las autoridades políticas y administrativas, los principios fundamentales que regulan las relaciones entre el gobierno y los ciudadanos y que prescribe generalmente el plan y métodos de acuerdo con los cuales los asuntos públicos de una nación o estado deben ser administrados, Black's Law Dictionary, West Publishing Co. St. Paul, Minnesota, 1979, pág. 282.
- (4) El Derecho Administrativo es aquella rama del Derecho Público que regula la administración pública como actividad del Estado para la satisfacción de las necesidades públicas, directas e indirectas, por actos concretos y dentro del orden jurídico, y como organización, esto es, como el conjunto de autoridades, agentes u órganos que realizan esas actividades, y que regula asimismo las relaciones recíprocas entre la Administración y los particulares, Daniel Argandoña, Manuel, "Derecho Administrativo y Administración Pública", Revista de Derecho Público de la Universidad de Chile, No. 7, 1967, pág. 64. En el derecho norteamericano se concipía como "el derecho creado por las agencias administrativas en la forma de reglas, regulaciones, órdenes y decisiones" ("body of law created by administrative agencies in the form of rules, regulations, orders, and decisions", Black's Law Dictionary, op. cit. supra 3., pág. 43.
- (5) Como expresa el profesor Gordillo, "el gran problema del derecho administrativo en Iberoamérica es que en todos los países hemos tenido, en uno u otro momento del presente siglo, largos períodos de oscurantismo autoritario, con supresión o debilitamiento de los mecanismos básicos de representación, libertad, opinión pública, participación, responsabilidad, etc. Pero, emergiendo o habiendo emergido algunos de nuestros países de las autocracias, y restituidos en muchos de ellos los mecanismos democráticos, ha pervivido en el sistema jurídico una enorme cantidad de trazos derivados de los períodos autoritarios. En otras palabras, el funcionamiento normal de la democracia política, cuando ocurre, no ha garantizado automáticamente,
- Esta falta de atención a lo jurídico encuentra parte de su explicación en el importante desarrollo experimentado por la ciencia de la administración y la influencia en ella de conceptos y esquemas de análisis sociológicos y de ciencia política en desmedro del derecho constitucional y del derecho administrativo. Hasta mediados del presente siglo, tanto en Europa como en Hispanoamérica, los temas relativos a la organización del poder ejecutivo y de los servicios públicos eran del dominio casi exclusivo del especialista en derecho público, al contrario de lo sucedido en los Estados Unidos de América, donde la "public administration" se establece como disciplina en las postimerías del siglo XIX. A partir de los años cincuenta, la ciencia de la administración con el aporte de la sociología, la ciencia política, las técnicas de análisis institucional y de la organización y métodos, ha logrado avances extraordinarios en materia conceptual, analítica, organizacional y procedimental.
- (8) Ver para un análisis en profundidad, Fuenzalida-Puelma, Hernán Luis y Scholle Connor, Susan, "El Derecho a la Salud en las Américas. Un estudio constitucional comparado", OPS/OMS, Publicación Científica No. 509, Washington D. C., 1989.
- (9) Lucas Verdú, Pablo, "Curso de Derecho Político", Tomo II, Editorial Tecnos, Madrid, España, p. 49. Para los dos contemporáneos son sociedades territoriales grandes o estatales, sigue válida la vieja Teoría del Estado. Los Estados viejos maestros, en tanto no se consoliden las estructuras posmodernas, siguen válidas las estructuras territoriales grandes o estatales, cuando ocurre, no ha garantizado automáticamente,
- (6) Por ejemplo, en el informe final del Taller sobre Indígenas, Secretaría de Salud y Asistencia, no se menciona la necesidad de incorporar o de tomar en cuenta la variable jurídica como uno de los componentes indispensables para un mejor, adecuado y efectivo conocimiento de las instituciones de salud. El Informe de un Grupo de Estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre "Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud", Serie de Informes Técnicos 694, OMS, Ginebra, 1983, no tiene mención expresa a lo jurídico y temas jurídicos quedan subsueltos bajo administración.
- (7) Ver "Aspectos Legales de la Coordinación Interinstitucional" en OPS, "Los Servicios de Salud en las Américas. Análisis de Indicadores Básicos", Cuadern Técnico No. 14, Washington D. C., 1988, pp. 158-160. Contiene declaraciones sobre hechos tales como coexistencia de instituciones, legislación contradictoria y dificultades en la ejecución de variable complejidad, que tienen escasa o poca coordinación, señalamiento de mecanismos de coordinación. El simple señalamiento de los problemas y de las fallas que es posible encontrar en el ordenamiento jurídico de cualquier país, independientemente del sector social o económico de que se trate, no es aporte suficiente en la búsqueda creativa de nuevas o de remozadas modalidades institucionales que permitan que la Administración contribuya a satisfacer, las necesidades públicas con eficacia, equidad y siempre dentro del orden jurídico.
- (8) Esta falta de atención a lo jurídico encuentra parte de su explicación en el importante desarrollo experimentado por la ciencia de la administración y la influencia en ella de conceptos y esquemas de análisis sociológicos y de ciencia política en desmedro del derecho constitucional y del derecho administrativo. Hasta mediados del presente siglo, tanto en Europa como en Hispanoamérica, los temas relativos a la organización del poder ejecutivo y de los servicios públicos eran del dominio casi exclusivo del especialista en derecho público, al contrario de lo sucedido en los Estados Unidos de América, donde la "public administration" se establece como disciplina en las postimerías del siglo XIX. A partir de los años cincuenta, la ciencia de la administración con el aporte de la sociología, la ciencia política, las técnicas de análisis institucional y de la organización y métodos, ha logrado avances extraordinarios en materia conceptual, analítica, organizacional y procedimental.
- (9) Lucas Verdú, Pablo, "Curso de Derecho Político", Tomo II, Editorial Tecnos, Madrid, España, p. 49. Para los dos contemporáneos son sociedades territoriales grandes o estatales, sigue válida la vieja Teoría del Estado. Los Estados viejos maestros, en tanto no se consoliden las estructuras posmodernas, siguen válidas las estructuras territoriales grandes o estatales, cuando ocurre, no ha garantizado automáticamente,

- pequeñas, cuentan con ordenamientos jurídicos basados en una Constitución escrita o consuetudinaria, rígida o flexible, con poder soberano, al menos desde un punto de vista jurídico formal... los Estados persiguen el **bienestar general**, expresión que prefiere al respetable y viejo concepto de **bien común** adscrito a una concepción filosófica difícil de conciliar con las modernas investigaciones socio-políticas, aparte de que, desgraciadamente, el concepto bien común ha sido utilizado abusivamente por los movimientos reaccionarios (Ibid.).
- (10) Algunos autores usan la expresión "población" en lugar de pueblo, como por ejemplo, Dorantes Tamayo, "¿Qué es el Derecho?", Unión Tipográfica Editorial Hispánica Americana, México, 1962, págs. 45 y siguientes. Compar-timos el criterio de que población tiene una connotación propia y específicamente demográfica, en cambio pueblo tiene en sí el sentido de un conglomerado humano "que hace historia, que lucha por sobrevivir, por mejorar sus condiciones de existencia y que coopera en la realización de los valores humanos..." Verdugo, M., Mario y García, Ana María, Manual de Derecho Político, Tomo I, Editorial Jurídica de Chile, 1979, págs. 123. En lugar de la expresión Gobierno, autores de teoría política usan la expresión poder, como Verdugo y García, op. cit. supra. Duverger discute el poder institucionalizado como poder legítimo, que no es distinto del poder que ejerce el gobierno y que es el que nos interesa por ahora, Duverger, Maurice, "Sociología Política", Ediciones Ariel, Barcelona, España, 3ra. edición 1972, págs. 27-28. Es importante insistir que Estado y Gobierno son dos conceptos distintos. El Gobierno es uno de los elementos indispensables del Estado. Por ejemplo, a pesar de que la Constitución de la OPS habla de Gobiernos Miembros, es obvio que tiene Estados Miembros y no Gobiernos Miembros. "En los Estados Unidos, el gobierno consiste de las ramas ejecutiva, legislativa y judicial, en adición de las agencias administrativas. En un sentido amplio, incluye el gobierno federal y todas sus agencias y dependencias ('agencias and bureaus'), gobiernos estatales y de condado y gobiernos de ciudades..." Black's Law Dictionary, op. cit. supra (3), págs. 625.
- (11) Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), Preámbulo, en Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington D. C., 1983, págs. 23.
- (12) Esta distinción tan clara en la tradición jurídica continental es irrelevante en los Estados Unidos, donde el concepto fundamental es el de Gobierno, y federalismo o unitarismo, presidencialismo, parlamentarismo, son todas formas de gobierno: modalidades por medio de las cuales el gobierno se organiza.
- (13) Verdugo, M., Mario y García, Ana María, op. cit. supra (10), págs. 223-225.
- (14) Bidart Campos, Germán J., "Manual de Derecho Constitucional Argentino", EDIAR sociedad anónima editora, Buenos Aires, Argentina, 1984, págs. 127.
- (15) La función administrativa no es sinónimo de función ejecutiva, ya que en el ejercicio de la función ejecutiva hay aspectos de carácter jurisdiccional, los actos de revisión de parte del órgano superior, de control y de relaciones internacionales, que no son estrictamente administrativas (la separación de poderes no es perfecta).
- (16) Fiorini, Bartolomé, "Centralización Administrativa" en Enciclopedia Jurídica OMEBA, Driksill, S. A., Buenos Aires, Argentina, Tomo II, 1985, págs. 945.
- (17) Debbasch, Charles, "Science Administrative, Administration Publique", Dalloz, France, 1971, págs. 1.
- (18) Daniel Argandoña, Manuel, op. cit. supra (4), págs. 63.
- (19) Fiorini, Bartolomé, ib. id. supra (16).
- (20) Fiorini lo expresa en estos términos, "La unidad funcional puede realizarse bajo la dirección de un órgano superior sin perjuicio de desplazar parte de la competencia de este a algunos de los órganos realizadores de servicio público. Este reconocimiento no puede ni debe manifestarse con la renuncia total de la competencia de dirección, comando y control de órgano superior, pues esto sería imposible, porque desnaturalizaría el principio fundamental de toda función administrativa, su unidad e indivisibilidad", Fiorini, Bartolomé, ibid. supra (16).
- (21) Walline, Marcel, "Cours de Droit Administratif", License 2me, année (1954-1955), citado por Silva Cimma, Enrique, Derecho Administrativo Chileno y Comparado, Editorial Jurídica de Chile, Tomo II, págs. 39.
- (22) Ponce Cumplido, Jaime J., "La Desconcentración Administrativa. Estudio teórico-dogmático", Editorial Jurídica de Chile, 1965, págs. 12.
- (23) Ponce Cumplido, ibid. supra (22).
- (24) Bidart Campos, Germán J., "Derecho Político...", págs. 18.
- (25) Ponce Cumplido, Jaime J., op. cit. supra (22).
- (26) Gordillo, Agustín, op. cit. supra (5), págs. 207-208.
- (27) Jiménez Castro, Wilburg, "Introducción al Estudio de la Teoría Administrativa", Fondo de Cultura Económica, 3ra. reimpresión 1982, págs. 14.
- (28) En Estados Unidos se usa también un concepto muy restringido, "concentración de poder y de autoridad en una organización o gobierno central. Por ejemplo, poder y autoridad sobre materias nacionales e internacionales están centralizadas en el gobierno federal", Black's Law Dictionary, op. cit. supra (3), págs. 204.
- (29) Fiorini, Bartolomé, op. cit. supra (16), págs. 946.
- (30) Personalidad Jurídica es una ficción jurídica en virtud de la cual a un ente (Estado, empresa, municipio, cooperativa, etc.) se le considera "persona" para los efectos de poder actuar en el mundo jurídico adquiriendo derechos y obligaciones jurídicas con personalidad jurídica. La personalidad jurídica es la facultad de representar. La Empresa Municipal jurídica tiene personalidad jurídica y su gerente la persona jurídica de la persona jurídica Empresa Municipal de Agua.
- (31) Verdugo M., Mario y García, Ana María, op. cit. supra (10), págs. 229.
- (32) Gordillo, Agustín, op. cit. supra (5), págs. 215.
- (33) Debbasch, Charles, op. cit. supra (15) págs. 168.
- (34) Belsa, Rafael, "Tratado de Derecho Administrativo-Vol. I", Editorial Depalma, Buenos Aires, Argentina, 1938, págs. 281.
- (35) Fernández Vázquez, Emilio, "Diccionario de Derecho Público", Editorial Astrea, Buenos Aires, 1981, págs. 100.
- (36) Fernández Vázquez, op. cit. supra (32), págs. 100.
- (37) Fraga, Gabino, citado por Ponce Cumplido, op. cit. supra (34).
- (38) La "public corporation" en los Estados Unidos se define como "una persona artificial (es decir jurídica) creada para la administración de un asunto público", Black's Law Dictionary, op. cit. supra (3), p. 1105-1106. En el

con el Municipio, es decir, el Municipio habría sido Estado", citado por Elguera, Alberto, *ibid.*, supra (34).

(51) Elguera, Alberto, *ibid.*, supra (34).

(52) Existen muchos tipos o formas de organizar muni-

cipios. Sin embargo, las formas de organización francesa, in-

glesa y norteamericana son las que han influido en la Región.

En el modelo francés hay dos órganos, la asamblea delibe-

rante de elección popular y el alcalde o intendente (el maire),

miembro de la asamblea, con funciones ejecutivas municipa-

les y delegadas del gobierno central, como el cumplimiento

de las leyes, reglamentos y resoluciones nacionales (con va-

riantes, es, en general, el modelo predominante en Hispanoa-

mérica). El modelo inglés de las parrochias que se sigue en el

caribe de habla inglesa (buscar más). El modelo norteameri-

cano con sus variantes (a) de separación de poderes, con clara

diferenciación de las funciones normativas de las ejecutivas,

donde el funcionamiento ejecutivo es elegido separadamente o es

designado por el poder central (Argentina, Brasil, Paraguay,

Colombia, Panamá, estados de Hidalgo y Yucatán en Méxi-

co, algunas ciudades norteamericanas); (b) de comisión mu-

nicipal, sin división de poderes, donde la comisión tiene

ambas facultades normativas y ejecutivas; y (c) de "city

manager", donde la función ejecutiva es delegada por la

comisión a un técnico contratado al efecto. Ver Elguera,

Alberto, op. cit., supra (34).

(53) Policía es el conjunto de poderes ejercidos por el

Estado o por el Municipio sobre las actividades de los parti-

culares mediante medidas restrictivas impuestas coercitiva-

mente, ver Fernández Vasquez, op. cit., pág. 588 y siguien-

tes.

(54) De fecha 12 de julio de 1974.

(55) Es de esencia de todo régimen democrático que los

alcaldes y los regidores municipales sean elegidos por voto

popular.

(56) Función similar a la que tiene el Prefecto en el De-

partamento francés como coordinador de todos los servicios

públicos en el Departamento.

(57) Hernández Emparanza, Domingo, "Regionaliza-

ción en Chile", en Enciclopedia Jurídica OMEBA, Driskill,

S. A., Apéndice Tomo III, Buenos Aires, Argentina, 1987,

pág. 800.

derecho norteamericano se da una variedad de situaciones que no corresponden exactamente a las categorías de descen-

tralización en el derecho continental.

(39) Otras definiciones en similares términos: "fenóme-

los órganos superiores o dismunitivos la subor-

dinación de éstos a aquéllos"; "principio jurídico en virtud

del cual se confiere con carácter exclusivo, una determinada

competencia a uno de los órganos encuadrados dentro de la

jerarquía administrativa sin ocupar la cúspide de la misma";

en Fernández Vasquez, op. cit., pág. 227, Jiménez Castro la

define como "modo de distribución de funciones administra-

tivas a organismos encuadrados dentro de la administración y

que no están en la cúspide de la jerarquía administrativa". Es

mas preciso el término competencias que funciones y con-

funde los conceptos de organismo y órgano, op. cit.,

pág. 15.

(40) Ponce Cumpido, op. cit., supra (22), pág. 59.

(41) Gourmay, Bernard, L'Administration", Presses

Universitaires de France, 1972, pág. 61.

(42) Gordillo, Agustín, op. cit., supra (5), pág. 215-216.

(43) Fernández Vasquez, op. cit., supra (32), pág. 193.

(44) Los conceptos supranacional, supraprovincial y su-

pramunicipal se han tomado de Verdugo y García, op. cit.,

supra (10), pág. 234.

(45) Tanzi, Héctor José, "Regionalismo como Forma de

Estado" en Enciclopedia Jurídica OMEBA, Driskill, S. A.,

Buenos Aires, Argentina, Apéndice, Tomo V, 1986, pág.

702.

(46) Tanzi, Héctor José, op. cit., supra (45), pág. 705.

(47) Duverger, Maurice, op. cit., supra (10), pág. 103.

(48) Hay que tener presente que los municipios sufren la

doble crisis de su sobrecrecimiento o de su despoblación. En

ambos casos, las fronteras municipales quedan obsoletas, y

su efectividad se nulifica. La fusión municipal, la redefini-

ción de su número y fronteras es tema fundamental.

(49) Elguera, Alberto, "Municipio", en Enciclopedia

Jurídica OMEBA, Driskill, S. A., Buenos Aires, Argentina,

Tomo XIX, 1979, pág. 961.

(50) El municipio no es anterior al Estado. Keisen dice:

"Si la comunidad parcial hoy existente como Municipio hu-

biera precedido al Estado, es que el Estado habría coincidido

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LA DESCENTRALIZACION Su operacionalización

Fernando S. Antezana A.

INTRODUCCION

La descentralización se está planteando en los países como una corriente para acelerar el proceso de desarrollo con equidad y participación social y, por lo tanto, se la percibe como una estrategia para el desarrollo, más que como un mecanismo meramente de eficiencia administrativa. En el sector salud, en particular, se está dando la descentralización en circunstancias muy especiales al converger en el tiempo, con el proceso de democratización en los países y, por ende, la manifestación voluntaria política de los gobiernos en la América Latina y el Caribe hacia la democratización de los servicios de salud. Esta circunstancia es determinante para no aislar el proceso en la implantación de los sistemas locales de salud de la marcha general de los países.

Sin embargo, cabe a esta altura hacer algunas consideraciones de carácter general en relación con el escenario donde el sector salud se desenvuelve y que está condicionado, además de las variables propias, por una serie de otras variables de política económico-financiera nacional e internacional, así como las que tienen que ver con la producción y el gasto en los países, individualmente, y en la América Latina y el Caribe, colectivamente.

La crisis económica que vive el mundo en desarrollo (particularmente la América Latina): las políticas actuales de las grandes instituciones mundiales y regionales que tienen que ver con el campo financiero y la economía en sus grandes líneas (macroeconomía) contribuyen, claramente, hacia una política de ajuste y restricciones severas, que obliga a los países a adoptar medidas del mismo calibre e intensidad que internamente tienden a provocar situaciones de alto riesgo político. Una de las reacciones a controlar este riesgo y minimizarlo ha sido la orientación hacia un grado de centralización en el manejo actual de las políticas y medidas económicas nacionales, así como su instrumentación. Esta situación se está planteando en los países de la descentralización, casi como una fuerza centrípeta que viene impulsada por las medidas de racionalización del gasto y reacción económica, todo esto en función del manejo de la deuda externa. Es evidente que en este escenario economista los sectores sociales sienten más la rigurosidad de las medidas económicas, a pesar de las declaraciones de buscar soluciones con *visage humano* a la deuda externa de los países.

La posible pérdida del control general sobre los mecanismos anteriores (gasto-racionalización) y la experiencia del proceso de endeudamiento en los últimos quince años, hacen cada vez más claro el hecho de que existe una marcada tendencia al control y por lo tanto, a la centralización financiero-administrativa, que permita poner en marcha y supervisar las medidas de control financiero que las instituciones nacionales e internacionales de refinanciamiento de la deuda externa exigen.

LA DESCENTRALIZACION: VENTAJAS

Sin embargo, de todas las anteriores consideraciones, existen claras ventajas en la descentralización de los servicios de salud, ya que puede ser fundamental a los objetivos de equidad y eficiencia del sector salud, tanto en los países como en la región en su conjunto. Lo que es necesario puntualizar con objetividad y pragmatismo, es la direccionalidad que tendría la descentralización en el sector salud. Esto involucra no solamente la identificación de los objetivos generales, sino especialmente el análisis de los mecanismos para llegar a esos objetivos, los mecanismos de conducción del proceso de descentralización, así como un análisis de los componentes técnicos y administrativos que supone demanda la descentralización en el sector salud. Como consecuencia de lo anterior, la determinación clara y detallada de la direccionalidad, abriría un espacio

En algunos casos será necesario plantear y programar la línea de acción con detalle suficiente para una programación nacional integral. En otros, se podrá iniciar un proceso con sentido oportunista de las alternativas que se presenten y ofrecerán posibilidades de éxito demostrativo de la eficacia de la proposición (los sistemas locales de salud). En uno u otro caso, se puede percibir la simbiosis de la descentralización con el despendimiento de un grado de autoridad y control del Centro, y al mismo tiempo, con el fortalecimiento del Centro en aspectos que tienen que ver con la normatización, la supervisión-apoyo y la gestión basada en capacidad e información adecuadas.

Para algunos casos particulares, como es el del istmo Centroamericano, convergen factores adicionales hacia la puesta en marcha más dinámica y más elaborada de la descentralización y los SILOS, como mecanismo estratégico para acelerar el proceso de ampliación de cobertura con calidad adecuada, hacia la meta social de acceso universal a los servicios de salud. El concepto de SILOS ha sido incorporado por los países (aunque con un grado de comprensión relativa), tanto a nivel político, como técnico. La crisis económica, la presión social con la movilización correspondiente hacia la ampliación de la cobertura por servicios básicos en salud, educación, vivienda, el discurso político sobre los beneficios de la descentralización, etc., han contribuido a otorgar a la adopción de los SILOS una característica singular para resaltar su eficacia y eficiencia administrativa, así como de esperanza social e impacto político.

Es en este marco, en el cual este artículo discute brevemente la operatividad de los SILOS a nivel del país, en un contexto determinante futuro de la Organización. En aras de la síntesis, pero al mismo tiempo de no perder la substancia para el análisis, se plantean los SILOS y su puesta en marcha en los países en cuatro dimensiones: política, administrativa, técnico-científica y social; cada una con sus componentes, sus insusos, así como sus contribuciones; pero todo esto, en una estructura que permita ver los sistemas de salud locales dentro de una estructura integral y una organización tales, que les permita ser eficientes y equitativos, a un costo que la población (los países) pueda financiar. Las cuatro dimensiones mencionadas, con sus interacciones, pueden ser

fundamental para el diálogo político en busca de un consenso que permita, con cierto grado de éxito, desenvolverse a todo el proceso de descentralización en los servicios de salud de los países. Se considera esta búsqueda de consenso como el pivote de adopción de la descentralización y los SILOS, pues en un ambiente de democratización amplia, vigente en los países de la Región, donde el diálogo político es de naturaleza pluralista y donde la oposición está jugando, cada vez, un papel más integral en el ámbito de la política nacional, sería una estrategia muy inestable, y tal vez transitoria, ignorar este diálogo político sobre un tema que puede ser altamente susceptible a la percepción de las distintas corrientes políticas en un determinado país.

Son en estos dos pasos anteriores del proceso (direccionalidad y consenso) que se ve como muy importante y oportuna la cooperación OPS/OMS con los países. En la primera situación, colaborando en proporcionar toda la información técnico-administrativa y experiencias en otros contextos; análisis de cobertura en cantidad y calidad; análisis del gasto real en salud; alternativas de financiamiento de los servicios de salud, etc. En la segunda, con los elementos necesarios hacia la demostración de los beneficios de la descentralización en salud y los SILOS, primero para la población en general y luego el gobierno, en particular, tanto a nivel central, como local. Es de especial importancia resaltar que también se habla de gobierno local, introduciendo, por lo tanto, el concepto de consenso técnico-político-administrativo, también a nivel local.

Si el proceso continúa desarrollándose en esta lógica, se llegará desahablemente a un acuerdo nacional, que como consecuencia facilitaría la creación o establecimiento de un sistema nacional de salud con características muy definidas en el proceso anterior de diálogo y consenso, y que permitirá con eficacia y estabilidad en el largo plazo, el establecimiento de los sistemas locales de salud con base en la descentralización. Es en este nivel del proceso que cabe el inicio operacional (planificación-programación-puesta en marcha) de los SILOS y, por ende, el plantear las respuestas particulares en cada caso, a las interrogantes de cómo, para qué y con qué. En esta instancia se puede apreciar nuevamente un universo importantísimo y vasto para la cooperación OPS/OMS con los países.

apreciadas en la Figura 1.

En el caso concreto y real que tratamos, el proceso de descentralización en el sector salud hacia la implantación de los SILOS se ha ido dando aproximadamente, desde hace año y medio atrás, y se considera que los progresos logrados hasta hoy son importantes y de alguna manera pioneros en la Subregión. El proyecto para el desarrollo de la capacidad gerencial OPS/PNUD ha realizado importantes estudios de diagnóstico e instrumentales, de aspectos relevantes de la descentralización. Es claro que se puede y es deseable, desarrollar capacidad gerencial en cualquier sistema de salud; pero no se puede esperar éxito en la operación de los SILOS sin desarrollar esta capacidad y los recursos humanos correspondientes tanto técnicos, como administrativos. En última instancia, fuera de la estructura administrativa, lo primero (la capacidad gerencial) vendrá a ser parte de lo segundo (los recursos humanos).

Se ha iniciado el proceso con la decisión política y ejecutiva de parte del gobierno y se ha dado el instrumento formal-jurídico que establece la descentralización en el sector público, como expresión de esa voluntad política. El sector salud toma la vanguardia debido a circunstancias coincidentes (favorables), y con criterio pragmático y oportunista desarrolla elementos fundamentales de la descentralización. La Organización coopera activamente en este proceso a través de múltiples actividades, particularmente las del Proyecto de Desarrollo de la Capacidad Gerencial, así como las de los programas de desarrollo e implantación de los sistemas locales de salud. Sin embargo, la dinámica es distinta para el desarrollo de los mecanismos administrativos que marcan a una mayor velocidad, impulsados por el proyecto DCG, mientras que los mecanismos en la dimensión técnica no corresponden a la misma dinámica en su desarrollo. Esta situación hace que el concepto, la adopción y puesta en marcha de los SILOS vaya haciéndose asimétrica. Esta asimetría se puede agravar en la medida que la dimensión técnica no adquiere la dinámica y el nivel que corresponden, incluyendo en esta dimensión el desarrollo de los recursos humanos.

LOS SILOS Y LA ESTRATEGIA PARA SU OPERACIONALIZACION

Es importante resaltar que la asimetría puede darse también en forma vertical a los distintos niveles de descentralización, demandando, por lo tanto, en la operación de los SILOS, mecanismos de compensación efectivos en ambos sentidos de los ejes de dirección de los SILOS, mecanismos que deben reflejarse en la normatización. Lo anterior indica nuevamente, la necesidad en la descentralización de los servicios de salud, de contar con el respaldo de un nivel central bien estructurado y eficiente, particularmente en las dos funciones ya indicadas, en el entendido de que no se puede dejar de lado la naturaleza política de la descentralización del sector público y más aún, el componente político del sector salud. Los aspectos estratégicos deben ser componentes constantes en el proceso de descentralización de los servicios de salud. En este sentido, se sugieren algunos que se considerarán urgentes en el caso particular que tratamos y que ofrecen una franca oportunidad para la cooperación OPS/OMS.

- Diálogo constante entre el nivel técnico-administrativo y político.
- Normatización del funcionamiento de los servicios de salud (nivel central), con amplia difusión intra y multisectorial.
- Supervisión (colaboración apoyo) y coordinación entre el nivel central, en base a la normatización, y supervisión-apoyo de los sistemas locales. (Intimamente vinculado a los dos últimos arriba mencionados, sería necesario contar con un mecanismo de control o verificación de la calidad a lo anterior, con el fin de armonizar aspectos administrativos y técnicos que tengan que ver con la equidad y eficiencia).
- Comités locales de apoyo a la programación y gestión (punto de contacto para un consenso en el tema).

Como consecuencia del análisis de los puntos anteriores surge claramente la importancia (necesidad) de preparar perfiles, guías técnicas que correspondrán a los distintos niveles de descentralización y en dos o tres modelos de contexto socioeconómico. Así como los mecanismos administrativos no pueden operar en el vacío, sino al contrario en apoyo de la atención de salud a las personas, de igual manera los niveles de descentralización técnica tienen que operar condicionados por la estructura administrativa, el modo de organización de los servicios y la capacidad técnica de los distintos niveles. En algunas instancias

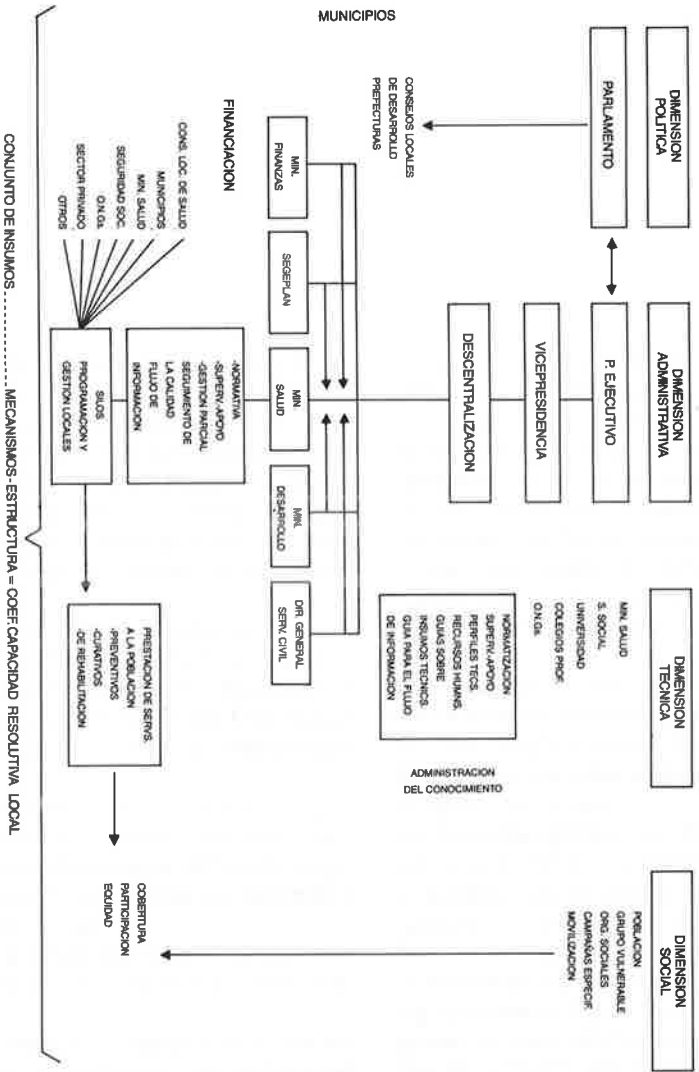


Figura 1. Esquema de interpretación de los SILOS y la descentralización.

cias se califica a este conjunto, como capacidad resolutive a un cierto nivel de descentralización. Hay que considerar que esta capacidad se da en dos niveles y no en forma unitaria como sería recomendable para los SILOS; de tal manera que pueda utilizarse como referencia operacional, lo que en el esquema adjunto se denomina eficiente de capacidad resolutive local.

De lo anterior se desprende que la próxima etapa de la Cooperación tendería a centrarse en:

- Apoyo en el diseño de guías para la normatización y armonización nacional conforme a su contexto y organización.
- Colaboración en la preparación de guías y el adiestramiento de personal de supervisión (definición moderna). Apoyo asimismo en la elaboración de guías y otros insumos para el ejercicio de esta función.
- Identificación y desarrollo de mecanismos compensatorios en la planificación y desarrollo de los SILOS para evitar o reducir al mínimo la asimetría técnico-administrativa, así como la asimetría por niveles de descentralización.

La implantación de los SILOS, al tener como una de sus principales bases la situación epidemiológica de los habitantes de una unidad administrativa definida, no debe perder de vista el hecho notable de que este perfil epidemiológico no se presenta como una figura estadística exclusivamente, mucho menos en las ciudades. Tiene variaciones importantes en las distintas capas poblacionales y en el caso de áreas urbanas con características frecuentemente contradictorias, sugiriendo la necesidad de desagregar los datos estadísticos a niveles más satisfactorios para la eficiencia y equidad de los SILOS. Por tanto, la descentralización debe ser vista en los SILOS como un elemento de ajuste hacia la equidad en salud, con mecanismos compensatorios (asignación de recursos) que permitan encarar los problemas de salud con el nivel de desagregación útil a la eficiencia del sistema nacional de salud. Es en este tipo de análisis que también se ofrece una oportunidad clara de cooperación OPS/OMS/con los países. Otro aspecto importante, es el de contar con un mecanismo político-administrativo local que con la asesoría técnica necesaria, sea un factor decisivo de apoyo a la capacidad resolutive del sistema local de salud. En el caso que tratamos, en el que se da una situación particular cual es el proceso de descentralización que cuenta con un importante mecanismo político-administrativo: "Los Consejos Locales de Desarrollo".

Se considera que el éxito de la descentralización de los servicios de salud y los SILOS está íntimamente ligado al funcionamiento de este mecanismo, ya que así se podría dar la situación deseable, en la cual el mandato está claramente vinculado a la acción social local a través de los CLD, como unidad de acción política de dirección, consenso y vigilancia, tanto al funcionamiento técnico-administrativo de los SILOS, como a la búsqueda y asignación de recursos.

¹ Unidad de elementos que permitan un coeficiente de capacidad resolutive local técnica y administrativamente aceptable para el contexto específico y a un costo que el Gobierno y la comunidad puedan financiar.

ORGANIZACION, CONDUCCION Y GERENCIA

CAPITULO III

SISTEMAS LOCALES DE SALUD Organización, regionalización, principios generales

Roberto Capote Mir

otros similares. En la red de servicios la organización constituye la unidad global y el sistema local de salud, como espacio territorial-poblacional sería *la unidad de organización*, en este caso administrativa.

Toda estructura organizativa, y los SILOS no son la excepción, está formada por las relaciones entre las personas y como consecuencia directa, se plantea el problema de su mantenimiento (entendiéndose por ello la actualización continua de la capacidad resolutiva, la lucha contra la rutina y la tendencia hacia la obsolescencia), es decir de su permanencia; lo que lleva a considerar como elementos importantes, la armonía entre los individuos y el grupo (la integración de objetivos y de satisfacciones), incluyendo la capacidad de los grupos e individuos para adaptarse a los cambios y situaciones que enfrenta la organización dentro del medio sociopolítico donde se desarrolla.

¿Cuáles son las características de una estructura eficaz en los SILOS?

Intentaremos dar respuesta a esta cuestión, a pesar de la complejidad del tema y de la multitud de aspectos a considerar. En la estructura de los SILOS influyen elementos internos y del medio socioeconómico en que está inmerso; así como las características de las personas, los objetivos, los medios materiales, las ideas y la acción psicológica y social entre todos ellos, lo cual nos permite afirmar que los SILOS son además de espacio territorialo población, una organización social. Esto lo podemos sintetizar de la siguiente forma:

"Una organización social es un sistema conjunto de actividades humanas, diferenciadas y coordinadas, que utiliza, transforma y funde un conjunto específico de recursos humanos, materiales, naturales y de ideas, en un grupo único solucionador de problemas, dedicado a satisfacer las necesidades humanas particulares, en interacción con otros sistemas de actividades humanas y recursos dentro de su medio".

En los estudios de organización de los sistemas locales de salud no puede considerarse la

En este trabajo nos vamos a referir al estudio de la organización de los sistemas locales de salud, orientado hacia el análisis de su proceso y a su enfoque científico; además, se identificará a la regionalización y a la dispensarización como elementos básicos de este proceso. También, se enunciarán principios para la organización de los servicios, los cuales constituyen una posible guía para la organización de los sistemas locales de salud, realzando el rol de la organización en el perfeccionamiento de los SILOS.

EL ENFOQUE CIENTIFICO

La organización estudia la estructura organizativa y sus partes, así como el papel de cada una de ellas en el conjunto. Identifica y establece el aporte de lo individual y lo colectivo y los resultados que produce en el grupo (el valor integrado de todos los individuos en un grupo, supera al que cada individuo tiene por separado). Hay que destacar el efecto de cómo los cambios que ocurren en una parte de la organización (por ejemplo los servicios) influyen sobre las otras partes y sobre el todo. También abarca al proceso y la estructura de la organización en las distintas etapas de su desarrollo de los sistemas locales de salud y de la formación social y económica en el que está insertado.

Para los estudios de organización en los sistemas locales de salud es necesario definir qué elemento se considera como *unidad de organización*. Esta unidad varía según el sistema estructural que se contempló para el cumplimiento de tareas y la solución de problemas. La unidad de organización es la forma en que se subdivide la estructura. Existen estructuras de personas, en ellas la unidad es el individuo, es decir cada uno de los trabajadores, técnicos y profesionales. Estas, sin embargo, se funden en el funcionamiento, integrado una unidad mayor que se agrupa alrededor de un centro coordinador y que suele recibir el nombre de sección, departamento u

El enfoque dinámico

Llamamos organización dinámica al proceso de dar al grupo social la estructura, o más bien, el conjunto integrado de estructuras que requiere para la consecución de sus objetivos. Dicho de otro modo, el proceso por el cual se definen los objetivos, se determinan las actividades necesarias, se dividen estas tareas, se ordenan y se distribuyen entre cargos, es decir entre los integrantes de la estructura organizativa de los sistemas locales de salud, atribuyendo estos a personas y regulando sus relaciones de modo que se asegure la coordinación de los esfuerzos y el mantenimiento y desarrollo del grupo, en medio de circunstancias cambiantes y de la evolución de los objetivos individuales y colectivos. Al referirnos a la estructura organizativa en los servicios de salud, hay que evitar deshumanizarla. Esa estructura está integrada por seres humanos y sus relaciones. Están constituidas por un conjunto de sistemas o subestructuras, de las cuales dos son las principales: el sistema de tareas y el sistema de las personas, ambas componen el sistema de la división del trabajo. Hay otros subsistemas como: *el de la autoridad, comunicación, información, decisiones, participación, control, producción, finanzas y otros más que conforman el tejido estructural y conectivo de la organización de los sistemas locales de salud.*

En los sistemas principales, hay dos estructuras de relaciones que deben contemplarse simultáneamente en la organización:

- a) Las relaciones entre cargos o distintas partes del trabajo a realizar, y
- b) Las relaciones entre las personas que desempeñan esos cargos.

La primera estructura comprende un conjunto de reglas relativas a la distribución funcional del trabajo entre los individuos, la definición de las tareas que debe realizar cada uno y el mismo, la acción de cada cargo o, lo que es lo mismo, la definición de responsabilidades y autoridad de esos, así como las dependencias funcionales que van unidas al conjunto de la estructura organizativa de los sistemas locales de salud. Incluye, también, el sistema básico de comunicaciones y los procedimientos de operación, debe tener en cuenta, además, la carga de trabajo de cada posición y el equilibrio del conjunto.

estructura desligada de los demás aspectos de la administración (planificación, dirección, formación de personal y control). *Todos estos están entrelazados y constituyen el universo de la organización o, específicamente, de la red de servicios del sistema local de salud. Una correcta organización o, estrictamente, de la red de servicios en la mayor efectividad de sus componentes y, muy especialmente, en el personal directivo, en un grado tal, que no puede lograrse sin embargo, por muy perfecta que pensemos que es la estructura organizativa diseñada, los resultados más satisfactorios solo pueden garantizarse en el funcionamiento o en la operación.* Por lo tanto, debemos destacar la importancia del factor humano, en el que las voluntades, ingrediente imprescindible, sumadas a la capacidad o habilidad, intervienen decididamente en la organización de los SILOS. Todo esto, como resultado de fenómenos sociales e influidas por la acción del liderazgo, la interacción de los directivos y la población adscrita al SILOS. De aquí la importancia de la formación del personal, tanto de la población, ambos dedicados a las tareas de dirección y operación de los sistemas locales de salud.

EL CONCEPTO

Dentro de la conceptualización de la organización realizaremos un enfoque estático y otro dinámico.

El enfoque estático

Por necesidades funcionales del trabajo colectivo, el grupo productor de actividades en un sistema local de salud aparece como ejecutor de un conjunto de actividades ordenadas y distribuidas entre los miembros del grupo, jerarquizadas y coordinadas a través de sistemas de comunicación y a través de interrelaciones.

Contemplando así, ese conjunto de actividades y relaciones, detenido en un momento dado del tiempo y en un espacio determinado, se consigna una estructura: *la estructura organizativa.* A esta visión del grupo social estructurado para la acción es a la que se le denomina organización, dentro del concepto estático del término.

alcanzada en los niveles de salud, para evitar el retroceso y ser capaces de poner otro problema en la fase de ataque.

Por lo expuesto, la identificación de estos objetivos, es un paso imprescindible, porque el organismo que nace, su estructura y su funcionamiento hay que contemplarlos como medios para alcanzar esos objetivos y metas. La evaluación de la eficacia o de la eficiencia de una organización solo puede hacerse en relación con los objetivos, sus metas e impacto. Bien se tome el criterio de los resultados medidos cuantitativamente o cualitativamente, así como, también, el de la supervivencia o prolongación vital del grupo.

En los sistemas locales de salud, las metas principales suelen ya incluir una noción de tamaño y forma de las actividades, lo cual nos permite determinar las actividades básicas necesarias para alcanzarlas, sus tipos y las cantidades. Posteriormente a esa determinación, ya estamos en condiciones de considerar la subdivisión primaria de las actividades básicas y algunas actividades derivadas o complementarias de carácter imprescindible, por razón de volumen o de sus características. La determinación de las actividades es, de hecho, un problema técnico relacionado con el carácter de las fuerzas sociales (clases y grupos, individuos, así como la técnica y la tecnología) en un momento dado. Señalamos que se debe tender siempre a buscar cual es la forma óptima de las estructuras y los recursos para poder alcanzar esas metas. La solución que se selecciona está condicionada, también, por los recursos disponibles y por las directrices y circunstancias socioeconómicas vigentes.

La necesidad de identificar los problemas, de subdividir los objetivos, la determinación de las actividades, reclama tomar en cuenta la necesidad de la coordinación de todo propósito colectivo e individual, por tanto, *la división del trabajo es el hecho más relevante y necesario para lograr el impacto deseado.*

Debe tenerse presente que no solo las actividades resultan modificadas por el tamaño y cómo se resuelven los problemas, sino, también, los propios objetivos se ven afectados por el crecimiento continuo y dialéctico. Ni unas, ni otras son inmutables y deben considerarse en evolución permanente, o tal como expresara Einstein, en continuo movimiento.

Otro elemento a considerar es la subdivisión en tareas y la agrupación en centros de coordinación. El análisis de las metas y de las actividades

La segunda estructura incluye el conjunto de esfuerzos individuales interrelacionados que representan las tareas asignadas al grupo y a cada uno de sus miembros, contemplando el aporte de estos al máximo de sus capacidades y al desarrollo de sus posibilidades, a través del entrenamiento, el estudio, la maduración y las oportunidades progresivas de ofrecer una contribución, es decir la experiencia práctica. Comprende, también, el sistema de autoridad y responsabilidades y su delegación, como medios de coordinación e identificación de las líneas de autoridad, aceptación, así como las comunicaciones establecidas por los hombres y sus grupos.

ORGANIZACION

Se considera en el presente análisis tres elementos del proceso de organización: las actividades, las decisiones¹ y las relaciones organizativas.

Las actividades

Entre las actividades básicas de la organización de los sistemas locales de salud está la definición de objetivos y la identificación de problemas, ya que el primer paso en el proceso de organización es la clara definición de estos objetivos y problemas, dentro del grupo social. Estos representan la razón de existir de cualquier organización y toman una forma general, por lo que deben precisarse, señalando las metas principales o propósitos más específicos, tomando en cuenta los elementos del impacto. Además, cuando los objetivos son varios, se hace necesario ordenarlos y jerarquizarlos, determinando la prioridad. Estos objetivos deben agruparse para dejar identificados cuáles están en: a) *fase de ataque*, refiriéndonos en este punto a los objetivos que van a modificar en un plazo relativamente breve una situación higiénico-epidemiológica, y necesitan concentrar recursos para enfrentarlos; b) *cuales van dirigidos a mantener la situación actual*, impidiendo que empeore; y c) *cuales objetivos o problemas, después de la fase de ataque, pasarán a consolidar la situación*

¹ Se refiere al término utilizado en inglés "Decision making".

decisiones tomará en cuenta los siguientes aspectos:

● *Decisiones por asuntos* en los cuales estas

van de acuerdo a los temas y problemáticas a tratar, los que pueden ser diferidos o acelerados según el impacto y la necesidad de ellos; por ejemplo: la decisión sobre el cierre de un establecimiento de alimentación por una intoxicación alimentaria no puede diferirse, pero tampoco puede ser tomada por personal de segundo nivel, con desconocimiento de la dirección superior, por las implicaciones políticas que pueden producirse. En otros asuntos, cuyo margen de tiempo es mayor, pueden definirse las acciones con posterioridad, como el caso por ejemplo de una reunión de coordinación para evaluar actividades, no van a cambiar los resultados si esta se realiza dos o tres días después de la programación. Muchas veces una posteriorización permite a los participantes conocer mejor los temas a tratar y poder ser más eficaces en la evaluación.

● *Decisiones ocasionales y/o excepcionales*

son aquellas que por no tener regularidad su comportamiento, su grado de incertidumbre es grande, por tanto se debe tener extremo cuidado al tomarlas, para no afectar relaciones interdepartamentales o relaciones con otras unidades pertenecientes a la organización, a los grupos sociales o poder político. Para lo cual, se deben tener en cuenta la vigencia o duración en el tiempo de las decisiones y la facilidad y flexibilidad para rectificarlas.

● *Decisiones que afectan a cada uno de los niveles de administración* (estratégicas, tácticas y operativas). Definiendo como estratégicas las

vinculadas con la "toma de decisión" sobre políticas. Las tácticas son decisiones que ponen en práctica políticas establecidas, y las operativas son las habituales, de pocas alternativas de selección y de poco tiempo para tomarlas. El nivel más alto de decisión en cada entidad organizativa es el que asume las decisiones estratégicas. Pero siempre ellas, de una forma u otra, estarán influenciadas por el contexto social y político donde se produzcan y por la población del sistema local de salud.

● *Otro tipo de decisiones son las que se realizan de acuerdo con un plan establecido* o en situaciones de emergencia: las primeras son las decisiones programadas, caracterizadas por ser rutinarias y reiterativas, las segundas son las no

continúa con la subdivisión de éstas, en las distintas tareas que las componen, de acuerdo con los métodos técnicos y tecnología que vaya a emplearse.
 Por lo que la organización del número de personas necesarias para desarrollar estas tareas, deben agruparse según ciertos funcionales y en relación con los centros de coordinación que resulten convenientes.
 Al realizar la organización de los servicios en los sistemas locales de salud, se debe primero tener un estimado del:

- número de cargos operativos de coordinación y de sus contenidos;
- tipo de territorio a organizar y la capacidad de resolución de la red en su conjunto.

Estos aspectos serán precisados más adelante, en el análisis de los principios para la organización de los SILIOS.

Las actividades de los sistemas locales de salud y de su red de servicios, conforme a la división más generalizada de éstas, se agrupan en relación con el papel que desempeñan en la realización de las metas.
 Son metas de las redes de servicios en los sistemas locales de salud, las actividades de producción de servicios con impacto higiénico y epidemiológico.

Por ello la distribución de los recursos, según el impacto que estas tengan en los objetivos y problemas, es la actividad fundamental.

Para algunas actividades resulta difícil determinar si son directamente vinculadas con el servicio o el asesoramiento, por lo que con frecuencia ambas clasificaciones se incluyen en una sola denominación.

Las responsabilidades que se ejercen en forma colectiva, tales como las de comités o los consejos, corresponden con mayor frecuencia a actividades asesoras; pero, además, también pueden ser evaluativas del control de calidad de la atención, como sucede con el comité de auditoría médica, la discusión de fallos y otros similares.

Las decisiones

La construcción de una estructura organizativa requiere considerar, además del análisis de las actividades, las decisiones que en el desarrollo de estas deben producirse. Este análisis de las

elementos ya estamos en capacidad de construir el "árbol de decisiones" por niveles; por ejemplo: la decisión de cuando lubricar su equipo dental ha de hacerla el propio operador del equipo; pero la del papel que debe jugar ese equipo en el Programa de Salud Bucal deben hacerla quienes tengan la responsabilidad conjunta del Programa y sus interrelaciones en el plan de salud (grupo de dirección del sistema local de salud, comunidad). Solo así puede asegurarse la coordinación, elemento básico que demuestra el porqué de la participación social en las decisiones.

Las relaciones

Para determinar los elementos fundamentales de la estructura y su ordenamiento, es necesario el análisis de las relaciones entre las partes de la misma. Este análisis es esencial para determinar que personas deben ocupar las distintas posiciones, ya que revela el efecto que el trabajo de unos tiene sobre el de los otros, y obliga a buscar una calidad tal de relaciones que asegure la mejor contribución de cada cargo con los que están relacionados con este.

Las principales relaciones en la organización de los sistemas locales de salud son las siguientes:

- a) La necesidad de los centros de coordinación hace surgir las relaciones de autoridad y su control, la responsabilidad entre los centros y los cargos que estos incluyen.
- b) Los distintos cargos y centros de coordinación requieren información e intercambio de ideas, lo que constituye las relaciones de comunicación.
- c) Las distintas tareas y actividades se interrelacionan con vista a los objetivos finales, dependen de una de otras, las que forman las relaciones de interdependencia de tareas. La subdivisión de objetivos y de metas debe permitir la integración final de todas ellas, lo que da lugar a las relaciones interdependencia de objetivos y metas.
- d) Los individuos que forman el grupo y cada una de sus divisiones, en razón de atracciones, lealtades o su necesidad asociativa, crean relaciones interpersonales.
- e) Además de estas relaciones en el interior de sistemas locales de salud y de su red de servicios, esta mantiene nexos con otras organizaciones o instituciones, lo que constituye las relaciones

programadas, que se caracterizan por su originalidad, riesgo e incertidumbre.

Podemos afirmar que a medida que aumenta la división del trabajo en la organización, se reduce y especializa el campo de las decisiones; las decisiones del centro dirigente (sea este el equipo de dirección, la comunidad o ambos) son más generales, alcanzan mayor peso, son decisiones destinadas a asegurar la coordinación y el control de las distintas partes.

Es importante destacar algunas de las características a tener en cuenta en la toma de decisiones; estas son:

- Vigencia o duración en el tiempo de las decisiones y facilidad para recertificarlas.
- Posiciones o cargos en que se toman las mismas.
- Ambito o sector afectado por la decisión, según el nivel del cargo que las tome.
- Actividades ajenas a esos cargos que resultaran afectadas por las decisiones.
- Decisiones que deben ser previamente consultadas o informadas al nivel superior.
- Decisiones que solo requieren informes a posterioridad.
- Decisiones de rutina, que no demandan informe especial alguno.
- Decisiones de tipo repetido y frecuente, que relacionan una decisión previa o directriz que sea válida para todos los casos iguales y les dé una solución uniforme.

El análisis de las decisiones, en base a las características anteriores, nos permite determinar el carácter de los agrupamientos de tareas o cargos y sus niveles; especialmente, la estructura de los centros de coordinación o cargos directivos, las delegaciones de estos, tipo de decisiones serán tomadas y quienes serán responsables de cada una de ellas en los sistemas locales de salud.

El fin de este análisis es obtener información para alcanzar una economía funcional, entendiéndose por ello la economía de tiempo necesaria para realizar las actividades después de tomada la decisión, asegurando que sean tomadas por la persona que ocupa el cargo más inmediato a la ejecución de la operación (principio en que se basa la descentralización) y desde el cual puedan tenerse en cuenta todas las actividades directamente afectadas por las decisiones. Con estos

7. Fortalecimiento de la articulación intersectorial.
 8. Desarrollo de la investigación y tecnologías adecuadas.
 9. Extensión de la capacidad instalada posterior a la explotación eficiente de la capacidad existente.

Para lograrlo se parte de la necesidad del funcionamiento integral de la red de servicios, conformada por todas las unidades (hospitales, centros de salud o unidades equivalentes, formas de atención ambulatorias, los programas de salud, y otros) acordes a las relaciones y desarrollo técnico-económico y social del país.

El proceso de regionalización no es, como habitualmente se piensa, una simple tarea de dividir geográficamente el país, sino la profundización ulterior que a partir de subdivisiones territoriales permita la extensión de la cobertura; esto será determinado por un proceso integral de estudio y análisis de estas situaciones, no solamente a través de estudios tradicionales, sino con la aplicación de los métodos heurísticos que permitan con un mínimo de datos, hacer las proyecciones que sirvan de base al desarrollo de los SILSOS y sus servicios. El objetivo fundamental de la regionalización es el aumento de la cobertura de los servicios con una eficiente interrelación de ellos, para lograr equidad, eficacia y eficiencia. Es imposible un aumento de la cobertura sin el perfeccionamiento continuo de la infraestructura, tanto en su forma, como en el contenido, que permita maximizar su eficiencia, equidad y asegurar el acceso de toda la población a servicios eficaces, organizados según nivel de complejidad. Para esto se necesita de:

- Necesidades y problemas de salud, oferta y demanda de servicios, apoyo al desarrollo nacional, regional y local.
- Situación coyuntural, crisis económica, posibilidad de inversiones o detención de ellos. Escasez de financiamiento para salud.
- Sistema actual de regionalización de la atención a la salud y su real funcionamiento.
- Entidades participantes, programas sectoriales, grado de integración de las actividades.

Por tanto, es importante la investigación, estudio y análisis de estas situaciones, no solamente a través de estudios tradicionales, sino con la aplicación de los métodos heurísticos que permitan con un mínimo de datos, hacer las proyecciones que sirvan de base al desarrollo de los SILSOS y sus servicios. El objetivo fundamental de la regionalización es el aumento de la cobertura de los servicios con una eficiente interrelación de ellos, para lograr equidad, eficacia y eficiencia. Es imposible un aumento de la cobertura sin el perfeccionamiento continuo de la infraestructura, tanto en su forma, como en el contenido, que permita maximizar su eficiencia, equidad y asegurar el acceso de toda la población a servicios eficaces, organizados según nivel de complejidad. Para esto se necesita de:

1. Incremento de la capacidad operativa de los sistemas.
2. Fortalecimiento de los procesos de planificación, programación y evaluación.
3. Desarrollo de los servicios de la descentralización administrativa.
4. Contribución y participación en el esfuerzo por la organización de la comunidad, que permita la participación de ella en la decisión de la solución de sus problemas de salud.
5. Desarrollo y mejor utilización de los recursos humanos, enfatizando en la redificación de las funciones y responsabilidades.
6. Incorporación efectiva del sector salud en los procesos nacionales de desarrollo.

Es importante destacar que en los últimos años, llamados a fortalecer los niveles primarios, estrategia ineludible para poder dar servicios a todos, ha ocurrido un olvido por aquella institución formadora de una buena parte de los recursos de salud, que es el nivel de más alta complejidad y que permite la atención eficiente a todos los pacientes tratados en la red, nos referimos al *hospital*.
 Por lo tanto, en la mayoría de los países de la Región se manifiesta la ingente necesidad del fortalecimiento hospitalario al realizar el proceso de regionalización en los SILSOS, pues *al desarrollarse y a su vez fortalecer los niveles primarios*, permite la localización y atención de

personas que hoy no llegan a los servicios, pero que por la complejidad de atención que requieren, son los servicios de más complejidad los llamados a cumplir. Y como consecuencia de ello, se necesitará fortalecer el hospital, el cual al igual que todas las unidades de la red en la regionalización corresponden a diferentes procesos de atención médica por niveles de complejidad.

Recordemos los tiempos en que se planteaba que los hospitales derribarían sus muros para integrarse a la comunidad. Pero, no es lo que determina que esta institución compleja, costosa y necesaria al sistema, se introduzca en la comunidad, sino su interrelación y objetiva situación que tiene en la red de servicios, determinado por el proceso de regionalización, la que nos dirá que tipo de servicios, cual será el grado de complejidad, y qué tipos de especialistas necesitamos en los hospitales.

Como se expresó en la reunión de Buenos Aires, sobre el tema: El hospital y los sistemas locales de salud "cuando consideramos al hospital como integrante de la red de servicios estamos, en primer lugar, pensando en un cambio en la forma, en cómo se conciben y perciben los problemas de salud-enfermedad en la población superando las concepciones biológico-recuperativas".

A continuación, en el mismo documento se expresó: "A su vez el hospital, al insertarse en la red de servicios, sufre un cambio que afecta de una u otra manera a todos sus servicios. A la satisfacción de la demanda de la población a su cargo, se le agrega la complejidad con los otros servicios de la red, que genera cambios en la cantidad y calidad de servicios y obliga a buscar innovaciones organizacionales que reduzcan los desplazamientos de la población".

Es necesario entender que el hospital no es una institución que se construye como un multifamiliar y que opera en forma de condominios privados; es una instalación cuyas características están determinadas por el lugar que ocupa en la red de servicios de salud.

En esta unidad, dentro del proceso de regionalización y como producto de la revolución científico-técnica, no podemos aplicar el slogan ya obsoleto de descentralización administrativa y centralización normativa. En los momentos actuales con el uso de sistemas sofisticados de radiología, de exámenes de laboratorio, la centralización y descentralización son procesos que se producen de acuerdo al grado de automa-

tización de la red (no de una de las unidades de esta red) y de la capacidad resolutoria de la red en su conjunto.

Por ejemplo, existen formas de control financiero por computadoras que hacen innecesario el manejo de términos monetarios en las unidades de la red (con excepción de pequeñas cajas para resolver casos emergentes). Descentralizar este control sería aumentar los costos del sistema y disminuir su eficiencia. Pero esto no niega que a niveles regionales se necesite descentralizar más autoridad con los recursos correspondientes, para resolver los problemas. Recordemos que en el proceso de regionalización es indispensable la unión de la autoridad delegada y los medios para ejercerla. Adquiriéndose así, la verdadera responsabilidad sobre la tarea a cumplir.

El hospital o cualquier otra unidad de la red, debe centralizar las acciones que por los equipos que involucra están de acuerdo con la complejidad de la dolencia que aqueja al paciente, con la tecnología disponible que se utilizará en su diagnóstico y tratamiento; pero el descentralizar existe de un control sistemático y toda actividad que se descentralice necesita del control de ella por los niveles calificados para realizarla.

La *dispensarización* es un instrumento de la organización de los servicios de salud, que permite profundizar y operacionalizar la regionalización, ordenando los recursos en función del riesgo, y el enfoque epidemiológico; riesgo que supone puede correr un individuo, una familia, un colectivo de trabajadores o una comunidad, en función del mantenimiento y recuperación de la salud. Así como, el cuidado del medio en el que el individuo vive y el cual influye favorable o desfavorablemente en la posibilidad de enfermar, recuperarse o rehabilitarse.

La dispensarización ha demostrado que en coordinación con el tiempo de observación dinámica, disminuye el número de agudizaciones de la enfermedad que puede concluir con la pérdida de las capacidades del individuo, tanto laborales, artísticas, culturales, como sociales. Pero, ¿qué se entiende por dispensarización? Es el método de observación dinámica usado para mantener o restaurar el nivel de salud de determinados grupos, tanto de población sana, presuntamente sana, o enferma que padece y está expuesta a determinadas patologías, que pueden ser agravadas o favorecidas por el medio en que desenvuelve sus actividades el individuo, el

violaciones patológicas y su relación con el medio, fundamentalmente con los factores sociales, laborales y domésticos, identificándose una vez más la mutua dependencia de la enfermedad y las condiciones sociales de vida. Determinando este enfoque socioepidemiológico, las características más relevantes serían:

- 1) Estudio del nivel de salud de las poblaciones.
- 2) Estudio de los grupos de personas sanas y enfermedad, sean o no atendidas por alguna institución ambulatoria en un territorio dado, con una población determinada.
- 3) Descubrimiento activo de casos con énfasis, ante todo, en los estados primarios del surgimiento de la enfermedad, con la finalidad de prevenir la pérdida de la capacidad de aporte y disfunción social de los enfermos.
- 4) Identificar en cada condición concreta a grupos de individuos saludables o enfermos para la observación dinámica; lo que estará influenciado por la cantidad y la calidad del recurso de que se dispone, para planificar adecuadamente con qué grupo o cual enfermedad se está en capacidad de dispensar.
- 5) Identificar con precisión para cada grupo seleccionado la planificación de medidas curativas, diagnósticas y socioprofilácticas, en base a la realidad concreta de cada territorio o país.
- 6) Estudio del saneamiento de las condiciones de trabajo y vida de los dispensarios para fortalecer su salud, elevar la productividad individual y social y prevenir numerosas enfermedades.
7. Realizar medidas para la rehabilitación médica y sociolaboral de los enfermos.

Al aplicar la dispensarización se debe realizar un diagnóstico del estado actual de la salud de la población mediante actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras efectuadas a determinados grupos, a través de diferentes modelos de atención médica y de los programas básicos en la unidad territorial mínima del SIOS.

Nos faltaría hacer una breve descripción de las actividades que se realizan como parte de la observación dinámica en la dispensarización dependiendo de la complejidad del recurso que se utilice, dependerán las características de las actividades de la dispensarización pueden ser realizadas por un recurso o la combinación de

colectivo de trabajo o la comunidad en su conjunto.

Los objetivos de la dispensarización son:

- a) La conservación de la salud de la población.
- b) La prolongación de una longevidad activa.
- c) El aumento de la capacidad individual y social de los individuos, familias y grupos (laboral, artístico, cultural y otros).

Es importante ante estos objetivos dejar señaladas algunas bases que rigen la organización de la dispensarización:

- *La prevención con énfasis en la profilaxis;* es uno de los principios fundamentales y la dispensarización es el método organizativo que hace posible la conjugación de medidas de carácter preventivo, curativo y rehabilitador de una forma planificada y dinámica en la atención ambulatoria a la población dentro de un enfoque de riesgo.
- *La identificación del nivel de salud de la población constituye un elemento fundamental para el desarrollo del método dispensarizante y, a su vez, este método aporta elementos para un mayor conocimiento y para mejorar el nivel de salud de la población, que da el carácter retroalimentador a la dispensarización y de autorregulación al sistema de salud.*
- *La efectividad social y económica de la dispensarización está condicionada por el grado de desarrollo alcanzado por los sistemas de salud, por las bases que rijan la selección de los grupos dispensarizados, por la planificación de la actividad dispensarizante y por el grado en que se aumenta el nivel científico técnico de las actividades médicas y no médicas en el control del riesgo de los dispensarizados.*
- El método dispensarizante esta condicionado en su desarrollo por el nivel cuantitativo de la organización y tecnología de los recursos, de los medios existentes en la unidad territorial mínima que se utilice y por el modelo de organización de los recursos en la red de servicios, todo ello influenciando sus posibilidades por la organización política y social y las decisiones de políticas de salud en cada situación concreta.

La dispensarización es producto de la comprensión de las relaciones mutuas entre las des-

posibilidades que permitan evaluar si una determinada organización local está acorde a la doctrina de los sistemas locales de salud.

Estos principios, a partir de la conceptualización de la salud, se han identificado mediante experiencias de diversos especialistas y expertos en diversos países. Señalaremos que la aplicación de estos principios sería una guía para encontrar las soluciones acordes a cada país y a cada territorio, ya que la heterogeneidad es una condición obligada de la organización de los servicios y de las poblaciones a proteger. Es importante rescatar la concepción de problemas de salud pública, que ya hoy, no son solo las enfermedades infecciosas, sino, además, aquellos problemas que hoy van apareciendo en muchos países, al prolongarse la vida de las personas y surgir la hipertensión o la diabetes con la misma connotación que tuvo la viruela o el cólera en otra época. Debemos señalar que el orden de enumeración no explicita un nivel de importancia, ni un orden de análisis. Todos ellos deben ser aplicados en las condiciones concretas y estas serán las encargadas de mostrar cuál es posible y cuál no, para esa realidad. Estos principios son los siguientes:

Del papel rector del Estado

Este principio se aplica tanto en los países que tienen sistemas únicos de salud, cuanto en aquellos en que se establecieron sistemas plurales, con participación mayor o menor del sector privado. Para los primeros, el principio se aplica a una dimensión mayor de la intersectorialidad; para los segundos, además de esa, a un ámbito de una conducción intrasectorial. El ejercicio de este principio va a depender fundamentalmente, de la capacidad de conducción sectorial entendida como las actividades de carácter político-estratégico que tienen por objetivo movilizar voluntades políticas y recursos económicos y organizativos, para el cumplimiento de las misiones de un sistema nacional de salud. La conducción es, pues, un proceso eminentemente político y debe ser desarrollada con permanente juicio estratégico. La capacidad de conducción sectorial va a depender de algunos factores que deben ser considerados en conjunto (Matus, C., 1987):

a) De la capacidad de liderazgo existente que refleja las posibilidades de legitimación de los

diferentes recursos: un equipo. Si en un territorio dado la hipertensión arterial es un problema y se determina dispensarizar, se identifican los casos, se llevan a un tarjetero, se priorizan visitas periódicas más intensas, controles de presión arterial, educación al paciente, a la familia y la comunidad de los riesgos de la hipertensión y cómo resolverlos. Controles médicos periódicos y chequeo del individuo como forma profiláctica para evitar el avance de las complicaciones y la muerte prematura.

Es un importante factor la observación dinámica, ya que no solo es la actitud pasiva del personal ante el portador de la enfermedad dispersonalizada, sino además la educación y atención continua al individuo, a su medio familiar, comunitario y laboral, con el correcto enfoque epidemiológico y social.

PRINCIPIOS GENERALES

Hay una serie de principios en la organización de los servicios que se deben tener en cuenta y que deben ser parte de la conceptualización de la salud como categoría biológica social e histórica, que unidas a su opuesto, la enfermedad, expresa el nivel físico, mental y social, del individuo, la familia, los grupos humanos unidos por un trabajo común (colectivos de trabajo) y la comunidad; constituyendo un inestimable bien social y un derecho de la humanidad.

Los principios deben ser tomados, no como prescripciones, sino como expresiones de regularidades generales producto de la experiencia y la observación científica de naturaleza organizacional y asistencial, que permitan calificar y organizar un sistema local de salud. Por el contrario, de no utilizarse, pudiera caer en la generalización de que cualquier arreglo institucional a nivel local sea considerado un SILOS.

Esos principios deben obedecer, al mismo tiempo, a los criterios de que sean suficientemente generales para poder ser adaptados a las innumerables singularidades de los espacios locales latinoamericanos y caribeños y, también, claros y explícitos para establecer los espacios de

*Principios identificados por los Dres. H. Villar, E. Vilalga Méndez, y el autor con la colaboración de T. Gonzales, A. Pagés, C. Jarquín, G. Gonzales, S. Aruoca, T. Guerrero, H. Jaime, y otros.

concepto de región homogénea que es caracterizada como un área natural, formada en un espacio continuo, donde cada parte que lo constituye tiene características similares a las demás.

Para definir una región, incluyéndose aquellas referentes a un SIILOS, se pueden usar diferentes criterios como los utilizados para la regionalización.

Un detalle a considerar es que, al realizar la delimitación geográfica del espacio territorial y poblacional, no importan tanto las distancias físicas sino la distancia tiempo de traslación, que es la que va a determinar el tiempo máximo de respuesta útil; o sea el tiempo requerido para localizar y atender en el nivel de complejidad adecuado, a un paciente en riesgo que si no es tratado, puede morir o incapacitarse (Villar, H., 1988). *La determinación de la base territorial y poblacional es imprescindible para lograr los principios de impacto, de orientación para los problemas y de programación local porque determina los límites del espacio local que comprende una población determinada.* Para efectos operacionales, no basta en delimitar el espacio de un SIILOS, hay que, a través de la sectorización, establecer dentro del espacio local del SIILOS el área geográfica de influencia de cada unidad de servicio y, dentro de esa, los sectores que son subconjuntos homogéneos del área, los cuales a la vez son subdivididos en unidades espaciales mínimas: los domicilios o viviendas (unidades mínimas de atención a la salud). La creación de esta base territorial y poblacional, con sus subdivisiones, va a permitir la implementación de una actividad fundamental de los sistemas locales de salud. Primero, la asignación de usuarios que es hecha a un SIILOS y dentro de cada SIILOS a una unidad de servicio. Hay varias formas de asignar: por unidad, por equipos de salud, por médicos, por personal auxiliar; como también, la adscripción individual, familiar, sectorial, y otros. Se debe recalcar que especialmente en los momentos iniciales de implantación de los sistemas locales de salud, la cuestión de la adscripción no puede ser llevada con rigidez porque la población tenderá siempre a procurar las unidades productoras que mejor funcionen, independiente de su ubicación geográfica.

De la estrategia única

Los servicios de salud deben tener una estrategia y dirección única (rol rector) para la solución

organizadores del proceso y que depende de la acumulación, por parte de ellos, de capital y prestigio político e intelectual.

b) De la capacidad de gobierno o conducción, entendiéndose por ello el conjunto de técnicas, habilidades, conocimientos y experiencias, de un equipo de dirección.

c) De la calidad del proyecto de la administración gobernante en el país, que enuncia los cambios de rumbo en la perspectiva de desarrollo.

d) Del grado de gobernabilidad del sistema a ser conducido, que se expresa en una relación entre variables controladas y no controladas por el equipo de conducción. La dirección va a ejercerse con el reconocimiento de que siendo la salud un inestimable bien social, cabe al Estado, a través principalmente de los Ministerios de Salud, guiar el sistema nacional de salud para sus objetivos finales. En los sistemas nacionales de salud, de carácter plural, *el papel rector del Estado va a depender, en gran parte, de la naturaleza de las relaciones jurídicas que se puedan establecer entre el y los organismos privados.* En este sentido, es importante que estas relaciones sean efectuadas por normas de derecho público, donde el Gobierno, en cuanto representante de los intereses de los diferentes grupos, realice un pacto con instituciones privadas, en condición de supremacía relativa, lo que no es posible en el derecho civil. Solo así, será posible, restringir el carácter privado de esas instituciones, para el cumplimiento de los objetivos de los sistemas de salud.

De la territorialidad y de la población

En todo el territorio de un país debe estar claramente precisado que unidades y de qué complejidad darán atención a los habitantes, estableciendo el territorio con su población, describiendo así, *la unidad mínima territorial de dirección* (sistema local de salud). Esto implica una *relación dialéctica entre la red de unidades productoras de servicios y un espacio-poblacional determinado.* Este espacio es el local y su delimitación se hace a través de estudios de regionalización. Esos estudios de análisis espacial tienen origen fuera del ámbito de la salud e involucran, básicamente, tres corrientes (Boudeville, 1968). En salud se utiliza, normalmente, el

de los problemas de salud del país, pero sin dejar de tener en cuenta las estrategias y soluciones locales de los problemas.

De la cobertura y unidad de acción de los recursos

Independiente de los programas existentes, las actividades de salud de los SILOS serán realizadas de forma simultánea por las diferentes categorías de personal existente. Este principio va dirigido a detener una tendencia en los servicios de salud, de especializar personal en detrimiento de actividades interprogramáticas; además, toda comunidad, grupo humano unido por actividades comunes, familia e individuos, debe tener, de forma explícita acorde a sus características, asignados recursos humanos o personal de salud que le brinden servicios, ya sean institucionales o procedentes de la comunidad; pero organizados dentro de una red de servicios de salud, que pueda tener o no efectores diferentes.

De la orientación y priorización por problemas

Este principio se basa en el hecho real de la *diferencia entre una situación encontrada y una situación-objetivo*. La base está en el hecho de que solo *identificando, describiendo y explicando* un problema es que se podrá actuar convenientemente sobre sus causas, para de esa forma determinar un impacto sobre los niveles de salud. Normalmente los análisis de los problemas que se hacen en los diagnósticos convencionales de salud, son pobres y muchas veces están limitados a su aspecto descriptivo. Por eso, la orientación por problemas exige métodos de gran potencia explicativa, es decir métodos para incidir en la esencia de los problemas, porque si no actuaríamos solo sobre sus causas. Así, trabajar por problemas exige primero, una explicación situacional (Matus, C., 1987), que se expresa por:

a) Una clara precisión del explicado que cons-tituye la *definición* del problema.

b) Un *análisis de la cadena causal* del problema (explicando), lo que puede llevar a la utilización de los problemas de salud del país, pero sin dejar de tener en cuenta las estrategias y soluciones locales de los problemas.

Independiente de los programas existentes, las actividades de salud de los SILOS serán realizadas de forma simultánea por las diferentes categorías de personal existente. Este principio va dirigido a detener una tendencia en los servicios de salud, de especializar personal en detrimiento de actividades interprogramáticas; además, toda comunidad, grupo humano unido por actividades comunes, familia e individuos, debe tener, de forma explícita acorde a sus características, asignados recursos humanos o personal de salud que le brinden servicios, ya sean institucionales o procedentes de la comunidad; pero organizados dentro de una red de servicios de salud, que pueda tener o no efectores diferentes.

Este principio se basa en el hecho real de la *diferencia entre una situación encontrada y una situación-objetivo*. La base está en el hecho de que solo *identificando, describiendo y explicando* un problema es que se podrá actuar convenientemente sobre sus causas, para de esa forma determinar un impacto sobre los niveles de salud. Normalmente los análisis de los problemas que se hacen en los diagnósticos convencionales de salud, son pobres y muchas veces están limitados a su aspecto descriptivo. Por eso, la orientación por problemas exige métodos de gran potencia explicativa, es decir métodos para incidir en la esencia de los problemas, porque si no actuaríamos solo sobre sus causas. Así, trabajar por problemas exige primero, una explicación situacional (Matus, C., 1987), que se expresa por:

a) Una clara precisión del explicado que cons-tituye la *definición* del problema.

b) Un *análisis de la cadena causal* del problema (explicando), lo que puede llevar a la utilización de los problemas de salud del país, pero sin dejar de tener en cuenta las estrategias y soluciones locales de los problemas.

No queremos dar a entender, de lo mencionado, que se quiera disminuir la importancia de los programas de salud en cuanto a los espacios institucionales temáticos de producción, acumulación y difusión de un conocimiento especializado. Lo que ya no es posible, y la práctica ya lo ha demostrado, es pretender responder a problemas complejos y no estructurados, con modelos de intervención comprendidos por paquetes tecnológicos completos, normatizados y previamente diseñados que buscan, además, crear su propia infraestructura.

De esa forma, en un espacio local habrá, siempre y por lo menos, dos conjuntos poblacionales: *la población adversita* que deberá recibir atención ocasional universal, ser satisfecha su demanda espontánea, especialmente las urgencias; y *la población dispensarizada* que debe estar continuamente bajo vigilancia epidemiológica para mantener o restaurar la salud en relación a las condiciones y a los daños identificados.

En algunos países podrá ser necesaria una *adsorción* para delimitar su ámbito explicativo.

c) El establecimiento del *espacio de un problema* para delimitar su ámbito explicativo.

d) *La identificación de los nudos críticos de la cadena causal* donde los cambios cuantitativos y cualitativos originan una alteración significativa del problema. La característica local de los problemas exige que se refuerce la potencia de los métodos explicativos, de modo de involucrar a todos los niveles y espacios situacionales. De otra forma, se podrían romper las relaciones entre problemas generales y locales, limitando las dimensiones estructurales de los problemas locales. La orientación por problemas tendrá, también, repercusiones a nivel de las estructuras y de las funciones organizacionales, especialmente en las instituciones de salud que están acostumbradas *tradicionalmente a ser organizadas por programas*. Como ilustración se puede utilizar una expresión comúnmente conocida, aplicada a varios campos y que, en el caso específico, podría ser formulada de esta manera: *“la sociedad tiene problemas y las instituciones de salud tienen programas”*, organizados por daños o situaciones a enfrentar. Esta cita normalmente se hace para recalcar la incoherencia entre las necesidades de la población y las formas como las instituciones se organizan para atenderlas (Hey- sen, 1986).

cuenta la pluralidad de formas de atención, así como la organización de los servicios de salud a las personas y al medio existentes.

De la intersectorialidad

Los problemas de salud son generalmente de alta complejidad, donde las fronteras del problema y del sistema que lo genera son difusas y el problema está determinado por reglas, pero estas son imprecisas y variables. Así, el concepto de sector de la planificación económica resulta pobre para el enfrentamiento de los problemas cuasi estructurados. Resulta entonces que los problemas de salud difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del "sector salud". Desde el punto de vista intrasectorial, diferentes actividades de diferentes "programas" pueden estar al mismo tiempo envueltas en operaciones relativas a un único problema. Frecuentemente un problema de salud va a exigir actividades que se sitúan en otros sectores. Por ejemplo, si se maneja el problema de "alta mortalidad infantil", actividades de saneamiento, de vivienda, de nutrición, y otras, estarán involucradas. De ahí la importancia de esta dimensión intersectorial en los sistemas locales de salud, aunque reconociendo que por ser un espacio de jerarquía inferior, las posibilidades de un esfuerzo intersectorial estarán siempre limitadas y en la dependencia del grado de articulación que se tenga, en determinado tiempo, con las instancias superiores de gobierno. La intersectorialidad constituye un arma importante para el fortalecimiento de los procesos de conducción y liderazgo, porque permite colocar bajo la capacidad rectora de las autoridades sanitarias, problemas que manifestándose sustantivamente, como de salud, están interconectados con las causas situadas fuera del ámbito de acción administrativa de ese sector. El concepto de intersectorialidad le va consigo el de espacio de concertación de acciones de forma conjunta.

Hay muchos factores que están en las bases de la acción de la salud". Con todo, y por la fuerza de la propia definición de la propuesta de organiza-

De la programación local

ción institucional que se dará por la pertenencia a una organización, especialmente aqueñada a una seguridad social, conformándose un tercer subconjunto de adscripción (Jaimé, H., 1988), que es denominado por Kerr White, de regionalización sistémica (Novaes, 1987). El establecimiento de las prioridades dentro de las actividades antes mencionadas permitirá al equipo de dirección en los SILEOS priorizar las fases (ataque, mantenimiento o consolidación) para las acciones en función de las modificaciones del daño, la tecnología disponible y los recursos existentes. Es indispensable destacar en este principio la necesidad de la investigación de servicios de salud para la identificación de metodologías, nuevos modelos de atención o nuevos sistemas de evaluación de la calidad de la atención.

De la responsabilidad compartida

Este principio enunciado por el Director de la Organización Panamericana de la Salud, cuando define un sistema local de salud, como "la articulación de todos los recursos existentes en una zona para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y sobre todo, el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita" (Macedo, C., 1987). De esa manera, en un espacio local la población debe reconocer en los servicios, sus servicios, al tiempo en que los servicios reconocen en la población, su población, creándose un compromiso de responsabilidad conjunta por la situación de salud. Las condiciones de posibilidades de ese principio son dadas, de un lado, por el principio de la base territorial y poblacional que permite una identificación mutua, tanto física, como funcional, entre unidades productoras de servicios y población; de otro lado, por las condiciones que tornen posible la construcción de relaciones recíprocas de carácter democrático, lo que va a remitir al principio siguiente, de la participación social.

De la realidad

La cantidad, calidad y distribución territorial de los recursos existentes deben determinar la lógica y la organización de la red de los servicios en los sistemas locales de salud. Teniendo en

la organización, sin el correspondiente poder de-
 cisorio. En el campo de la salud se aplican nor-
 malmente, los conceptos de descentralización y
 desconcentración. La descentralización es un
 principio básico para la viabilización de los siste-
 mas locales de salud porque es a través de ella,
 como hecho político de redistribución de poder,
 que se puede crear un lugar con mayor o menor
 grado de autonomía decisoria. Es un espacio, por
 lo tanto, de restauración del poder local, en sus
 aspectos técnico-administrativo y político. Cabe,
 entre tanto, calificar un poco más la descentraliza-
 ción. *Primero*, para no tomarla absoluta. *Descen-*
tralizar no puede significar autarquizar las unida-
des periféricas, lo que correspondería a crear el
 caos e impediría el ejercicio de ciertas funciones
 indelegables, como la función redistributiva. Se-
gundo, porque la descentralización guarda con la
centralización una relación binóvoca, donde a
 cada movimiento de descentralización correspon-

de otro de centralización. Así, en un sistema local
 de salud, ciertas actividades de dirección y de ser-
 vicios pueden ser centralizadas (por ejemplo, cen-
 tralización de los servicios de apoyo diagnóstico y
 terapéutico). *Tercero*, porque *descentralización y*
desconcentración pueden estar presentes convi-
niendo en un mismo instante y en una misma orga-
nización, en un proceso de mutua complementa-
 ción. La posibilidad de creación de sistemas
 locales de salud eficaces y eficientes socialmente,
 igualitarios y democráticos, está asociada a la des-
 centralización que, a su vez, va a depender de
 ciertas variables como la decisión política global,
 la tradición de descentralización, los marcos jurídi-
 co-normativos, el nivel de movilización de la so-
 ciedad civil, etc. Por fin, vale la pena subrayar que
 la descentralización, como hecho político de redis-
 tribución del poder, casi nunca será fruto de una
 concesión del centro a la periferia. Diferentemen-
 te, surge en una relación de negociación entre dife-
 rentes actores sociales, ubicados en diferentes ni-
 veles organizacionales. Así es, también, como la
 práctica viene demostrando en diversos países, en
 el caso de los sistemas locales de salud.

De la resolutividad e integralidad por niveles de complejidad

Para que la red de servicios funcione por esca-
 lones, es necesario que cada nivel de compleji-
 dad tenga nivel resolutivo de los problemas de

bos sentidos, de la información científico-técni-
 ca es básica para la calidad de los servicios y
 como elemento motivador del equipo de salud.

De la equidad de los servicios de salud

En él se señala que tanto la prevención como
 la recuperación y rehabilitación son respuestas a
 problemas de salud pública, y por tanto, son para
 todos. No queremos dejar de destacar en este
 principio que los problemas que hoy se producen
 son a consecuencia de la prolongación de la vida y
 hacen que tomen la categoría de problema de salud
 pública, y por tanto es obligación de todos resol-
 verlos y todos deben recibir sus beneficios.
 Es parte integrante de este principio la equi-
 dad vista desde la calidad de la atención, se debe
 tener en cuenta que unidades con iguales recur-
 sos dan atención médica desigual y por tanto
 producen inequidad.

De la centralización y desconcentración

Aquí queremos realzar la importancia de
 comprender que en todos los niveles organizati-
 vos se debe producir la descentralización, pero
 para que se realice se necesita también descen-
 tralizar las soluciones. A su vez también se nece-
 sita centralizar, y en el nivel local (SILOS) se
 centralizan las actividades en función del daño,
 las necesidades locales, los recursos, teniendo
 en cuenta los elementos de la economía de escala
 y las funciones y acciones socioepidemiológicas
 de los servicios. La existencia de sistemas loca-
 les de salud coloca, obligadamente, la necesidad
 de la descentralización. Este concepto—que pre-
 senta variantes político-jurídicas y organiza-
 cionales—está lejos de ser consensual en el cam-
 po teórico. Hay, por lo menos, dos dimensiones
 de interpretación más comunes: descentraliza-
 ción y desconcentración. *La descentralización*
 significa la transferencia de poder y recursos
 desde un punto central hasta un punto periférico
 de cualquier sistema, sin rupturas entre las co-
 municaciones entre ellos y sin significar el apar-
 tamiento absoluto del centro (Vieira, P. R.,
 1979). *La desconcentración* representa la mera
 delegación de atribuciones a distintos niveles de

³Identificado y desarrollado por M. Rovere, E. Vilaga
 Mendes y el autor.

salud, acorde con la complejidad tecnológica de la red en su conjunto; pero, además, la integralidad hace de este principio un elemento básico organizativo, ya que de una vez por todas, hay que afirmar el fin de las dicotomías entre las acciones preventivas y curativo-rehabilitadoras, o de salud individual y salud colectiva, o de atención a las personas y de atención al medio, casi siempre, en base de la justificación ‘técnica’ de los sistemas organizados por necesidades de mercado. Implica reconocer que las intervenciones de un sistema local de salud sobre el proceso de salud-enfermedad conforma una totalidad que engloba los sujetos del sistema y sus interacciones con los ambientes natural y social. De ese modo, la existencia –tan común en la Región– de instituciones especializadas; por ejemplo en salud pública y, otras en atención médica, carecen de justificación. Así también, las acciones destinadas a personas y las acciones referentes al medio ambiente. La integralidad exige exactamente que el *sistema local de salud sea el espacio de intervención integradora* –en su ámbito tecnológico– sobre individuos, familias, ambientes colectivo, grupos sociales y medio ambiente. Esa dimensión de integración de los SILOS no significa el desconocimiento de que, desde el punto de vista táctico-operacional, ciertas acciones pueden ser desarrolladas con énfasis relativamente diferentes, en tiempos diversos. La aplicación práctica del principio de la resolución y de la integralidad presenta varias dimensiones: una de ellas está en la integración entre la atención ocasional a la demanda espontánea –normalmente denominada de ‘atención médica’– con la atención continua de bre grupos priorizados por riesgos, habitualmente llamada de ‘salud pública’. Ese eje de integración es fundamental porque lo que va a garantizar en un primer momento, la legitimidad social y la credibilidad política de un SILOS, es la capacidad de resolución de las demandas de la población, en cada nivel y que normalmente son enfermedades autopercibidas. Esa respuesta, además, constituye elemento esencial para la organización de la atención continua a través de la dispensarización, la cual, como lo demuestra la práctica, sin la primera no funciona. Cabe aquí una digresión para discutir, cómo muchas veces de forma equivocada se coloca esta cuestión como un falso dilema entre programas verticales y horizontales.

Se entiende que la integralidad no se reduce a una simple y mágica horizontalización de programas verticales. Al revés, este principio recoge la existencia de acciones que pueden y deben ser desarrolladas de una y otra forma. Si los insumos son homogéneos y si el proceso tecnológico es de baja complejidad, y el riesgo epidemiológico es grande, se deben utilizar acciones verticales (por ejemplo, la fase de ataque a vectores de ciertas enfermedades); por el contrario, si los insumos son heterogéneos, el proceso complejo, y el riesgo epidemiológico es a mediano plazo, se debe optar por acciones horizontales. *Lo que no es deseable y hiere el principio de la integralidad, es la existencia de enclaves institucionales temáticos, con líneas de mando verticalizadas y desintegradas y con recursos vinculados que, en la realidad, constituyen espacios de micropoder institucionales que se auto-perpetúan y a los cuales, erradamente, se denomina programas verticales.* En la práctica, la integración muchas veces es considerada como la acción conjugada de las actividades promocionales, preventivas, curativas y rehabilitadoras en la atención de la salud a las personas. Con todo, no se debe limitar de esa forma, debiéndose integrar en un SILOS esas actividades sobre personas, familias, y sus ambientes colectivos, como las escuelas y fábricas. Más aún, la integralidad de la atención va a exigir la incorporación integrada en el espacio de un SILOS de acciones sobre el medio ambiente, tales como las relativas al saneamiento, a la vigilancia sanitaria, etc. Por cierto que en esta instancia local, se van a desarrollar algunas de estas actividades, ya que muchas otras se van a dar en espacios de nivel superior.

Debemos dejar establecido además en este principio la imposibilidad del diseño de la red de menor complejidad, si no está definida la red en su conjunto.

De la heterogeneidad de las formas de atención

Se debe tener en cuenta que la heterogeneidad es la constante en la naturaleza, por tanto, los servicios de salud deben responder a ella. La composición tecnológica debe estar acorde a las diversas complejidades y heterogeneidad de los problemas a resolver; este principio debe tener en cuenta también la proporción e influencia recíproca entre los diferentes recursos físicos, humanos y la composición tecnológica de la red de servicios de salud. Otro punto en este principio se refiere a la complementariedad de los siste-

- a) en las definiciones de las acciones de salud;
- b) en la agregación de cuerpos de conocimiento para enfrentar problemas;
- c) en la atención a las necesidades de salud; en la integración de conocimientos de salud, epidemiológicos, sociales y políticos;
- d) en los nuevos perfiles ocupacionales; en la colectivización y socialización crecientes del saber; en la participación social;

Como consecuencia, en recursos humanos, pueden ser considerados varios elementos a tener en cuenta (Arango, Y., 1988):

- La integración funcional.
- De la división del trabajo dentro de la red de servicios.
- Del desarrollo permanente.
- De la acción innovadora del personal de salud.
- De la participación óptima de los recursos en los SILOS.

Del impacto

Todo servicio de salud se organiza con el objetivo de producir cambios en el cuadro ambiental y epidemiológico y no solo para la producción de actividades preventivas o asistenciales; sus servicios en consecuencia, estarán dirigidos a la protección al medio y a las personas. Un sistema local de salud tendrá sentido si sus resultados presentan una utilidad que se exprese en el impacto sobre los niveles de salud de un determinado espacio poblacional. Por impacto, entonces, se deben entender los cambios en el estado actual y futuro de la salud de la población que puedan ser atribuidos a los servicios de salud. La evaluación del impacto se relaciona, por lo tanto, con un resultado o sea, con la capacidad que tienen las actividades de un sistema local de salud en alterar, para mejorar los niveles de morbilidad, o incapacidad (Castillo, 1987). Así, lo que en un último caso va a justificar un SILOS es su capacidad de impacto y de ahí, va a derivar un conjunto de otros principios asistenciales y organizativos porque si no, el sistema podría, perfectamente, estar diseñado para la atención a la demanda espontánea, a través de un sistema atomizado. Mas, sobre todo, el principio del impacto se impone porque, como se mencionó, la propuesta de SILOS está dirigida para la atención a las necesidades de salud de la población. Es a través del principio del impacto

Del no rechazo de la demanda

mas locales de salud; de un modo general, incluye el nivel de atención primaria, que a pesar de las innumerables interpretaciones teóricas y operativas que puede recibir, *grosso modo*, incluye la atención ambulatoria y hospitalaria generales. Además, desde un punto de vista estratégico-operacional, representan el nivel político-operativo. En consecuencia, los SILOS guardan una relación de intercomplementariedad con los otros niveles del sistema nacional de salud, tanto en el aspecto estratégico-gerencial, como en el modelo asistencial. En otras palabras los sistemas locales de salud no son entes autónomos, ni desde el punto de vista gerencial, ni desde el punto de vista asistencial. Al revés, dependen de los niveles jerárquicos superiores que por su lado, solo se justifican si son complementados por los SILOS en cuanto espacios de encuentros entre los servicios y la población, en base a la solución eficaz y eficiente de la problemática de salud.

Aquí se señala que cuando el primer nivel de complejidad rechace pacientes, estos irán hacia la unidad de mayor complejidad, produciendo un exagerado uso de los servicios de emergencia, ya que la atención de los pacientes en última instancia es responsabilidad de la red de servicios y no solo de las unidades de salud individualmente. No podemos pensar que existiendo servicios públicos abiertos solo porque un servicio no quiera atender, el paciente va a quedarse con los brazos cruzados, y la demostración son los consultorios de emergencias atestados de personas que no deben ser atendidos en ese lugar, pero al ser el único abierto, la gente los sobreutiliza y los hace ineficientes.

Por tanto, se deben establecer en la red de servicios accesos o puertas de entrada con capacidad de solución en todos sus puntos.

De la capacitación continua de los recursos humanos

La implantación de sistemas locales de salud, orientada por el concepto y por los objetivos y principios hasta ahora definidos, exigirá una reorientación de las políticas relativas a los recursos humanos, se necesitará un personal que dé cuenta de las responsabilidades que imponen esos procesos de transformación social en la salud. Los cambios se reflejarán en el campo de los recursos humanos a través de diferentes formas:

que se puede llegar a la eficacia de un sistema local de salud, como uno de sus objetivos.

De la relación de eficiencia y participación social

El grado de eficiencia de la red de servicios esta directamente influenciado por el grado de participación social que exista en la planificación y control de los servicios de salud. La participación social en los programas de salud se inicia bajo el nombre de participación comunitaria en la década de los 60, difundiendo-se desde los países centrales a los países no aliados, a partir de las experiencias en el continente de combate a la pobreza. Los objetivos de estos programas, de aumentar la eficacia de las políticas públicas y atenuar las tensiones sociales en las minorías, y los impactos políticos que llevaron a su agotamiento, son bien conocidos. En la década del 70, *se afirma la estrategia de desarrollo integral de la comunidad*, a partir de un reconocimiento de la necesidad de colaboración entre el gobierno, sus instituciones y la población marginalizada que participa aportando recursos potencialmente existentes en la comunidad, especialmente mano de obra. La participación en las decisiones, en la forma que se harán las cosas, es prácticamente nula y el objetivo implícito es disminuir los costos de los programas sociales para el Estado. Con el desarrollo democrático vigente en los países latinoamericanos se puede observar el surgimiento de nuevos modos de participación, de calidad distinta de los anteriores, que son denominados de participación social. La participación social es, fundamentalmente, una forma de redistribución de los poderes técnico, administrativo y político, que se aproximan a la periferia de los hechos y a las personas que participan; en consecuencia, además de objetos son sujetos de ese proceso. Dirigida para el campo de la salud, la participación social en los sistemas locales es definida 'como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como en la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria' (de Roux, G., 1988). En ese sentido, la participación social es un hecho político porque representa el ejercicio de una capacidad organizativa concreta

de la población —en cuanto sociedad civil— teniendo en cuenta el control sobre las actividades de salud en determinado espacio-población. Es por eso que algunos técnicos prefieren referirse a este proceso de apropiación institucional por la sociedad civil, como participación popular; ya que esa expresión estaría en clara sintonía con la activación de la sociedad civil y con la presencia de las capas populares en la escena política en la defensa de sus intereses (Somarriva, M., 1988). Las posibilidades de la participación social en los sistemas locales de salud varían de acuerdo con el grado de maduración de las sociedades, con el estilo de descentralización vigente y con la tradición organizativa de la población. Mas va a exigir, siempre, una nítida identificación entre los papeles del Estado y de la sociedad civil. Se postula que en la interacción entre esos agentes, y en estos procesos, se transforman ambos, pasando a reconocerse como negociadores en un espacio local de deliberación, concertación y control. Lo que queda claro es que la participación social depende de la emergencia en la arena política, de nuevos sujetos sociales como asociación de vecinos, movimientos de mujeres, etc.

La organización de los servicios y la aplicación de estos principios significa mayor eficacia operativa y administrativa en la ejecución de los planes de desarrollo de los SILOS. Implica, asimismo, un mayor realismo en su concepción y un apoyo a lo concreto y factible en cada contexto nacional dado.

La organización de la red de servicios de salud, en los sistemas locales de salud, debe ser un mecanismo de descentralización de políticas, de administración, de tecnología y de servicios, que responda a los principios mencionados, delimitando de manera sistemática los territorios, sus poblaciones y los equipos de dirección, capaces de organizar los recursos existentes en base a condiciones de eficiencia, eficacia y equidad.

La salud es un hecho político dentro de las sociedades, el análisis del proceso organizativo, los principios identificados a través de un proceso de experiencias continuas, nos pueden brindar las herramientas necesarias para hacer que los servicios de salud logren el impacto requerido y con ello la credibilidad por la población y el

Macedo, C. G. de. *Descentralización*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 102(2), 1987.

Macedo, C. G. de. *Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS/OMS, 1987-1990.

Macedo, C. G. de Mensaje del Director. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, febrero 1987.

Mahler, H. *Discurso en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington D.C., 1986.

Marton, A. M. *Regionalización dos serviços de saúde do Brasil*. Revista de Administração Pública, 17 (3) 121-49, Jul./Sept. Rio de Janeiro, Brasil, 1983.

Matus, C. *Política, planificación y gobierno*. Washington, D.C. (mimeo) 1987, págs 377-420.

Mayer J. D. *The distance behavior of hospital patients: Disaggregated analysis social science and medicine*. 1983, 17 (12): 819-27.

Méndes, E. V. *Reformulación do sistema nacional de saúde*. Contribución a los Debates de la VIII Conferencia Nacional de Saúde de Saúde (mimeo). Brasília, Brasil, 1986.

Méndes, E. V. *O planejamento de saúde no Brasil: ort-miento de la salud: Programación local y descentralización administrativa*. Santo Domingo, República Dominicana, 1 al 5 de noviembre de 1987.

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicio de Salud. *Guía de documentación para un análisis de situación de la descentralización y los sistemas locales de salud*. Washington, D.C., 1988.

Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, D.C., 1982. Documento Oficial No. 179:47.

Puentes, C. *Bibliografía sobre descentralización de sistemas de salud*. Washington D.C., 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Reunión sobre extensión de la cobertura en el desarrollo de atención primaria de salud: *Programación local y descentralización administrativa*. Santo Domingo, República Dominicana, 1 al 5 de noviembre de 1987.

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicio de Salud. *Guía de documentación para un análisis de situación de la descentralización y los sistemas locales de salud*. Washington, D.C., 1988.

Organización Panamericana de la Salud. *Actas de la reunión de Querétaro, México*. 26-30 noviembre 1984. 'Seminario/Taller sobre Descentralización y administración local de sistemas de salud', Washington D.C., 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Reunión sobre *Buenos Aires, Argentina*, 1987, págs. 1.

Clarke, G. *The role of the State in the delivery of health services*. American Journal of Public Health, Vol. 71, January, 1981.

Ferreira, J. R. *La integración de los servicios, la docencia y la investigación en la atención primaria*. Sociedad y Salud No. 2-3, Lima, Perú 1986.

Filitsch, A.; Franco, R. y Palma, E. *Planificación con participación*. ILPES, Boletín de Planificación No. 14, marzo 1982.

Freije Jr, M. de B. *Uma contribuição do sistema de controle gerencial aplicado a empresas de prestação de serviços profissionais*. Tese EAESP-FGV, São Paulo, Brasil, 1986, pp. 22-36.

Gosselin, R. *Descentralization/Regionalization in Health Care: The Quebec Experience in Health Care*, Management Review, 1984.

Heyesen, S. y Musgrove, P. *Esperanza de vida y su relación con ingresos, agua potable y consultas médicas en el Perú*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 100 (1): 33-45, 1986.

Jaimé, H. A. y López, A. G. *La programación de los SILOS en áreas urbanas de alta concentración poblacional: el caso de Palmatilla de la Región I Norte del Distrito Federal, México*. OPS, Serie Desarrollo de Servicios de Salud 42:27, Washington, D.C. (mimeo), 1988.

Kieczowski, B. M. y Pibouleau, R. *Criterio de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo*. Publicación Científica 382(2):33. Organización Panamericana de la Salud, 1979.

López Acuña, D. y Romero, A. *Proyecto para el desarrollo de métodos para la programación local de salud*. (mimeo) OPS/OMS, 1988.

Macedo, C. G. de. *Descentralización*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 102(2), 1987.

Macedo, C. G. de. *Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS/OMS, 1987-1990.

Macedo, C. G. de Mensaje del Director. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, febrero 1987.

Mahler, H. *Discurso en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington D.C., 1986.

Marton, A. M. *Regionalização dos serviços de saúde do Brasil*. Revista de Administração Pública, 17 (3) 121-49, Jul./Sept. Rio de Janeiro, Brasil, 1983.

Matus, C. *Política, planificación y gobierno*. Washington, D.C. (mimeo) 1987, págs 377-420.

Mayer J. D. *The distance behavior of hospital patients: Disaggregated analysis social science and medicine*. 1983, 17 (12): 819-27.

Méndes, E. V. *Reformulação do sistema nacional de saúde*. Contribución a los Debates de la VIII Conferencia Nacional de Saúde de Saúde (mimeo). Brasília, Brasil, 1986.

Méndes, E. V. *O planejamento de saúde no Brasil: ort-miento de la salud: Programación local y descentralización administrativa*. Santo Domingo, República Dominicana, 1 al 5 de noviembre de 1987.

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicio de Salud. *Guía de documentación para un análisis de situación de la descentralización y los sistemas locales de salud*. Washington, D.C., 1988.

Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, D.C., 1982. Documento Oficial No. 179:47.

Puentes, C. *Bibliografía sobre descentralización de sistemas de salud*. Washington D.C., 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Reunión sobre extensión de la cobertura en el desarrollo de atención primaria de salud: *Programación local y descentralización administrativa*. Santo Domingo, República Dominicana, 1 al 5 de noviembre de 1987.

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicio de Salud. *Guía de documentación para un análisis de situación de la descentralización y los sistemas locales de salud*. Washington, D.C., 1988.

Organización Panamericana de la Salud. *Actas de la reunión de Querétaro, México*. 26-30 noviembre 1984. 'Seminario/Taller sobre Descentralización y administración local de sistemas de salud', Washington D.C., 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Reunión sobre *Buenos Aires, Argentina*, 1987, págs. 1.

Clarke, G. *The role of the State in the delivery of health services*. American Journal of Public Health, Vol. 71, January, 1981.

Ferreira, J. R. *La integración de los servicios, la docencia y la investigación en la atención primaria*. Sociedad y Salud No. 2-3, Lima, Perú 1986.

Filitsch, A.; Franco, R. y Palma, E. *Planificación con participación*. ILPES, Boletín de Planificación No. 14, marzo 1982.

Freije Jr, M. de B. *Uma contribuição do sistema de controle gerencial aplicado a empresas de prestação de serviços profissionais*. Tese EAESP-FGV, São Paulo, Brasil, 1986, pp. 22-36.

Gosselin, R. *Descentralization/Regionalization in Health Care: The Quebec Experience in Health Care*, Management Review, 1984.

Heyesen, S. y Musgrove, P. *Esperanza de vida y su relación con ingresos, agua potable y consultas médicas en el Perú*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 100 (1): 33-45, 1986.

Jaimé, H. A. y López, A. G. *La programación de los SILOS en áreas urbanas de alta concentración poblacional: el caso de Palmatilla de la Región I Norte del Distrito Federal, México*. OPS, Serie Desarrollo de Servicios de Salud 42:27, Washington, D.C. (mimeo), 1988.

Kieczowski, B. M. y Pibouleau, R. *Criterio de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo*. Publicación Científica 382(2):33. Organización Panamericana de la Salud, 1979.

López Acuña, D. y Romero, A. *Proyecto para el desarrollo de métodos para la programación local de salud*. (mimeo) OPS/OMS, 1988.

BIBLIOGRAFIA

aumento del peso político de los sistemas locales de salud.

BASES PARA LA ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Hugo Villar

Los requisitos fundamentales para el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) son: organizar un modelo integrado de asistencia, docencia e investigación basado en nuevas concepciones o principios, para el logro de un funcionamiento eficaz y eficiente de todo el sistema de salud, así como el desarrollo de un modelo de administración con las características básicas de apoyo al modelo integrado de salud.

MODELO INTEGRADO DE ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACION

Modelo de asistencia: Atención integral a la salud

Desde el punto de vista asistencial no se puede hablar de un modelo único aplicable a las diferentes situaciones y a las variadas particularidades de diferentes países y regiones de las Américas. Sin embargo, parece necesario tomar en cuenta algunos conceptos básicos y una serie de principios generales que tendrían que considerarse al organizar un sistema local de salud.

Por modelo de asistencia entendemos: "las formas como se organizan, en determinados espacios de población, los servicios de salud, incluyendo diferentes unidades prestadoras de diversas complejidades tecnológicas y las relaciones que se establecen dentro de ellas y entre ellas" (1).

Por otra parte, el ámbito de trabajo de los sistemas locales de salud debe otorgar la oportunidad de hacer realidad la unificación de los recursos de la población y de los recursos del sector, en acciones conjuntas para la salud.

De esta manera, se deben utilizar los programas de salud y su capacidad de movilización, para favorecer el desarrollo de la infraestructura de salud, de manera de poder destinar los recursos en función de las necesidades socialmente más relevantes, procurando la convergencia entre los conocimientos clínicos, la epidemiología y la administración.

En los SILOS se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas que buscan atender las necesidades de la población, con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente para la producción de los servicios necesarios.

Para el desarrollo del tema debemos tomar como base compromisos políticos fundamentales adoptados por acuerdo de los Gobiernos de la Región:

a) La meta
La definición de la XXX Asamblea Mundial de la Salud, en 1977, de lograr para el año 2000 un nivel de salud que permita a todos los ciudadanos del mundo llevar una vida social y económica productiva, conocida como la meta de salud para todos en el año 2000 y la consecuente definición, en 1978, de la estrategia de atención primaria.

b) Las estrategias y el plan de acción
En la Región de las Américas se definen en 1980, las estrategias y objetivos para alcanzar esa meta y en 1982, el Plan de Acción para la instrumentación de esas estrategias regionales, en donde se incluye, dentro de sus enunciados, reorganización de la infraestructura de salud como condición fundamental para lograr la cobertura de salud a toda la población, con equidad, eficacia y eficiencia.

c) Una táctica posible:
En el documento de OPS de abril de 1988 sobre "El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de temas nacionales de salud" (2) se señala que "los sistemas locales de salud deben favorecer el desarrollo de nuevas formas de acción que permitan la creación de redes de atención integral a la salud, en coordinación con una efectiva representación y participación de la comunidad,

de la atención primaria a la salud como estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Las experiencias acumuladas a nivel continental en las Américas en los procesos de instrumentación de la estrategia de atención primaria, permiten comprobar la coexistencia de diversas interpretaciones de su significado, lo que trae implicaciones concretas en cuanto a sus aspectos operacionales (4).

- La atención primaria como un nivel de atención dentro del sistema de salud.
- La atención primaria como un programa, con objetivos dirigidos a satisfacer algunas necesidades de determinados grupos humanos considerados marginalizados, con recursos diferentes, tecnologías simples y a bajo costo.
- La atención primaria como una estrategia de reorganización del sector salud, que afecta y abarca a todo el sistema de salud y a toda la población asistida por el sistema.

a) La interpretación de la atención primaria como un nivel de atención, limita su significación a una noción de tipo técnico administrativa, se refiere solamente a uno de los niveles definidos según el concepto de complejidad tecnológica y se confunde, además, con la noción de niveles de atención, que integra el contenido operacional de la interpretación de la atención primaria como estrategia.

b) La interpretación de la atención primaria como un programa específico, es inconsistente y opuesta al requisito de equidad de la doctrina, "salud para todos en el año 2000". El resultado concreto de esta interpretación es el desarrollo de programas marginales, con cursos marginales, dirigidos a poblaciones marginalizadas, de regiones marginalizadas. Significa, en forma implícita o explícita, la aplicación de una política descriptivista que va a consolidar las desigualdades personales y regionales.

c) La interpretación de la atención primaria como una estrategia, tal como se define en los documentos oficiales de OMS y OPS comprende y afecta a todo el sistema de salud y a toda la población. Constituye la interpretación correcta del significado que tiene la meta de salud para todos en el año 2000 y es, además, la más justa y democrática.

con el objeto de transformarse en estructuras más sensibles a las necesidades de la población.

La atención integral a la salud: sus principios

a) Universalidad

La meta de lograr la cobertura de salud a toda la población con equidad, esta basada en el reconocimiento del derecho a la salud, es decir, que todos los ciudadanos tengan la posibilidad efectiva de tener acceso a servicios de salud de todos los niveles de complejidad tecnológica según sus necesidades y reciban una atención de salud esencialmente semejante.

Para que este derecho tenga aplicación efectiva en la práctica, resulta indispensable establecer como contrapartida, la responsabilidad del Estado de garantizar ese derecho.

b) Continuidad

El modelo de atención debe tratar de asegurar la continuidad en la atención a la salud de las personas, de modo que el equipo asistencial pueda atender a los individuos, las familias, los grupos sociales y la población en su conjunto, según sus necesidades, en los consultorios, en sus domicilios, en los centros de estudio y de trabajo, y en la red jerarquizada de servicios integrada por los consultorios, centros de salud, policlínicos y hospitales.

c) Integralidad

Un sistema local de salud significa el ordenamiento y la integración de programas y actividades para la atención al individuo, la familia y la comunidad, y para la atención al medio, de una manera coherente, armónica y lógica en relación a las verdaderas necesidades de la población, lleva implícita la superación de esfuerzos aislados, ya sean actividades destinadas a poblaciones según grupos de edades, por patologías o por acciones preventivas o curativas. Es un esfuerzo conjunto de todo el sistema de salud, para organizar sus recursos y actividades en relación a las necesidades de la población y sus riesgos principales. Es un enfoque integrador tanto conceptual como operacional (3).

La estrategia de la atención primaria de salud

Parece importante, en relación con estos principios, considerar sus relaciones con el concepto

Actividades dirigidas al medio natural y social:

Con un enfoque también integral podrá decirse que incluye actividades dirigidas a la promoción, protección y recuperación del medio natural (físico y biológico) y todas aquellas actividades dirigidas a mejorar las condiciones de vida del medio social.

En aplicación de este concepto integral de la atención, partimos de la base de que no se justifican organizar unidades de servicio dirigidas a los sanos y unidades dirigidas a los enfermos. Todos los servicios deben estar organizados según un enfoque integral; lo que varía de uno a otro es el nivel de atención que pueden brindar según su capacidad de resolución de problemas, la cual está fundamentalmente condicionada por su nivel de complejidad tecnológica y por el nivel de los recursos humanos disponibles. Para que esta concepción tenga aplicación práctica, efectiva, resulta necesario impulsar cambios importantes en las culturas de organización, tanto de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública, como de aquellas que tradicionalmente ofrecen servicios curativos de atención.

Ello significa, además, abandonar la práctica de programas verticales de salud pública aislados, programados y dirigidos en forma centralizada, para integrar todas las actividades y desarrolladas a través de programas integrados, desarrollados en base a problemas, riesgos, demandas y necesidades, identificados en el espacio-población correspondiente, con un enfoque epidemiológico. De esta manera, el concepto de atención integral determina que los servicios no se limiten a satisfacer la demanda espontánea, o atender las necesidades técnicas o del mercado, con un concepto de rentabilidad económica, sino que se organicen para dar respuesta a las necesidades sociales en salud, con un enfoque epidemiológico y con criterios de equidad, de eficacia y eficiencia social.

La atención integral a la salud, sus requisitos

Cuando se organizan servicios de atención a la salud para una población determinada, es necesario tener en cuenta una serie de requisitos (9):

- a) Deben resultar accesibles a todos los habitantes del área geográfica definida, tanto desde el punto de vista legal, como geográfico, económico y cultural.
- b) Deben satisfacer la demanda de servicios

Todas las actividades realizadas con orientación preventiva, para evitar la enfermedad, limitar su desarrollo, evitar secuelas o impedir la muerte y con un triple enfoque somático, psicológico y social.

de recuperación y de rehabilitación.

de desarrollo del proceso patológico: actividades

aliviar los sufrimientos, según el tipo y el grado de recuperación y de rehabilitación.

c) Restablecer la salud, prolongar la vida, o conjunto: actividades de protección;

las, los grupos sociales o la población en su conjunto: actividades de protección;

los que están expuestos los individuos, las familias, los grupos sociales o la población en su conjunto: actividades de protección;

a) Promover mejores niveles de salud, acrecentando el nivel y la calidad de vida: actividades de promoción;

b) Proteger contra diversos tipos de riesgos a las personas, tanto

Actividades dirigidas a las personas, tanto dirigidas al medio (8).

Actividades dirigidas a las personas y actividades dirigidas al medio (8).

cepto de atención integral a la salud comprende actividades dirigidas a las personas y actividades dirigidas al medio (8).

Para desarrollar esta estrategia, resulta necesario superar la falsa dicotomía entre acciones preventivas o de salud pública y acciones curativas o de atención médica. El concepto de atención integral a la salud comprende actividades dirigidas a las personas y actividades dirigidas al medio (8).

Entendemos la estrategia de atención primaria, como el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población (7).

Para desarrollar esta estrategia, resulta necesario superar la falsa dicotomía entre acciones preventivas o de salud pública y acciones curativas o de atención médica. El concepto de atención integral a la salud comprende actividades dirigidas a las personas y actividades dirigidas al medio (8).

Para lograr esos cambios (6).

medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios (6).

deberá efectuar una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios (6).

los sistemas nacionales de salud. Cada gobierno deberá efectuar una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios (6).

orientación, la organización y la administración de los sistemas nacionales de salud. Cada gobierno deberá efectuar una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios (6).

reclama transformaciones sociales y económicas para lograr esos cambios (6).

ción de la meta salud para todos en el año 2000. "La consigna de atención primaria de salud" (5).

desde una perspectiva integral basada en la estrategia de atención primaria de salud" (5).

ble a través de una profunda transformación de los sistemas existentes en la mayoría de los países, para lograr esos cambios (6).

La consecución de ese objetivo solo será posible a través de una profunda transformación de los sistemas existentes en la mayoría de los países, para lograr esos cambios (6).

cobertura universal, eficiencia y participación social. La consecución de ese objetivo solo será posible a través de una profunda transformación de los sistemas existentes en la mayoría de los países, para lograr esos cambios (6).

llo de los sistemas nacionales de salud con miras a lograr esos cambios (6).

deberá hacer un esfuerzo adicional para el desarrollo de los sistemas nacionales de salud. Cada gobierno deberá efectuar una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios (6).

la Organización (Oficina y Gobiernos Miembros) para lograr esos cambios (6).

Guerra de Macedo: "En los próximos cuatro años de la Organización (Oficina y Gobiernos Miembros) para lograr esos cambios (6).

sistemas nacionales de salud. Declara el Dr. Carlyle Guerra de Macedo: "En los próximos cuatro años de la Organización (Oficina y Gobiernos Miembros) para lograr esos cambios (6).

satisfacción se requieran, a su vez, recursos humanos, materiales y tecnológicos, de diferentes niveles de complejidad.

Las necesidades de mayor frecuencia se originan en la población sana y se refieren a los cuidados dirigidos a mantener y mejorar su salud y a protegerla de la enfermedad; los objetivos de esos cuidados son:

- a) Promover un mejor nivel de salud, lo que se puede lograr mediante actividades dirigidas a mejorar los niveles de nutrición, las condiciones de la vivienda, el saneamiento ambiental, los niveles de contaminación del medio, los niveles de educación, las posibilidades de recreación, los alcances del sistema de seguridad social, los sistemas de comunicación, las condiciones higiénicas del trabajo y los niveles de remuneración. Son las actividades de *promoción*, dirigidas a mejorar el nivel y la calidad de vida y por tanto, los niveles de salud.
- b) Proteger de los riesgos a que está expuesto cada individuo, la familia, el grupo social o la población en su conjunto. Riesgos que pueden ser físicos, químicos o biológicos. Son las actividades de *protección*: incluyen los controles periódicos a la población aparentemente sana; controles que deben ser tanto más frecuentes, cuanto mayor es el grado del riesgo.

Estos dos grupos de necesidades no dan origen habitualmente a demanda de servicios por parte de la población; pero, constituyen, sin embargo, problemas de gran envergadura, condicionan de manera fundamental los niveles de salud y deberían ser adecuadamente priorizados al elaborar los programas de atención a la salud.

Esta es una de las razones por las cuales, cuando se previene la orientación de los programas de atención a la salud, más recursos humanos y materiales son necesarios; tal como se comprueba en los sistemas organizados según necesidades de salud de la población.

Por ello resulta totalmente equivocado hablar de "plétora de médicos" en nuestros países, donde contempladas y donde porcentajes muy altos de la población carecen de cobertura asistencial. Por otro lado, tenemos necesidades que se originan en aquellas personas que padecen procesos patológicos.

En este caso el objetivo es recuperar la salud y en algunos casos rehabilitar al paciente, ya sea

que solicita la población y dar respuesta progresiva a las necesidades detectadas.

c) Deben tener una calidad aceptable de acuerdo a normas que se van elaborando, aplicando, evaluando y revisando, con la participación activa de los actores involucrados.

d) Deben desarrollarse las acciones en el momento oportuno, según se trate de situaciones que requieran atención de emergencia, de urgencia, o sean casos en que la oportunidad en el tiempo sea de elección del equipo asistencial.

e) Deben desarrollarse las acciones, en el lugar más adecuado para cada situación, desde el punto de vista de una mejor atención; el domicilio del paciente, atención ambulatoria en consultorio, hospitalización parcial o continua, en unidades de cuidado intensivo, intermedio o de tipo general.

f) Deben resultar eficaces los servicios. La eficacia se mide por los resultados, es decir por su impacto en el nivel de salud. La atención a la salud tiene como propósito fundamental contribuir a mejorar el nivel de salud de la población y por tanto, su modo de vida.

g) Deben ser eficientes, es decir con una adecuada utilización de los recursos humanos y materiales necesarios.

h) Deben actuar con sentido humanitario, con el respeto y consideración debidos, respetando los derechos de las personas a recibir la atención necesaria en el marco de un trato digno.

i) Deben ejecutarse las actividades mediante un trabajo interdisciplinario. En el momento actual la atención a la salud requiere la participación de un grupo multidisciplinario, integrado por profesionales y técnicos de las diferentes disciplinas de la salud. El desafío consiste en que la actividad no sea una simple suma de tareas, sino la expresión de un trabajo debidamente coordinado que integre los conocimientos, habilidades y experiencias de cada uno de los participantes.

Concepto de atención progresiva

Para definir los diferentes niveles de atención, debemos partir del análisis de las necesidades. Cuando analizamos las necesidades de atención a la salud de una población definida y los problemas que podemos identificar en una situación determinada, queda en evidencia que cada tipo de esos problemas y necesidades se dan con frecuencias de diferentes maneras, y para su adecuada

desde el punto de vista somático, psicológico o social. Son las actividades de *recuperación* y de *rehabilitación*.

También, en este grupo sucede que un alto porcentaje de estas necesidades no originan demanda de servicios.

Así acontece durante las etapas asintomáticas de la enfermedad, que en algunos casos transcurren a través de meses o de años, o aun en casos de enfermedades que producen síntomas leves que no determinan consulta, o en personas que simplemente no demandan asistencia porque no están amparadas por ningún sistema de atención.

La atención adecuada de las personas enfermas plantea distintos niveles de necesidad:

- El mayor porcentaje dentro de la población enferma padece afecciones leves, que producen ligeras molestias que habitualmente no afectan de manera ostensible su actividad diaria y su capacidad productiva. Son problemas resueltos por el propio paciente mediante autoayuda, o cuidados no profesionales realizados por algún familiar u otra persona allegada.

- Hay un grupo que padece afecciones leves pero que dan origen a consulta profesional. Son afecciones gastrointestinales, respiratorias altas, cutáneas, de los órganos de los sentidos, estados de depresión o nerviosismo, malestares osteomuscularticulares, que requieren atención profesional de tipo ambulatorio.
- Un grupo reducido en relación al total de la población padece enfermedades que requieren atención en cama, ya sea en su propio domicilio o en un hospital.

Entre este grupo de pacientes que necesitan hospitalización y que comprende aproximadamente a uno de cada diez habitantes a lo largo de un año, se pueden identificar a su vez diferentes niveles de necesidades:

- El mayor número de los que requieren hospitalización son poco dependientes. Tienen un discreto nivel de afección a su salud, necesitan la aplicación de procedimientos de diagnóstico y de tratamiento de bajo nivel de complejidad y cuidados de tipo general. En suma, necesitan constituyen, en nuestra experiencia, más del 70% de los hospitalizados.
- Un porcentaje menor de pacientes tiene una mayor dependencia, una mayor severidad de tras-

Modelo de docencia e investigación

La puesta en marcha de una estrategia de descentralización de los servicios de salud y la organización de sistemas locales de salud, requiere de la revisión de los modos actuales de formación y capacitación de profesionales, técnicos y personal de salud en general.

Los sistemas locales de salud necesitan un personal suficientemente calificado a todos los niveles, para asumir las tareas y responsabilidades que impone la reorganización de los servicios. Exige, igualmente, un personal ligado al proceso de participación social, cuya dinámica trascienda los esquemas de la propia organización formal. Se requiere, al mismo tiempo, de una población debidamente informada sobre los problemas de salud y sobre los fundamentos, la organización y las actividades que cumplen los servicios de salud, de manera de aumentar su capacitación para participar en las diferentes instancias del proceso.

El nuevo modelo de docencia a nivel de los sistemas locales de salud, abarca a todos los actores y organismos involucrados.

Por un lado, a estudiantes, graduados, personal de los servicios, usuarios y población en general del área correspondiente.

Por otro lado, compromete a las instituciones docentes responsables de la formación de profesionales y personal técnico, y a los servicios de salud de todos los niveles de atención que deben asumir responsabilidades en crear las condiciones necesarias para ese proceso de formación; pero que, además, deben asumir responsabilidades directas en el proceso de formación continua

Principios

Resulta conveniente que el *modelo de docencia* que se elabora para cada SILOS, tome en consideración algunos principios generales (10):

- a) De la continuidad del proceso de educación. El proceso de educación no tiene término; constituye una necesidad permanente a lo largo de toda la vida de cada individuo.
- En consecuencia, todo trabajador de la salud, profesional, técnico, auxiliar, administrativo, obrero o de servicios generales, necesita desarrollar un proceso de educación o formación continua.
- b) De la integralidad del proceso de educación. Para nuestro caso, la formación debe estar basada en el concepto integral del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud y debe desarrollarse en todos los niveles de complejidad tecnológica del sistema, en el primero, segundo y tercer nivel de atención. No debe enseñarse solamente la tecnología más avanzada, sino los diversos recursos tecnológicos apropiados para los diferentes niveles de complejidad.
- c) Del desarrollo armónico y proporcional de la educación. Las experiencias educativas deben estar en correspondencia con la magnitud social y la frecuencia de los diversos problemas de salud y enfermedad. En consecuencia, la duración y características del proceso estudio-trabajo en cada uno de los niveles de atención y en cada una de las ramas de especialidad, deben estar definidas teniendo en cuenta la magnitud social, la frecuencia y las particularidades de los problemas.
- d) De la coherencia entre la teoría y la práctica. Debe existir la mayor coherencia posible entre la teoría y la práctica, entre los principios, el contenido de la enseñanza y la práctica de servicios; es decir, la actitud que se adopta y los métodos de trabajo que se aplican en el ejercicio práctico de la atención. Es necesario recordar que el estudiante o el trabajador aprende de acuerdo a lo que ve hacer, termina actuando según lo que ve y como hacerlo cuando esto no tiene aplicación efectiva en la práctica. El maestro predica con el ejemplo.
- e) De la práctica social como factor esencial del aprendizaje. El contexto principal del aprendizaje es el estudio de los problemas o situaciones derivados de la realidad donde se lleva a

de todo el personal, y en la educación para la salud, de los usuarios y de la población en general.

Propósitos

Consideramos que en la definición de un modelo de docencia se debe tomar en cuenta el logro de algunos propósitos básicos:

- a) La interpretación por parte de los diferentes actores, de la problemática de salud y del desarrollo de los servicios y la población en el contexto político, social, económico y cultural y no solamente a través del contacto con la población enferma que demanda los servicios.
 - b) El desarrollo y fortalecimiento del conocimiento, a través de un proceso de percepción, análisis y explicaciones de los problemas detectados en la práctica de servicio, así como de la evaluación permanente de las áreas objeto de estudio-trabajo y de su transformatión.
 - c) El impulso al trabajo orientado a transformar la realidad en materia de salud y a incidir positivamente frente a las necesidades de las comunidades hacia las que se dirigen los servicios de salud.
 - d) El replanteo del quehacer en salud a partir del trabajo de cada profesional, técnico o trabajador en general dentro de un enfoque interdisciplinario.
 - e) La creación de un ambiente propicio a la creatividad, las ideas innovadoras y la aplicación de nuevos métodos de trabajo que den respuesta a los problemas existentes.
- No se trata, en suma, solamente de la producción de conocimientos y el desarrollo de habilidades técnicas, sino de la creación de un ambiente de asimilación y producción cultural que intenta desarrollar experiencias innovadoras en el contexto de la formación de un hombre más integral, que sea un agente de transformaciones sociales. Consideramos que resulta necesario, para la mayoría de los países de la Región, llevar a cabo una reformulación de las políticas de formación de recursos humanos, tanto a nivel de sistema nacional de salud y a la política de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud.

cabo el proceso estudio-trabajo. El aprendizaje se produce por la confrontación con esa realidad y su resultado puede ser validado en la medida que se logre la transformación de situaciones y problemas concretos.

f) De la unidad del servicio, la docencia y la investigación. La actividad de educación no constituye un momento particular y separado de la práctica de servicio, en nuestro caso de la atención a la salud. Ocurre en el interior mismo del acto de servicio, de la práctica profesional, de la ejecución de un procedimiento técnico, de la interrelación entre el equipo asistencial y el usuario, la familia o el grupo social. Todo acto de servicio lleva implícito un componente educativo.

A su vez, todo proceso educativo debe estar basado en la investigación científico-técnica, a través de la cual se adquieren nuevos conocimientos y se desarrollan nuevas tecnologías, que es necesario incorporar a la práctica de servicio. En consecuencia, *servicio-docencia-investigación* deben estar debidamente integrados, y esta integración debe hacerse efectiva en todos los niveles de atención y en todos los servicios de salud. Por lo tanto, debe impregnar al sistema local de salud en todos sus componentes.

Dentro de esta concepción, resulta obsoleto el concepto de extensión universitaria, aplicado mediante esfuerzos esporádicos de llevar servicios limitados y muchas veces impuestos a sectores marginados, que usan a las poblaciones como objeto de experiencia y representan en definitiva modalidades de acción filantrópica que no ayudan a resolver problemas.

g) De la universalidad del espacio educativo. La educación forma parte de la atención a la salud, servicio y educación constituyen una unidad; en consecuencia, la formación de estudiantes y de todo el personal de la salud debe desarrollarse a todos los niveles, en todos los lugares donde se lleva a cabo el proceso de atención a la salud (consultorios, domicilios, centros de estudio y trabajo, hospitales y el medio natural y social) y en todas las unidades de la red de servicios, públicos y privados, dependientes de los ministerios, las universidades, los organismos de la seguridad social o las instituciones privadas. Esto significa utilizar todos los espacios educativos, internos y externos a los servicios y superar los muros académicos. Constituye un resabio del pasado, de los antiguos hospitales de caridad para los pobres, el desarrollo de la ense-

nanza práctica solamente en los servicios públi-

cos de salud.

h) Del carácter dinámico e innovador de la educación. La educación es un proceso esencialmente dinámico, que tiene como propósito desarrollar formas de conducta que incorporan los conocimientos científicos y tecnológicos más actualizados y más apropiados a cada nivel; es, por consecuencia, de naturaleza innovadora e impulsora del progreso social.

Los servicios de salud y todo su personal necesitan adoptar una actitud abierta, favorable a los cambios que sirvan para mejorar la eficacia y la eficiencia y permitan responder mejor a las necesidades sociales.

i) De la participación de los usuarios en el proceso educativo. Los usuarios deben participar activamente en el proceso educativo y no como simples sujetos pasivos con los que se lleva a cabo la enseñanza.

En ese proceso intercambian conocimientos, experiencias, necesidades, problemas y servicios; el trabajador en tanto docente que cumple su servicio y realiza enseñanza, al mismo tiempo que aprende; el estudiante o trabajador en proceso de aprendizaje; y el usuario que recibe un servicio y, también, adquiere conocimientos y desarrolla nuevos hábitos de conducta a través de un proceso de educación para la salud.

j) La educación como proceso interdisciplinario. El proceso de formación en el campo de la salud requiere la incorporación de conocimientos y métodos de trabajo que pertenecen al área de diversas profesiones y disciplinas; por tanto, en aquel proceso se requiere la participación, con un enfoque integrador, de diversos profesionales que formen parte del equipo docente-asistencial. Esa integración se realiza, naturalmente, a través del proceso de atención, en la medida que éste responde efectivamente a un enfoque integral del proceso de atención, que a su vez parte de un análisis y explicación somático-psíquico-social de los fenómenos de salud-enfermedad.

MODELO DE ADMINISTRACION

Corresponde en primer término aclarar que en este documento, empleamos el término *administración* como sinónimo de lo que también se denomina habitualmente gestión o gerencia.

orientado por un conjunto de postulados o requisitos que necesariamente deberán ser tomados en su conjunto.

El sistema local de salud constituye un sub-sistema del sistema de salud del país, el cual a su vez forma parte del sistema social en su conjunto, y es interdependiente de los demás sectores socio-económicos de ese sistema. En consecuencia la administración de un sistema local de salud está determinada por:

- Las políticas socioeconómicas.
- La política nacional de salud; y
- La estrategia definida para la aplicación de esas políticas.

La red de servicios

Para dar cumplimiento a los principios definidos en la primera parte y a los requisitos antes mencionados para los servicios de atención a la salud, resulta necesario:

- a) Que el desarrollo de cada nivel de atención sea proporcional a las necesidades de la población y que puedan ser resueltas en ese nivel.
- b) Que la dispersión y distribución geográfica de las unidades de servicio se realicen de acuerdo a la distribución de la población y sus necesidades.
- c) Que las diferentes unidades de servicio estén interrelacionadas y coordinadas entre sí, con servicios de otros sectores de la actividad social, con otros sistemas locales de salud y con unidades de servicio de nivel central, de alcance nacional.

En la realidad en la gran mayoría de nuestros países se parte en general de un mosaico institucional heterogéneo compuesto por:

- a) Unidades productoras de servicio, de diferente nivel de complejidad: consultorios médicos, puestos auxiliares, policlínicos, hospitales y poder resolutorio.
- b) Unidades pertenecientes a diferentes instituciones, como:
 - Ministerio de salud.
 - Otros organismos públicos, centrales o descentralizados.
 - Universidades.

El concepto de administración en un sentido amplio, como actividad desarrollada con criterio científico, incluye las funciones de: a) planificación; b) organización; c) administración de recursos humanos, materiales y financieros; d) dirección y e) control.

La administración constituye el instrumento imprescindible para implementar a nivel de un sistema local de salud, los cambios necesarios para impulsar las transformaciones del sistema nacional de salud, que permitan alcanzar la meta de salud para el año 2000, a través de la estrategia de la atención primaria mediante la mas amplia participación social, con el propósito de cumplir los postulados de equidad, eficacia y eficiencia social en el contexto político-económico de los países.

La insuficiente capacidad operativa de los servicios y el gasto improductivo son en muchos casos, consecuencia de sistemas, procedimientos y prácticas deficientes de administración. Los SILOS deben poseer una capacidad administrativa tal, que permita un adecuado apoyo a la prestación de servicios en relación al tamaño de la población, correspondiente a un área geográfica determinada. Dicha capacidad administrativa debe estar definida por la satisfacción de algunos requisitos mínimos como:

- a) Una unidad de conducción técnico-administrativa con recursos humanos adecuadamente adiestrados, que cubra la administración general de los servicios y se ocupe del sistema de información y atención los servicios de apoyo.
- b) La existencia de un sistema de información que permita recolectar datos sobre situación de salud y prestación de servicios, que incorpore el análisis epidemiológico y administrativo de esa información y que utilice el análisis de sistema para el proceso de gestión.
- c) Una capacidad de ejecutar y coordinar recursos financieros para el desarrollo de actividades a nivel local, y
- d) Una capacidad de articular las actividades de atención de la salud con el proceso de organización de la comunidad para la promoción de la salud en el área (11).

El concepto de sistemas locales de salud que hemos expuesto en sus aspectos y componentes principales, y la implementación de un modelo integrado de asistencia, docencia e investigación basado en los principios enunciados, necesita la reformulación de un modelo de administración

- Seguridad social.
- Organismos privados, con fines de lucro o sin ellos.

Al encarar la organización de un sistema local de salud, la situación es diferente según que el propósito sea organizar un sistema realmente integrado, como ocurre en el caso del sistema de salud de Cuba, o si el propósito es solamente coordinar unidades de servicio que mantienen sus relaciones de dependencia jerárquica de ins-
tituciones diversas.

Se trata en este caso de transformar el mosaico heterogéneo, poco ordenado, existente en un espacio-población determinado, en una red más organizada, en la que se definen:

La región asignada a un sistema local de salud (ver Figura 1), puede ser de magnitud variable

La estructura de la red de servicios

- Elementos o unidades de servicio con niveles de atención y funciones definidas, que cumplen un determinado papel en el conjunto.
- Asignación de un espacio-población a cada elemento o unidad productora de servicios.
- Interrelaciones entre esos elementos, ya sea para integrarse realmente como sistema o para coordinar al menos sus actividades, aun permaneciendo como integrantes de subsistemas diferentes en cuanto a su dependencia administrativa.

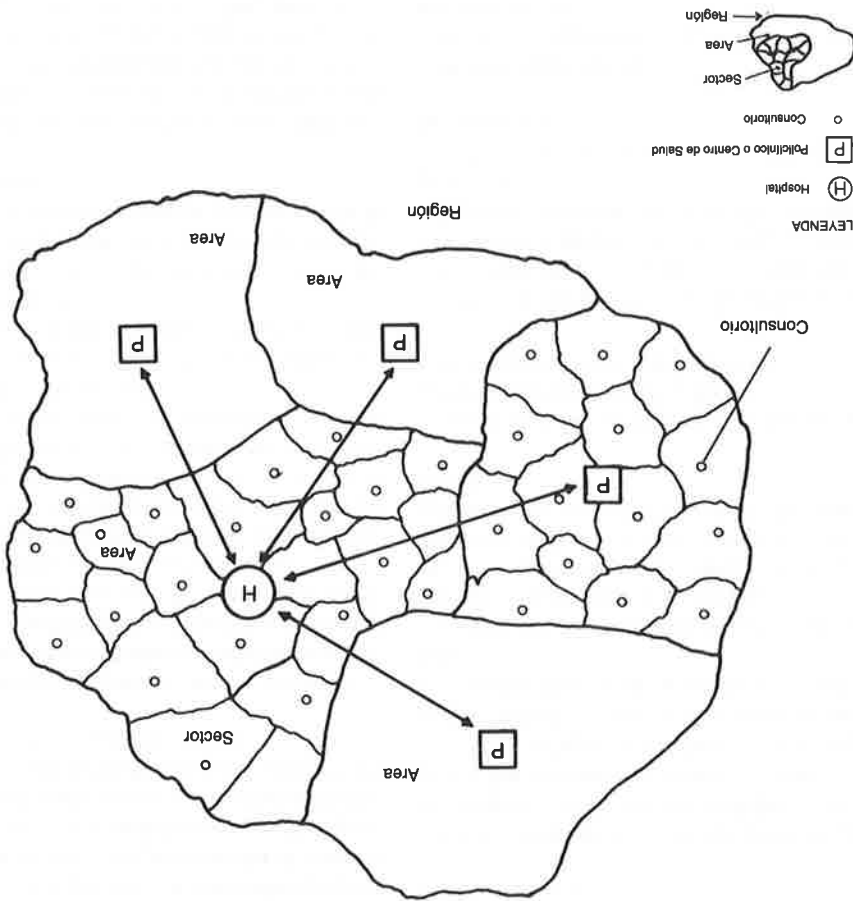


Figura 1. Esquema simplificado de un sistema local de salud.

Un comentario especial merecen las interrelaciones entre un hospital y los centros de atención del primer nivel, ubicados en el espacio-población asignado al hospital.

Estas relaciones pueden ser de dos tipos:

- a) Los centros del primer nivel pueden ser dependientes del hospital, actuando como servicios periféricos, atendidos por personal que pertenece a una planta común.

En algunos casos, el conjunto de actividades desarrolladas en esos centros y en terreno, se organizan en un departamento de atención primaria o de atención comunitaria, del cual pueden formar parte también los propios consultorios que funcionan en el edificio del hospital, y las actividades de hospitalización domiciliaria.

b) Los centros no tienen relaciones de dependencia con el hospital, sino solamente relaciones de coordinación. En este caso, tanto el hospital como los centros de primer nivel, dependen jerárquicamente del órgano responsable de la administración de la región correspondiente.

Para impulsar el proceso de reorientación y transformación del sistema de salud, resulta igualmente indispensable establecer adecuados mecanismos de interrelación entre las diferentes instituciones del sector público que tienen que ver con los problemas de la salud de la población, así como con otras instituciones del sector privado.

REFERENCIAS

- (1) Méndez, E. V. *Modelos existenciales*. Texto Preliminar. Brasilia, 1986.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud*. Pág. 14, 1988.
- (3) Pagani, J. M. *Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud*. En: *El cambio Estructural*. Secretaría de Salud de México, OPS, México, 1988.
- (4) Méndez, E. V. *Reformulación del sistema nacional de salud*. Presentado en la VIII Conferencia Nacional de Salud, Brasilia, Brasil, 1986.
- (5) Macedo, C. G. de. *Mensaje del Director*. *Descartación*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 102, 1987.
- (6) Organización Panamericana de la Salud; op. cit. pag. 1.
- (7) Castellanos, P. L. *Sobre el concepto de salud-enfer-*

desde el punto de vista geográfico y en cuanto al

tamaño de la población.
En esa región puede haber uno o más hospitales, de grados variables de complejidad. Se acostumbra dividir la región en áreas de salud, cada una de las cuales abarca una población de unos 30.000 habitantes.

Esta área debería disponer de un centro de atención primaria integral, dotado de los recursos humanos y materiales necesarios en relación a la población asignada, para poder cumplir las funciones y actividades del primer nivel de atención. A su vez, cada área de salud puede ser dividida en sectores, con una población de unas quinientas personas atendidas por el equipo básico, constituido por médico y enfermero.

Las interrelaciones en la red de servicios

Es necesario contemplar:

- a) El sistema de información, como parte del sistema nacional de información, incluyendo:

- Información de los servicios asistenciales.
- Información de los servicios de apoyo, tanto en cuanto a servicios generales, como en cuanto a los sistemas de administración de recursos humanos, materiales y financieros.
- b) Los sistemas operativos, para definir los procedimientos de interrelación en cuanto a:

- Los usuarios de los servicios, estableciendo los procedimientos de referencia y contrarreferencia.
- Los recursos humanos de los servicios, estableciendo, por ejemplo: reuniones conjuntas, para el análisis de casos clínicos, con participación del personal de hospitales, centros de atención del primer nivel, médicos y enfermeros de consultorios periféricos. Período de estada para los diversos tipos de personal, en los diferentes niveles de atención. Interconsultas programadas. Talleres de educación continua, con participación de personal de todos los niveles de atención, etc.

- Los recursos materiales traducidos en normas de adquisición, de utilización y de evaluación.
- Los procesos de producción.
- Los procedimientos de mantenimiento preventivo y reparativo.
- Los servicios de comunicación, transporte y otros.

- medad. Taller Latinoamericano de Medicina Social. V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín, Colombia, 1986.
- (8) Villar, H. y González, T. *Programa del Desarrollo del Hospital de Clínicas*. Montevideo, Uruguay, 1987.
- (9) Villar, H. *Concepto de atención integral a la salud*. (Documento en Preparación).
- (10) Villar, H. y Capote, R. *La administración de la docencia en los servicios de salud*. Montevideo, Uruguay, 1987.
- (11) Organización Panamericana de la Salud, op. cit.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD Un medio para la regionalización de los servicios de salud

Humberto de Moraes Novaes y Roberto Capote Mir

INTRODUCCION

Las primeras tentativas de organización de la atención médica de una manera ordenada, ocurrieron en Prusia en el siglo XIX, cuando surgió el médico distrital como administrador encargado de la salud de poblaciones de 6 000 a 10 000 habitantes o de 35 000 a 50 000 habitantes (Foucault, 1977). Por otro lado, en el siglo XX, la primera descripción teórica completa sobre el gerenciamiento eficiente de los servicios de salud fue concluida en los años 20, por Dawson en Inglaterra (Dawson/OPS, 1964). Como refiere Del Nero (1979) "vestigios de sus sugerencias son observados hasta hoy día en Europa, Asia, Africa y América Latina". Por primera vez se mencionó el término "Centro de Salud Primario" como puerta de entrada del individuo en búsqueda de servicios de salud (Dawson/OPS, 1964). Para Dawson, estas instituciones equipadas para atención preventiva y curativa, manejada por médicos generalistas, debería ser el primer contacto de una población con sus unidades de salud, dentro de una determinada área geográfica. A medida que la complejidad de las respectivas enfermedades fuesen siendo diagnosticadas, el individuo sería trasladado a otro nivel, o sea el secundario y conforme al caso, para el terciario. Estos últimos podrían estar asociados a Escuelas de las Ciencias de la Salud y así, fue establecido el concepto de Regionalización en Salud.

En Inglaterra, entre los varios factores que llevaron muy posteriormente, a regionalizar sus servicios de salud bajo el modelo Dawsoniano (McLachlan, 1977), fue la propia Segunda Guerra Mundial que obligó a descentralizar los servicios de la capital del país hacia el interior, debido a los bombardeos constantes. El propio clima de reforma de postguerra facilitó la implementación de las ideas de Dawson (1920), grandemente influenciadas por el Informe Beveridge (McLachlan, 1977; Godber, 1982).

CONCEPTO DE LA REGIONALIZACION EN SALUD

La regionalización viene siendo así, definida como un esquema de implantación racional de los recursos de salud, organizados dentro de una disposición jerárquica en la que es posible ofrecer una máxima atención en los centros primarios, y los demás servicios van siendo apropiadamente utilizados de acuerdo con las necesidades individuales del enfermo; Somers y Somers (1977), la define como un sistema formal de asignación de recursos con una apropiada distribución geográfica de las instalaciones de salud, de los recursos humanos y programas, de manera que las diferentes actividades profesionales cubren todo el espectro de la atención comprensiva, primaria, secundaria, terciaria y de larga permanencia, con todos los acuerdos, conexiones y mecanismos de referencia necesarios, establecidos para integrar varios niveles e instituciones en un conjunto coherente y capaces de servir a todas las necesidades de los pacientes, dentro de una base poblacional definida (Somers y Somers, 1977).

Diversos términos son utilizados con el mismo sentido: regionalización, jerarquización, descentralización, sistemas de servicios de salud, sistemas locales de salud, sede de servicios de salud, áreas hospitalarias, áreas de salud, programación local de servicios, módulos de salud, unidades territoriales, unidades administrativas, etc. En este trabajo utilizaremos la terminología clásica de "Regionalización".

Para Ginsberg (1977), regionalización es la asignación de recursos o servicios en una determinada área, en un orden que facilite el acceso, ofrezca alta calidad de servicios, bajo costo, equidad, con una mejor y más rápida respuesta a los deseos y necesidades de los consumidores. Kerr White (1975), se refiere a dos formas de

regionalización de servicios: la geográfica y la sistemática, donde la última es en base a poblaciones definidas, no geográficamente y sí por su matrícula o inscripción en los servicios. La regionalización implica siempre un ordenamiento o reordenamiento de recursos con alteración de funciones y de las relaciones entre los proveedores de servicios de salud. El término viene siendo utilizado, ya sea para denominar modestos acuerdos entre hospitales y otros servicios, o de otro lado, para racionalizar todos los servicios de salud en una gran área geográfica o un país, como Suecia, URSS, Cuba, donde los centros de salud, clínicas, hospitales distritales o regionales son diferenciados por función, pero íntimamente articulados uno con el otro, en un área específica (Ginsberg, 1977). Otros países como Holanda, Italia, Canadá, Israel, están en fase de implementación o como propuestas piloto en determinadas localidades (Shachter y colaboradores, 1977; Stege y Jurkovich, 1980; Badgley, 1982; Modan, 1982; Doron, 1982).

Este esquema requiere una relación orgánica entre todos los niveles de atención para que se produzca un flujo constante de información y de pacientes, de un nivel a otro, en forma adecuada y sin repetición de lo que ya fue realizado anteriormente. Se necesita crear mecanismos de contacto entre los hospitales y los otros componentes del sistema, con gran énfasis en los servicios primarios. En contraste con los sistemas existentes en la mayoría de los países de América Latina, esta estructura exige una coordinación muy afinada, para que cada segmento de esta red ofrezca los servicios que estén mejor preparados, en el nivel apropiado y según las necesidades del caso. Para Guerra de Macedo (1987), un sistema local de salud comprende la articulación de todos los recursos existentes en una zona para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y, sobre todo, el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita (Guerra de Macedo, 1987).

Según Glasgow y colaboradores (1977), la regionalización tiene dos modelos distintos: el administrativo, que es solamente una descentralización de autoridad con la finalidad de aumentar la flexibilidad en los ajustes de los servicios de salud; y el organizacional, por el cual se entañan los papeles funcionales entre los servicios y la asignación de recursos. El principio básico de la regionalización es que la atención a la salud debe ser ofrecida, al máximo posible por el nivel

mas inferior del sistema. Para que eso sea factible, hay que equilibrar los deseos del público y tener los servicios de salud a poca distancia de sus casas, así como instalaciones centralizadas de mayor prestigio y complejidad.

Para la implementación del modelo regionalizado hay necesidad de: i) Proveer información demográfica y epidemiológica de la población objeto; ii) tener un inventario actualizado de los servicios existentes; iii) recibir información sobre la utilización de recursos; iv) obtener consenso comunitario sobre prioridades; v) poseer completo conocimiento de los diversos aspectos de la accesibilidad a los servicios para llenar las principales deficiencias del sistema de prestaciones; vi) relacionar la formación de graduados en las ciencias de la salud, producidas por las entidades educadoras, con las oportunidades de empleo; vii) establecer nuevos mecanismos de cooperación intersectorial de planificación conjunta, control de calidad y monitoreo de los servicios. Otra premisa en estos modelos es que todos los individuos deben tener acceso a los servicios de prevención, orientación, rehabilitación, así como a los de diagnóstico y tratamiento, sin barreras financieras o de cualquier otra naturaleza. Para Lewis (1977), son varias las barreras encontradas por los individuos al buscar servicios de salud, además de las económicas. Unas se refieren al número de proveedores, su localización geográfica, tipo de práctica (general, especializada, subespecializada); otras son organizacionales (clínica individual, de grupo, organizaciones de prepago) o del tipo de servicio ofrecido por médicos, enfermeras o de rehabilitación (Lewis, 1977). Según Hernández Prada (1980), "... la accesibilidad constituye una condición para lograr la mayor cobertura de servicios...". Según el mismo autor, "para que se cumpla deben existir los siguientes factores: oferta continua y sistemática de los servicios con recursos combinados, que estén al alcance de las comunidades desde los puntos de vista geográfico (distancia, tiempo, medios de transporte), económico (ausencia de cuotas de recuperación, de pago de servicios o contribuciones en el momento de recibir la prestación), cultural (armonía entre las normas técnicas y administrativas, por una parte y los valores, hábitos, patrones culturales y costumbres de las comunidades servidas, por otra) y funcional (servicios oportunos, permanentes, con tecnología apropiada y mecanismos de referencia que aseguren el fácil tránsito al nivel de

tanto en las tasas de hospitalización como en la permanencia hospitalaria. El enfoque de región-nalización toma la atención médica más efectiva, con óptimo uso de los recursos dependientes de la integración vertical y horizontal. La integración vertical ocurre entre los niveles primarios y los especializados, y la horizontal es la que se refiere a la relación local entre las varias categorías de atención. La regionalización como integración verticalizada también es referida en los servicios privados, como sucede en los Estados Unidos de América (Weil, 1984).

Dentro de este concepto, el enfermo deberá recibir atención médica lo más cerca de su casa y ser encaminado a los otros niveles por referencia médica. Este movimiento planificado de pacientes de un nivel a otro de acuerdo con indicaciones diagnósticas, requiere un intercambio permanente de conocimientos y habilidades por diferentes canales. Implica, también, que los servicios con menor grado de especialización son escasamente distribuidos y los más especializados y de menor uso son más centralizados. La regionalización puede ser considerada, según Lewis (1977), como una forma de "Robinhooismo", donde los recursos de salud redundantes y fácilmente accesibles a los ricos son eliminados o transferidos en recursos más accesibles a los pobres. Para Shaps y Madison (1977), regionalización envuelve la construcción y aceptación de una "filosofía del espacio social", o sea la región como base de la organización, de instalaciones y personal para servicios de salud de alta calidad, económicos y accesibles.

Es necesario destacar que en la evolución de este concepto, muchas veces se ha regionalizado la consulta médica y la atención a la morbilidad, descentralizando el hospital algunas de sus atenciones. Pero al perfeccionarse la regionalización este concepto debe ser más amplio e integral. La red de servicios, hospitales y sistemas locales de salud, no solo debe atender la morbilidad y la consulta médica, sino un número de actividades que es responsabilidad de los servicios como higiene escolar de los alimentos, programas contra daños específicos (detección de cáncer, hiper-tensión, enfermedades infecciosas y metabólicas), debiéndose dirigir los servicios con criterios y enfoques epidemiológicos y sociales, teniendo como objetivo central la disminución

De Robin Hood.

La accesibilidad que sea requerido). La accesibilidad conlleva la adecuación de la cantidad y estructura de las prestaciones, de acuerdo con el número de habitantes, la estructura de la población, las necesidades de salud y la aceptación por parte de la comunidad del tipo de servicios que se le ofrecen, expresada por la utilización de los servicios" (Hernández Prada, 1980).

La *región* no es solo un concepto geográfico, sino también un concepto organizacional y gerencial. Para Castellanos (1985), serían las "Unidades Básicas de Administración". Según Shaps y Madison (1977), en el proceso de regionalización, la asignación de recursos y la organización de instituciones complejas es alcanzada cuando se trata de una determinada región específica. Para estos últimos autores, el término regionalización puede ser utilizado con precisión solo cuando existe un nivel central, provincial o nacional, responsable para la normatización de los servicios de salud y una ejecución a nivel local.

Por otro lado, otros autores se refieren a otros modelos de regionalización no geográfica, pero en sistemas cerrados, como es el caso de los servicios de salud para veteranos de guerra del gobierno de los Estados Unidos de América (Gavazzi, 1975; Custis, 1981) o de la Kaiser Permanente, por el sector privado, de este mismo país (Lee y colaboradores, 1982). Autores actuales (Capote, Villar, 1979, 1981), señalan que el nivel básico administrativo, al profundizarse la regionalización, debe ser el territorio con sus recursos de salud y no la simple unidad básica, utilizando como criterio de eficiencia el elevar el nivel de salud de la población y no solo administrar producción de actividades de salud.

El sistema integrado de traslado del paciente por sucesivos niveles de atención está basado en la premisa de que los hospitales son instituciones con cuidados especializados y que sus costos son substancialmente reducidos a través de la implementación de otros servicios periféricos más simplificados. Pese a lo que refiere Stege y Jurkovich (1980), que todavía no está demostrado que la absorción de los casos menos complejos por el nivel primario baja los costos globales de operación, no cabe duda de que es una importante motivación para la reorganización de los sistemas de servicios de salud (Stege y Jurkovich, 1980).

La disponibilidad de ambulatorios y servicios domiciliarios tiene un efecto significativo, no

(Capote, 1981), cuando las condiciones de transporte no permitan otra solución.

Los servicios de consulta y diagnóstico en el nivel primario son de los más variados; las especialidades médicas básicas están siempre representadas y su competencia está dada por el manejo socioepidemiológico de los problemas, por la alta relación con los servicios y el conocimiento pleno del lugar o ambiente donde se producen los problemas. El personal es altamente competente en relación con los problemas de saneamiento básico salud y enfermedad; de la complejidad de sus servicios depende el tipo de personal profesional, técnico medio o personal de la comunidad adiestrado, siendo muy variables sus modos de atención.

Diversos autores sostienen que este primer nivel deberá atender entre veinte mil a cincuenta mil habitantes, dependiendo de las características geográficas, de la densidad poblacional y de la disponibilidad de recursos (Escalona, 1977; Rojas Ochura, 1980).

Los servicios secundarios, representados por Hospitales Generales, son utilizados para referencias de otros niveles o por los propios pacientes. Tienen una capacidad en camas, determinada por la complejidad tecnológica necesaria y por la economía de escala y no debe de estar a más de dos horas del domicilio más distante (Binational, 1982). En el Simposio Binacional entre Estados Unidos de América e Israel sobre Regionalización (1982), se propuso que el área geográfica, para este nivel, tenga entre cincuenta mil a doscientos mil habitantes (Binational, 1982). Experiencias realizadas en países del Caribe y Centroamérica sitúan las posibilidades de este nivel, en áreas geográficas urbanas de un millón de habitantes y las rurales en quintientos mil habitantes (Capote, 1980).

El nivel terciario se destina a los servicios altamente especializados, característicos de los centros médicos nacionales, institutos o servicios altamente especializados de técnicas más elevadas y equipos sofisticados de alto costo, necesarios para distintos procedimientos de diagnóstico y terapéuticos (Friedell, 1977; Novas, 1978 y 1980). En este nivel se realiza el tratamiento de quemaduras, atención médica perinatal de alto riesgo, radiación terapéutica para casos de neoplasias, diagnósticos complejos por imágenes, y más recientemente trasplante de ór-

de la morbilidad y mortalidad; y como resultado final modificar el cuadro higiénico-epidemiológico de la población asignada. La coordinación intersectorial no puede disminuir ni cambiar que la responsabilidad por la modificación de la población de morbilidad y mortalidad de la población es, en primera instancia, responsabilidad de los servicios públicos de salud.

NIVELES DE ATENCIÓN

En general, los servicios son agrupados en tres categorías: primaria, secundaria y terciaria. Como muchas veces no es posible agruparlos a una u otra clasificación, se busca siempre considerar como un sistema continuo de atención con múltiples entradas. En el nivel primario se debe dirigir la estrategia de modificación de los problemas locales y referir al otro nivel solo los casos que por su complejidad no tengan solución en ese nivel. El nivel primario incluye los servicios de emergencia hospitalarios, ya sea a través de la terapéutica aplicada o por referencia al otro nivel; el nivel secundario, se refiere a los Hospitales Generales o a los ambulatorios de especialistas, y finalmente el terciario, a los servicios que por su alta tecnología y por economía de escala se espera solucionar los problemas de alta complejidad, con la utilización de equipos y personal especializados. El nivel terciario envuelve casi siempre la hospitalización y enseñanza médica (Bravo, 1976; Ríos Mazure, 1976); pero en el momento actual se le añade la investigación de servicios de salud, la cual debe realizarse en todos los niveles de atención.

El nivel primario se responsabilizará de la totalidad de la cobertura territorial y poblacional, dirigiéndose a ejecutar la solución de las necesidades básicas de salud de las comunidades. Sus servicios técnicos deben estar de acuerdo a la complejidad tecnológica de la red de servicios, pero deben estar aptos a las situaciones de emergencia cuando los mecanismos de transporte no puedan ser ofrecidos. Pese a que estos servicios solo ofrecerán actividades de menos complejidad que los otros niveles de la red, son una puerta de entrada al sistema. Se reconoce que para algunos sectores, la distancia a recorrer desde la residencia no debe sobrepasar más de treinta minutos y dar cobertura a una población de cerca de 50 000 habitantes en áreas urbanas (U.S., 1977), otros autores plantean que en las zonas rurales podría considerarse de tres a doce horas

tomando los gastos totales de la red y distribuyéndolos entre los servicios prestados por la red y la proporción de atención en cada nivel de complejidad.

El nivel terciario cubre una población de cerca de un millón de habitantes y en general está afiliado a una o más universidades. Como vimos, este nivel es un "continuum" con los niveles secundarios y primarios. Las facilidades de transporte con la complejidad de la red como un conjunto, van a influenciar en las decisiones sobre la densidad de los centros primarios, el número de hospitales secundarios generales, la distribución de personal y la logística funcional del sistema. Además de la distancia para establecer la distribución geográfica de las instituciones, se debe tomar en consideración las situaciones culturales locales y los modelos históricos de flujo de pacientes. Lewis (1977), por ejemplo, hace referencia a situaciones donde el 50% de las visitas hospitalarias son representadas siempre por un mismo grupo; de un 10% a un 20% del total de la población busca servicios terciarios por razones de orden psicosocial, los mismos que podrían ser atendidos dentro de su propia área de captación en uno de los servicios de salud de nivel primario, cerca de sus residencias. Es importante destacar que el nivel primario no es sino un nivel de baja complejidad tecnológico-médica, o poco nivel de organización compleja de un número de acciones simples (Capote, 1981).

INTEGRACION INTERINSTITUCIONAL

En los procedimientos de integración inter-niveles, además del flujo de información en los sentidos, deben estar previstos la referencia y contrarreferencia de los pacientes, los acuerdos de cooperación entre las instituciones que tenían sus actividades previas, ordenadas de manera independiente e individualizada. El modelo se orienta para que los profesionales pertenezcan a un conjunto continuo de servicios y no a una unidad aislada. Los médicos generalistas de los centros de salud pasan a pertenecer o, eventualmente, a tener actividades en los Hospitales Generales. En Inglaterra, solo el 25% de estos médicos tiene acceso a camas para sus propios pacientes, que no necesitan especialistas (Godber, 1982). La exposición rutinaria de profesionales del nivel primario a nuevas situaciones intrahospitalarias funciona, paralelamente, como

ganos. Modelos regionalizados terciarios de emergencia, son frecuentemente mencionados (Gwin, 1979; Egid, 1983). Es importante destacar que la complejidad de la red en cada nivel debe ser armónica y proporcional en todos los aspectos (Capote, 1987).

Los especialistas del nivel terciario son fuente de consulta y supervisión para los otros niveles y también para la educación continua de los profesionales de la salud y la comunidad asignada a la red. En estos centros médicos son desarrollados los proyectos de investigación científica más complejos.

Este nivel cuenta con hospitales de más de 400 camas que ofrecen todos los servicios de sub-especialidades médicas, incluyendo las de psiquiatría. Bajo el modelo regionalizado está la centralización de servicios que evita la duplicación de recursos y ofrece un uso más efectivo de los médicos que se han adiestrado en tecnologías de atención altamente especializada y que ganaron experiencia a través del seguimiento de los casos más graves. Estos hospitales, como los de nivel secundario, pueden realizar algunas actividades primarias a las poblaciones adyacentes, a través de sus servicios de consulta externa y emergencia. En algunos países estos hospitales son institutos de investigación médica.

El enfoque de regionalización se propone encontrar un equilibrio entre la excesiva centralización estructural y la descentralización total de los servicios de salud. Pese al cuestionamiento de algunos autores (Donabedian, 1984), desde el punto de vista de efectividad y de economía de escala, es racional concentrar los servicios más especializados en las grandes instituciones y mantener unidades de salud, lo más próximas posible a las residencias de la población, en un área determinada. Cuando los hospitales funcionan aisladamente, sus costos operativos representan el 65% del total de los costos recurrentes de los servicios de salud y 85% del total de la mano de obra (Stege y Jurkovich, 1980). Este enfoque sistémico ofrece un mejor mecanismo para la asignación de recursos humanos y de instalaciones entre todas las instituciones, interrelacionando el organismo central con el periférico para facilitar la referencia del paciente, el flujo de registros médicos y la consulta a los médicos especialistas por parte de los generalistas. Los costos de los servicios de la red no deben ser calculados para cada unidad en particular, sino

un mecanismo para mejorar la calidad de la atención médica ofrecida en el nivel primario, independientemente de los programas regulares de educación continua.

El desarrollo notable de la tecnología médica en los últimos años ha llegado a un nivel de excelencia y ha producido un gran número de especialistas calificados y entrenados en hospitales urbanos y terciarios (Stanback, 1977). Por lo general, entre los médicos persiste el concepto de responsabilidad y autonomía individualizada, con la aceptación de que son independientes por naturaleza y no están preparados para la cooperación interprofesional (Sheps y Madison, 1977). El modelo regionalizado, por otra parte, tiene como principio que la actividad médica individual debe ser practicada de acuerdo con las necesidades y demandas de la comunidad y de las instituciones, en relación con los demás profesionales de la salud, y no como una acción aislada, independiente, de todo el contexto de los sistemas de servicios locales, de esta misma comunidad.

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en la regionalización es la planificación de los recursos humanos. Lee y colaboradores (1982) mencionan tres alternativas básicas para alcanzar este objetivo: la primera, es a través de un enfoque normativo, reglamentando la licencia para la práctica profesional según los intereses de la población; la segunda, es la que controla el pago del personal de salud en función de su ubicación; y la última, es la que establece un mecanismo de referencia para la población, la cual tiene que buscar servicios de salud o atención médica individual en sitios predeterminados. Ejemplos de estas diferentes formas los encontramos en diferentes países, ya sea por mandato legislativo, por presiones financieras o por cambios en el comportamiento de referencia básica de la población. Según Godber (1982), en Inglaterra no existe la dirección centralizada de la Unión Soviética, ni la descentralización de Yugoslavia; como tampoco representa la independencia y autonomía institucional o individual de los médicos como en los Estados Unidos de América, ni el modelo de médicos asalariados de Suecia (Godber, 1982). Lo que indica que es posible buscar soluciones de acuerdo a las condiciones de cada país.

En Canadá, como refieren Warren y Williams (1976), para implementarse un modelo de atención médica regionalizado es indispensable la

ADMINISTRACION

Para Leonardo Bravo (1979), la introducción del concepto y de los mecanismos de la regionalización en la administración de los servicios médicos y hospitalarios, es un proceso complejo que no es fácil de alcanzar. Para este autor, la implantación de un sistema regional de salud resulta más simple cuando todos los establecimientos de salud pertenecen a la misma institución, situación que excepcionalmente se produce. Por otro lado, en el habitual pluralismo institucional, es muy difícil lograr la coincidencia de voluntades y de objetivos que permita establecer un sistema regional real-mente unificado y operativo (Bravo, 1979).

Fundamentalmente, sigue Bravo (1979), "la regionalización implica la descentralización administrativa y presupuestaria con el fin de simplificar los trámites burocráticos y de facilitar el manejo de los recursos de la región. Es indispensable una legislación apropiada para establecer una administración sólida y esto implica una coordinación eficiente y descentralizada..." (Bravo, 1979).

Los incentivos financieros o presupuestarios parecen ser los instrumentos más efectivos para el desarrollo del sistema y para controlar mejor la calidad de la atención. Pese a que los hospitales mantienen sus cuerpos directivos, un nivel más elevado de la estructura administrativa ejecuta la planificación general de toda el área, o sea de las instituciones en su conjunto. En este último nivel

acción: (i) el establecimiento de metas, objetivos y prioridades a nivel nacional y a nivel local; (ii) desarrollo de un plan global con descripción de los mecanismos necesarios para el cambio; (iii) tener suficiente tiempo para poder observar la ocurrencia de los impactos de los servicios en la comunidad; y (iv) las estrategias deben ser rigurosas, con permanente evaluación y monitoreo del programa.

La orientación de la demanda poblacional para niveles de atención apropiados para atender sus necesidades biológicas y sociales, es la principal tarea en las multitudes que componen un sistema regionalizado. Los objetivos de la regionalización, según Somers y Somers (1977), son que los sistemas de servicios de salud: (i) ofrezcan niveles apropiados de atención para toda la población; (ii) control en la calidad de los servicios y la credibilidad pública, ofrecidas a través de la vigilancia profesional adecuada, y (iii) costos-eficacia (Somers y Somers, 1977). Para Karen Davis (1977), la regionalización promueve: (i) una mejor conveniencia y conocimiento de los servicios de salud por parte de la población; (ii) una mejor accesibilidad a estos mismos servicios; (iii) una alta calidad de atención, y (iv) una mejor eficiencia a un costo más bajo (Davis, 1977).

Para varios autores (Bravo, 1979; U.S., 1977), los objetivos de la regionalización también son: (i) dar cobertura universal y permitir el acceso de toda la población al tipo de atención más adecuada a su estado de salud, enfermedad o invalidez; (ii) proveer atención integral de salud ya sea preventiva, curativa o de rehabilitación a quien la necesite, sin barreras económicas o de otra índole y utilizando lo mejor que sea posible el conocimiento científico y tecnológico disponible; (iii) reducir los costos de los tratamientos, dando preferencia a los servicios de atención primaria de tipo preventivo y ambulatorio y reservando la atención hospitalaria para quienes necesitan en forma indiscutible. El estándar hospitalario debe corresponder al promedio del estándar de vida de la población que recibe cobertura; (iv) descentralizar la atención de la salud mediante un sistema de niveles de atención, diseñado de tal manera que cada persona pueda ingresar en él a través del nivel mejor equipado, para proporcionar el tratamiento más adecuado a las necesidades del individuo y en el cual todos los servicios, desde la atención primaria hasta los especializados, sean accesibles para quien

administrativo están representados los proveedores y los usuarios para el establecimiento de los planes de acción futuros. Las metas para la implementación de un sistema efectivo solo son relacionadas a través del ordenamiento de prioridades alcanzadas por la amplia negociación entre los profesionales de la salud, la población y el gobierno (U.S., 1977).

Según Bravo (1979), los sistemas nacionales de salud, dentro de cuya estructura deben organizarse los servicios para proporcionar atención de salud al núcleo familiar urbano, suburbano y rural, son una maquinaria de tal complejidad administrativa, que resulta imposible manejarla en forma centralizada; de ahí la necesidad de descentralizar el proceso administrativo. Esta descentralización debe abarcar una amplia delegación de funciones desde los niveles superiores hasta los niveles intermedios y locales; de tal forma, que haya efectiva descentralización en el manejo del personal, control de presupuesto, aplicación de leyes y de reglamentos y, si es posible, también, de financiamiento. Esto trae como consecuencia la necesidad de dar capacidad administrativa a nivel local (Bravo, 1979).

En Inglaterra, la responsabilidad administrativa de la salud pública es transferida de las autoridades locales para los Consejos de Salud, nombrados especialmente por el Ministerio de Salud de ese país. En esos Consejos están representados médicos y otros profesionales de salud. En Rusia y Suecia, mientras tanto, los hospitales y los demás servicios de salud están bajo las autoridades locales municipales. Lo mismo pasa en Canadá, donde los Consejos Regionales tienen la responsabilidad de planificar y coordinar los servicios médicos. En la URSS, existe una población asignada a un territorio denominado "Uchastok", el cual se ocupa de la atención médica, pero la atención higiénica, epidemiológica esta realizada por otras unidades a nivel municipal (Yu Zhilinkas, 1979).

Según Warren y Williams (1976), las limitaciones para la implementación de servicios a nivel municipal en Canadá, son por la falta de una estructura de estos gobiernos locales para manejar sus servicios y, además, la ausencia de ideales competentes. Otro aspecto, frecuentemente mencionado, es la resistencia de las asociaciones médicas en aceptar a la autoridad local (Warren y Williams, 1976).

Para Glasgow y colaboradores para la regionalización (1977), son

DIFICULTADES ENCONTRADAS

Para la implementación del modelo surgen enormes barreras, principalmente en las sociedades pluralísticas donde las historias autónomas interinstitucionales y los intereses intrínsecos de las corporaciones profesionales tienen profunda fuerza política. La coordinación de un gran número de instituciones y el interés para la implementación del modelo, es una de las más desafiantes tareas de este siglo. Lo más difícil es la continua resistencia de los diferentes proveedores de servicios de salud, para admitir, como premisa, al sistema integrado no como una intervención a sus libertades individuales e institucionales al rechazar la regulación centralizada, instrumento esencial para el desarrollo de los servicios de salud. Según Stanback (1977), en los sistemas de salud tradicionales o pluralistas, el enfermo, también, tiene una falsa impresión de "libertad" de decisión. En verdad, él sufre grandes dificultades, pues desconoce las calificaciones profesionales de "su" médico y, en general, está limitado exclusivamente al hospital donde recibe atención según sus privilegios (Stanback, 1977). Como enfatiza Sheps y Madison (1977), la lógica de la regionalización en la atención moderna no es inmediatamente percibida por el público. La visión de la atención médica sigue siendo altamente individual y la interdependencia de los servicios de salud avanza muy lentamente (Sheps y Madison, 1977). Los planes tienen que ser suficientemente explícitos y completos para ser comprendidos, no solo por aquellos que van implementándolo, sino también por el público en general (Glasgow y colaboradores, 1977).

Para estos autores (Glasgow y colaboradores, 1977), la implementación de modelos regionales a partir de 1965 en los Estados Unidos de América, por ejemplo, tuvo como principales

los necesite, mediante un sistema de información y de remisión de pacientes; (v) organizar el *equipo de salud*, formado por profesionales, técnicos y auxiliares de distintas disciplinas, que se hagan responsables de la salud de la comunidad y que actúen individualmente a distintos niveles, pero con sus actividades coordinadas a través de un sistema efectivo de comunicación y supervisión; y (vi) un programa adecuado de educación para la salud, orientado a la difusión de conocimientos sobre la mantención de la salud y el apropiado uso de los diferentes niveles institucionales.

Como menciona Ginsberg (1977), la racionalización de los servicios conlleva, por ejemplo, a la absorción de pequeños hospitales en comunidades con exceso de camas y, así, puede ocasionar resistencia por parte de aquellos que tienen que cambiar sus hábitos de utilización, sea por parte de los usuarios o sea por parte del propio cuerpo clínico del hospital absorbido.

Los sistemas de salud, así proyectados, conducen a la progresiva disminución en el uso de camas en relación al que se observa actualmente, a través de la aplicación más racional y eficiente de los centros de salud primarios. Holanda, para la implementación de su modelo de regionalización, estableció el techo de cuatro camas por cada 1 000 habitantes (Stege y Jurkovich, 1980). Así mismo, en sistemas regionalizados cerrados, como es el caso de los Hospitales de Veteranos en los Estados Unidos de América y de la Seguridad Social en varios países de América Latina, el cierre de camas pese a la obsolencia e ineffectividad recibe un gran apoyo en favor de su mantención. Para Ginsberg (1977), solo la drástica reducción presupuestaria facilitaría esta acción, pues la presión política local siempre es contraria a la redistribución de empleos y servicios. Para Nicaragua se partió de un nivel de 1,3 camas por 1 000 habitantes y el desarrollo del nivel ambulatorio en el país (Capote, 1981). La evaluación de la calidad en el modelo regionalizado tiene que ser medida, no en la institución individualizada, pero sí por todo el conjunto. El principal marco de referencia del éxito del sistema es la capacidad de los tres niveles de atención de intercambiar sus experiencias e informaciones. Todo esto, como sugiere Stanback (1977), determina que el avance racional del sistema debe ser conducido en términos dinámicos, ajustándose con las variaciones de la población, con las nuevas modalidades de trans-

inversa entre los ingresos individuales y la distribución de servicios de salud, y dentro de éstos, son los médicos y dentistas los que más se orientan a concentrarse en áreas más selectivas, en función de un mercado de trabajo más rentable. Esta relación es atenuada en algunos países, como en Inglaterra y Yugoslavia, pero en los Estados Unidos de América, la relación de médicos entre "ghetos" urbanos y barrios de clase media está en el orden de uno entre 50, o uno entre 100 (Ginsberg, 1977; Lee y colaboradores, 1982).

Los servicios de salud del sector privado se organizan en general orientados por las fuerzas del mercado. Esta distribución también puede ser jerarquizada según el tamaño de las firmas, estando las más pequeñas localizadas en villas rurales y las más grandes en los centros urbanos de mayor densidad de población. Según Stanback (1977), esta distribución espacial de los servicios privados se denomina "Teoría del Sitio Central" y está orientada por tres factores: (i) por el volumen de la demanda para cada una de sus unidades; (ii) por la economía de escala del proceso de producción; y (iii) por los costos del transporte. Esta teoría aplicada a los servicios de salud, nos lleva a la consideración de que es aplicable, en tesis, cuando la operación se justifica en relación a la economía de escala, frecuente y tamaño de la demanda y a los costos de los servicios ofrecidos. Tiene que ser observada, mientras tanto, con gran cautela, pues la sociedad se resiste a admitir que la atención médica sea solamente orientada por las fuerzas de mercado (Stanback, 1977).

Pese a todas las ventajas técnicas del modelo, los esfuerzos para regionalizar conllevan un gran peso político. Para Fein (1982), en los casos en que los sistemas de salud estén conformados por una mezcla del sector privado y el sector público, con distintos mecanismos de financiación, es difícil implementar el concepto de regionalización, alcanzándose solo el concepto técnico. Para el mismo autor, el costo de la regionalización es un costo político para soluciones de largo plazo, por cuanto los líderes políticos buscan soluciones para plazas de mucho más cortos (Fein, 1982). En la ausencia de un plan educacional para los proveedores, personal de salud y del propio público, el concepto puede antagonizar todos esos elementos e impedir su implementación (Fein, 1982).

Para McLachlan (1977), cualquier reforma

En la mayoría de los países ocurre una relación servicios de salud, las propias fronteras del país. ingreso económico tienen como barrera hacia los ses sociales más pobres, ya que las de mayor zación es particularmente orientado para las cla-

Según Lewis (1977), el concepto de regionalización es particularmente orientado para las clases sociales más pobres, ya que las de mayor ingreso económico tienen como barrera hacia los servicios de salud, las propias fronteras del país. En la mayoría de los países ocurre una relación

Las otras barreras para la implementación de la regionalización, según Lewis (1977), son: la propia estructura básica de las sociedades que sitúa los valores individuales por arriba de los comunitarios, y el concepto de que el "mejor" es el "mayor", o el más "complejo", o el más "sofisticado", como los hospitales universitarios que prevalecen en varias ciudades, concentrando en estos centros una enorme demanda de casos de baja complejidad clínica, fácilmente tratables en el nivel primario (Lewis, 1977). Como menciona McLachlan (1977), "el hospital para casos agudos captura la imaginación pública y atrae la gran parte de los recursos financieros...".

La necesidad de la red en su conjunto y no solo del hospital.

administrativa en los servicios de salud envuelve operaciones de gran complejidad y requiere considerables preparaciones para implantar este proceso evolucionario. La preparación de una legislación y reglamentación pertinentes para la nueva situación administrativa, se orienta hacia los organismos centrales y periféricos (Stege y Jurkovich, 1980; Ginsberg, 1977). La implementación de estas regulaciones depende de los intereses de grupos, tales como proveedores, representantes de la comunidad o los consumidores de servicios de salud, grupos profesionales, en especial las corporaciones médicas y, finalmente, los intereses del propio gobierno (McLachlan, 1977). Para lograr un consenso político, Italia por ejemplo, constituyó un comité nacional de planificación hospitalaria con 63 miembros, en los que estaban representados provincias, regiones, sindicatos, seguros, profesores de medicina, etc. (Koff, 1985).

El concepto central de regionalización, para Sheps y Madison (1977), incorpora la noción de que dentro de un determinado espacio, individuos e instituciones que ofrecen atención médica para aquellos que la necesitan, trabajen conjunta e integradamente en una base, muchas veces, más comprensiva que aquella que la propia comunidad tuviera capacidad de identificar (Sheps y Madison, 1977).

La relación médico-paciente tiene un rol fundamental en la implementación del modelo regionalizado. Por la propia formación educacional de estos profesionales, es estimulada la práctica de construir y mantener esta relación con carácter permanente y, en consecuencia, el enfermo se resiste a aceptar un "nuevo" médico de los otros niveles de atención o de la propia área de captación del sistema local de servicios. A este aspecto realista, se suman los del prestigio institucional en retener sus pacientes, cerrando, así, un ciclo humano; es decir, el médico y el enfermo con los propios servicios, en la obstaculización del traslado de rutina conforme exija el caso. Además, como refiere Stanback (1977), los profesionales de mayor talento, al estar mejor entrenados encuentran un máximo de oportunidades para su autostimulo y promoción ubicados en las posiciones más elevadas de la jerarquía urbana en el nivel terciario, influyendo técnica y afectivamente los otros niveles.

Para McLachlan (1977), la implementación de la regionalización fue realizada por años en Inglaterra y, muchas veces, se olvida de que su

BIBLIOGRAFIA

- Badgley, R.F. *Regionalization of health services in Canada*. *Isr. J. Med. Sci.* 18: 375-383, 1982.
- Binational U.S. *Israel Symposium on the Regionalization of Health Services*. *Isr. J. Med. Sci.* 18: 419-431, 1982.
- Bravo, L.A. *Planificación regional de las instalaciones de salud*. Parte I. *Criterios de Planificación y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en Países en Desarrollo*. Volumen II. Kleckowski, B.M. y Piboulean, R. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1979, pp. 9-28.

Capote, R. y otros. *La administración de salud y el modelo de especialista de primer grado*. Rev. Cub. Administración de salud 4: 297-303, Oct.-Dic. 1978.

Capote, R. *Sistemas de control*. Rev. Cub. Adm. Salud 3: 1, 1977.

Capote, R. *La evaluación de los servicios de salud en Cuba*. Rev. Cub. Adm. Salud 5: 2, 1979, y 5: 3, 1979.

Capote, R. *La dispensarización en la organización de los servicios*. Ediciones Ligetas, Managua, 1984.

Capote, R. *La Organización de los servicios de salud en Nicaragua*. 1983. Consultoría, Managua, 1985.

Capote, R. *La Regionalización y la red de servicios*, Trabajo publicado. Resumen de hospitales en Buenos Aires, Argentina, 1987.

Capote, R. y otros. *Plan prospectivo de desarrollo de los servicios de salud en Nicaragua*. Informe de consulta, Nicaragua, 1981.

Castellanos, J. *Expert committee on the role of hospitals at first referral level*. OPS/OMS, Ginebra, diciembre, 1986, 14 p. (mimeo).

Custis, D.L. *The questions of regionalization and sharing of health services*. *Mill. Med.* 146: 114-119, 1981.

Davis, K. *Regionalization and national health insurance in regionalization and health policy*. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-002,4039, 1977, pp. 180.

Del Nero, C.R. *A lost opportunity: The Dawson report on regionalization of personal health services*. Thesis, Yale University, 1979, pp. 91.

Donabedian, A. *Volume, quality, and the regionalization of the health care services*. *Med. Care*. 22: 95-97, 1984.

Doron, H. *Regionalization of health services in Israel: Significance and frameworks*. *Isr. J. Med. Sci.* 18: 357-363, 1982.

Eggold, R. *Trauma care regionalization: A necessity*. *J. Trauma* 23: 260-262 (1983).

Fein, R. *Regionalization of health services: A pressing need?* *Isr. J. Med. Sci.* 18: 329-335, 1982.

Foucault, M. *Historia de la medicalización*. Educ. Med. Salud. 11: 36-58, 1978.

Friedell, M.T. *Tertiary care*. *Int. Surg.* 62: 326-327, 1977.

Gavazzi, A.A. *Mill. Med.* 140: 50-51, 1975.

Ginsberg, E. *The many meanings of regionalization in health*. *Regionalization and Health Policy*. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977, pp. 1-6.

Ginsberg, E. *Directions for policy in health regionalization and health policy*. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977a, pp. 191.

Glasgow, F.; Smith, C.E.; Lindsey, P.A. *Regionalization of health services: Policy implications of national experiment*. Health Policy Analysis and Accountability Network, Inc., Idaho, E.U.A., 1977, pp. 1-30.

Gober, G. *The British Health System: Achievements and Limitations*. *Isr. J. Med. Sci.* 18: 365-373, 1982.

Gwin, M.E. *On call is not enough: Social workers in E.D. Hospitals* 53: 72-78, 1979.

Hardie, M. *Cuestiones y métodos relativos a la administración de los servicios de salud en las regiones en desarrollo*. Criterios de Planificación y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo. Volumen 4, Kleczkowsky y Riboulean, R. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1986, pp. 124-145.

Hernández Prada, A. *El hospital básico y su función en la Salud*. Washington, D.C. 1986, pp. 124-145.

Capote, R. y otros. *Los programas de extensión de la cobertura de los servicios de salud*. Bol. Of Sanit. Panamá. 88: 137-143, 1980.

Koff, S.Z. *Regionalization and hospital reform in Italy*. *J. Publ. Health Policy*, June 205-222, 1982.

Lee, P.R.; Leroy, L.; Estes, C.L. *Needs and planning for manpower within a health region: Concepts, problems and progress*. *Isr. J. Med. Sci.* 18: 385-391, 1982.

Lewis, C.E. *Improved access through regionalization in regionalization and health policy*. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977, pp. 71-84.

Macedo, C. *Guerra de. Mensaje del Director: Eficiencia*. Bol. Of Sanit. Panamá. 101: 1, 1986.

Macedo, C. *Guerra de. Mensaje del Director: Descentralización*. Bol. Of Sanit. Panamá. 102: 1, 1987.

McLachlan, G. *The british experience in regionalization and health policy*. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977, pp. 129-139.

Modan, B. *Current status of health services in Israel*. *Isr. J. Med. Sci.* 18: 337-344, 1982.

Novas, H.M. *A problemática do moderno hospital unit-versitário*. Escola de Administração de Empresas/Fundação Getúlio Vargas. Public. No. 148, São Paulo, Brasil, 1978.

Novas, H.M. *Adiestramiento en gerencia de servicios de salud*. Educ. Med. Salud 14: 407-421, 1980.

NOVAES, H.M. *Factores organizacionales nos crises dos hospitais de clinicas*. Bol. Of Sanit. Panamá. 89: 39-48, 1980.

NOVAES, H.M. *Reorganizing the Latin American health sector: A contribution to education in the administration of health services*. *J. Health Adm. Educ.* 11: 175-189, 1983.

Rios Mazure, J. *Planificación regional de las instalaciones de salud*. Punto de Vista del Arquitecto. Parte II. Criterios de Planificación y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo. Volumen 2. Kleczkowsky, B.M. y Riboulean, R. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1979, pp. 29-66.

Roemer, M.I. *Strategies for increasing rural medical manpower in five industrialized countries*. Publ. Health Rep. 93: 142-146, 1978.

Shachter, G.; Goldstein, H.M.; Pilloton, F. *Regional planning vs. Regionalization: The Italian health care system*. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0029620, 1979, pp. 1-18.

Sheps, C.G.; Madison, D.L. *The medical perspectives in regionalization and health policy*. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977, pp. 15-22.

Somers, A.R.; Somers, H.M. *Certificate of need regulation: The case of New Jersey*. In Regionalization and Health Policy. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977, p. 151.

Stanback, T.M. *Regionalization of professional services: Private sector analogue*. In Regionalization and Health Policy. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977, pp. 7-15.

Steger, C.P.C.; Bremmer, Jurkovich, R. *Hospital response to a changing organizational environment: The regionalization of hospital care in the Netherlands*. Soc. Sci. Med. 14A: 445-452, 1980.

U.S. Department of Commerce. *Technical reports health planning and resource development* No. HRP-0019754, February, 1977, pp. 1-31.

Warren, S.; Williams, J.I. *Physicians and health regionalization: response to implied government involvement*. Soc. Sci. Med. 10: 39-46, 1976.

- Warren, S.; Williams, J.I. Can J. Publ. Health 67: 105-108, 1976.
- Weil, T.P. *Vertical integration: The wave of the future.* Health Care Strat. Manag. Sept., pp. 4-11, 1984.
- White, Kerr L. In Seward, Ernest W. Ed. *The regionalization of personal health services*, New York: Prodist, 1975,
- Zhilinkas, Yu. *La organización de los servicios de salud en URSS.* La Habana, Cuba, 1980.
- N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977, pp. 2.
- Regionalization in Health. U.S. Department of Commerce, pp. 234-235 cit. in Ginsberg, E. The Many Meanings of

REFLEXIONES EN TORNO A LA CONDUCCION Y GERENCIA DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Juan José Barrenechea

QUESTION PREVIA

El análisis del problema de la conducción y gerencia de los sistemas de servicios de salud en las actuales condiciones y en su prospectiva posible, es una tarea engorrosa y perentoria que exige un abordaje transdisciplinario y la utilización de métodos y enfoques propios de los problemas, grandes, complejos y mal definidos, característicos del devenir de los procesos sociales en que se insertan estos sistemas de servicios (1). Existe, además, extremar la cautela para sobrevivir a la tentación de aceptar acríticamente, cualquiera de las numerosas descripciones y dogmas constituidos en torno a esa problemática y los resultados, insuficientemente evaluados, de las puestas en práctica de algunas de esas prescripciones. El análisis riguroso de esas iniciativas con el propósito de entender sus eventuales lecciones es imperativo, pero no suficiente; resulta, además, fundamental configurar una actitud prospectiva desde un enfoque estratégico, toda vez que hay razones para suponer que el futuro más verosímil constituye un salto cuantitativo y cualitativo no imaginable a partir del mero análisis de tendencias originadas en el pasado. Ese enfoque estratégico y prospectivo resulta indispensable para poder construir escenarios que permitan diseñar y emprender las acciones que pueden orientar la dirección de los sistemas de servicios hacia la equidad, impacto, eficiencia y participación, reconociendo que de lo que se trata es de quebrar tendencias y construir un futuro desde el presente de cada país en concreto. Obviamente, estas reflexiones que se ofrecen para discusión no pueden abarcar esa formidable tarea. Solo pretenden anotar algunos comentarios en torno a ciertos asuntos considerados cruciales desde la óptica de una institución pública y a la luz de una experiencia dada sobre el tema. Se centran así, en llamar la atención sobre ciertos aspectos de esa vasta y compleja problemática, que nos parecen ambiguos y cuya dilucidación consideramos básica.

ELEMENTOS DEL PROBLEMA Y DEL CONTEXTO EN QUE OCURREN

Parece legítimo afirmar que Latinoamérica está transcurriendo por un momento crucial de su historia. El fenómeno que se destaca y domina es la crisis económica estructural y profunda. Este fenómeno de instalación relativamente síbita, con efectos complejos y significativos, se asocia e interacciona con otros fenómenos de similitud, como la importancia que ya estaban en pleno desarrollo: la urbanización y marginación acelerada; la explosión tecnológica; la revolución de las expectativas y de las demandas y el "envejecimiento" de la población; se agrega ahora, la democratización de los sistemas políticos y el aumento y diversificación de las responsabilidades de los Estados o Gobiernos (2). En este contexto los sistemas de servicios de salud y en particular los "Ministerios de Salud" (o instituciones similares) se enfrentan a una situación crítica, cuyo control les resulta inabordable para asegurar su "sobrevivencia". Esta situación crítica, obviamente peculiar para cada institución específica insertada en una sociedad nacional concreta, puede caracterizarse, sin embargo, resumida y cautelosamente, con los siguientes rasgos comunes:

a) Por el lado de la demanda de servicios de salud.

- Una explosión y diversificación de las expectativas de la sociedad en general.
- Una población en crecimiento y en proceso de urbanización y envejecimiento.
- Un aumento más que proporcional de los grupos humanos postergados y del deterioro de sus condiciones de vida: "marginación" o "postergación".
- Una presión creciente por el control social de los sistemas de servicios de salud.

b) Por el lado de la oferta del sistema de unidades productoras de servicios de salud.

- La urgencia en maximizar la equidad, el impacto (eficacia), la eficiencia y la participación

ción de los sistemas de servicios de salud, declarada explícitamente en los proyectos políticos de Gobierno y específicamente en sus políticas, estrategias y planes de salud.

● La intensificación, diversificación y multiplicación de la oferta, particularmente por la incorporación de los espacios-población postergados, por la urbanización, por el deterioro de las condiciones de vida y por el "envejecimiento" de la población, con el consiguiente cambio de la estructura de la patología hacia aquellos problemas de resolución más complejos y de costos mayores.

● La disponibilidad creciente de tecnologías más complejas y de alto costo de adquisición, operación y mantenimiento.

● La disminución relativa de la participación del gasto público en los actuales sistemas de financiamiento y la urgencia por satisfacer el requisito de equidad.

● La elevación de los costos por la irrupción de tecnologías de complejidad creciente, por aumento de los precios de los insumos, y más que proporcionalmente de los costos fijos, en particular los de los salarios.

● El aumento relativo de la incapacidad operativa y de la ineficiencia de los sistemas, debido a que la debilidad crónica del proceso de conducción y gerencia se agudiza por la exigencia que impone a la administración del sistema, el incremento de la accesibilidad a los servicios satisfaciendo los requisitos de equidad, impacto, eficiencia, participación y articulación "intersectorial" o interinstitucional en un proceso de aumento y diversificación de las demandas, potenciado por un mosaico sectorial de instituciones públicas, semipúblicas y privadas, insuficientemente coordinadas y con políticas de hecho no definidas con suficiente claridad, pero contradictorias y competitivas en la práctica.

c) Por el lado de la opinión pública y de las fuerzas sociales organizadas.

● Una presión sostenida por participar en el control social de la "cosa" de salud, con ópticas y proyectos en conflicto y con distinta disponibilidad y utilización del poder.

● Un cuestionamiento creciente de la razón de ser de los Ministerios de Salud (o instituciones similares) y de su capacidad y eficiencia para enfrentar los problemas de salud de los distintos segmentos sociales. Este cuestionamiento por parte de la opinión pública es aprovechado por

ALGUNAS CUESTIONES CRÍTICAS

Este panorama ha colocado a la mayoría de los Ministerios de Salud (o sus equivalentes) en una situación de emergencia que los está predisponiendo a buscar cambios creativos y acelerados, que en otros momentos de la historia de esas instituciones, aunque necesarios y factibles, no hubieran sido viables.

En este complejo e inquietante escenario han "tomado momento" cinco grandes problemas, fueron desencadenantes de un diluvio de prescripciones y un menor número de aplicaciones, de muy diversa calidad y atinencia, pero que constituyeron y consolidaron algunos prejuicios y ambigüedades que resulta imprescindible analizar, por la trascendencia que su aceptación acarrea tiene en este momento particular de la historia de los sistemas de servicios de salud en la América Latina. Estos cinco grandes temas reconocidos en estas reflexiones son:

● Los sistemas de servicios de salud;

● La conducción y gerencia de la institución, que desde la óptica de estas reflexiones debería liderar esos sistemas.

● La descentralización de su administración.

● La programación y administración local.

● La participación social.

Importa destacar que el funcionamiento y la problemática de estos cinco temas se hallan íntimamente interrelacionados. Más que segmentos pasibles de tratamiento individualizado, conforman un conjunto complejo de relaciones no siempre identificables; pero que interactúan de- cididamente. Su análisis por separado, constituye un artificio que solo resulta legítimo para facilitar la presentación de las reflexiones que nos han provocado.

Los sistemas de servicios de salud

Este tema viene siendo tratado desde mucho tiempo atrás, desde variadas perspectivas e intenciones. Pese a ese extenso tratamiento, todavía persisten ambigüedades que conviene tratar

de aclarar o, por lo menos, identificar para facilitar su discusión. La ambigüedad básica esta constituida por el entendimiento de que es un sistema de servicios de salud. Toda vez que estos comentarios están destinados a provocar la reflexión sobre solo algunos puntos que se asumen, ameritan consideración; no se discute la propiedad de esas diversas acepciones y concepciones. Consecuentemente, no se hace distinción entre sistemas de salud y sistemas de servicios de salud, cuya discusión ha nutrido los anales de la salud pública, y se propone solo para fines de esta discusión, entender en un primer planteo muy general, a esos sistemas de la siguiente manera:

Como la estructura institucional y organizativa; una capacidad acumulada de producción; una tecnología dada de producción, dependiente de una forma particular de definir y de explicar los espacios-población prioritarios y sus condiciones de vida; un estilo de prestación de servicios y de relación entre la producción de servicios y la población y entre las unidades productoras de servicios; un conjunto de reglas y formas de financiamiento; una dotación y utilización de recursos (incluyendo los humanos, la información y la tecnología); un criterio político de dirección y combinación de todos los elementos anteriores, y una cierta capacidad de adaptación al cambio de situaciones.

Esta caracterización genérica facilita la identificación de las categorías de análisis más potentes para el análisis de los sistemas concretos. En ese sentido conviene destacar que la selección y manejo de esas categorías esta regida por la intencionalidad y condiciones del análisis (4). Por lo tanto, importa hacer explícito que desde la posición que motiva y orienta estas reflexiones, se postula que esa reconocida necesidad de reestructuración y expansión de los sistemas debería llevarse a cabo en forma tal, que garantice el maximizar su equidad, eficacia (impacto), eficiencia, la participación y la articulación inter-institucional o "intersectorial", asegurando de esa manera la contribución del "sector salud" en la reducción de las desigualdades, de espectro y naturaleza mas amplia, que afectan a una determinada sociedad nacional en un momento histórico concreto. La experiencia recogida en América Latina sobre intentos de reforma en este campo, permite generalizar que en su mayoría, no importa su grado de fracaso o éxito, se han orientado "normativamente"; es decir basados en conceptualizaciones a priori de "lo que debe ser" un "buen sistema en sí"; no se consideraron suficientemente las circunstancias concretas en que esas conceptualizaciones deberían operar, ni sus necesarias relaciones de coherencia con los objetivos reales que orientaban el sistema que se suponía se debía transformar. Es sugerente que esta característica "normativa" básica, se repite en el caso de las "reformas administrativas" intentadas en Latinoamérica. Esa experiencia muestra claramente que es necesario sustituir esa perspectiva "normalizadora" por un enfoque finalista, histórico y estratégico (5). *Finalista*, porque los fines y objetivos deben preceder y presidir las decisiones en cuanto a los cambios estructurales y funcionales eventualmente necesarios, así como la definición del modelo de sistema, las categorías de análisis y de programación y los métodos e instrumentos útiles, para llevar a cabo esos análisis, esa programación y su consiguiente ejecución, control y evaluación. *Estratégico*, porque no basta con definir población y el sistema que por alguna razón se considere ideal o conveniente; se requiere analizar las circunstancias y los factores concretos que determinan la factibilidad y viabilidad de las propuestas en el momento del análisis y estimar prospectivamente la afinencia de los objetivos que se programen y las circunstancias y factores que eventualmente irían apareciendo en el desarrollo del cambio, en los sucesivos escenarios imaginables como posibles. Se trata de analizar la vigencia prospectiva del propósito, construir la viabilidad de las proposiciones y de evaluar la posibilidad de su negociación e instrumentación en la práctica. *Histórico*, porque no es suficiente el describir la situación actual del sistema, es necesario explicar la, lo que conlleva el análisis histórico de cómo y por que el sistema se desarrollo de una manera dada. Desde esta perspectiva el análisis de la equidad se destaca como la variable instrumental central. Esto no significa desvirtuar las variables éticas, eficiencia y participación, incluidas y necesarias para asegurar la equidad. Al respecto conviene recordar que el análisis de la equidad privilegia dos dimensiones:

- Quiénes, cómo, que y cuántos servicios reciben;
- Quiénes, cómo y en cuánto contribuyen de hecho a financiar el sistema.

Estas dimensiones obligan a extremar los análisis a fin de garantizar el sistema.

lisis históricos y prospectivos de la accesibilidad a los servicios de los diferentes grupos socioeconómicos que integran una sociedad concreta, tanto por el lado de la oferta, como por el lado de la demanda, y los estudios pertinentes del financiamiento en cuanto a su monto y estructura; el gasto y origen de los fondos, flujo, tipo y destino, y muy especialmente su papel en la redistribución. En ese sentido resulta importante insistir en que ningún análisis del "financiamiento sectorial" puede cobrar cabal significación si no lo realiza en el contexto del sistema de "financiamiento global" de la sociedad concreta pertinente. Resulta interesante comparar este enfoque del tema con el que subyace en la propuesta de los llamados "sistemas únicos de salud", iniciativa de alto voltaje político que se está difundiendo con creciente persistencia en América Latina desde hace por lo menos tres décadas, y que ha extendido aceleradamente su invocación, a partir de los años 80. El análisis muestra que la mayoría de esas iniciativas, aunque diversas, mantiene las siguientes características comunes:

- *Invocación para su legitimización de raso- nes de equidad y eficacia.* Sin mayor sustentación de cómo es posible lograr ambos requisitos a partir de meros cambios formales en cuanto a estructuras y legislaciones.
- *Separación de las funciones de asistencia y rehabilitación médica individual (invariablemente a cargo del "seguro") y de la prevención colectiva (adjudicada unánimemente al "Ministerio").* No se explica la racionalidad de ese reparto, ni por qué es necesario retroceder en el tiempo y en el progreso, en cuanto al tratamiento integral curativo-preventivo de la salud individual y colectiva. El punto se da por sentado, sin discusión suficiente.
- *Incorporación "diferida" y "progresiva" de los "pobres", en nombre de los cuales, conjuntamente con la invocación a la eficiencia, se justifica y postula la necesidad del establecimiento de un "sistema único", que además de dicotomizar en vez de integrar el quehacer en salud, ignora en la práctica al subsector privado, tanto en su participación o, como objeto de regulación.*

● *Mantenimiento de los fundamentos básicos de la Seguridad Social a la cual se la reconoce generalmente en dificultades financieras y con seriedad de los actuales esquemas de financiamiento de América Latina, agudiza y hace urgente su tratamiento. El enfoque "Sistema Único", puede ser la respuesta en muchos casos. Pero, no existe teoría, ni prueba alguna en la práctica, que la*

Esta sucinta e incompleta relación de las características de las propuestas en cuestión permite, sin embargo, construir la sospecha de que, en su esencia, constituyen meros planteos voluntaristas que en la práctica solo reflejan ideologías e intereses de grupos de presión, pero que de manera alguna configuran siquiera esbozos de soluciones plausibles, a pesar de las razones que se invocan declarativamente, para tratar de legitimarlas.

El análisis de estas características remite inevitablemente a las estipuladas por Frank, cuando diseñó el primer esquema de seguridad social para la Alemania de Bismark en 1980 (6). La cuestión de la revisión y unificación o articulación de los actuales sistemas de servicios de salud y de seguridad social y su eventual reestructuración, es un problema atinente y vigente. Maximizar la equidad, impacto y eficiencia de las políticas sociales y de sus instrumentos, es perentorio. La actual crisis económica y la tendencia a la democratización de los Gobiernos en América Latina, agudiza y hace urgente su tratamiento. El enfoque "Sistema Único", puede ser la respuesta en muchos casos. Pero, no existe teoría, ni prueba alguna en la práctica, que la

en proyectos de ley.

das, a su formalización, más o menos arbitraria tan del estado de propuestas, apenas bosquejadas, con una urgencia inexplicada las iniciativas salientes, es otra característica común y destacada. *Ausencia de análisis útiles, sobre la pertinencia, factibilidad y viabilidad de las propuestas, facultad y viabilidad de las propuestas.*

● *Ausencia de análisis útiles, sobre la pertinencia, factibilidad y viabilidad de las propuestas, aún más, esa responsabilidad social que parecen urgir, intensificar y diversificar en las actuales circunstancias económicas que en la práctica limita la posibilidad del Estado para instrumentar políticas sociales de redistribución, directas o indirectas. Responsabilidad que históricamente le cupo al Estado en Latinoamérica y que, paradójicamente se lo justifica en la equidad y eficacia que se presupone se alcanzará con él.*

● *Establecimiento, o ampliación, de la autarquía del sistema y debilitamiento de la participación del gobierno en su conducción.* Con lo cual se limita la posibilidad del Estado para instrumentar políticas sociales de redistribución, directas o indirectas. Responsabilidad que históricamente le cupo al Estado en Latinoamérica y que, paradójicamente se lo justifica en la equidad y eficacia que se presupone se alcanzará con él.

equidad, eficacia, eficiencia y participación necesarias, para ser alcanzadas, la separación de las funciones curativas de la preventiva y su independencia de la gestión administrativa y política del gobierno; ni tampoco, que los problemas de incapacidad gerencial se solucionen por la mera aplicación de esa prescripción. Tampoco esas postuladas panaceas solucionan el ya discutido papel regresivo de la mayoría de los esquemas de financiamiento vigentes para nuevos sistemas de seguridad social.

Se insiste en que "sistema único" puede ser una respuesta adecuada, pero también se insiste en que, para poder sustentar esa hipótesis, es necesario analizar la propuesta en todos sus elementos, considerando la historia y explorando prospectivamente los escenarios futuros probables y los deseables. En base a esos elementos de juicio, deberá analizarse la factibilidad y viabilidad de la propuesta y diseñar, cuidadosamente, una estrategia de reestructuración.

El análisis del "mosaico institucional sectorial" como un todo, incluyendo la seguridad social y el subsector privado, resulta imprescindible para el diseño de mecanismos eficaces, para orientar y controlar la asignación, flujo y destino de los recursos reales y financieros y para su pacto en términos de equidad, eficiencia y eficacia. El análisis se deberá centrar en las redes de servicios, en cuanto a accesibilidad de los espacios-población calificados por su grado de postergación, y en la *capacidad de redistribución* que implican las estrategias de financiamiento, así como en las alternativas que maximicen el *impacto, eficiencia, factibilidad y viabilidad* de los sistemas. El estudio de la superestructura organizativa, jurídica y reglamentaria es importante e imprescindible, pero complementario. La consideración del papel protagónico del Estado y de sus instituciones públicas, obliga a la consideración de otra categoría central: el liderazgo neocesarista para la orientación, instrumentación y control del proceso. Ello implica, obviamente, el tratamiento del poder como cuestión básica. Ese liderazgo se constituye en la práctica, a través de una compleja matriz de negociaciones entre instituciones y grupos, en la cual cada actor configura los "hechos" de modo tal que sustenten sus posturas. Se trata de una negociación en la que se conforman alianzas puntuales y transitorias. En consecuencia, la categoría "poder" adquiere una connotación coyuntural de muy alta significación. De todas maneras, cual-

quiera que sea la fórmula considerada viable, es fundamental tener en cuenta que el tender a maximizar la equidad, el impacto, la eficiencia y la participación de un sistema cualquiera de salud, implica, necesariamente, involucrar, orientar y regular a todos y cada uno de los componentes significativos (7) de los ámbitos públicos, semi-públicos y privados, y mantener una especial preocupación y monitoría sobre quienes, cómo y cuánto reciben los servicios y quiénes, cómo y en cuánto los financian; así como asegurar la factibilidad o solvencia, presente y prospectiva del sistema. Para ello, es necesario integrar, en los imprescindibles análisis que sustentan eficazmente la presentación de alternativas, ciertas categorías inevitables que se pueden sistematizar de la siguiente manera:

- Definición explícita y rigurosa de las propuestas, direccionalidad y latitud que justifican y especifican el sistema propuesto.
- Identificación y clarificación de las instituciones que integran el "mosaico" institucional actual.
- Análisis de esas instituciones y del conjunto de ellas.
- Análisis de las redes de servicios, su impacto, equidad, eficacia y participación, tanto por el lado de la demanda, como por el lado de la oferta.
- Análisis del esquema de financiamiento actual y del propuesto en cuanto a su eficacia y en cuanto a su capacidad redistributiva.
- Análisis del liderazgo.
- Propuestas de desarrollo de la capacidad de conducción y gerencia del sistema y de sus instituciones.
- Análisis de los beneficios y de la factibilidad de la propuesta considerando los criterios "políticos", "técnicos" y "administrativos". Es necesario insistir en que no bastan los imprescindibles análisis estadísticos-actuariales; resulta inevitable complementarlos con elaboraciones prospectivas sobre escenarios posibles, en cuanto a demandas y actitudes de los espacios-población que el sistema propuesto privilegia.

En este contexto, y solo para efectos de ilustración de estas reflexiones, se presentan algunos elementos que deberían integrar esos análisis. Los criterios que ordenaron la selección de las categorías de análisis que aquí se proponen son: facilitar la identificación y sistematización de las instituciones que componen el mosaico

ción de políticas y objetivos como, también, sobre estructuras y perspectiva gerencial, derivan de las relaciones de poder-influencia, necesidades de eventual complementariedad, potencialización y de eventual complementariedad, la caracterización de las instituciones públicas capaces de liderar el conjunto hacia las propuestas de *impacto, equidad, eficiencia y participación*; deducir de estas características una estrategia de innovación administrativa que desarrolle la capacidad de adaptación y conducción del cambio que presupone la consecución de los

El esquema se centra en un entendimiento

dado de la noción, sistemas de servicios de salud y su relación con las determinaciones que implican las características del proceso social en sí; el

estilo vigente de gobierno, su política y su estrategia de salud; la opinión pública y las fuerzas sociales organizadas; las características de las instituciones públicas y privadas que integran el sistema o que se relacionen con él y los diversos escenarios plausibles en que el sistema operará.

Desde esa perspectiva, se proponen algunos grandes conjuntos de categorías considerados útiles, tanto para el análisis propiamente dicho, como para la configuración de las propuestas y algunos elementos para facilitar la identificación y sistematización y análisis de las instituciones vigentes en el "mosaico sectorial" en estudio (Figuras 1 y 2. Diagramas 1 y 2).

Cabe aclarar que en momento alguno se postula que las categorías que se presentan son exhaustivas, ni necesariamente las más eficaces, se las coloca solo para ilustrar las posibilidades de análisis. Asimismo, se insiste en que su selección obedeció al propósito que en estas reflexiones se le supone al sector con cualidades de equidad, impacto, eficiencia, participación y al postulado de que la conducción del "sector" ha-

tado. Obviamente, si los propósitos del cambio fueren otros, otras serían las categorías seleccionadas. Sin embargo, cabe reflexionar sobre la acotación de P. R. Motta, cuando destaca que el análisis de las instituciones públicas y de los estilos administrativos debe ser consecuencia de una formulación estratégica y no de un análisis previo que se constituya en dato para la planificación.

El enfoque estratégico esta constituido, esencialmente, por la vinculación de la organización con su ambiente, en función de su "misión" o "razón de ser". Así, las propuestas de formula-

Diagrama 1. Esquema de clasificación para la identificación de las instituciones componentes de un mosaico sectorial.

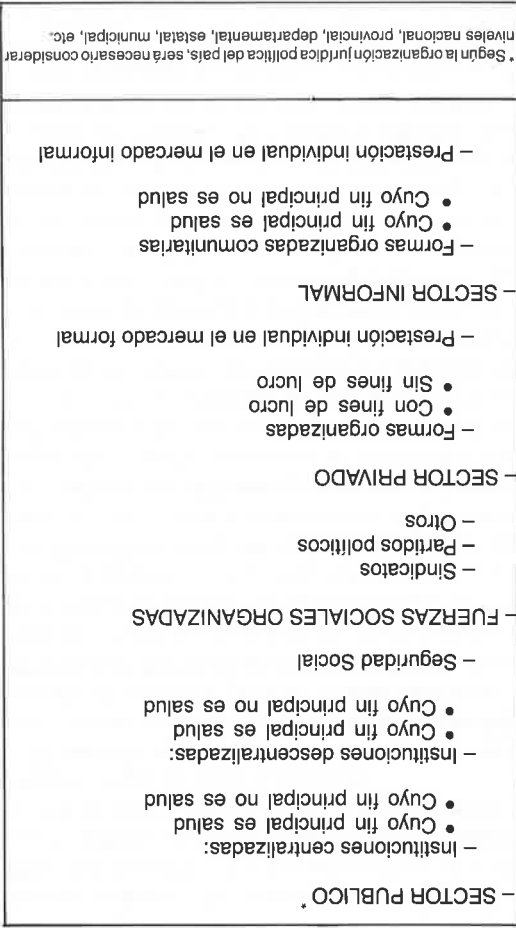


Figura 1. Elementos para el análisis y elaboración de una estrategia de reestructuración del sistema de servicios de salud en función de una política nacional de salud que privilegie y maximice los criterios de equidad, impacto, eficiencia, participación.

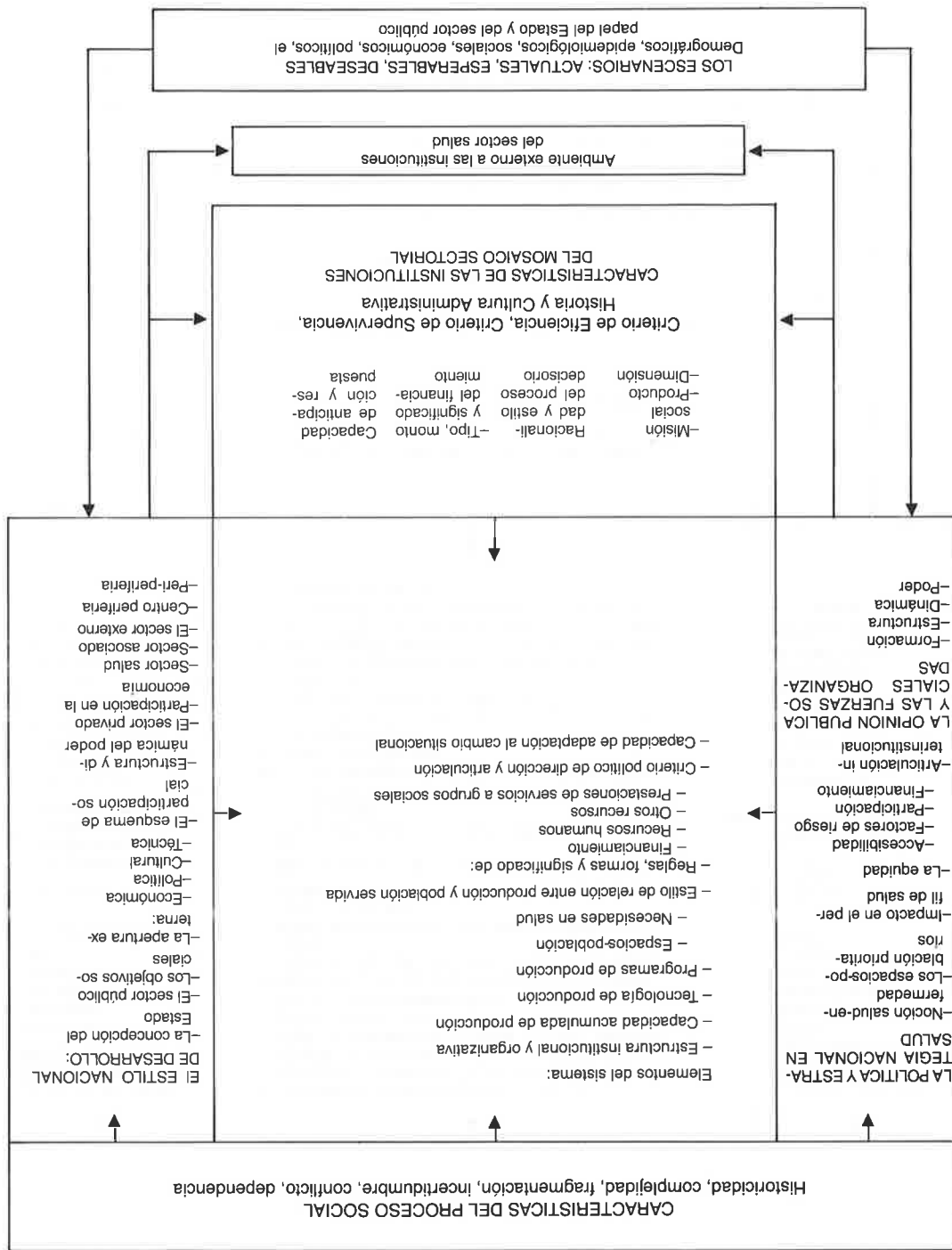
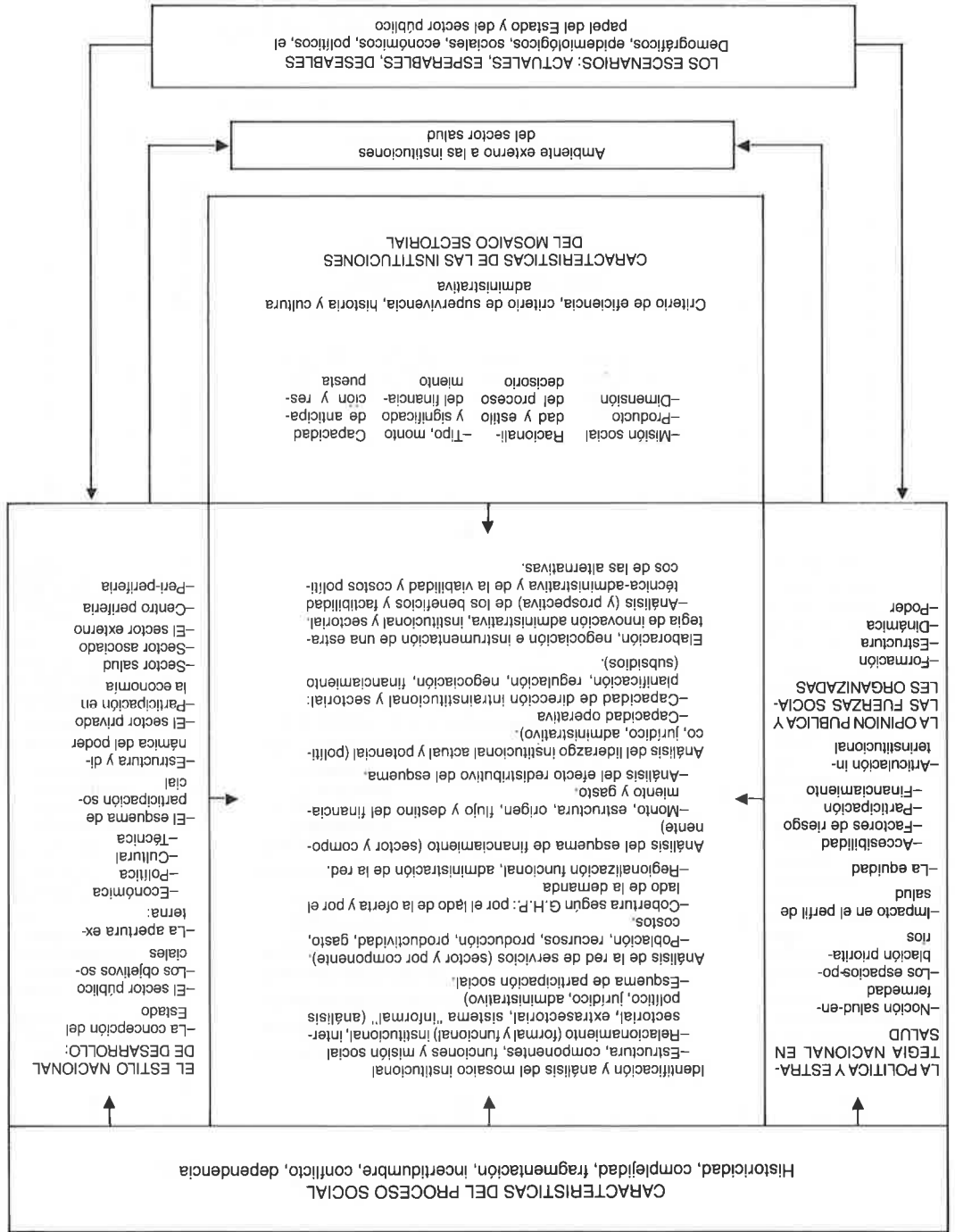


Figura 2. Áreas de análisis y elaboración de una estrategia de reestructuración del sistema de servicios de salud en función de una política nacional de salud que privilegie y maximice los criterios de equidad, impacto, eficiencia, participación.



der al cambio o a las sorpresas de su medio ambiente; este análisis se puede efectuar apelando a algunas de las categorías presentadas: definición del ambiente externo; características del área destino de su producción y de su clientela; grado de turbulencia del ambiente; innovación tecnológica en el área destino de su producción; características de la demanda y del estilo de gobierno (papel del Estado, consideración de los sectores sociales, esquema de participación social); tipo y grado de dependencia con la administración general nacional y con las "reglas de juego" establecidas; historia y cultura administrativa y estilo de decisión.

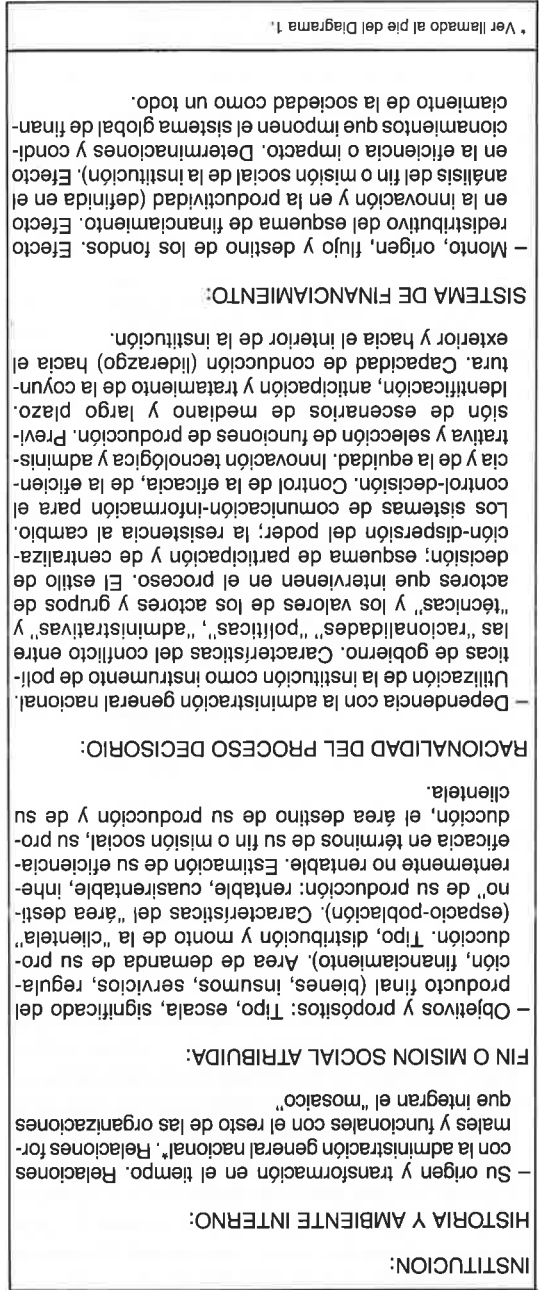
La conducción y la gerencia de la institución que lidera un sistema de servicios de salud

En páginas anteriores se estableció la necesidad urgente de que los Ministerios de Salud (o sus equivalentes) desarrollen su capacidad de administrar y su potencialidad para liderar el complejo mosaico institucional que de alguna manera participa en el quehacer, referente a la salud de una sociedad dada. A este desarrollo de la capacidad de administrar y liderar se lo considera como condición necesaria para asegurar y perfeccionar el impacto, la equidad, la eficiencia de los servicios de salud en condiciones de amplia participación. Se señaló, además, que el desarrollo de esa capacidad constituiría la garantía fundamental para la "sobrevivencia" de esas instituciones, cada día más cuestionadas, en cuanto a su razón de ser, desde distintos frentes del gobierno y de la sociedad civil.

El problema se trasladó, entonces, al análisis de cuál sería el paradigma más eficaz para conferir contenido y dirección a los esfuerzos del incremento y perfeccionamiento de esa capacidad, y cuál la estrategia más eficiente para su instrumentación y desarrollo.

En cuanto al paradigma, parecen abundar las razones que sugieren que éste debería estar fundamentado en el estilo estratégico de administración. En apoyo a esta afirmación, basta recordar las características y naturaleza acordadas al proceso social (del cual la institución es manifestación y parte), el objetivo de la misión social de la institución y el contexto en que la institución deviene en cumplimiento de esa misión. En este sentido, se presenta una sistematización de P. R. Motta de ilustrar, en un plano

Diagrama 2. Análisis de las instituciones identificadas según algunas categorías consideradas relevantes.



Un análisis fundamental es el de la capacidad actual y potencial de la institución para respon-

mas general, el tipo de necesidades en materia de administración, que resulta del enfrentamiento de cualquier organización de complejidad simi- lar a la de un ministerio de salud, en un ambiente social contemporáneo, así como el tipo de res- puesta a esas necesidades que la experiencia se- ñala como la más eficaz (Figura 3). El análisis de esta colocación de P. R. Motta refuerza nuestro supuesto de que el enfoque estratégico de la administración es el más adecuado. Sin embar- go, consideramos peligroso ignorar que el para- digma de la administración estratégica fue desa- rrollado en el ámbito de las empresas privadas de considerable complejidad, por teóricos casi ex- clusivamente especializados en la administra- ción de empresas privadas. Consecuentemente, el paradigma resultante se centra en la vigencia de un ambiente externo, complejo y en turbulen- cia, que “cerca” a la institución con el cual esta interactúa, pero manteniendo una nítida separa- ción con este (8); requiere un área para el produc- to de esta, que no sea “inherentemente no renta- ble”, y una cierta independencia con respecto al subsidio y a las reglas de juego impuestas por el gobierno; el cambio de estilo, sugiere el paradigma, se produce en el grado en que la organiza- ción percibe amenazada su “sobrevivencia” y en la medida en que se desarrolla un liderazgo esta- tégicamente eficaz. Al confrontar estas condiciones del paradigma con las que rigen para “el ministe-

Figura 3. Respuestas teóricas a las necesidades organizacionales en el ambiente social contemporáneo*.

PREMISA SOCIAL	NECESIDAD ORGANIZA- CIONAL	RESPUESTA
<ul style="list-style-type: none"> • Creciente intensidad y velocidad de los cambios externos con implicancias para la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Decisiones más rápidas y respuesta inmediata a la crisis. • Nuevas soluciones téc- nicas y administrativas. • Análisis prospectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de prueba y error, controlado y explicado. • Planeamiento estratégico. • Evaluación y control estratégico. • Desarrollo de la tecnología apropiada. • Negociación intra y extrainstitucional.
<ul style="list-style-type: none"> • Irrelevancia creciente de la experiencia basada en la definición del futuro de la or- ganización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de imaginar el futuro y enfrentar mayores riesgos e incertidumbres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración prospectiva: anticipativa, exploratoria o creativa. • Evaluación y monitoria estratégica de con- trol de rutinas. • Investigación evaluativa. • Formulación de teorías o hipótesis.
<ul style="list-style-type: none"> • Creciente complejidad or- ganizacional que tornan ob- soletos los patrones tradi- cionales de racionalidad in- terna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de superar el procesalismo y de convivir con la ambigüedad y estruc- turas flexibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepciones finalistas como gerencia por objetivos, organización matricial y técni- cas de presupuesto y control por resultados, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas necesidades hu- manas que deben ser satis- fechas por la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de integrar necesidades humanas y demandas organiza- cionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas concepciones sobre motivación y solución de conflictos (nuevo contrato psico- lógico). • Participación capacitante. • Negociación intra-institucional.
<ul style="list-style-type: none"> • Nuevo dimensionamien- to valorativo de la organiza- ción del trabajo: compromi- so social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de atender necesidades personales bis a bis las funciones técni- cas y económicas de la or- ganización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad social • Participación capacitante • Participación de los grupos de interés.

*Motta P.R. Visão Contemporânea da Teoria Administrativa, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1979.

ción, "productividad-rentabilidad" y plantear condiciones básicas para el desarrollo de esquemas viables de participación. Con respecto al desarrollo de la percepción de "amenaza a la sobrevivencia" de la institución y de sus actores, como impulsos para el cambio de estilo de la administración, sería posible acercarse a su solución creando las condiciones para que el cumplimiento, por parte de la institución, de su fin o misión social con "eficacia social-eficiencia social", se convierta en su criterio de "sobrevivencia". En las actuales condiciones, ese estímulo solo podría ser generado en el corto plazo por el gobierno general, la opción pública y las fuerzas organizadas de la sociedad civil; en todo caso por fuera de la institución. La movilización y la destrucción de arraigadas formas de convivencia y de procedimientos administrativos, son otra condición necesaria que constituye una empresa formidable y de largo aliento. En todo caso, resulta ineludible emprender la creación de una nueva cultura administrativa estratégica en esas instituciones, al mismo tiempo que se desarrolla su capacidad de liderar y gerenciar el cambio.

Desde estos lineamientos, la cuestión de la estrategia útil para instrumentar el cambio comienza a perfilarse con alguna claridad. De lo que se trata es de construir simultáneamente, para la práctica, por sucesivas aproximaciones, paradigmas y estrategias de cambio, a partir de algunas conceptualizaciones y supuestos iniciales, a manera de hipótesis de trabajo que permitan una interpretación de la realidad presente, desde la óptica del que propone y el dibujo de una dirección hacia el cambio propuesto; llevar a la práctica la propuesta en un enfoque de prueba y error controlado y explicado y, a partir de la práctica y de su evaluación, desarrollar el conocimiento, la destreza y el imprescindible compromiso por medio del "aprender haciendo", en un proceso de amplia participación capacitante (que eventualmente podría llegar a constituirse en un factor de viabilidad para el cambio). Para el desarrollo de una estrategia de ese tipo sería necesario adoptar una interpretación o entendimiento de las categorías ya mencionadas: concepto y significado del proceso social, del fenómeno salud-enfermedad, y del papel del Estado, y una inequívoca definición del objeto y de los propósitos específicos que configuran la misión social de la institución que se postula responsable y líder del cambio; las características históricas y la cultura administrativa de las instituciones social-eficiencia social" que sustituya la no-

rio", resulta evidente que los propósitos de implementación de las políticas de salud de la mayoría caracterizan las políticas de participación, que entre otros requerimientos exigen que la institución pública, en cuanto a instrumentadora de esa política, tome la responsabilidad principal y el liderazgo del cambio, la coloco, por definición, en el área "inherentemente no rentable" para su producto y, además, la someten claramente al cumplimiento de una política gubernamental, de lo que se desprende que también el criterio de "sobrevivencia" y la dinámica de producción de liderazgo serán sustantivamente diferentes a las que presupone el paradigma de la administración estratégica, tal como está formalizado al presente. Sin embargo, las características del proceso social en cuanto al conflicto, incertidumbre, fragmentación, complejidad, etc. y la "turbulencia del ambiente" (determinada entre otras cosas por la revolución de las expectativas, la irrupción tecnológica, la urbanización, la crisis económica, la "democratización de la democracia" y su correlativo: el control social de la acción de gobierno, etc.) reclama, nitidamente, un estilo estratégico de planificación, cuya condición necesaria para su aplicación es el desarrollo de su obligado e ineludible cumplimiento: la administración estratégica capaz de aplicar el plan contratado estratégicamente en la práctica. Como ya hemos apuntado, el paradigma disponible de ese estilo de administración no guarda relaciones de coherencia con las condiciones que configuran la institución que debe asumir el rol protagonista en el cambio. La respuesta a ese dilema, obvia pero no trivial, parece ser el cambiar o recrear el paradigma de la administración estratégica, a la luz de las características y condiciones que imponen los propósitos que definen la misión social de la institución (9).

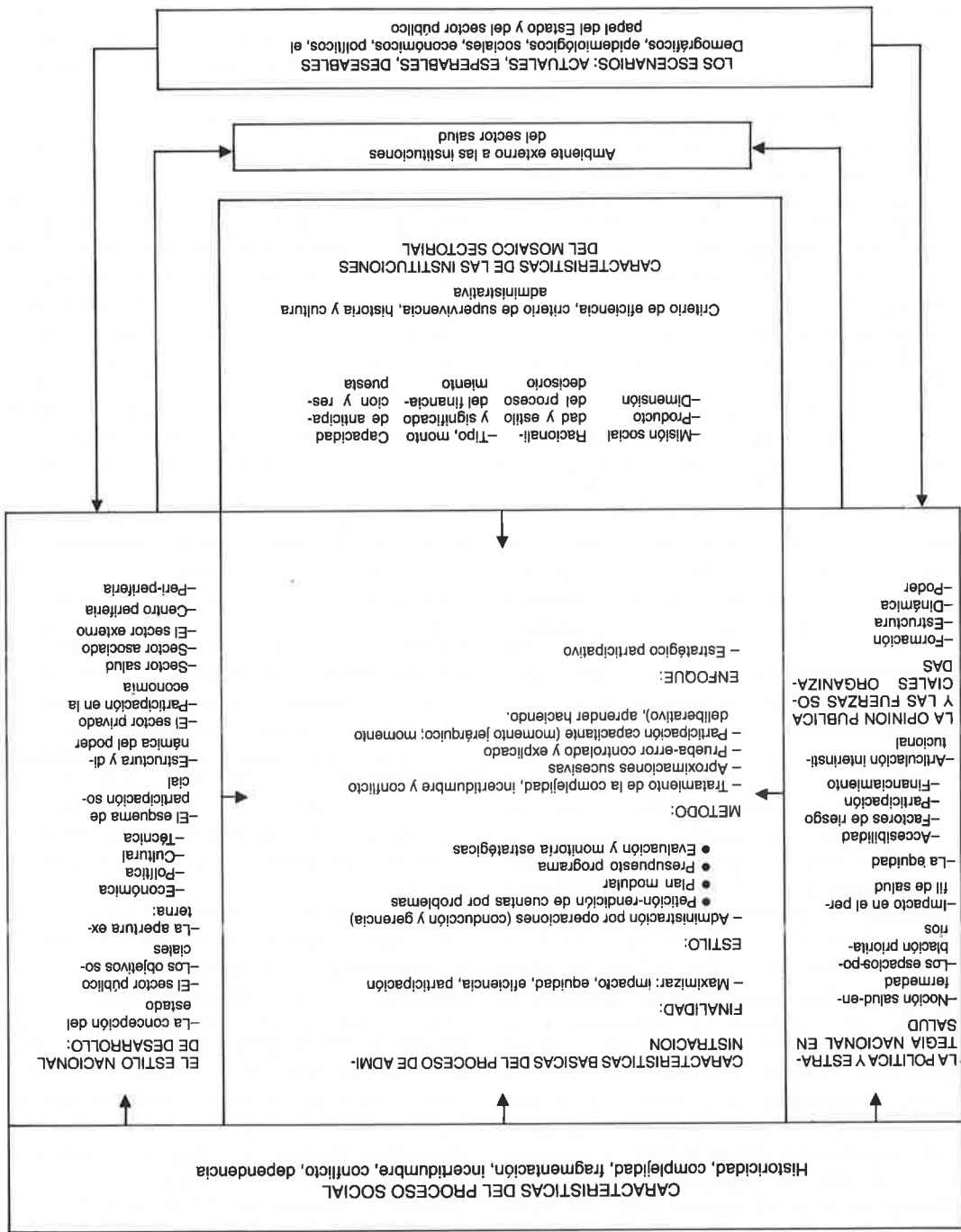
A partir de estas reflexiones se postula que este necesario empeño es difícil, pero posible. En primer lugar, se debe reconocer que no se parte de un punto cero. Existe un conocimiento teórico en pleno desarrollo del significado, características y posibilidades de la planificación estratégica, en cuanto a instrumento de gobierno en las condiciones concretas de nuestras sociedades, a la cual se puede y debe apelarse buscando pistas y articulaciones con el arte de administrar en la práctica, sus proposiciones. También es posible y necesario derivar una noción "ética-social-eficiencia social" que sustituya la no-

nes que se supone deben liderar, y la identificación y análisis de aquellos otros condicionantes o "frentes", desde la óptica de la institución seleccionada *a priori* como supuesto líder, que constituyen en relaciones o le establecen relaciones de dependencia (10). Este tipo de análisis correlacionado en las dimensiones históricas y prospectivas, y desarrollado por aproximaciones a través de la prueba y error de las propuestas en la práctica, debe ser apoyado en su momento inicial por el análisis complementario y con orientación estratégica del vasto historial de las llamadas "reformas administrativas" de las instituciones públicas en América Latina. Desde el punto de vista de estas reflexiones, se postula que estos elementos constituyan una base suficiente para echar a andar un proceso que no parece poder seguir siendo diferente. Sería razonable que al evaluar el cambio que se propone no solo se haya ganado en cuanto a capacidad gerencial y de conducción de esas instituciones públicas, sino que se haya construido, por el abordaje de verdad-error, un paradigma de administración estratégica flexible y suficientemente adecuado a las características y responsabilidades de esas instituciones públicas (centro de preocupación de estas reflexiones) y probado algunas estrategias eficaces y eficientes para su instrumentación en la práctica.

Con la sola intención de ofrecer una sistemática de los elementos a considerar en la construcción del paradigma inicial y de la correspondiente estrategia para su instrumentación, se presenta en la Figura 4, una ordenación de los elementos que se deben tomar en cuenta en esas elaboraciones. La propuesta implícita en ese diagrama no pretende, en modo alguno, ingresar en el nutrido conjunto de prescripciones existentes sobre el tema, se confía en cambio, que contribuya a incentivar la creatividad en la búsqueda de aproximaciones, ojala útiles en cada situación concreta. En todo caso, este boceto de propuesta difiere sustancialmente de la mayoría de los intentos de "reforma" o de "desarrollo" institucional emprendidos en el sector público y, más específicamente, en el ámbito de la salud pública. La principal diferencia es que esta propuesta parte de precisar la misión social de la institución, objeto de análisis, en cuanto instrumento e instrumentadora de una política de salud en el contexto de un proyecto político, explícito o implícito, de un gobierno dado; de un entendimiento de las características del proceso social-nes que se supone deben liderar, y la identificación y análisis de aquellos otros condicionantes o "frentes", desde la óptica de la institución seleccionada *a priori* como supuesto líder, que constituyen en relaciones o le establecen relaciones de dependencia (10). Este tipo de análisis correlacionado en las dimensiones históricas y prospectivas, y desarrollado por aproximaciones a través de la prueba y error de las propuestas en la práctica, debe ser apoyado en su momento inicial por el análisis complementario y con orientación estratégica del vasto historial de las llamadas "reformas administrativas" de las instituciones públicas en América Latina. Desde el punto de vista de estas reflexiones, se postula que estos elementos constituyan una base suficiente para echar a andar un proceso que no parece poder seguir siendo diferente. Sería razonable que al evaluar el cambio que se propone no solo se haya ganado en cuanto a capacidad gerencial y de conducción de esas instituciones públicas, sino que se haya construido, por el abordaje de verdad-error, un paradigma de administración estratégica flexible y suficientemente adecuado a las características y responsabilidades de esas instituciones públicas (centro de preocupación de estas reflexiones) y probado algunas estrategias eficaces y eficientes para su instrumentación en la práctica.

Consecuentemente, el proceso que significa la presente propuesta, a partir de las conceptualizaciones señaladas, considera un momento de identificación y explicación de esos espacios-población declarados *a priori* y políticamente prioritarios; de sus condiciones de vida y de sus problemas de salud explicados, ambos en función de las determinaciones y condicionamientos que se consideren más atinentes y potentes. En función de este análisis, se desglosan y sistematizan las acciones consideradas eficaces y viables para el ataque o control de esos problemas, y se las agrupa en aquellas acciones que pueden ser llevadas a cabo con entera responsabilidad o dominio por la institución y aquellas otras que pasan a constituir demandas a otras instituciones, debidamente analizadas en su responsabilidad y capacidad de respuesta. Ese paquete de demandas constituirá, en su oportunidad, el argumento

Figura 4. Elementos para el diseño de una estrategia de desarrollo de la capacidad institucional de conducción y gerencia en función de una política de salud que privilegia equidad, impacto, eficiencia y participación y desde un enfoque estratégico y participativo.



principal para la negociación interinstitucional de su satisfacción. El análisis paralelo de las redes de unidades productoras de servicio (UPS) pertenecientes, o de dominio a la institución, confrontado con los requisitos de esas estrategias de ataque, determina, en un proceso dialéctico de ajuste, regido por los análisis de ajenidad, eficacia, factibilidad y viabilidad de las propuestas, la orientación y capacidad de resolución necesarias de las UPS y de las redes de servicios como un todo, para satisfacer los propósitos de clarados de impacto, equidad, eficiencia y participación. A partir de ese momento se derivan los requisitos y demandas desde la base productora de servicios, en cuanto a apoyo logístico y técnico y a los flujos de comunicación en cada una de las instancias de decisión. Estas demandas conforman un conjunto de elementos suficientes para definir y modelar estilos de administración consistentes con la estructura, intensidad y modalidad de la producción y entrega de servicios a los espacios-población prioritarios. Estas propuestas, debidamente analizadas con criterios político, técnico y administrativo, de mayor globalidad que de alguna manera se negocian (o se imponen), se traducen en normas y se prueban en la práctica. La monitoria y evaluación estratégica identifican y explican los resultados de esa confrontación con la práctica y proporcionan los elementos para decidir a lo largo del proceso, acerca de su vigencia, modificación o reemplazo, lo que se traduce en un ajuste dinámico y sistemático de la planificación y administración del proceso y en una acumulación de conocimientos actualizados sistemáticamente.

También proporcionan a las diversas instancias de gerencia, una visión sistemática y actualizada de las condiciones que las UPS necesitan para poder cumplir con el compromiso de poner en práctica la estrategia concertada. Así, el análisis de cuáles son los modelos o esquemas funcionales y estructurales más idóneos de conducción y gerencia, se hace en base y al servicio de lo que implica el cumplimiento de la misión social de la institución, hecha explícita en la práctica y en el plan que se supone la institución (Figura 5).

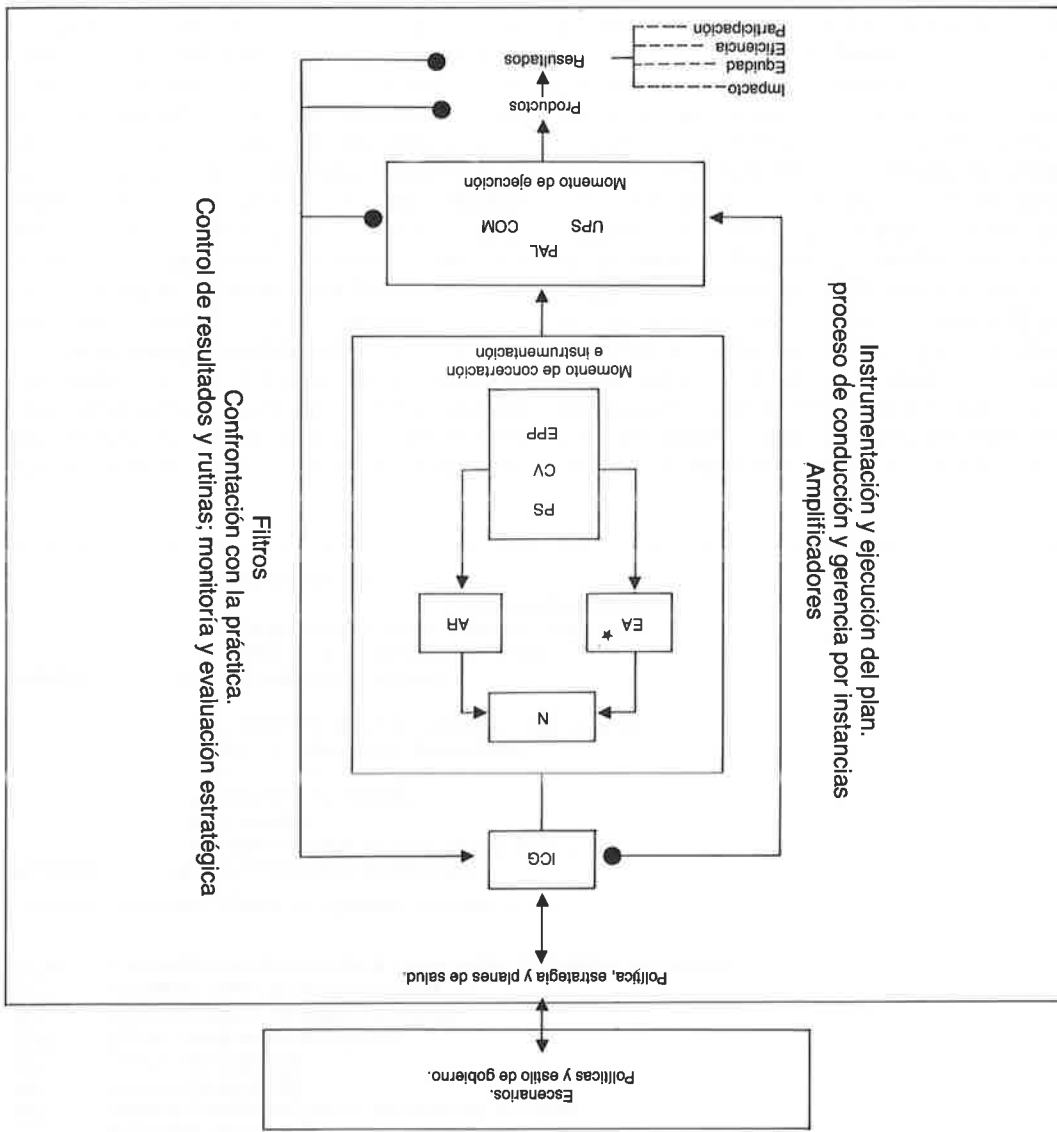
El método coherente con esta lógica, que privilegia la misión social de la institución y reconoce y trata la complejidad, el conflicto, la incertidumbre, la fragmentación, así como la naturaleza histórica del proceso, es el de las aproximaciones sucesivas por prueba y error, ya como

mentado. Este método debe ser aplicado en la práctica por medio de una extensa e intensa participación de todos los actores, en todas las instancias en que la institución está organizada. Esa participación debe ordenarse reconociendo en su ejercicio momentos "jerárquicos" y "deliberativos" y facilitar por una comunicación de doble vía, instrumentada por diversos sistemas de información, diseñados por cada uno de los usuarios en función de sus necesidades, pero incorporando en función del principio de reducción de la variedad, los "enganches", "agregaciones" e "indicadores básicos", que otras instancias necesitan, para cumplir, suficientemente informadas, su cometido (12). Este tipo de desarrollo de la comunicación, aunado a la propuesta que privilegia la autocapacitación en los mismos actores que operan en ese nivel, y el desarrollo de los sistemas de control de rutinas y de monitoria y evaluación estratégica (13), definen básicamente el funcionamiento del boceto. Esta concepción se completa con un estilo de conducción, planificación y gerencia por problemas y operaciones, petición-rendición de cuentas, y con la formulación modular del plan (por operaciones y problemas) y el presupuesto programático.

Resulta importante destacar que esta perspectiva exige reconocer, muy especialmente, que se trata de modificar algo que está en funcionamiento, apuntalado por una rutina hecha costumbre y valores, y por un bosque de reglamentación o simplemente hábitos y que, por lo tanto, la elección de las puertas de entrada estratégicas y la construcción de la viabilidad a las propuestas de cambio, son cuestiones vitales.

Se trata, en suma, de construir una estrategia para darle viabilidad y eficacia a la estrategia de cambio. Para ello será necesario identificar estrañamientos estratégicos bien definidos, explorar las coyunturas favorables para su ataque y concentrar en ellos los esfuerzos de cambio que una vez generadas las capacidades apreciables de administración en esos estrañamientos claves, tratar de seguir ganando espacios de acción favorables para el cambio. Esto requiere, tanto los abordajes globales como los meros enfoques puntuales de modificaciones en el trámite. Lo que estas reflexiones proponen es abandonar, decididamente, la idea predominante en las reformas emprendidas en las últimas deca-

Figura 5. Relaciones entre los momentos de instrumentación de la política, estrategia y planes de salud y el momento de ejecución: programación y administración local.



*En este diagrama no se consideran las demandas de la institución a otras instituciones con el propósito de simplificación.

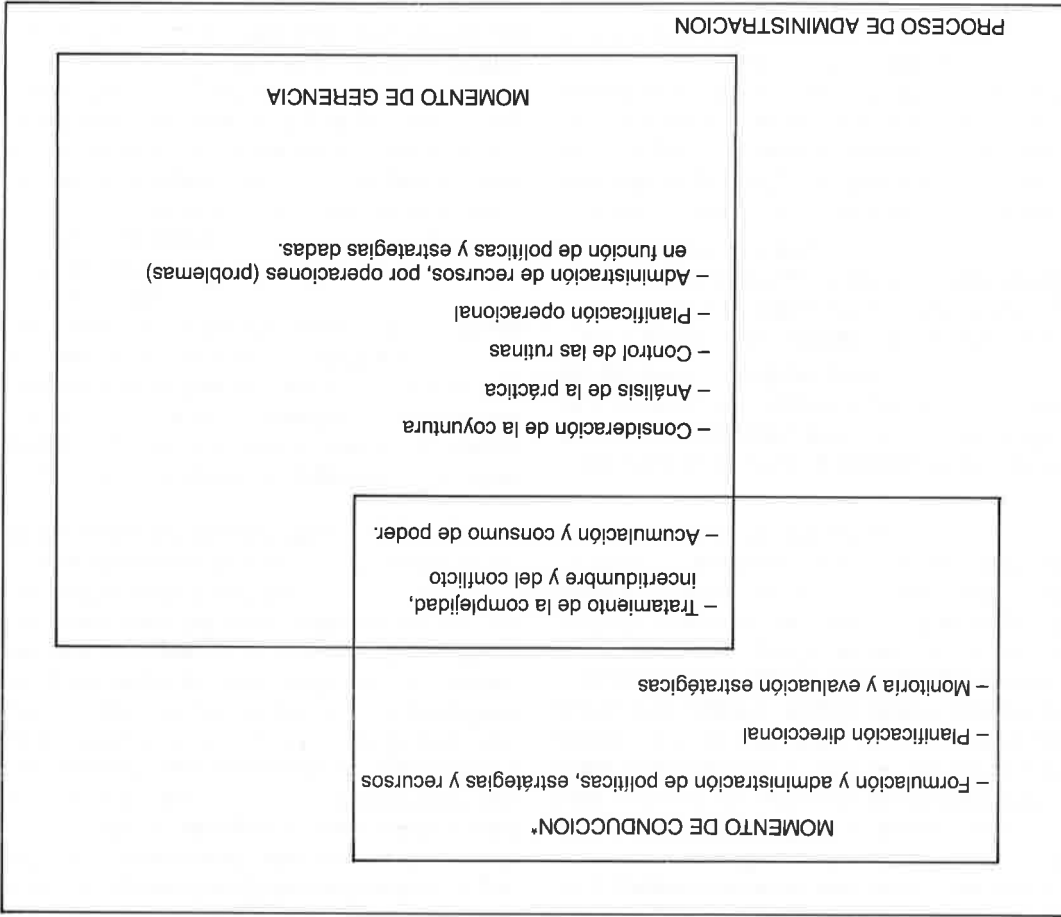
Decimos, entonces, que existe un proceso de administración cuando existen instancias de decisión que detentan el manejo y el control de los recursos. Dichas instancias se expresan en un conjunto de normas, explícitas o implícitas, que de alguna manera establecen la relación responsable-culpa-sanción.

Desde este entendimiento, proponemos considerar en el proceso de administración dos grandes momentos: el momento de conducción y el momento de gerencia, y tres instancias principales: central, intermedia o de coordinación, y la instancia de ejecución, o entrega de servicios (Figura 6).

Los particulares que, según nuestro entender, merecen alguna reflexión.

Los momentos y contenidos básicos del proceso de administración

Figura 6. Momentos y contenidos básicos del proceso de administración.



*Hacia afuera y hacia el interior de la institución.

Al momento de conducción le corresponde la formulación de políticas y elaboración de las consiguientes estrategias: la apropiación, asignación y control de los recursos y responsabilidades; la definición y supervisión de la estructura, proceso y estilo de administración adecuados a las estrategias; la monitoria y evaluación estratégica del proceso de cambio, el desarrollo de la capacidad de anticipación-respuesta y el manejo de la coyuntura. La conducción implica liderazgo y se ejerce en dos dimensiones: hacia afuera de la institución y hacia el interior de la misma; consecuentemente, el momento de gerencia administrativa el proceso de cambio en la práctica, procurando maximizar su eficacia y eficiencia; maneja y controla así, los recursos y las rutinas correspondientes e identifica la coyuntura. Se diferencia de la conducción en que para la gerencia los objetivos, las estrategias, la cantidad y estructura de los recursos, constituyen invariantes fijados por la conducción. Desde este entendimiento, el correlato de la conducción es la planificación direccional, mientras que el momento de gerencia se corresponde con la planificación operativa. En todo caso, parece importante volver a insistir, que no existen una conducción y una gerencia "buenas en sí". Su eficacia y eficiencia son siempre relativas a los propósitos sustantivos que le dan razón de ser y están acotadas por las capacidades humanas disponibles y las condiciones del medio ambiente en que esos propósitos están instalados.

Esta concepción de conducción y gerencia tiene las siguientes características:

- a) Centra su interés y quehacer en la identificación, análisis histórico, actual y prospectivo, evaluación y jerarquización de los problemas que emergen en la interrelación de los propósitos sustantivos que persigue la institución, capacidad operativa y la realidad social concreta en que esta se inserta.
- b) Recurre a la organización matricial de las diversas acumulaciones del conocimiento y desarrollo que dispone la institución, para el tratamiento de esos problemas y la consiguiente definición de las estrategias de ataque a estos, para el monitoreo y evaluación del desarrollo de esas estrategias en la práctica.
- c) Identifica con la mayor precisión posible los distintos actores intervinientes, define sus responsabilidades en la ejecución de la estrategia en los diferentes niveles involucrados y establece (a) Centra su interés y quehacer en la identificación, análisis histórico, actual y prospectivo, evaluación y jerarquización de los problemas que emergen en la interrelación de los propósitos sustantivos que persigue la institución, capacidad operativa y la realidad social concreta en que esta se inserta.
- b) Recurre a la organización matricial de las diversas acumulaciones del conocimiento y desarrollo que dispone la institución, para el tratamiento de esos problemas y la consiguiente definición de las estrategias de ataque a estos, para el monitoreo y evaluación del desarrollo de esas estrategias en la práctica.
- c) Identifica con la mayor precisión posible los distintos actores intervinientes, define sus responsabilidades en la ejecución de la estrategia en los diferentes niveles involucrados y establece

Cabe notar que este abordaje permite la planificación y administración por módulos, lo que confiere una gran agilidad y capacidad de respuesta a la coyuntura, sin perder el control de la direccionalidad de la institución hacia los objetivos considerados prioritarios. Exige y desarrolla la participación, creatividad, disciplina y compromiso entre los actores de los diferentes niveles en que se organiza la institución. Provee los argumentos técnicos necesarios para concretar la conducción "hacia afuera" de la institución y negociar la participación interinstitucional. Este enfoque no requiere, necesariamente y como cuestión previa, alterar las estructuras administrativas existentes; pero demanda una conducción flexible, aunque alerta e inequívoca y un compromiso claro, sistemático y vigoroso. Las instancias gerenciales que se proponen, también reconocen la lógica central de partir desde la misión social de la institución expresada en objeto y propósitos concretos. Se reconocen así las instancias fundamentales:

- La instancia donde la institución, por medio de sus unidades productoras de servicios (UPS), entrega estos a los espacios-población declarados prioritarios políticamente.
- La instancia de conducción y gerencia donde se forman las políticas y las estrategias generales y se asignan los recursos y responsabilidades correspondientes.
- La instancia intermedia de conducción y gerencia, cuya configuración y estructura puede variar según el tamaño y complejidad del país y de la institución, la articulación de sus UPS en redes funcionales y, según el marco de referencial que le constituyen a esta, su propio estilo de participación y descentralización y el del gobierno general, así como la organización espacial-política-administrativa del país.

Estas instancias se interconectan por una clara delimitación de funciones y responsabilidades y por flujos de comunicación de doble vía que facilitan la participación amplia e informada, ordenada por explícitos momentos "jerárquicos" y "deliberativos".

En todo caso, la característica marcante de este estilo de administración es que todo el aparato (estructura y función) está organizado para apoyar la instancia de ejecución, que es donde la misión social de la institución se hace acto, y donde a través de la práctica se prueban políticas, estrategias, planes y normas y se recoge el conocimiento que retroalimenta el sistema.

Desde la perspectiva que se va construyendo a lo largo de estas reflexiones, surge la necesidad de detenerse en algunos aspectos parciales con respecto a las funciones o significados de las llamadas unidades de apoyo del nivel central, toda vez que constituyen un recurso o instrumento crucial para el desempeño eficaz y eficiente de la institución. Nos estamos refiriendo a las llamadas unidades normativas de planificación y de procesos administrativos, e incluimos en este conjunto a los dispositivos del tipo de asesoría legal, difusión, etc.

En primer lugar, es útil reconocer que todos estos artefactos administrativos tienen una característica básica común: constituyen acumulaciones de conocimiento sustantivo y de "saber cómo se hace" en áreas o parcelas altamente especializadas. En cuanto acumulaciones de conocimiento y destreza, constituyen *unidades de apoyo* y no de *línea*; vale decir, que están al servicio de todas y cada una de las instancias en que la institución se organiza para instrumentar, llevar a la práctica su cometido, pero con las cuales no mantienen relación administrativa directa en los momentos "jerárquicos" de la conducción y gerencia de la institución.

Aceptada esta concepción del significado de estos dispositivos surge, lógicamente, la cuestión de cómo se genera y se usa ese conocimiento y esa destreza que postulamos, almacenada y organizada en esas unidades. En primer lugar, partimos de la aceptación generalizada de que el conocimiento se genera básicamente por un "enterrarse" y un "asombrarse". Esto implica la necesidad de que esas unidades se esfuerzen por permanecer alertas y tener acceso a los desarrollos que se van sucediendo en el mundo en la materia que les compete, los analicen y metabolicen al interior de la realidad de la sociedad nacional y de la institución en que estas unidades se insertan, transformándolos en proposiciones conceptuales y operacionales útiles para el proceso de formación de políticas y estrategias y para la instrumentación de estas en la práctica concreta. En segundo lugar, pero no en importancia, es necesario destacar que ese conocimiento solo puede perfeccionarse por un constante y lúcido análisis de lo que le ocurre cuando, transformado en proposiciones operacionales (normas), es confrontado con la realidad social, a través de su prueba en la práctica. Esta es la fuente fundamental que asegura el dinamismo y el perfeccionamiento de la generación de conocimiento y del desarrollo de la destreza para utilizarlo. De ahí que la responsabilidad principal de esas unidades centrales de apoyo es producir y acumular conocimiento y, en cuanto acumulaciones de conocimiento, no restringirse a la formulación de normas, sino y principalmente a funcionar como conductoras del proceso de formación de estas, que abarca desde la propuesta inicial derivada de ese conocimiento acumulado y sistemáticamente renovado por los hallazgos de la práctica, pasa por la prueba de la experticia de todas las instancias intermedias que supone su tránsito hacia el momento en que la norma se confronta con la realidad de la práctica, y se retoma evaluado y convenientemente transformado a su acumulación inicial.

La segunda cuestión hace a la relación de estas acumulaciones especializadas de conocimiento especializado, con el tratamiento de los problemas de salud de los espacios-población prioritarios, objeto central de la misión social de la institución. Estos segmentos de conocimiento están invariabilmente organizados, en razón de un hábito administrativo cuya génesis desborda las intenciones de análisis de estas reflexiones, en los llamados "programas". Se constituyen así en paquetes de conocimiento organizados en "pedregales", o sea una verticalización de segmentos de conocimiento configurados por el criterio "tema común", que tiene su similitud en la organización de las universidades o escuelas, por "cátedras", lo cual para fines exclusivos de acumulación de conocimientos presenta algunas ventajas de importancia. Sin embargo, el reconocimiento de la evidencia que las "sociedades y sus individuos no tienen cátedras sino problemas" pone en pri-

estas instancias se interconectan por una clara delimitación de funciones y responsabilidades y por flujos de comunicación de doble vía que facilitan la participación amplia e informada, ordenada por explícitos momentos "jerárquicos" y "deliberativos".

En todo caso, la característica marcante de este estilo de administración es que todo el aparato (estructura y función) está organizado para apoyar la instancia de ejecución, que es donde la misión social de la institución se hace acto, y donde a través de la práctica se prueban políticas, estrategias, planes y normas y se recoge el conocimiento que retroalimenta el sistema.

Desde la perspectiva que se va construyendo a lo largo de estas reflexiones, surge la necesidad de detenerse en algunos aspectos parciales con respecto a las funciones o significados de las llamadas unidades de apoyo del nivel central, toda vez que constituyen un recurso o instrumento crucial para el desempeño eficaz y eficiente de la institución. Nos estamos refiriendo a las llamadas unidades normativas de planificación y de procesos administrativos, e incluimos en este conjunto a los dispositivos del tipo de asesoría legal, difusión, etc.

En primer lugar, es útil reconocer que todos estos artefactos administrativos tienen una característica básica común: constituyen acumulaciones de conocimiento sustantivo y de "saber cómo se hace" en áreas o parcelas altamente especializadas. En cuanto acumulaciones de conocimiento y destreza, constituyen *unidades de apoyo* y no de *línea*; vale decir, que están al servicio de todas y cada una de las instancias en que la institución se organiza para instrumentar, llevar a la práctica su cometido, pero con las cuales no mantienen relación administrativa directa en los momentos "jerárquicos" de la conducción y gerencia de la institución.

Aceptada esta concepción del significado de estos dispositivos surge, lógicamente, la cuestión de cómo se genera y se usa ese conocimiento y esa destreza que postulamos, almacenada y organizada en esas unidades. En primer lugar, partimos de la aceptación generalizada de que el conocimiento se genera básicamente por un "enterrarse" y un "asombrarse". Esto implica la necesidad de que esas unidades se esfuerzen por permanecer alertas y tener acceso a los desarrollos que se van sucediendo en el mundo en la materia que les compete, los analicen y metabolicen al interior de la realidad de la sociedad nacional y de la institución en que estas unidades se insertan, transformándolos en proposiciones conceptuales y operacionales útiles para el proceso de formación de políticas y estrategias y para la instrumentación de estas en la práctica concreta. En segundo lugar, pero no en importancia, es necesario destacar que ese conocimiento solo puede perfeccionarse por un constante y lúcido análisis de lo que le ocurre cuando, transformado en proposiciones operacionales (normas), es confrontado con la realidad social, a través de su prueba en la práctica. Esta es la fuente fundamental que asegura el dinamismo y el perfeccionamiento de la generación de conocimiento y del desarrollo de la destreza para utilizarlo. De ahí que la responsabilidad principal de esas unidades centrales de apoyo es producir y acumular conocimiento y, en cuanto acumulaciones de conocimiento, no restringirse a la formulación de normas, sino y principalmente a funcionar como conductoras del proceso de formación de estas, que abarca desde la propuesta inicial derivada de ese conocimiento acumulado y sistemáticamente renovado por los hallazgos de la práctica, pasa por la prueba de la experticia de todas las instancias intermedias que supone su tránsito hacia el momento en que la norma se confronta con la realidad de la práctica, y se retoma evaluado y convenientemente transformado a su acumulación inicial.

La segunda cuestión hace a la relación de estas acumulaciones especializadas de conocimiento especializado, con el tratamiento de los problemas de salud de los espacios-población prioritarios, objeto central de la misión social de la institución. Estos segmentos de conocimiento están invariabilmente organizados, en razón de un hábito administrativo cuya génesis desborda las intenciones de análisis de estas reflexiones, en los llamados "programas". Se constituyen así en paquetes de conocimiento organizados en "pedregales", o sea una verticalización de segmentos de conocimiento configurados por el criterio "tema común", que tiene su similitud en la organización de las universidades o escuelas, lo cual para fines exclusivos de acumulación de conocimientos presenta algunas ventajas de importancia. Sin embargo, el reconocimiento de la evidencia que las "sociedades y sus individuos no tienen cátedras sino problemas" pone en pri-

mer plano una importante inconsistencia que se agudiza drásticamente por el hecho que los problemas sociales, por ende los de salud y de los espacios-población, son complejos y mal definidos, lo que obliga a recurrir, para su identificación, explicación y tratamiento, al arsenal metodológico e instrumental derivado de la epidemiología de la complejidad y la organización de equipos transdisciplinarios, con el fin de aplicar en el tratamiento de los problemas considerados prioritarios por una política de salud.

Esto conduce a la obligación de organizar matricialmente problemas y acumulaciones de conocimiento, para el análisis de los problemas y las consiguientes propuestas estratégicas para su ataque o control. Esta organización matricial no tiene que ser confundida con la organización ritual de la institución; pero sí debe ser sistemática cada cautelandando extremar su flexibilidad. Es importante destacar que no se trata, en modo alguno, de superar "compartimientos estancos" no, de sustituirlos por otro "compartimiento estancos". La organización y composición matricial de las acumulaciones de conocimientos, tiene que ser necesariamente *ad-hoc* y *transitoria* para cada problema que vaya apareciendo o adquiriendo prioridad. Constituyen *momentos organizativos* que mantienen su razón de ser hasta ver cumplidos los objetivos para los cuales fueron constituidos. No reconocer esta importante característica de su dinamismo y plasticidad, llevaría necesariamente a "cambiar todo, para que no cambie nada", como se dice en el Catopardo. En todo caso, parece necesario insistir que estas reflexiones no se restringen en modo alguno a las unidades denominadas genéricamente "normativas"; incluye, además, muy especialmente, a los diferentes dispositivos organizacionales en los que se cobijan las funciones de planificación y los procesos o trámites administrativos que, desde estas reflexiones, también se les considera como acumulaciones de conocimiento y destreza al servicio de las "unidades de línea" y no "unidades de línea en sí". En este sentido resulta importante reconocer que en estas últimas el carácter de su "saber" las convierte no solo en unidades de apoyo, a las de "conducción superior" y a las "unidades de línea", sino que se constituyen también en "unidades de apoyo", a las comúnmente denominadas "normativas". Ambas deben, por lo tanto, integrar los equipos matriciales que se organicen para el tratamiento de los problemas de salud para los espacios-po-

blación prioritarios. Por último, cabe un comentario particular acerca de la unidad de planificación y conducción técnica al proceso de planeación, programación y presupuestación que protagonizan todos los componentes de la institución, cauterizar el proceso de evaluación y monitorización, cuya centralidad y práctica eficaz y eficiente, constituyen el pivote central de todo el funcionamiento estratégico de la institución (13).

En resumen, queremos insistir en que la función principal o sustantiva de todas estas unidades centrales de apoyo (normativas, planeación, administrativas, etc.) no es administrar "su programa", sino identificar y buscar soluciones a problemas que enfrenta la institución como un todo.

Esta afirmación lleva a la consideración de los llamados "programas verticales". Desde estas reflexiones se afirma que no tiene sentido la denominada creencia de que los "buenos" son los llamados programas "horizontales" o "integrados", y que los "verticales" son irremediable e invariablemente los "villanos". En apoyo a esta afirmación, quizás excesivamente rotunda, sería necesario, como cuestión previa, convenir en que se entiende por programa. Proponemos así, entender por programa a una acumulación y organización de recursos destinados a cumplir un determinado conjunto de actividades en función de unos objetivos definidos. Por lo tanto, un programa implica e incorpora la gerencia de esas actividades y recursos asignados específicamente para el cumplimiento de ese propósito determinado. A partir de esta definición, todos los programas verdaderos son "verticales". Pero evitan caer en la discusión semántica, lo que se quiere poner de manifiesto es que en realidad se trata de discutir no es la "verticalidad" versus "horizontalidad", sino el grado de integración de propósitos diversos o el grado de especificidad de éstos, para los cuales se decide organizar un programa. Si esto es así, un programa vertical puede ser una solución correcta. Depende, entre otras cosas, de la naturaleza y estado del objeto y de los propósitos del programa, de las características concretas de la estrategia que se diseñe para su desarrollo, de las características y capacidad operativa real de la institución que lo decide, de las características de los espacios-población a que va dirigido y de los análisis de los costos sociales y políticos; efectos sociales y políticos y de viabilidad político-so-

importante urge a meditar, con alguna latitud y profundidad, sobre el origen, significado y consecuencias de las actuaciones prácticas, en cuanto a aperturas programáticas y a la fuerte tendencia a los financiamientos "marcados" para actividades específicas.

Lo político y la tecnoburocracia

Otro de los prejuicios puestos en evidencia por la experiencia recogida en las últimas décadas, es la falsa dicotomía entre política y administración. La arraigada superstición de que existe un nivel político, resultado, a veces, de la elección de una población, que genera, formaliza y dicta políticas; y un aparato, la administración; que las ejecuta, cumpliendo ese dictado, y que si no desarrolla su cometido a cabalidad es por falta de recursos y/o incapacidad técnica, y que por lo tanto todo el problema se reduce a dotar y modernizar ese aparato ejecutor, ha sido total y rotundamente desmentida por la evidencia empírica. Esta evidencia apunta a reconocer grupos institucionales que, de alguna manera, tratan de ganar espacios para imponer su *impronta* a la institución. Entre estos, aparecen nítidos los grupos intraburocráticos de presión, en incansables luchas y alianzas transitorias, buscando que la institución se oriente y comporte (ideológica y materialmente) como les conviene. Desde esta visión la tecnoburocracia se halla muy distante de ese supuesto "cumplir órdenes" del estrato político; como anota K. Collins y comenta Kilksberg B., estos grupos de la tecnoburocracia pueden ser mucho mejor comprendidos como "partes de intereses en conflicto". Otra faceta de la aparente autonomía entre lo "político" y la "tecnoburocracia", que merece ser tenida en cuenta al tratar de reflexionar sobre el tema, es el reconocimiento que se viene perfilando con tendencia ascendente, de que en la mayoría de los casos, la iniciativa y la capacidad de innovación en las instituciones públicas tiende a concentrarse en los "políticos", porque apelan a su "racionalidad política" y no se sienten "atávicamente" ligados a los procesos administrativos vigentes. En ese sentido, esa evidencia empírica muestra que la innovación resulta más fácil en las instituciones públicas en que se producen alianzas más o menos transitorias entre "políticos" y "tecnoburocratas" de alto nivel. Sin embargo, es necesario insistir en que estos hallazgos deben ser cautelosamente confrontados, por una parte, con

la experiencia recogida en las últimas décadas, es la falsa dicotomía entre política y administración. La arraigada superstición de que existe un nivel político, resultado, a veces, de la elección de una población, que genera, formaliza y dicta políticas; y un aparato, la administración; que las ejecuta, cumpliendo ese dictado, y que si no desarrolla su cometido a cabalidad es por falta de recursos y/o incapacidad técnica, y que por lo tanto todo el problema se reduce a dotar y modernizar ese aparato ejecutor, ha sido total y rotundamente desmentida por la evidencia empírica. Esta evidencia apunta a reconocer grupos institucionales que, de alguna manera, tratan de ganar espacios para imponer su *impronta* a la institución. Entre estos, aparecen nítidos los grupos intraburocráticos de presión, en incansables luchas y alianzas transitorias, buscando que la institución se oriente y comporte (ideológica y materialmente) como les conviene. Desde esta visión la tecnoburocracia se halla muy distante de ese supuesto "cumplir órdenes" del estrato político; como anota K. Collins y comenta Kilksberg B., estos grupos de la tecnoburocracia pueden ser mucho mejor comprendidos como "partes de intereses en conflicto". Otra faceta de la aparente autonomía entre lo "político" y la "tecnoburocracia", que merece ser tenida en cuenta al tratar de reflexionar sobre el tema, es el reconocimiento que se viene perfilando con tendencia ascendente, de que en la mayoría de los casos, la iniciativa y la capacidad de innovación en las instituciones públicas tiende a concentrarse en los "políticos", porque apelan a su "racionalidad política" y no se sienten "atávicamente" ligados a los procesos administrativos vigentes. En ese sentido, esa evidencia empírica muestra que la innovación resulta más fácil en las instituciones públicas en que se producen alianzas más o menos transitorias entre "políticos" y "tecnoburocratas" de alto nivel. Sin embargo, es necesario insistir en que estos hallazgos deben ser cautelosamente confrontados, por una parte, con

cial que se realicen sobre la propuesta del programa de sus alternativas.

En todo caso es importante reconocer que esta discusión sobre programas "verticales" y "horizontales", en el plano en que generalmente discurre, enmascara la cuestión determinante de lo que fundamentalmente determina y define la propiedad de un enfoque "vertical" u "horizontal", es la concepción que se adopte sobre el "fenómeno salud-enfermedad" y sobre el "objetivo social" de un "actor" dado, o "institución de salud" y las estrategias decididas para el ataque de los problemas de salud. A la luz del postulado de coherencia (7) no resultaría legítimo, salvo en casos muy particulares, apelar a programas "verticales" que impliquen objetivos puntuales o de espectro restringido si, como el caso de estas reflexiones, se concibe al fenómeno salud-enfermedad como una consecuencia y como un componente de una determinada manera de vivir de un grupo social dado, en un espacio y tiempo histórico dados, y si se considera que el "fin" o "misión social" del "actor" son los espacios-población, priorizados políticamente y no determinadas por las que afectan la salud de una sociedad dada. Parece evidente que el reiteradamente declarado propósito de equidad, conjuntamente con una concepción de la salud-enfermedad como un fenómeno complejo socio-geno-biológico, obligan a considerar como objeto a los espacios-población y a desarrollar, consecuentemente, estrategias de ataque a los problemas de salud de esos espacios, suficientemente holísticas en la consideración de los múltiples factores que determinan y condicionan esos problemas y por lo tanto los explican. Desde este entendimiento, la configuración de los programas de salud queda bien delimitada por un criterio axiológico y no-solológico (noción salud-enfermedad), un criterio político (objeto del fin o misión social del "actor"), un criterio técnico-administrativo (estrategias de ataque a los problemas de salud del objeto en función de la explicación concertada sobre estos y apropiación, organización, manejo y control de los recursos que esas estrategias implican, buscando maximizar su eficacia-eficiencia). Por último, aunque no en importancia, es útil reconocer que en la discusión "verticales" y "horizontales" subyace, obscuramente, una cuestión de "poder" en cada uno y en todos los estamentos en que esa discusión tiene lugar. Desde estas reflexiones parece

capacidad de resolución de problemas de salud, o a confundir el nivel local (EEF-UPS) con alguna de las diversas instancias de coordinación, que pueden registrar los distintos esquemas posibles de regionalización administrativa (SSC). Desde la perspectiva de estas reflexiones, el así llamado "nivel local" puede estar constituido, tanto por la partera empírica, como por un hospital universitario de altísima complejidad, en cuanto los dos participan del carácter común de ser UPS (14), insertos en espacios-población concretos, a los cuales se supone deben servir y con los cuales deben establecer y desarrollar una comunicación sistemática, de acuerdo al esquema de participación que la institución persiga. Este reconocimiento de la distinta capacidad de resolución de las diversas UPS que integran el sistema de una institución y que se hallan ubicadas en espacios concretos y diferentes, obliga a desarrollar estrategias y recaudos de planificación, programación y administración, claramente definidos para lograr una articulación y flujo de comunicación entre estas diversas unidades, que garanticen su complementariedad, maximizando eficacia y eficiencia. Con este propósito se desarrollaron en América Latina, a partir de los años 70, los conceptos de "nivel de atención", "escalón de complejidad" y "sistemas de referencia y contrarreferencia" (14). Esta necesidad de articular funcionalmente a las UPS, de modo tal que procuren la satisfacción de todas las necesidades en salud de cada espacio-población dado, por medio de asegurar su tránsito y accesibilidad al nivel de atención correspondiente a su necesidad específica, ubicado en un espacio-población de complejidad, con la adecuada capacidad de resolución, se tradujo operacionalmente en la organización de redes de servicios constituidos por la conexión funcional de las UPS, según los criterios de complementariedad de las capacidades de resolución de cada una de ellas y de tránsito espacio-tiempo determinado por la ubicación espacial de las UPS y de los espacios-población y las características de comunicación-información entre las UPS (nivel local) y las distintas instancias de administración y coordinación que median entre las UPS y la instancia de conducción superior de la institución (Figura 7).

Su desempeño organizado la institución. Este entendimiento del significado de la UPS destituye la generalizada tendencia, de importantes consecuencias conceptuales y operacionales, a limitar el concepto de nivel local a las UPS de menor complejidad y por lo tanto, de menor capacidad de resolución frente a los demandas concretos y a la opción pública en general, contribuyendo sustantivamente al desarrollo de su capacidad de liderazgo. Las UPS se constituyen así, en los principales actores en el proceso de legitimización de la institución y, por lo tanto, en la base sustantiva de su razón de ser o "sobrevivencia". En otro plano, la UPS resulta la fuente principal de la innovación tecnológica de la prueba de las normas en su confrontación con la práctica, y del conocimiento eficaz de los espacios-población, en que cada unidad se inserta espacial y funcionalmente (sus características socioeconómicas; sus problemas de salud y las determinaciones que mejor las explican; su actitud hacia las posiciones institucionales y por lo tanto la viabilidad de las mismas, etc.). Por último, sin ser menos importante, es en ese nivel (UPS-espacios-población) donde la integración de la institución con el objeto de su misión social, se convierte en acto. Por lo tanto cada UPS y su conjunto (red de servicios) constituyen el límite y la posibilidad para el desarrollo de la eficacia y eficiencia de la institución y del sistema de servicios de salud como un todo, y de la posibilidad concreta de la participación y del eventual control social por parte de los espacios-población correspondientes. El reconocimiento de este significado de la UPS obliga a extremar y priorizar los esfuerzos para maximizar su capacidad de programar y de administrar su cometido y desarrollar los mecanismos de comunicación (tanto hacia los espacios-población, así como hacia el interior de la institución), eficaces y eficientes para orientar su direccionalidad, proporcionar el apoyo logístico, técnico y político que corresponda, y para recoger el conocimiento que la UPS va generando a través de su confrontación cotidiana con la práctica. Esto implica, entre otras cosas de importancia, el perfeccionar y reorientar, en método y en contenido, los flujos de comunicación-información entre las UPS (nivel local) y las distintas instancias de administración y coordinación que median entre las UPS y la instancia de conducción superior de la institución (Figura 7).

algunas ambigüedades de consecuencias operacionales y conceptuales de alguna importancia. Una de las ambigüedades que ameritan urgente clarificación es suponer que una UPS de mayor complejidad o capacidad de resolución jerarquiza administrativamente a una de menor complejidad. La otra está constituida por la creencia de que el sistema de articulación constituye una pirámide de articulaciones sucesivas, desde una base de UPS de mínima capacidad de resolución hasta un vértice compuesto por un reducido número de UPS de la más alta complejidad; por último, completa el cuadro de confusiones, la noción que equipara los conceptos de regionalización funcional y regionalización administrativa. Va con descortada polémica sobre "planificación y administración de arriba-abajo" versus "planificación y administración de arriba-abajo". Desde la perspectiva de estas reflexiones se propone entender:

● La programación y administración al interior de cada UPS, así como la comunicación de esta con los espacios-población en que se inserta, cualquiera sea su capacidad de resolución o grado de complejidad, no guarda relación de dependencia administrativa con ninguna otra UPS a la que esté eventualmente articulada, por razones funcionales de complementariedad y de tránsito o referencia de la demanda. Su conexión administrativa, tanto en los momentos "jerárquicos" como en los "deliberativos", está definida y reglada por los flujos de comunicación-información entre las instancias intermedias en que este organizado el estilo de administración de la institución.

● La lógica de la articulación entre las UPS, de distinta capacidad de resolución, está reglada por el maximizar las relaciones "eficacia-eficiencia" y "satisfacción de la demanda". Es posible así que, desde esa lógica, el flujo de la referencia determine que una UPS de bajísima capacidad de resolución se articule directamente con una UPS de muy alta complejidad. En este punto conviene aclarar que en el caso de espacios-población muy desconcentrados, como ocurre en la mayoría del llamado "medio rural", el criterio determinante de la articulación entre UPS con distintos escalones de complejidad es el de "distancia-tiempo", mientras que en espacios muy concentrados impera el criterio "actitud de la demanda", hacia las UPS que configuran la oferta institucional en ese espacio. La llamada regionalización funcional (RPS) se basa principalmente en esta lógica, apoyada o completada por criterios tales como tamaño y diversificación espacial, capacidad de producción y de resolución y de los espacios-población (volumen, estructura y aspiraciones de la demanda) y la accesibilidad espacial, económica y cultural de esos espacios. Esa lógica no está mecánicamente relacionada con la llamada "regionalización administrativa", ni con la noción, ni con el estilo, de la "descentralización", aunque obviamente existen ciertas relaciones de terminación y condicionamiento entre ellos. Conviene destacar que la "regionalización funcional" debe subordinar a la "regionalización administrativa" y a las decisiones sobre descentralización, de acuerdo a la misma lógica que orienta el proceso de formación, interacción y coherencia de las normas técnicas y administrativas, y a la lógica que define la simbiosis de los espacios-población (EHP) con las unidades productoras de servicios (UPS), como la unidad central "local" en donde se concreta en acto el "fin" o "misión social" de la institución.

En este marco parece pertinente detenerse en algunos aspectos considerados relevantes:

● Entendida la función de cada UPS, con la latitud y trascendencia anotadas previamente, resulta evidente que la articulación orgánica y continua de los niveles jerárquicos y funcionales de la institución con las unidades de producción (UPS) que integran sus redes de servicios, tiene que ser la preocupación central del estilo de conducción y gerencia que ejerza la institución. Ese estilo debe asegurar un flujo dinámico y flexible de comunicación de doble vía con sucesivos grados de especificidad, oportunidad y agregación-desagregación ("flujos" y "ampliificadores") según las necesidades y responsabilidades de cada nivel o instancias, combinando los momentos "jerárquicos" con los momentos "deliberativos", que ordenen y sistematicen, sin limitar, la participación completa de todos los actores. Así, la instancia de conducción en el momento jerárquico confiere y vigila la direccionalidad del proceso, mientras que el nivel local a partir de su confrontación, en la práctica, se inserta y con los que se comunica, confiere,

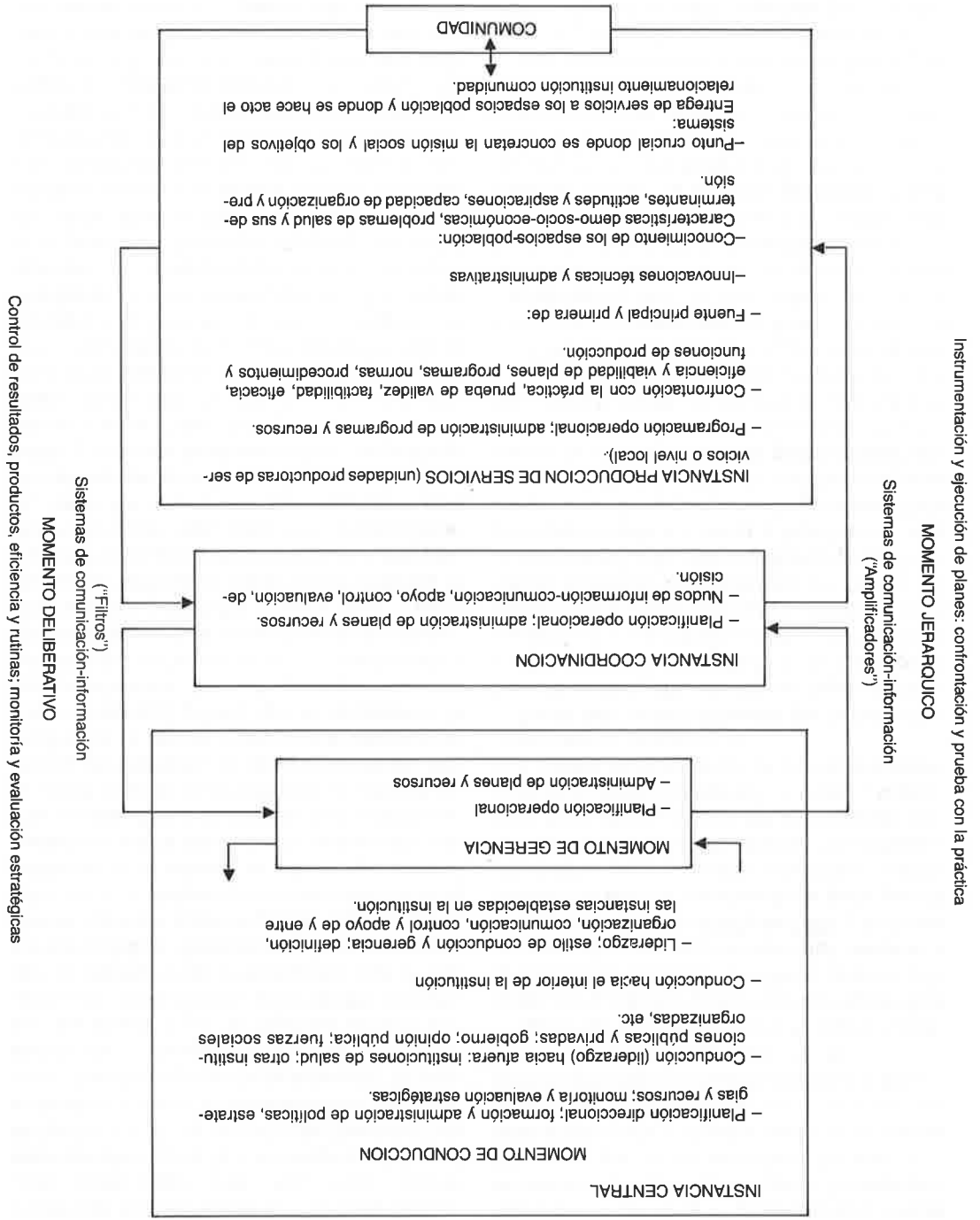
de participación viable dentro de los esquemas generales vigentes de descentralización y de participación, consistente con los propósitos de la institución a que pertenece la UPS. La otra dimensión de la descentralización en cuanto a manejo y control de recursos por parte de la UPS es un asunto importante, que necesita detenido análisis, pero que es de naturaleza diferente a la descentralización y articulación de las instancias intermedias institucionales, con el proceso más general que integra la manera global de gobernar de una sociedad dada (Figuras 8 y 9).

Parece oportuno hacer explícito que la actualmente revigorizada y generaliza invocación de la descentralización, como una forma de acercar la decisión al momento concreto del contacto e interacción entre los EBF y las UPS, y de demostrar esa relación aumentando la participación intrainstitucional y extrainstitucional, constituye un afínente de noble empeño. Sin embargo, en el tratamiento concreto del problema de trasladar la descentralización del concepto a la práctica, parece prudente tener en cuenta dos consideraciones de importancia.

Por un lado, es útil reconocer que la descentralización en su significado básico, legal-administrativo, implica autonomía de la decisión, patrimonio propio y personalidad jurídica. De lo que se deduce que la descentralización significa, en el límite, la disolución de la Institución Pública Local en Salud (UPS), que el gobierno general dispone para conducir y llevar a la práctica el segmento salud de su proyecto de gobierno. Cabe entonces reflexionar sobre la maraña de negociaciones desde una posición de poder compartido, eventualmente errático, que esta posibilidad implica para la puesta en práctica de una política. Por otro lado, en el actual contexto de crisis económica y financiera por la que están atravesando los gobiernos-país en América Latina, la "municipalización" o "distritalización" de los servicios sociales (una de las apartadas más frecuentes que adopta la descentralización), puede, eventualmente, enmascarar un intento solapado de "liberar" al gobierno general-central de su responsabilidad histórica (2), de redistribución de la riqueza nacional en función del precepto de equidad. Si se tienen en cuenta las notorias desigualdades del equipamiento social y los pronuncios desiguales de la capacidad de producción y acumulación, que evidencia la organización espacial de nuestros países, parece legítimo concluir que de no mantenerse con el nece-

en el momento "deliberativo", el realismo, el conocimiento y la innovación indispensables para vigilar y orientar la conducción y para asegurar la ejecución y perfeccionar la gerencia de las políticas, estrategias y planes acordados. Desde este entendimiento, la transitada polémica de "arriba-abajo" y de "abajo-arriba" deja de tener sentido (Figura 7). La concepción del papel de las UPS y de su articulación funcional (no jerárquica, técnica o administrativa) en redes, condiciona la comprensión de la noción "descentralización" y de sus implicaciones operacionales. En primer lugar, es legítimo afirmar que dentro de ciertos límites, sería posible administrar un sistema como el bosquejado más arriba, sin necesidad de "descentralizar" (esta aseveración se hace con reservas por las razones que se aducirán más adelante en el transcurso de estas reflexiones); si además se admite que tanto el contorno como la intensidad de la descentralización posible de una institución, esta condicionada por el estilo de descentralización y de participación del Gobierno, de la sociedad en que esta institución se inserta, sería posible imaginar de una manera muy general que en un proceso de descentralización, los nudos protagónicos estén constituidos por las instancias de coordinación y gerencia que median entre el nivel de conducción superior y las UPS o "nivel local". Estas instancias intermedias (cuya misión principal es asegurar la eficacia y eficiencia de las UPS) pueden ser consideradas, funcional y espacialmente, como los dispositivos más adecuados para articularse con las instancias determinadas por el estilo y esquema de descentralización político-administrativo global. Así, por ejemplo, las llamadas Direcciones Regionales (o su equivalente) podrían articularse con el nivel departamental (o su equivalente) de la administración política del país y la Jefatura de Área (o dispositivos similares) con los municipios, etc. Lo importante es clarificar que esa articulación con el proceso general de descentralización en una sociedad dada, sigue la lógica del poder político y administrativo que se da en el nivel de las instancias administrativas, que median entre la conducción superior y las UPS. Mientras que la articulación de estas unidades en redes obedece a la lógica de "maximizar impacto y eficiencia". La integración de las UPS con los estamentos de la sociedad se produce en el nivel de su contacto y comunicación con los espacios-población que se supone debe servir, de acuerdo a algún esquema

Figura 7. Proceso de conducción y gerencia, funciones y flujos de comunicación entre las instancias básicas de administración de un sistema de servicios de salud dado.



política dada, el manejo de recursos a otro nivel que antes no tenía esa posibilidad. Obviamente que en última instancia, significa que la descentralización es una transferencia de poder y por lo tanto, una alteración del estado de cosas en el reino del poder. Este reconocimiento, enfrenta-do a la necesidad de delegar funciones y respon-sabilidades debido a la creciente complejidad, diversificación y volumen de las demandas al sector público, llevó al desarrollo de una modali-dad, que algunos llaman "desconcentración", que básicamente consiste en delegar o transferir responsabilidades y/o funciones sin facilitar un mayor dominio sobre los recursos. El reconoci-miento de esta modalidad pareció "legalizar" suficientemente un *ERSATZ** de la descentrali-zación, en una de sus prácticas concretas. Sin embargo, si se incluye entre los recursos "el conocimiento" y "la información", la diferen-cia entre "desconcentración" y "descentraliza-ción" vuelve a perder su nitidez, porque no es posible delegar funciones sin delegar de hecho el manejo de información, que no cabe duda es una fuente de poder que los burocratas aprendieron a reconocer, respetar y utilizar desde hace mucho tiempo. Las implicaciones de esta reflexión van más allá de lo especulativo, porque, en caso que fuera válida, equivaldría a afirmar la posibilidad de espacios de descentralización peculiares, pero con grados de libertad significativos, en donde se podría desarrollar la descentralización de una institución "escapando" de su dependencia con el esquema general de descentralización vigente y, además, como toda descentralización implica, en algún grado, mayor participación, desarrollos específicos de descentralización (como ser el proceso de normatización, formación, utiliza-ción de información, autocapacitación, control de rutinas, monitoria y evaluación estratégica, iniciativas de investigación evaluativa, etc.), que no solo contribuirán a la descentralización de algunas áreas cruciales para la administración de la institución, sino que permitirán ir aprendiendo ese difícil arte y oficio de participar.

En este momento parece oportuno referirse a algunos aspectos de la participación. En primer lugar resulta útil reconocer, paratrasando a Carlos Matus y otros autores, que la participa-

*ERSATZ: Sustitución de un ítem por otro de menor calidad que aparenta las propiedades del primero.

sario celo y vigor la responsabilidad redistributi-va del gobierno general central, es posible que en nombre de la eficacia, eficiencia y democratiza-ción, la descentralización, en la práctica, se con-vierta en el instrumento idóneo para cristalizar la pobreza y la desigualdad.

Desde estas reflexiones se postula la necesi-dad de la descentralización y de la participación que constituye su inseparable correlato, para lle-var a la práctica un estilo democrático y estraté-gico de administrar la salud; pero se visualiza la descentralización como un medio y no como un fin en sí misma. La lógica que subyace y sostiene esta propuesta es la misma, expresada reiterada-mente, que supone como "objeto" y "misión" de la institución (UPS) a los EBF priorizados políticamente, y como instrumento principal para cumplir su cometido a las UPS. Desde esa lógica se deduce que la descentralización, igual-mente que la organización y funcionamiento de la "regionalización administrativa", está deter-minada por las necesidades de apoyo técnico, logístico y político de las UPS-EBF y de las redes funcionales que constituyen su articulación téc-nica. Esas necesidades de apoyo que van sur-giendo de la práctica, y que se formalizan en la programación, control, monitoria y evaluación del desempeño y evolución de las UPS-EBF, son las que irán señalando y priorizando las decisio-nes y los modos concretos, más o menos puntua-les, de descentralización. Este entendimiento de la descentralización tiene un alto potencial esta-tégico para el desarrollo de un real proceso de descentralización y participación, porque le abre factibilidad, viabilidad y capacidad de autoajus-te y perfeccionamiento a través de su aplicación en la práctica. En todo caso, se trata de conjugar la lógica del poder con la lógica de la eficacia y eficiencia al servicio del "fin" o "misión social" de la institución.

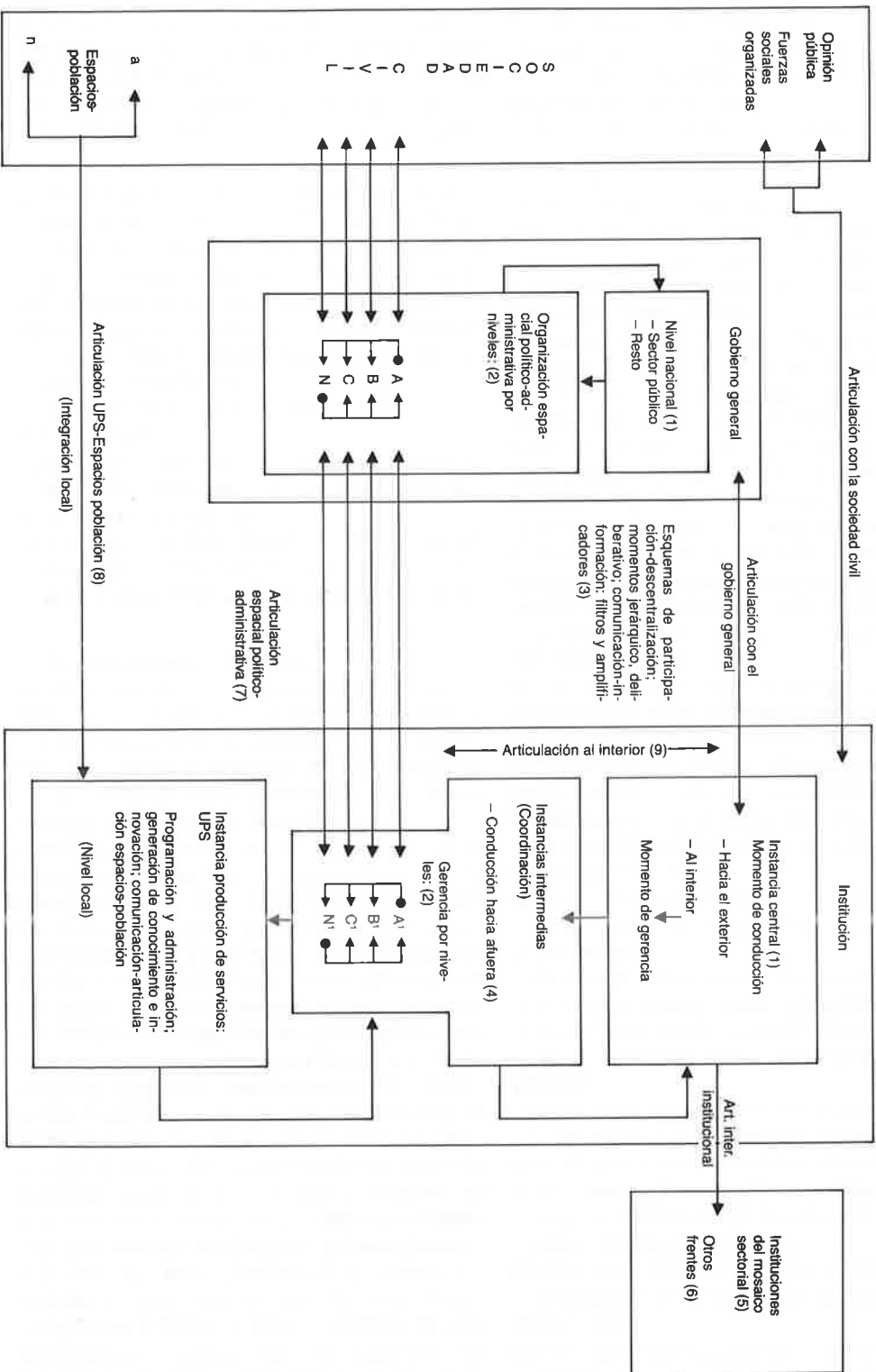
Planteadas estas interpretaciones en gruesos tra-zos, cabría elaborar algunas reflexiones comple-mentarias sobre la naturaleza o significado de la "descentralización" y de la "participación". En primer lugar, cabe aventurar una hipótesis sobre el significado de la descentralización. Si reco-nocemos que lo que se administra son políticas y no solamente recursos en función de algunas reglas y mecanismos de dominación, y que las políticas se hacen práctica a través de la apropra-ción y asignación de los recursos, resulta lícito concluir que descentralización implica necesari-mente transferir de acuerdo a la lógica de una

Figura 8. Articulaciones e integraciones y sus correspondientes lógicas centrales y propósitos, de acuerdo al estilo de conducción y gerencia de la institución.

<p>I AL INTERIOR DE LA INSTITUCION (ARTICULACION VERTICAL)</p> <p>LOGICA CENTRAL: Eficacia-eficiencia-equidad participación</p> <p>PROPOSITO: Maximizar eficacia-eficiencia-equidad-participación</p> <p>De las UPS entre sí (redes de servicio)</p> <p>PROPOSITO: Maximizar impacto, eficiencia, equidad</p> <p>De las redes con las instancias intermedias</p> <p>PROPOSITO: Apoyo logístico y técnico para operación de las redes: comunicación y participación de doble vía: UPS-re-des-instancias intermedias-nivel central, control de rutinas, innovaciones, coyuntura.</p> <p>De las instancias intermedias con el nivel central</p> <p>PROPOSITO: Comunicación y participación de doble vía para proceso de conducción y gerencia, formación de políticas, estrategias y planes, consiguiente asignación y gerencia de recursos, acciones y responsabilidades.</p>	<p>II AL EXTERIOR DE LA INSTITUCION (ARTICULACION HORIZONTAL)</p> <p>LOGICA CENTRAL: Poder político-administrativo</p> <p>Del nivel central</p> <p>PROPOSITO: Liderazgo, conducción y regulación del mosaico institucional, negociación con el gobierno general, comunicación con opinión pública y fuerzas sociales organizadas, formación imagen institucional.</p> <p>De las instancias intermedias</p> <p>PROPOSITO: Comunicación y participación en las instancias equivalentes en que se organiza la conducción espacial-político-administrativa del gobierno general.</p>
<p>III AL EXTERIOR DE CADA UPS (ARTICULACION UPS-ESPACIOS-POBLACION)</p> <p>LOGICA CENTRAL: Integración en la práctica de la institución con el objeto de su misión social.</p> <p>PROPOSITO: Participación social real de los espacios población en el tratamiento de sus problemas de salud; formación de conocimientos para formación de políticas, estrategias, planes y normas.</p>	<p>Del nivel central de conducción y gerencia</p> <p>De sus componentes entre sí (conducción superior, unidades normativas, planificación y apoyo administrativo)</p> <p>PROPOSITO: Monitoreo y evaluación estratégica; acumulación y uso de conocimientos; direccionalidad y coyuntura; conducción del proceso de planeación y normatización.</p> <p>Del nivel central a las instancias intermedias</p> <p>PROPOSITO: Conducción y gerencia</p>

ción real, no la ritual, no es un mero proceso de discusión "racional" de objetivos y métodos, además, diferenciar tipos o momentos de participación. A partir de la concepción ya anotada del ción y discusión abierta de puntos de vista

Figura 9. Articulaciones de los esquemas de participación y descentralización institucional: al interior (entre instancias institucionales) y al exterior (gobierno general, mosaico institucional, otros frentes, sociedad civil).



- 1) Depende de la organización general del gobierno. Modalidad "unitaria", Modalidad "federal", etc.
- 2) Depende de la modalidad de cada país (departamentos, provincias, distritos regiones, municipios, juntas locales, etc.)
- 3) Los esquemas de participación-descentralización del gobierno general y de la institución no tienen necesariamente que ser idénticos. No obstante, el esquema del gobierno general impone sus limitaciones de contorno al de la institución.
- 4) El alcance y características de esa conducción, en el plano de los niveles de coordinación institucional, están determinados por el esquema de participación-descentralización de la institución.
- 5) Se refiere a las instituciones definidas como integrantes del "mosaico", tanto públicas como semipúblicas o privadas.
- 6) En esta categoría se incluyen las organizaciones públicas o privadas relacionadas con la producción de bienes e insumos ajenos al que hacer en salud, y aquellas otras involucradas por las demandas de la estrategia de ataque a los problemas de salud y que se consideran actividades de no dominio de la institución (la llamada articulación intersectorial).
- 7) La articulación de los esquemas de participación-descentralización reconocen dos dimensiones y cuatro momentos principales: la dimensión vertical, se refiere al esquema de participación-descentralización al interior de la institución; la dimensión horizontal, se refiere a la articulación de la institución con el gobierno general, la sociedad civil y otros frentes. Los momentos principales de articulación reconocen la articulación de la institución con las instituciones relacionadas a su misión social, con el esquema de organización espacial, político-administrativa del gobierno general, y con la sociedad civil que las instituciones se supone sirven. La articulación de las UPS de la institución en los espacios-población, constituye un caso particular de articulación de la institución con la sociedad civil.
- 8) Existe otro momento de articulación entre las UPS por el cual se constituyen las redes de servicios. Resulta fundamental no confundir ese momento de articulación, con el momento de articulación entre las instancias institucionales intermedias de coordinación con los niveles espaciales político-administrativos:
- Conviene destacar que la apertura por instancias o niveles intermedios de la institución es bueno que siga en lo posible a la que corresponde al gobierno general, con el propósito de facilitar la articulación horizontal en el plano espacial-político-administrativo:
- La aparición de dirigentes informados y experimentados que puedan representar a los excluidos en el campo político nacional y frente a los agentes del Estado.
 - La vigilancia constante de los grupos excluidos, para controlar a los dirigentes que dicen representarlos.
 - Lucha contra las diversas formas de clientelismo y paternalismo.
 - Elasticidad e ingenio, para salir adelante tras la represión periódica de sus protestas.
 - La concientización de los agentes del Estado es una aspiración de singular importancia, en el supuesto que dichos agentes posean cierto grado de autonomía y cierta capacidad de autocritica.
- 9) La articulación de espacios-población, constituye un caso particular de articulación de la institución con la sociedad civil que las instituciones se supone sirven. La articulación de las UPS de la institución en los espacios-población, constituye un caso particular de articulación de la institución con la sociedad civil.
- 10) La articulación de los esquemas de participación-descentralización reconocen dos dimensiones y cuatro momentos principales: la dimensión vertical, se refiere al esquema de participación-descentralización al interior de la institución; la dimensión horizontal, se refiere a la articulación de la institución con el gobierno general, la sociedad civil y otros frentes. Los momentos principales de articulación reconocen la articulación de la institución con las instituciones relacionadas a su misión social, con el esquema de organización espacial, político-administrativa del gobierno general, y con la sociedad civil que las instituciones se supone sirven. La articulación de las UPS de la institución en los espacios-población, constituye un caso particular de articulación de la institución con la sociedad civil.
- 11) Existe otro momento de articulación entre las UPS por el cual se constituyen las redes de servicios. Resulta fundamental no confundir ese momento de articulación, con el momento de articulación entre las instancias institucionales intermedias de coordinación con los niveles espaciales político-administrativos:
- Conviene destacar que la apertura por instancias o niveles intermedios de la institución es bueno que siga en lo posible a la que corresponde al gobierno general, con el propósito de facilitar la articulación horizontal en el plano espacial-político-administrativo:
- La aparición de dirigentes informados y experimentados que puedan representar a los excluidos en el campo político nacional y frente a los agentes del Estado.
 - La vigilancia constante de los grupos excluidos, para controlar a los dirigentes que dicen representarlos.
 - Lucha contra las diversas formas de clientelismo y paternalismo.
 - Elasticidad e ingenio, para salir adelante tras la represión periódica de sus protestas.
 - La concientización de los agentes del Estado es una aspiración de singular importancia, en el supuesto que dichos agentes posean cierto grado de autonomía y cierta capacidad de autocritica.

ciales políticos o administrativos del gobierno general, toda vez que ambos momentos son pre-sididos por lógicas distintas: el momento de la articulación entre UPS (redes de servicio) sigue la lógica de maximizar eficiencia-eficacia-comunicación entre UPS y espacios-población, mientras que el otro momento sigue la lógica política-administrativa relacionada estrechamente con la cuestión del poder.

A partir de estas reflexiones, parece obvio que el reconocimiento y el análisis de esas articulaciones, y de sus lógicas peculiares y potenciales, mente conflictivas, obliga a conferir realismo y eficacia a cualquier diseño de "sistema de salud". Esta necesidad se hace aun más aguda en los momentos de diseño y montaje de los segmentos espaciales técnico-político-administrativos en que es necesario desagregar los "sistemas de salud nacionales" para posibilitar su operación concreta. Sin embargo, la revisión de alguna de las numerosas descripciones sobre "sistemas de salud", actualmente en boga, evidencia una sugestiva insuficiencia en este tipo de consideraciones. Así, mientras todas coinciden en la apologeta al papel protagónico del "nivel local" y de la "participación de la comunidad", desde muy diferentes ópticas y grados de precisión, pero invariablemente centradas en el ámbito rural, todas resultan igualmente confusas e insuficientes en la identificación y tratamiento de la problemática emergente de:

● La necesidad de conjugar los propósitos, potencialmente en conflicto; de maximizar equidad, eficiencia y participación.

● Los distintos significados de las diversas instancias administrativas institucionales y globales del Estado, en su relación con la sociedad civil.

● Las consecuencias prácticas de las importantes diferencias en tamaño, equipamiento social y significado político-económico de los diferentes espacios-población en que se compone una sociedad, y que configuran los "territorios" concretos en que los segmentos de un sistema de salud deben operar en la práctica.

En resumen, de lo que se trata es de reconocer, analizar y tratar de resolver la problemática que se constituye por la interacción de las lógicas del poder, de la eficacia y de la eficiencia en la consecución de los propósitos de equidad, pacto, eficiencia y participación. La experiencia

Dada una sociedad (S) se supone que la misma esta organizada en dos grandes conjuntos o sistemas (Figura 10):

-El Estado (E)

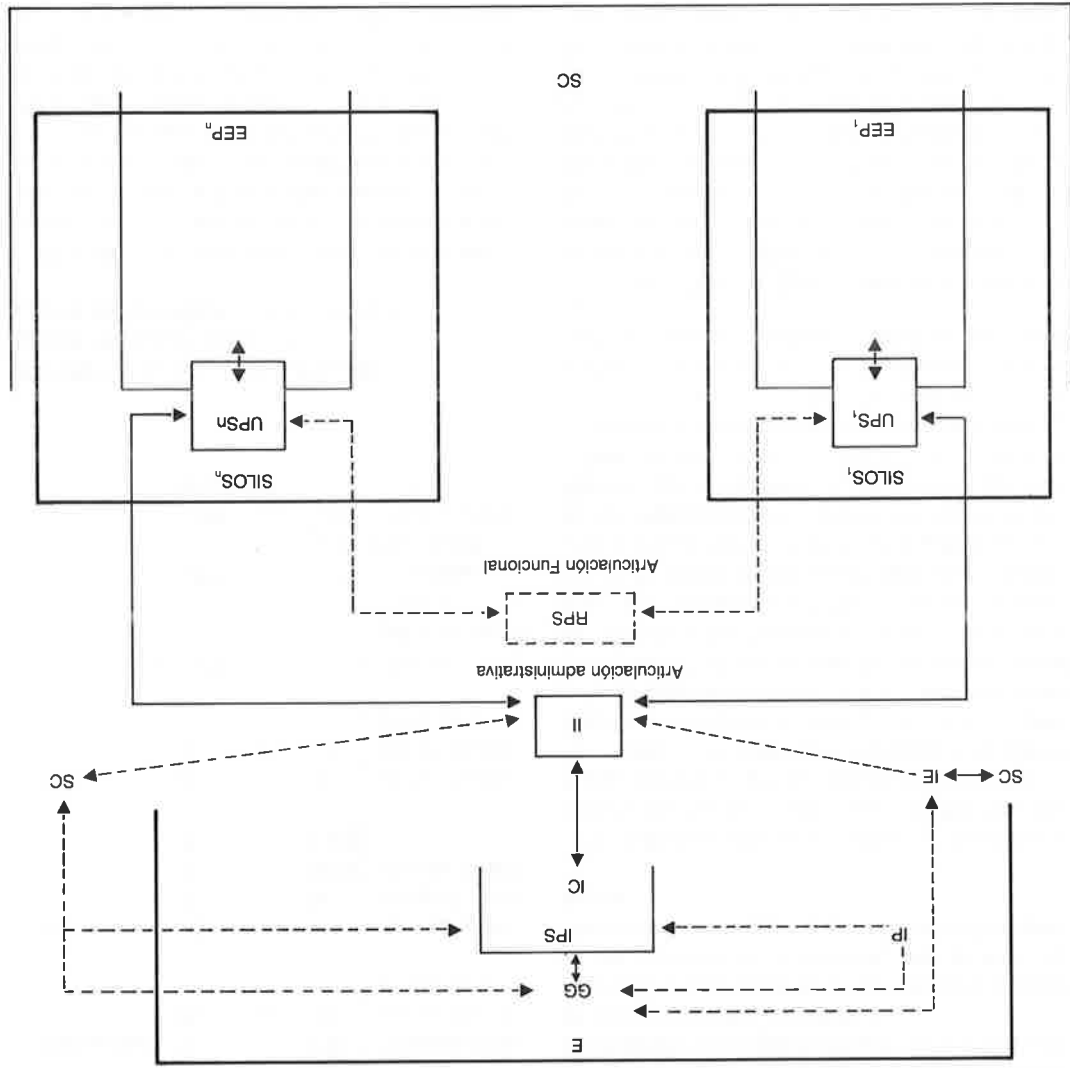
-La Sociedad Civil (SC)

SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS) COMPONENTES Y DEFINICIONES GENERALES

El conocimiento teórico disponibles parecen apuntar con claridad que este tratamiento es una "cuestión abierta", pero ineludible y urgente. No obstante se juzga legítimo concluir que cualesquiera sean las peculiaridades de un sistema dado de servicios de salud (SSS) de una sociedad concreta, si se aceptan como válidos los supuestos y conceptualizaciones planteados en estas reflexiones, ese dado SSS debería estar basado y presidido por *sistemas locales de servicios de salud (SILOS)*, constituidos por la *sinbiosis de cada una de las unidades productoras de servicios de salud (UPS) que dispone esa sociedad, con los espacios-población (EBP) en que cada una de esas UPS se inserta espacial y funcionalmente*. El conjunto de esos sistemas locales (SILOS), así entendidos, deben ser articulados funcionalmente en redes productoras de servicios de salud (RPS), según la lógica de maximizar el impacto y la eficiencia del tratamiento de los problemas de salud en los EBP, en base a la complementariadad de las diferentes "capacidades de resolución" de las UPS pertinentes. El conjunto de esos SILOS exige y determina un sistema de sustentación, cohesión y conducción, técnico-administrativo-(SSC), que confirma y mantiene su razón de ser en la medida que facilite y perfeccione efectivamente, la comunicación de doble vía entre el nivel local de producción de servicios de salud (SILOS) y el nivel central de construcción e instrumentación de políticas. De esto se deduce que la configuración o estructura de esos sistemas de sustentación, cohesión, conducción (RPS) deberá variar de una red (RPS) a otra, en función de las peculiaridades de cada RPS y de cada espacio territorial económico-social-político concreto, en que cada RPS concreta se supone debe operar. Con el único propósito de facilitar el análisis de la lógica que sustenta esta propuesta de entendimiento, se presenta la siguiente sistematización de la misma, que complementa las representadas en los Diagramas 7, 8 y 9.

- 1) S = [E;SC] -El E comprende organismos, dispositivos o instituciones para su funcionamiento, en los que distinguimos:
- El Gobierno General (GG)
 - Las Instancias Espaciales Político-administrativas (IE)
 - Las Instituciones Públicas que integran el Sector Público (IP)
 - Entre las IP se distingue la institución cuya misión principal se centra en la producción de bienes y servicios de salud (IPS)
- 2) E = [GG;IE;IP(IPS)]
- La SC distingue los siguientes componentes:
 - La Opinión Pública (OP)
 - Las Fuerzas Organizadas (partidos políticos, sindicatos, etc.) (FO)
 - Las Fuerzas Productoras de Bienes y Servicios (FP)
 - Entre las FP se identifican las que se orientan a la producción de bienes y servicios directos o relacionados con salud (FPS)
 - Los espacios-población receptores de los bienes y servicios producidos por FP(FPS) e IP(IPS); (EBP)
- 3) SC = [EBP;FP(FPS);FO;OP]
- La Institución Pública centrada en la producción de bienes y servicios de salud (IPS) se organiza por niveles o instancias a las que corresponden ciertas funciones principales (no excluyentes ni limitantes)
- | | | | | | |
|---------|-----------|------------|------------|---------|---------|
| FUNCIÓN | INSTANCIA | Gerencia | Conducción | Central | Central |
| | | Intermedia | | | |
| | (II) | | | | |
| | (IC) | | | | |
- Sistema de servicios de salud (SSS)
 - Sistema local de servicios de salud (SILOS)
 - Sistema de sustentación y cohesión (SSC)
- 6) SSS = [SILOS;SSC]
- Sistema local de servicios de salud (SILOS)
 - Unidad Productora de Servicios (UPS)
 - Espacios-población (EBP)
- 7) SILOS = [UPS;EBP]
- Las UPS de la IPS se insertan espacial y funcionalmente en los EBP correspondientes. La legitimización de las IPS se produce en el acto de entrega de bienes y servicios por las UPS a sus EBP correspondientes.
 - Un SILOS se constituye por una UPS, cualquiera sea su capacidad de resolución en simbio-
- 4) IPS = [IC;II;UPS(← RPS)] φ; EBP
- φ = Organización y combinación de una cantidad dada y estructura de recursos de acuerdo a una política y una tecnología dadas.
- Se supone que en esa sociedad, la producción de bienes y servicios de salud se realiza por medio de un sistema de servicios de salud en que participan las instituciones del Estado (IPS) y de la Sociedad Civil (FPS).
- Se conviene que el objeto del SSS esta constituido por los EBP que son priorizados políticamente, y que el propósito del SSS es el de producir bienes y servicios atinentes a los problemas de salud de los EBP, maximizando su impacto, *eficiencia, equidad y participación.*
- Toda vez que de lo que se trata es de desarrollar en la práctica una política pública, se postula que la institución pública centrada en la producción de bienes y servicios de salud (IPS) debe orientar, conducir y regular el quehacer del conjunto de instituciones que eventualmente compongan el SSS, y por lo tanto la IPS ejerce el liderazgo correspondiente.
- 5) SSS = [IPS;FPS;IPa]
- IPa = instituciones públicas o para-públicas relacionadas con la "misión" de la IPS
 - Solo para efectos de simplificación y para facilitar la comprensión de la propuesta, se supone, artificialmente, que el SSS está compuesto solo por la IPS. Entonces desde ese supuesto: IPS = SSS

Figura 10. Sistemas locales de salud: Componentes y articulaciones.



-Instancia de conducción y gerencia central (IC)
 -Instancias de conducción y gerencias intermedias (II)
 -Lógicas principales de las articulaciones:
 Política — Poder
 Técnica — Eficacia
 Administrativa — Eficiencia
 Ideológica — Participación

8) $RPS = [UPS_1; EEP_1; (UPS_n; EEP_n)]$
 $RPS = [SILOS_1; SILOS_n]$

-Sistema de Sustentación y Cohesión (SSC)

UPS correspondientes.
 mas de salud de los EEP, por cada una de las
 tinas capacidades de resolución de los proble-
 sigue el criterio de complementación de las dis-
 -La articulación funcional entre los SILOS
 espacial y funcionalmente EEP
 sis con el o los espacios-población que se inserta

económica, los periódicos desastres naturales propios de esta subregión y con la pobreza crónica y extrema de vastos estratos de la población. Este marco delinea el perfil y los alcances de las opciones factibles y viables para llevar a la práctica y hacer realidad los propósitos declarados en el "discurso".

En todo caso, los estudios referidos y los progresos alcanzados tienden a confirmar que a pesar de los esfuerzos realizados y los progresos alcanzados a partir de los años 70, con el desarrollo de la estrategia de "extensión de la cobertura", en donde, en por lo menos tres países se consiguieron importantes y creativos cambios en cuanto a participación social e institucional, estos procesos llegados a un grado de desarrollo, se estancaron y en algunos casos, retrocedieron. En ese sentido merece destacarse que a pesar de que no fue posible disminuir sustantivamente la brecha entre el discurso y la práctica, solo un país declaró explícitamente que la estrategia de extensión de cobertura se "agotó" en sus posibilidades; los demás la consideraron todavía como un elemento de importancia en sus estrategias de cambio.

En cuanto al componente estratégico de la reestructuración del "mosaico" institucional, tres países pusieron en práctica diferentes versiones de un "sistema único", sin que ninguno de ellos lo haya podido consolidar hasta el presente. En los tres países, en el marco de tres estilos de gobierno con marcadas diferencias, ninguna de las tres diferentes "fórmulas" constituye realmente un sistema único; se trata más bien, de distintos grados y contenidos de una coordinación entre "ministerio" y "seguro" o alguna otra forma institucional pública o descentralizada. En una de las iniciativas el "ministerio" y el "seguro" constituyen en carácter de "socios", una dirección bicefala de sistemas de redes regionales de servicios que prestan atención integral, preventivo-curativa a algunos segmentos de la población. En otro, esa asociación entre las dos instituciones mencionadas, expresa una divisa de funciones, en donde el "seguro" ejerce la responsabilidad de la medicina curativa y rehabilitadora y el "ministerio" se reduce a la actividad preventiva. En ambas modalidades el "ministerio" es declarado formalmente el "líder" del sistema; pero las diferencias en la definición y uso de los atributos que confieren el poder real, fuertemente centrados en el "seguro", anula ese supuesto papel de liderazgo del

en cada discurso nacional garantiza automáticamente el logro de los propósitos fundamentales

● También las estrategias adecuadas para lograr en la práctica estas postulaciones, salvo en dos países, están fuertemente centradas en la consecución de recaudos jurídico-reglamentarios que legitiman formalmente el propósito de cambio y confieren algún poder eficaz de acción legal al "ministerio", para orientar, cautelar y hacer realidad ese cambio deseado: el desarrollo de una reforma institucional centrada en cambios estructurales y de procedimientos; la descentralización; la participación comunitaria y la capacitación y concientización de los actores intervinientes, completan el dibujo de la estrategia preconizada.

Parece oportuno e importante destacar que el lenguaje de las propuestas formuladas en todos los países, está fuertemente influenciado por el "idioma" constituido en torno al enfoque estratégico de planificación y administración; enfoque al cual declaran su adhesión la mayoría de esas propuestas. Sin embargo, la caracterización de la prescripción y de la estrategia consiguiente, permite sospechar que desprovistos del ropaje lingüístico en que se les envuelve, excepto en dos de los países analizados, ambas (prescripción y estrategia) pertenecen al modelo de reforma institucional tradicional, que la evidencia empírica aconseja, unánime y rotundamente, destituir.

Esta anotación se refuerza con la presencia de otra característica altamente decisoria: exceptando los dos países, las categorías *poder y conflicto* no son explícitamente consideradas, ni siquiera en la descripción y explicación del fenómeno y menos en el momento de proponer soluciones. En el mismo sentido destaca el que, salvo en un país, el propósito de "equidad", invariabilmente declarado central en todos los "discursos", no resulta privilegiado en el diseño de las propuestas consiguientes.

Por el lado de la práctica, es necesario reconocer, como cuestión previa y de alta importancia, que en dos países integrantes de la subregión la guerra ha interrumpido y dislocado drásticamente, tendencias, hábitos, estilos de gobierno y de convivencia social. Este dramático hecho tiene, evidentemente, importantes repercusiones en el resto de los países integrantes de la subregión. Esta circunstancia crucial interactúa con la crisis

“ministerio”. En todo caso, en ninguno de los modelos intentados y en desarrollo se alcanzan a satisfacer las condiciones necesarias postuladas por Frank, cuando diseñó, en 1870, el sistema de seguridad social para Alemania (6).

Existe, además, evidencia suficiente para afirmar que en las condiciones en que actúan y con los esquemas de financiamiento en que se basan, tampoco satisfacen el fundamental requisito de redistribución que legitimaría su vigencia y que desde Frank (6), constituye su principal razón de ser.

“Todos los ‘ministerios’ de la subregión intertaron esquemas de descentralización, programación y administración local y de participación social. En la década de los 70, se instalaron y desarrollaron tres iniciativas destacadas de participación y programación local que con esquemáticas distintas, acordes a las características específicas de los países que las instalan, alcanzan considerables niveles de eficacia, extensión y popularidad. Pero ninguna de ellas —como ocurrió con la estrategia de extensión de cobertura, de la cual formaban indisoluble parte— se mantuvo en el largo plazo. Fueron debilitándose y cambiando de significado, hasta desaparecer o quedar reducidos a meros rituales. En todo caso la fuerte correlación de su evolución con la de los esquemas de participación de los diferentes estilos de gobierno que se fueron sucediendo en el período de análisis (70-80), confirman el supuesto sustentado en estas reflexiones, de la dependencia de los esfuerzos institucionales con respecto al marco general del estilo de gobierno. Esto no quiere decir, en modo alguno, que no sean posibles espacios donde poner en práctica desarrollos parciales de participación que, tratados estratégicamente, puedan llegar a tener alta significación para el mejoramiento de la conducción institucional.

Desde este apretado resumen interpretativo, de la evidencia que se infiere de los análisis a los que se refieren estas reflexiones, parece legítimo deducir que los ‘ministerios de salud’, de los gobiernos de la subregión, necesitarían examinar detenidamente esa brecha entre el ‘discursoso’ y la ‘práctica’, y considerar cuidadosamente la inconsistencia manifiesta entre el ‘objeto’, los ‘propósitos’, de su ‘misión social’, y la adhesión al enfoque estratégico en planificación y administración, con respecto a las ‘prescripciones’ (métodos y organización) que están generalmente adoptando para la instrumentación

NOTAS

Estas notas fueron elaboradas en base a la bibliografía que acompaña estas reflexiones. Algunas de ellas constituyen transcripciones textuales de párrafos seleccionados; otras, adaptaciones libres del pensamiento de los autores citados; mientras que otras, son combinaciones de conceptos vertidos por varios de ellos. Por esta razón, no se identifican puntualmente las fuentes en cada una de las notas. Se entiende que ellas se originan en el pensamiento de los autores citados y que se recomienda consultar.

(1) Como cuestión previa y a manera de marco de referencia básico conviene recordar que la naturaleza del devenir social, del cual es parte inherente el fenómeno salud-enfermedad, destaca las características de historicidad, complejidad, fragmentación, incertidumbre, conflicto y dependencia. Estas características determinan que la mayoría de las situaciones-problemas referentes al fenómeno salud-enfermedad y a los sistemas de servicios que se organizan para tratarlo, resulten complejas, mal definidas y mal estructuradas.

En realidad los problemas correspondientes a estas áreas son tan interdependientes, que más que problemas ‘aislados’, constituyen verdaderos ‘sistemas de problemas’, difíciles, si no imposibles, de abordar por métodos exclusivamente analíticos.

Este tipo de situaciones-problema requiere tanto para su descripción como para su explicación y manipulación el uso de variables cuantitativas y cualitativas, reconocer el concepto de ‘precisión’ como un nivel más amplio que el de ‘medición’. El proceso social contiene aspectos de cantidad y calidad que es mandatorio respetar en su jerarquía de significaciones. Lo que interesa en el análisis social es la precisión de las proposiciones, y dicha precisión es en parte una cuestión de variables lingüísticas y solo en parte un problema de medición. La

falla en reconocer este hecho, conduce a caer en el error de cuantificar lo secundario y no reconocer la calidad de las situaciones. Las características del proceso social, ya anotadas, obligan a utilizar, para su tratamiento, los métodos creados para la comprensión de la complejidad. Ello implica apelar, necesariamente, al arsenal conceptual e instrumental desarrollado para el tratamiento de esta clase de problemas, sin excluir, cuando sea adecuado, los instrumentos propios del tratamiento de problemas simples, "bien definidos y bien estructurados" que correspondan a algunos de los ámbitos de las llamadas ciencias naturales. En este entendimiento, el desarrollo de cualquier esquema metodológico que se defina para enfrentar este tipo de problemas, requerirá adoptar el abordaje transdisciplinario de estos, inspirado en el enfoque propio de la epistemología de la complejidad y de la incertidumbre, a lo largo de un proceso de aproximaciones sucesivas, por un procedimiento de "prueba y error, controlado y explicado". Por último, resulta saludable reconocer que en el tratamiento de este tipo de problemas, el error más frecuente no consiste en equivocarse en la solución del problema, sino en intentar solucionar el problema equivocado.

Intentar solucionar un problema equivocado puede originarse por dos vías. La primera se refiere a plantear o seleccionar un problema que se disuelve en otro más amplio; es decir que replanteado en el espacio relevante desaparece como el problema que interesa resolver. La segunda consiste en intentar estructurar un problema cuya esencia real es casi estructurada. En el entendimiento de estas reflexiones, el abordaje transdisciplinario está articulado como condición necesaria al enfoque de aproximaciones sucesivas por medio del procedimiento de "prueba y error, controlado y explicado". Este enfoque que constituye una respuesta a las características de complejidad, fragmentación e incertidumbre, que implica el proceso, se basa en la identificación, definición y sistematización de las "situaciones-problemas" consideradas relevantes que van surgiendo de la práctica. El tratamiento de esas situaciones complejas, requiere organizar su explicación apelando a los diversos cuerpos teóricos y desarrollos metodológicos de las distintas disciplinas, en que en la actualidad se compartimentaliza el conocimiento social, que comparando paradigmas consistentes, sean consideradas ajenas; Este abordaje es diferente y opuesto a la práctica generalizada de tratar de explicar todo el problema desde la perspectiva exclusiva de una disciplina determinada, o de entender transdisciplinariamente como la sumatoria de explicaciones y opciones. Pero no basta con interligar disciplinas, se requiere además adoptar un enfoque de verdad-error y apelar a los cuatro métodos de mayor significación histórica que intentan comprender la complejidad: el científico-experimental, el axiomatico, el axiomático y el intuitivo. En el tratamiento de situaciones-problemas sociales de alta complejidad, ninguno de ellos es sustitutivo del otro; constituyen ópticas complementarias, alternativas que ofrecen diferentes explicaciones de la realidad.

(2) Obviamente el problema del desarrollo administrativo de las instituciones que integran los diversos sistemas de salud en los países de Latinoamérica, está necesariamente inscrito en el problema más general de la transformación de la administración pública de esos países, el cual no puede ser analizado sin enfrentar la presencia del Estado en la historia concreta de esos países. Así, por encima de la nutrida y confusa polémica ideológica sobre el papel del Estado, es posible reconocer, mediante evidencia suficiente, que en el devenir de esas sociedades esa presencia se ha ampliado,

sistemática y consistentemente, a pesar de ciertos retrocesos episódicos, en ocasiones catastróficos. El análisis permite aseverar que en los últimos treinta años el Estado se ha convertido en el protagonista nuclear del desarrollo. El análisis también parece apuntar a que esa intervención generalizada del Estado obedeció, entre otras razones, a insuficiencias estructurales de los sistemas económico-sociales de esos países y desde la experiencia acumulada, es posible esperar que frente a la crisis económica actual, esa tendencia continúe acentuándose. Según este entendimiento la cuestión no sería si el Estado debe o no intervenir en el quehacer económico-social. El Estado está obligado a intervenir. El problema, desde una posición realista, se trasladada a si el Estado está en capacidad de intervenir y si tendrá la capacidad necesaria para administrar con eficiencia y eficacia, y para crear nuevos artefactos institucionales que aseguren la conciliación del crecimiento y la redistribución con la participación de los diversos y variados espacios sociales integrantes de la sociedad. Este es, en su esencia, el desafío que la "democratización de la democracia" plantea. Ese desafío requiere la decidida acción del Estado, pero lo trasciende sobradamente. Ese desafío exige, además, que la Sociedad Civil se movilice sincronizadamente con vigor y persistencia, para hacer efectivo un orden político representativo de los proyectos de los múltiples y heterogéneos sujetos sociales, cuya inclusión resulta condición necesaria para la apertura eficaz de la participación, que el discurso, inevitablemente, postula como incluido e impostergable. Esto no requiere solamente una voluntad de cambio político, sino que exige el reconocimiento de las condiciones reales de la complejidad creciente de las sociedades reales en las que se construye la historia de los pueblos de Latinoamérica. (3) La categoría eficiencia o productividad, aplicada a una institución pública, merece detenida reflexión. La relación producción obtenida-recursos insumidos, que de una manera general constituye el componente básico de cualquier definición de eficiencia o productividad, en una empresa o institución pública sin fines de lucro, es, a su vez, condicionada y caracterizada no solo por el tipo, escala y significación social del producto final que, se supone, la organización debe producir, sino también por su finalidad o misión social, ya sea como instrumento redistribuidor de la riqueza nacional o como instrumento redistribuidor de otras áreas y organizaciones privadas que integran el aparato productor nacional. Por estas razones, la noción de eficiencia o productividad de una empresa o institución pública descontextualizada o no, debe referirse, necesariamente, a la relación "resultado social de la producción-costo social de los recursos insumidos". De todas maneras, es imprescindible deslizar y no confundir el carácter de "deficitario" de una institución pública con el carácter de "ineficiente". Es necesario reconocer que el fin o misión social de una empresa (que depende del estilo y nivel de desarrollo de una sociedad y de los valores que la informan), puede contrastar a la producción de bienes o servicios en una escala y en un área que puede ser técnicamente "rentable" o "cuasirrentable", pero que en la mayoría de los casos constituye un área, por definición, "inherentemente no rentable". De lo que se trata en todo caso sería de estimar qué proporción del monto de la transformación y al uso como instrumento social de la empresa o institución y al uso como instrumento de ese monto puede ser atribuida a la ineficiencia tecnológica y administrativa con que la organización pública utiliza los recursos asignados. En todo caso resulta imprescindible reconocer que en la consideración de la eficacia y de la eficiencia-entendidos como el conjunto de los valores que la informan), puede contrastar a la producción de bienes o servicios en una escala y en un área que puede ser técnicamente "rentable" o "cuasirrentable", pero que en la mayoría de los casos constituye un área, por definición, "inherentemente no rentable". De lo que se trata en todo caso sería de estimar qué proporción del monto de la transformación y al uso como instrumento social de la empresa o institución y al uso como instrumento de ese monto puede ser atribuida a la ineficiencia tecnológica y administrativa con que la organización pública utiliza los recursos asignados. En todo caso resulta imprescindible reconocer que en la consideración de la eficacia y de la eficiencia-

Sector Externo: Centro-Periferia; Periferia-Periferia; Organizaciones multi y bilaterales.

Opción Pública: Organización; estructura; dinámica; potencia.

Organizaciones Sociales: Organización; estructura; dinámica; potencia.

Instituciones Públicas: Historia y cultura administrativa; criterio de eficacia y de eficiencia; criterio de sobrevivencia; capacidad de liderazgo; recursos humanos; tecnológicos financieros; misión social; producto y volumen; racionalidad del proceso decisorio; tipo y significado del financiamiento; capacidad de participación y respuesta.

Características del Proceso Social: Complejidad; conflicto; fragmentación; historicidad; dependencia; incertidumbre.

Escenarios actuales, esperables y deseados: Demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, políticos; condiciones de existencia de los espacios-población, objeto del cambio deseado.

Acuerdos Internacionales: SP/2000 y objetivos regionales (eficiencia social, equidad, impacto, participación social, articulación intersectorial, cooperación entre países), estrategia de atención primaria. Plan de prioridades en salud de Centroamérica y Panamá, etc.

(11) Desde la perspectiva adoptada, la noción "enfermedad" no puede ser concebida como un "error" de la salud, es decir una desviación aleatoria, más o menos intensa, transitoria o definitiva, de ese estado ideal y completo que oficialmente se define como "salud". Su lógica obliga a entender la "enfermedad" como un componente y como un resultado que integra y define las condiciones de vida de cada uno de los grupos humanos que conforman una sociedad dada en un tiempo-espacio dado. Así, la estructura e intensidad de la "enfermedad" quedaría principalmente determinada por las relaciones particulares de producción, consumo y convivencia, mediante las cuales cada grupo se inserta a la sociedad que pertenece, en un momento concreto de su historia. Consistentemente con esta interpretación, también varía el entendimiento del objeto central. El grupo humano trasciende la acotada como noción social biológica para completarse plenamente como noción social. Esta forma de pensar la "salud-enfermedad" tiene significativas implicaciones, tanto en la dimensión conceptual, como en la operacional, para la planeación y otros factores condicionantes que se consideran frente a la especificidad de la situación nacional.

Para efectos de facilitar el análisis se lista una serie de frentes y otros factores condicionantes que se consideran adecuados a la especificidad de la situación nacional:

Gobierno: Concepción del Estado; consideración del sector público; consideración de los objetivos sociales; apertura externa; política, económica, tecnológica; esquema de participación social; estructura y dinámica del poder.

Recursos: Humanos; naturales; económicos; tecnológicos; financieros; culturales; información; poder.

Sector Privado: Producción de salud; producción de insumos y bienes para salud; estructura y peso del sector privado en la producción, acumulación, distribución y consumo; estructura y relaciones de poder.

a la adaptación de instrumentos correspondientes a un modelo conceptual y operacional dado, a otro modelo conceptual y operacional distinto, es el que si el modelo al cual se pretende "trasvasar" los instrumentos no está bien definido o comprendido, se corre el riesgo de que la adaptación se reduzca a aspectos "cosméticos", o sea a modificaciones de forma o de manipulación trivial y, más grave aún, que el instrumento supuestamente adaptado, introduzca inconsistencias y conflictos que detroquen la intención de mejoramiento, por lo cual se decidió su incorporación. El reconocimiento de que no existen "instrumentos inocentes" o absolutamente neutros, exige por lo tanto una definición clara y previa del modelo para el cual fueron originalmente creados y del modelo al cual se quieren aplicar. Esto plantea el interrogante de si es posible adaptar instrumentos provenientes de modelos con tradiciones, o si en la práctica de lo que se trata es de "crear" instrumentos apropiados a cada realidad concreta, más o menos inspirados en el análisis de los instrumentos supuestamente analizados para otras realidades diferentes e igualmente concretas. En todo caso, resulta crucial reconocer y observar el postulado de coherencia entre propósitos, métodos y organización.

(10) Se consideran condicionantes los elementos que afectan el campo de variación posible de una variable dada. La consecución de un cambio deseado puede ser favorecida por un condicionante o puede requerir la modificación de un condicionante; asimismo, la rigidez de un condicionante puede obligar a modificar el objetivo, la intensidad o la velocidad del cambio deseado.

Resulta fundamental por lo tanto analizar los condicionantes desde el punto de vista de si su modificación es de dominio del actor que busca el cambio (variable), o de dominio de otro actor (variable). También, es imprescindible definir si un condicionante puede variar o no dentro del horizonte de tiempo definido para el cambio. En este último caso el condicionante se comporta como una constante (invariable). Queda claro que la consideración de variante o invariante de un condicionante dado, depende del actor, del nivel en que este actúa y del horizonte de tiempo estipulado. La necesidad de considerar los condicionantes, no radica solo en su potencia para accionar las posibilidades del cambio e identificar medidas críticas que deben considerarse las estrategias, sino también para explicar las situaciones problemáticas identificadas. Resulta básico reconocer que los frentes, en sí, constituyen condicionantes.

En cambio, los propósitos de accesibilidad con equidad y en el momento de elaboración de las estrategias de ataque a los problemas de salud de los espacios-población pertinentes y su consiguiente negociación con las instituciones pertinentes, lo que constituye el núcleo básico de la llamada "articulación intersectorial" que en la práctica se concreta en la articulación interinstitucional.

(12) La participación de todos los actores en todas las instancias en que la institución este organizada, debería ordenarse y hacerse acto y flujo, reconocimiento momentos "jérárquicos", y momentos "deliberativos" en su ejercicio, y facilitarse por medio de una comunicación de doble vía, instrumentada por diversos sistemas de información, diseñada por cada uno de los usuarios en función de sus necesidades particulares (extensión, contenido, oportunidad, etc.), pero respetando e incorporando, en oportunidad y agregación adecuada (en función del principio de reducción de la variedad) los "enganches" e "indicadores" que cada una de las instancias de conducción y gerencia necesitan para cumplir, suficientemente informadas, su cometido. Se asegura, así, que cada componente de la institución disponga del tipo, cantidad y oportunidad de información adecuadas a las necesidades peculiares del tema y de la posición que constituyen su responsabilidad, pero garantizando a la conducción y gerencia del proceso global, la disponibilidad de las "señales de alarma" que le permitan tomar con oportunidad las decisiones adecuadas. En todo caso, debería recordarse que si los propósitos que persigue la institución son el impacto, equidad, eficiencia y participación y su objeto los espacios-población, según su grado de postergación, se sigue que los "enganches" o "indicadores" para cada uno de los sistemas específicos o singulares, deben estar consecuentemente referidos al control de esas cuestiones. También parece oportuno insistir en que un "indicador" sirve, como su nombre lo indica, para indicar, pero en modo alguno para explicar. Los indicadores constituyen valiosas señales (establecidos previamente los límites permisibles de variación) para indicar que algo está ocurriendo o, positivamente, por fuera de lo previsto y que, por lo tanto, es necesario buscar la explicación del fenómeno "por fuera" del indicador y analizar el problema y decidir la acción correspondiente en el nivel adecuado con los actores pertinentes. También es útil reconocer que los administradores de alta eficacia y eficiencia gastan del 70 al 90% de su tiempo conversando. Lo que coloca a la información "cuantitativa" y "formalizada" (tradicionalmente) en una nueva perspectiva y a comparación con la detenida reflexión. En todo caso resulta necesario recordar que en el ambiente contemporáneo en instituciones de alguna complejidad, postular sistemas únicos de información no solo significa una imposibilidad práctica, sino una aberración conceptual.

(13) Evaluar consiste básicamente en identificar un hecho, describirlo y explicarlo (hacia atrás en su historia y hacia adelante en sus previsible consecuencias) y compararlo con un modelo o conjunto de valores que el "evaluador" ha decidido como patrón de comparación. Ese patrón no es "neutro", implica una "racionalidad" y una "ideología". En general, la "racionalidad" puede definirse como la coherencia entre las diferentes acciones y reacciones y la lógica interna del modelo a que se refieren. En el tipo particular de proceso que estamos tratando, es posible y útil reconocer tres

tipos de racionalidad: "política", "técnica" y "administrativa", que deben ser vinculadas y armonizadas dialécticamente, según el plano de análisis o de actuación en que se está operando (plano "político", plano "técnico", plano "administrativo"). En todo caso, la calificación de "racionalidad" está fuertemente determinada por los valores que informan al individuo (o fuerza social) que califica y por los valores de la sociedad concreta (en su espacio-tiempo histórico) en que ese individuo (o fuerza social) se desarrolla y actúa. De estos se deduce una cuarta racionalidad: la "ideológica".

En este contexto es legítimo reconocer que la explicación de un evento puede apoyarse en la comprobación empírica, pero requiere invariablemente referirse a una teoría. Este requisito es extremo en el momento del análisis prospectivo (evaluación estratégica ex ante). No es posible prever una situación futura exclusivamente con base en la extrapolación de tendencias observadas empíricamente, cuyos supuestos es justamente lo que se desea cambiar. Resulta, por lo tanto, necesario complementar el arsenal empírico con la construcción de "teorías" sobre los comportamientos más o menos probables de los actores y de los fenómenos, en sucesivas situaciones de cambio.

En la instrumentación del proceso de cambio que tratan estas reflexiones, dadas sus características de alta complejidad, fragmentación, dependencia, conflicto e incertidumbre, así como la inexistencia de teorías específicas que den cuenta de las determinaciones e interrelaciones entre las categorías más generales que dan explicación de lo social y de su reflejo en la "cuestión salud", se hace necesario el desarrollo de teorías particulares.

Tomando en consideración el estado actual del conocimiento, estas "teorías" estarán constituidas en un primer momento por un gran número de supuestos o hipótesis que necesitan ser sometidos a verificación empírica o falsificación, con el objeto de mantenerlos, ajustarlos, o destruirlos y reemplazarlos. Consecuentemente y para los solos fines de estas notas, es conveniente definir a la "teoría" como una explicación coherente de por qué y cómo sucede un evento o situación, y por lo tanto, no se hace una clara distinción entre teoría, hipótesis y supuesto. El desarrollo del cambio decaerá y se inscribe, así, plenamente, en un proceso de ensayo y error controlado y explicado. Para ello se proponen como instrumentos principales la evaluación *ex ante* y la supervisión y su imprescindible correlato: la investigación evaluativa y la construcción de teorías o hipótesis afirmantes.

La evaluación estratégica *ex ante* consiste básicamente en la consideración de la "desarrollabilidad" y "probabilidad" de una "situación-objeto" y de una sucesión de "situaciones intermedias" consideradas probables y deseables, así como de los medios y de las condiciones de factibilidad y viabilidad actuales previsible para alcanzar esa "situación-objeto" y sus consiguientes "situaciones intermedias". Esta evaluación obliga a explicar la particular perspectiva del actor social que plantea y evalúa, la situación actual con base en su historia (lo que incluye las conclusiones de la evaluación estratégica *ex post* del proceso en desarrollo) y en referencias a la situación-objetivo y, por lo tanto, a formular hipótesis sobre sucesivos escenarios demográficos, sociales, económicos, políticos, jurídicos, ideológicos y epidemiológicos por las que devendrá la situación-objetivo deseada, para poder definir los proyectos, trayectorias y situaciones intermedias probables, y necesarios para llegar a esa situación partiendo de la inicial. Cabe hacer notar que en esta evaluación *ex ante* resulta crucial

para la fuerza social que planifica la consideración de las reacciones y de las proposiciones que las otras fuerzas en conflicto están necesariamente desarrollando desde su perspectiva particular.

La evaluación estratégica **expost** tiene como propósito central identificar y explicar los cambios ocurridos (desacelerados, previstos y no previstos). Estimular su impacto en la dirección, momento, velocidad e intensidad del proceso y examinar la validez de la situación-objetivo y de las estrategias acordadas e instrumentadas para alcanzar y alimentar, así, a la evaluación ex ante que analizará los cambios necesarios para mantener, ajustar y recrear los objetivos y la direccionalidad estratégica del proceso.

La evaluación estratégica **expost** se realiza en cualquier momento del desarrollo de un proceso. No solo cuando se creó haber alcanzado una situación intermedia o ha transcurrido el lapso considerado suficiente para lograrlas, sino, particularmente, cuando la monitoria estratégica de la coyuntura detecta acontecimientos que parecen afectar la vigencia de las previsiones y proposiciones iniciales de largo y mediano alcance.

Trasende, obviamente, la práctica generalizada de limitarse a la constatación de resultados. El reconocimiento de la naturaleza histórica de la evaluación **expost** y, por lo tanto, de su inevitable diacronismo con la situación presente, desde donde parte la evaluación **exante**, resulta fundamental para su explicación prudente como alimentadora de esa evaluación **exante**.

Este tipo de evaluación estratégica exige formas eficaces y orgánicas de participación, no solo de los diferentes niveles institucionales que integran en el proceso decisorio, sino también de los espacios-población que son los que perciben directamente los efectos de la aplicación del plan y de las cambiantes situaciones económicas, sociales, políticas y ambientales.

En ambos análisis (**exante** y **expost**) es de importancia capital la disponibilidad de un sistema de evaluación y monitoria estratégica que complete e integre la monitoria o control de las rutinas, apoyadas por la investigación evaluativa sistemática y por las construcciones de hipótesis o teorías. Esta necesidad implica una revisión a fondo de los actuales sistemas de información, de participación y de decisión.

La monitoria estratégica centra su preocupación en la identificación de las situaciones de coyuntura, por lo tanto, su plano de análisis es la práctica en el corto plazo. El núcleo de su análisis es la consideración del grado de impacto positivo o negativo que la coyuntura tiene sobre la direccionalidad, sobre las estrategias seleccionadas, y sobre la factibilidad y viabilidad de las propuestas en el mediano y largo plazo. Por lo tanto, integra la evaluación **exante**. Difiere de esta en que la monitoria estratégica no cuestiona la validez de los objetivos y estrategias de mediano y largo plazo, sino que se limita a proporcionar la información necesaria que debe preceder y presidir las decisiones de corto plazo frente a las coyunturas, de modo tal que guarden coherencia con la direccionalidad del proceso y el necesario realismo para responder a las condiciones concretas de la práctica. Es esta dimensión su articulación con el control de las rutinas, y la supervisión es obvia pero sustantiva.

El control de las rutinas o la supervisión se dirige al ajuste cotidiano de las actividades finales, intermedias y logísticas que integran el plan de corto y largo plazo, según las normas que el control de las rutinas, y la supervisión es obvia pero sustantiva.

Cada vez que se reconoce que las características del proceso imponen su abordaje a través de aproximaciones sucesivas de un enfoque de prueba y error controlado y explicado, que exige la participación capacitada de todos sus actores en sus diferentes planos de actuación, resulta legítimo deducir que los hallazgos de la evaluación, monitoria y control del proceso complementarios con los provenientes de la investigación evaluativa y de la construcción de teorías e hipótesis, deberían constituir la fuente y orientación principal para el desarrollo de estrategias de capacitación de esos distintos actores del sistema "formal" e "informal" y de la comunidad como un todo.

La necesidad y urgencia de desarrollar este tipo de evaluación

Cabe aquí recordar que el arsenal empírico disponible para analizar y proponer situaciones no es suficiente (aunque puede ser complementario) para analizar situaciones muy complejas como son los fenómenos propios de la dinámica social, y que también es inadecuado para el diseño de pruebas, y que requiere un proceso de la naturaleza del que tratan estas reflexiones, sugiere la inclusión del conjunto conceptual e instrumental propios de la lógica de la complejidad. Desde análisis político y de la planificación social prospectiva. Desconocimiento empírico al desarrollo imprescindible de teorías o hipótesis, ya mencionadas.

Cada vez que se reconoce que las características del proceso imponen su abordaje a través de aproximaciones sucesivas de un enfoque de prueba y error controlado y explicado, que exige la participación capacitada de todos sus actores en sus diferentes planos de actuación, resulta legítimo deducir que los hallazgos de la evaluación, monitoria y control del proceso complementarios con los provenientes de la investigación evaluativa y de la construcción de teorías e hipótesis, deberían constituir la fuente y orientación principal para el desarrollo de estrategias de capacitación de esos distintos actores del sistema "formal" e "informal" y de la comunidad como un todo.

La necesidad y urgencia de desarrollar este tipo de evaluación

ción, monitoría y control tiene profundas implicaciones de enfoque y método para los sistemas de información, control-evaluación, decisión, comunicación y participación, y su aplicación y perfeccionamiento deberán ser alcanzados a través de aproximaciones sucesivas.

La información habitualmente disponible no es suficiente para situar al sector salud dentro de ese contexto, ni para permitirle negociar sus opciones estratégicas con el necesario realismo y posibilidad de éxito.

Por otro lado, los objetivos definidos por los gobiernos exigen la producción de nuevos tipos de información que permitan evaluar y monitorear el fenómeno de salud y las actividades institucionales y sectoriales, en función de los criterios acordados de eficiencia, equidad e impacto y participación en referencias a diferentes grupos socioeconómicos y sus niveles de bienestar, y en el contexto de su desarrollo económico y social. Dichos objetivos requieren, además, el significado de la apropiación, flujo y destino de los recursos nacionales. Esto exige una profunda transformación tanto en los diseños de los sistemas, como en las rutinas de producción y utilización de la información necesaria.

(14) Reestructurar un sistema de servicios de salud para satisfacer los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, participación social, constituye el típico problema económico: escasez relativa de recursos de uso múltiple y alter-nativo para satisfacer objetivos y necesidades múltiples de una sociedad dada, constituida por diferentes grupos humanos con desiguales oportunidades para expresar y satisfacer

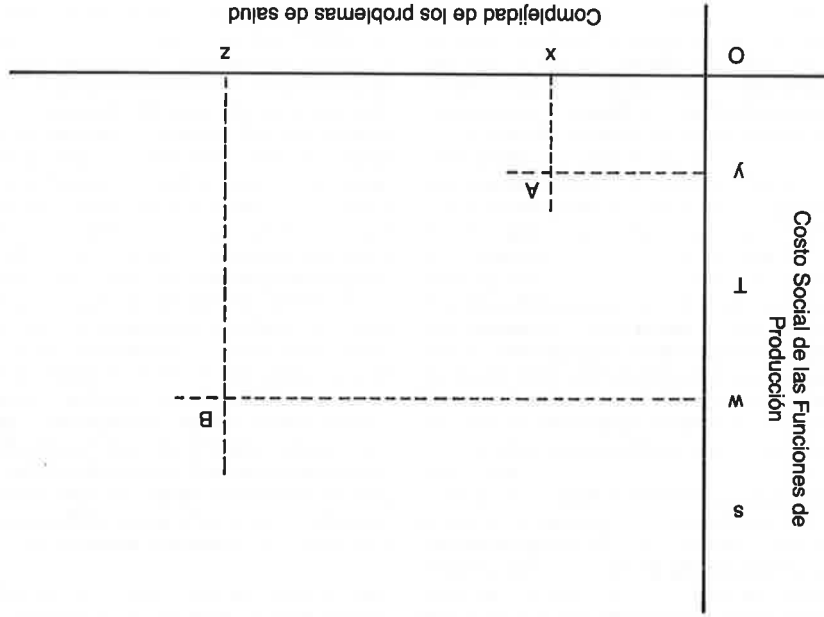
sus necesidades y aspiraciones específicas, en un espacio y momento histórico. Esto obliga a definir una estrategia que se proponga resolver el problema mencionado, mediante una determinada manera de apropiar, recombinar, reorganizar y reorientar todos los recursos (disponibles y previsibles) de todo el sector salud para satisfacer las necesidades y aspiraciones (en el área de salud) de toda la sociedad, debidamente jerarquizados en función de los requisitos y de los objetivos mencionados.

Desde una perspectiva estrictamente "técnico-administrativa", la posibilidad de esa estrategia se fundamenta en la hipótesis, comprobada empíricamente, de que es posible resolver, con eficacia satisfactoria, determinados conjuntos de problemas de salud, con combinaciones de recursos, de acuerdo a una cierta tecnología (funciones de producción) de distinta complejidad y, por lo tanto, con distinto costo social. Se postula que existe una correspondencia entre la complejidad de los problemas de salud y la complejidad (y costo social) de las funciones de producción, capaces de resolverlos.

Por otra parte, la comprobación empírica también parece sustentar la hipótesis de que los problemas de salud de menor complejidad tienen mayor frecuencia relativa que los más complejos. Se deduce así la posibilidad de satisfacer los problemas de salud de una población dada, organizando "niveles de atención" que minimicen el costo social de la satisfacción del conjunto de sus necesidades.

La noción de nivel de atención, que involucra el concepto de "tecnología apropiada"*, puede ser representada gráficamente de la siguiente manera:

FIGURA A-1



*Se entiende por tecnología apropiada la combinación de recursos que minimiza el costo social de la solución eficaz a un problema de salud. Esta, por lo tanto, acotada por la condición de eficacia (que incluye la viabilidad) y por el significado económico-social de los recursos que insume. Este significado varía en cada circunstancia concreta de cada sociedad.

A y B representan niveles de atención definidos por las funciones de producción Y y W que solucionan los conjuntos X y Z de problemas de salud, con el máximo de eficiencia, constituyendo, por lo tanto, la tecnología más apropiada (eficiencia aceptable con costo social mínimo). Cualquier otra función de producción que no ocurra en las intersecciones A y B resulta menos eficiente. (En el caso de las funciones posibles entre cero y Y y W la ineficiencia resulta del consumo de recursos incapaces de solucionar los problemas a los que se aplican).

Es importante reconocer que tanto Y como W han sido decididas con un criterio exclusivamente "técnico". Puede suceder que en su aplicación práctica la solución Y para el problema X resulte no-viable por rechazo de los actores involucrados; la solución factible sería entonces T, elegida por que asegura su viabilidad (V1), aunque con un costo más alto. Esta circunstancia, frecuente en la práctica, constituye uno de los problemas críticos para cualquier proceso de cambio y obliga a considerar estrategias para ganar, en el tiempo, viabilidad a las soluciones técnicamente más apropiadas en cuanto a eficiencia y eficacia.

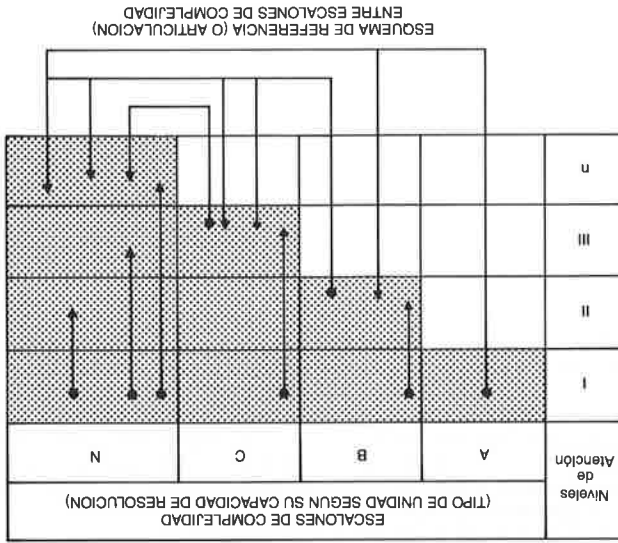
Los "niveles de atención" así definidos, constituyen diferentes "tecnologías apropiadas" en cuanto a eficiencia, viabilidad y eficacia (o costo social), para la solución de conjuntos específicos de problemas de salud, de diferente complejidad. Por lo tanto, para su aplicación en la práctica, necesitan ser integrados en la organización, dotación y modalidades de prestación, de las diferentes unidades de producción de servicios que constituyen un sistema de salud, de acuerdo con la capacidad de resolución de problemas que se les adjudique.

Definido de esta manera el concepto de "nivel de atención", resulta conveniente analizar algunos aspectos relacionados con su aplicación concreta en una red de oferta dada, previamente establecida, y cuya estructura y funcionalidad se desea adaptar y reorientar hacia el proceso de cambio establecido.

La experiencia ganada en los esfuerzos realizados en la Región de las Américas por extender la cobertura con servicios de salud a los grupos rurales y urbanos postergados, demuestra que no era posible alcanzar esos objetivos mediante la mera ampliación del número de unidades productoras organizadas y dotadas para atender necesidades de complejidad mínima. Por el contrario, resultaba necesaria la reestructuración de todo el sistema Y, por lo tanto, de sus unidades productoras de distinta capacidad de resolución o complejidad, debido, entre otras, a tres constataciones de relevancia:

- Un conjunto humano, no importa su grado de postergación o aislamiento, percibe necesidades y demanda atenciónes de distintos grados de complejidad.
- Dada la ubicación de las unidades productoras en espacios-población concretos, ellas reciben, por parte de esa población con accesibilidad espacio-tiempo directo, demanda de distinto grado de complejidad diferente (mayor y menor) de la de su capacidad de resolución. Esta circunstancia determina necesariamente una ineficiencia y/o ineficacia relativa, de la unidad productora ubicada en ese espacio-población.
- No es posible poner a disposición (accesibilidad directa) de cada espacio-población que constituye una sociedad dada, unidades de producción capaces de resolver todos los problemas de salud, potencialmente posibles en cada uno de esos espacios-población. A esta imposibilidad, derivada de la escasez relativa de recursos, se agrega la ineficiencia de ese tipo de solución, porque genera capacidad ociosa en las unidades de producción.
- La determinación de la ubicación y de la capacidad de resolución de cada unidad productora que garantice la máxima accesibilidad y eficiencia, en función de las características actuales y esperables, de los distintos espacios-población y de sus posibilidades de articulación funcional con las otras unidades del sistema.
- La articulación efectiva de esas unidades en función de la distancia-tiempo funcional mínima de modo de asegurar la satisfacción de las necesidades de distinta complejidad de los diferentes grupos humanos.

La combinación de las nociones "Nivel de atención", "Escalón de complejidad" y la "Articulación" de estos, podría esquematizarse de la siguiente manera:



- Se entiende por "Escala de complejidad" la organización y dotación de recursos en cantidad y estructura, adjudicada a un tipo dado de unidad de producción de servicios. Esta organización y dotación de recursos le confiere una cierta capacidad de complejidad de estos, es decir un "Nivel de atención" dado, máximo posible. Cada vez que una unidad de producción está, por definición, ubicada en un espacio-población concreto, que demanda atención de problemas de diversa complejidad, se deduce que para cumplir con el requisito de maximizar su eficiencia, una unidad productora de servicios deberá organizar su dotación de recursos por sucesivos "Niveles de atención", capaces de atender los diferentes grados de complejidad de las demandas con el mínimo de costo, hasta llegar a su límite de "resolución". Por lo tanto, la consideración de "Niveles de atención" debe integrar el proceso de "Normalización" de los tipos de unidades que integran una red de servicios dada. Esta "normalización" es una de las condiciones necesarias para garantizar la eficacia y eficiencia de la red, como un todo.
- Ansorf, Igor. *Strategic Management*. The McMillan Press, London 1982.
- Ansorf, H. I.; Declercq, R. P. y HAYES E. L. *From Strategic Planning to Strategic Management*. John Wiley, Son, 1976.
- Barrenechea, Juan y Trujillo, Emiro. *SPT/2000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública, Oficina Sanitaria Panamericana, Medellín, Colombia, 1987.
- Castellanos, Pedro L. *Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico*. V Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín, Colombia, julio 1987.
- Cardoso, Fernando H. *La Sociedad y el Estado*. Pensamiento Iberoamericano No. 5.
- Claude S., George J. R. *The History of Management Thought*. Prentice-Hall Inc., 1968.
- Crozier, Michel. *El fenómeno burocrático*. Editions Dunod, París, 1963.
- Ezizoni, Amitai. *Modern organizations*. Prentice-Hall, 1967.
- Fundación Dag Hammarskjöld. *Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro*. Development Dialogue 1986. Centro Dag Hammarskjöld. Uppsala, Suecia.
- Instituto Mexicano de Seguridad Social. *Financiamiento y extensión de la seguridad social en América Latina*. Instituto Mexicano Seguridad Social, Secretaría, Departamento Asuntos Internacionales, México, 1981.
- Kliksberg, B. *Nuevas fronteras tecnológicas en materias de gerencia en América Latina*. Revisión de la CEPAL No. 31, abril 1987, Santiago de Chile.
- Leemans, Arne. *Cómo reformar la administración pública*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Likert, Rensis. *New patterns of management*. McGraw Hill, 1961.
- Martins L. *Expansão e crisis do Estado*. Reflexões sobre o caso brasileiro. Pensamiento Iberoamericano No. 5. Matos, Carlos. *Planificación de situaciones*. Planificación, 1988.
- Matos, Carlos. *Planificación de situaciones*. Planificación y Gobierno (en preparación). Fondo de Cultura Económica, México, 1980.
- Milgrom, American. *Notas sobre sistemas de información para la gestión*. OPS. Buenos Aires, agosto 1986.
- Minzberg, Henry. *The nature of managerial work*. Harper & Row, New York, 1973.
- Motta P. R. *Planejamento estratégico em organizações sem fins lucrativos: Considerações sobre dificuldades gerenciais*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 13(3): 721, julio-septiembre 1975.
- Motta, P. R. *Visão contemporânea da teoria administrativa*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1979.
- Motta, P. R. *Capacitación y desarrollo gerencial para el sector salud*. Presentación Taller, "Nuevos Enfoques en la Enseñanza de la Administración de Salud", Oficina Sanitaria Panamericana, Rio de Janeiro, mayo 1985.
- Muller, Robert K. *Cómo preparar mejores gerentes para el desarrollo gerencial*. Cuadernos de Administración, Universidad del Valle, Colombia, agosto 1984.
- Organización Panamericana de la Salud. *Esquema para el abordaje de las implicaciones de las estrategias nacionales SPT-2000*. Washington, D. C., 1987.
- Peña, Jorge y Peña Martínez, M. P. *El oficio de administrar, modelos y métodos de análisis*. Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C., U. S. A., 1985.
- Portantero, J. C. *La democratización del Estado*. Pensamiento Iberoamericano No. 5.
- Sheldom, Oliver. *The philosophy of management*. Pitamen Publishing Corp., 1966.
- Sunatag, Heinz. *En torno al Estado productor: El caso Venezuela*. Pensamiento Iberoamericano No. 5.
- Testa, Mario. *Planificación estratégica en el sector salud*. Caracas, Venezuela, 1981.
- Von Clausewitz, Karl. *On War*. Routledge, 1968.
- Webber, Max. *Economía y Sociedad*. Fondo de Cultura, 1964.
- Wolfe, M. *La participación, una visión desde arriba*. Revista de CEPAL No. 23, agosto 1987.

LA CAPACIDAD GERENCIAL EN EL PROCESO DE DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Miguel Segovia, Pedro Escudero, Eduardo Carrillo, José María Marín, Germán Perdomo y Diego Victoria*

CAPACIDAD DE RESOLUCION

presente como sujetos de la capacidad de resolución o suficiencia a:

- Cada organismo del sector salud en particular o unidad productora de servicios.
- El conjunto de organismos del sector salud de manera global o red de servicios de salud.
- La red de servicios de salud complementada con otras entidades de otros sectores.

Así, como resultado de los esfuerzos de desarrollo en cada organismo o establecimiento local de salud, de la red de servicios y de esta, complementada con entidades de otros sectores, se garantizaría la capacidad de resolución del sistema local de salud.

La capacidad de resolución en los sistemas locales de salud (SILOS) estaría orientada a contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud y al mejoramiento del nivel de vida de la población en su ámbito de responsabilidad, mediante:

- a) La solución de los problemas de salud que afectan a la población.
- b) La prevención de la aparición de problemas de salud, a través de la acción sobre los factores de riesgo.
- c) El mantenimiento y conservación del estado de salud alcanzada por la población.

Existe un conjunto de factores que condicionan la capacidad de resolución de los sistemas locales de salud (SILOS); por lo tanto, dependen de esos factores:

- La capacidad instalada disponible en el nivel local, constituida por el volumen y grado de adecuación de todos los recursos físicos, humanos, tecnológicos y de investigación del sector salud y de otros sectores.

● La organización sectorial imperante y las relaciones de coordinación alcanzada dentro del sector, con los otros sectores y con otros sistemas locales.

● El modelo de atención que se utilice, con su nivel de integración entre los programas de prevención, control, atención a las personas y atención al medio ambiente.

Por capacidad de resolución se entiende la suficiencia de los organismos o establecimientos locales para contribuir al mejoramiento del nivel de vida, hallar las formas de solución a los problemas de salud de la población, alterar las situaciones que se consideren adversas para la salud o conservar un estado que se ha alcanzado.

Dadas las características de los problemas que afronta el sector salud, cuyo origen es multicausal, y por lo tanto los factores involucrados en la generación de ellos trascienden y tienen que ver con varios sectores del desarrollo económico y social, dentro de una gran complejidad de relaciones intrincadas, la suficiencia de los organismos es siempre relativa. Puesto que, en aras de dar solución a los problemas, un organismo no podría pretender desarrollar o contener dentro de sí, estructuras o funciones propias de otros sectores o de otros organismos; es decir, no podría llegar a la autosuficiencia plena, porque se vería abocado a distorsionar sus fines y objetivos institucionales y aun a llegar a la irracionalidad. Asimismo, la capacidad de resolución de los SILOS en el contexto del sistema nacional de salud, es relativa.

La capacidad de resolución o suficiencia, además de relativa, tiene un horizonte de desarrollo, el cual está diferenciado por la manera como se hayan concretado y expresado, en cada país, los compromisos regionales de salud para todos en el año 2000 y de atención primaria de salud, y cómo evolucionan en el tiempo. Por lo tanto, este horizonte de desarrollo progresivo de la capacidad de resolución de los sistemas locales de salud (SILOS).

En un sistema local de salud hay que tener en cuenta:

*Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Participaron también, en la composición de este artículo los siguientes autores: J. A. Casanova, José C. Dávila, Augusta Dianderas, Mauricio Vargas Fuentes, Pablo Isaza, Roberto Lara Ponte, Carlos C. Quiroga, Carmen M. Romero, Diego Victoria y Patricia Yépez, y miembros del Grupo Interprográmatico de los SILOS. Washington, D. C., 1988.

● El nivel de descentralización producido que le otorgue capacidad de decisión a los organismos de salud.

● El modelo financiero que se emplee.

● El grado de participación social que exista en salud.

● La capacidad gerencial desarrollada.

De los factores implicados en el condicionamiento de la capacidad de resolución de los sistemas locales de salud (SILOS), cuatro pueden asumirse como los determinantes y los de mayor fuerza de cohesión del sistema en el nivel local: la autonomía alcanzada por los organismos mediante la descentralización, el grado de coordinación institucional que se logre desarrollar; la amplitud de la participación social que se obtenga; y la capacidad de orientar los modelos de organización y de gestión de recursos vigentes.

La mayor descentralización posible que otorgue autonomía, porque de ella se desprende una capacidad máxima de decisión, de posibilidad de adquirir compromisos y de alcanzar el mayor potencial de capacidad gerencial; por lo tanto, se adquiere más capacidad de resolución, es decir, mayores atribuciones progresivas al nivel local, en todos los aspectos de la gestión.

La descentralización como factor condicional y determinante es una estrategia instrumental para el desarrollo de la capacidad resolutoria de los SILOS y se concibe como un proceso gradual, flexible y secuencial, cuyo objetivo es el de transferir facultades, programas, recursos y competencias, a efecto de fortalecer la toma de decisiones en el lugar donde se generan los problemas.

La descentralización, entendida como un proceso político, jurídico y administrativo, presenta tres modalidades o grados, dependiendo en cada caso particular de la estructura político-administrativa de cada país:

Delegación es un acto administrativo por el que los órganos administrativos centrales transfieren ciertas facultades a órganos administrativos inferiores, establecidos dentro de ciertos territorios determinadas, para los cuales, los órganos administrativos superiores conservan en todo momento la potestad discrecional de ejercer directamente las facultades de decisión correspondientes: prevalece en todo momento una relación de subordinación unitaria, coordinada y directa, entre el órgano delegante y el receptor.

La delegación de facultades permite desconcentrar el funcionamiento de las instancias gerenciales y agilizar la toma de decisiones en los distintos niveles administrativos.

Desconcentración, al igual que la delegación, la desconcentración constituye un acto administrativo de transferencia de facultades, programas y recursos de órganos superiores a órganos inferiores, de forma que los órganos receptores adquieren las características de autonomía técnica y operativa en relación a un servicio (desconcentración funcional) o a una circunscripción geográfica (desconcentración territorial). La desconcentración atenúa la relación jerárquica funcional de los órganos desconcentrados respecto del nivel central.

Descentralización propiamente dicha, es un acto político, jurídico y administrativo por medio del cual se transfieren programas, funciones, facultades y recursos, a un ente de derecho público de la administración provincial (descentralización regional, estatal o municipal) (descentralización territorial), o bien a instituciones especializadas en un servicio público de la propia administración central (descentralización funcional).

Los procesos de descentralización, desconcentración y delegación no son conflictivos ni excluyentes entre sí; se trata más bien de formas armónicas de un proceso dinámico, continuo y cambiante que se desarrolla en cada país. En este sentido, las modalidades referidas pueden desarrollarse en fases sucesivas y ascendentes, condicionadas en el contexto de las administraciones públicas nacionales y en los procesos globales de descentralización de los diferentes sectores prestadores de servicios públicos. La descentralización no es un fin en sí mismo, sino un medio para fortalecer la capacidad resolutoria en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS).

El segundo factor determinante es el grado de *coordinación institucional* por el efecto sinérgico que se deriva de la articulación e interrelación con los organismos del sector y con los otros sectores, dentro del concepto de complementación que se traduce en una verdadera expansión de la capacidad de resolución, aun sin incremento de recursos.

El tercer determinante es la *participación social* por el realismo que adquiere en la operación de los servicios de salud, al estar en íntima relación con el objeto de trabajo al cual dirigen su acción y por el enriquecimiento que se produce

incrementar la capacidad de resolución de los sistemas locales de salud (SILOS).

Para cumplir con el reto y la responsabilidad citados, la gerencia en los SILOS tendrá como funciones la *conducción integral* de las instituciones que lo conforman y la *administración institucional* de los recursos, de acuerdo a los requerimientos del plan operativo elaborado, concertado y negociado integralmente.

El alcance de la gerencia en el proceso de desarrollo de los SILOS estará condicionado por la complejidad de los requerimientos de la coordinación, por el grado de descentralización alcanzado y por el grado de participación social que se haya logrado.

El desarrollo de la capacidad gerencial en los SILOS deberá abordarse mediante procesos de desarrollo institucional que afecten en forma indirectiva, tanto a los sistemas, procedimientos y prácticas de administración, como a las personas que intervienen en la gerencia de los SILOS. Esto es posible, adecuando las estructuras, los sistemas administrativos y los planes de capacidad gerencial no solo a los requerimientos institucionales, sino, también, a los requerimientos de la capacidad de resolución de los SILOS, en los que actúan y se coordinan.

Los procesos de desarrollo institucional requieren para el incremento de la capacidad de resolución de los SILOS, como en el contexto del sistema nacional de salud, pues los cambios deseables en la organización y funcionamiento de cualquier SILOS dependen, en gran medida, de los cambios que se operen en el macro-sistema del que forma parte, tales como: "reorganización del nivel central, transferencias de competencias y poderes de decisión, readecuación de los modelos de atención". Aunque los procesos de desarrollo institucional implican la tecnificación de los sistemas de administración, ello no significa sofisticación y modernización innecesarias, dado que redundaría en incrementos de costos de operación, en deterioro de los recursos disponibles para la prestación de servicios de salud.

En ese sentido, la revisión y adecuación de los sistemas, logístico, técnico y administrativo que apoyan a la gerencia, habrán de abordarse con criterio estratégico, dando prioridad a aquellos que limitan más la capacidad de resolución de los SILOS. En interacción con la evolución de los

cuando las fuerzas sociales de la comunidad entran a formar parte del sistema de salud, que dinamizan y potencian la capacidad de resolución del mismo.

Con este enfoque, el objeto del proceso transformador de los sistemas de salud mediante la táctica operacional del "desarrollo de los sistemas locales de salud", se asume operativamente como el "desarrollo de la capacidad de resolución de los sistemas locales de salud"; de forma tal que los SILOS adquieran su verdadera dimensión estratégica, no como un fin, sino como un medio; por el cual se pueda ir creando mejores condiciones para alcanzar la equidad, el impacto y la eficiencia en las acciones de los sistemas nacionales de salud, requeridas para la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las metas de salud para todos en el año 2000.

En este contexto, la capacidad gerencial, además de ser un condicionante de la capacidad de resolución, es asumida como el factor gestor del cambio que está involucrado en el proceso de desarrollo de los SILOS.

LA CAPACIDAD GERENCIAL

El enfoque, dimensión y prácticas de la administración tradicional en los sistemas de salud aunque necesarios, no se consideren suficientes para el incremento de la capacidad de resolución en los sistemas locales, pues este demanda una capacidad gerencial institucional e interinstitucional con un nuevo enfoque.

En consecuencia, se requiere redimensionar la gestión administrativa con base en el concepto y la práctica gerencial, como una *acción institucional que hace viable la optimización de los recursos para el logro de los objetivos*, mediante un proceso continuo de *toma de decisiones que se fundamenta en la definición y análisis de problemas, la búsqueda de soluciones, la selección de las mejores alternativas, y la conversión de las decisiones en acción efectiva*.

En este contexto, el principal campo de actuación gerencial se da en los sistemas locales de salud (SILOS), el cual tiene como reto y responsabilidad generar las condiciones adecuadas para la producción de servicios de salud con características de eficiencia, eficacia, equidad y participación, en respuesta a las necesidades y problemas de salud que experimenta la población en cada realidad local, mediante su contribución a

sistemas y en referencia al nuevo perfil de la función y alcance gerencial, se ha de planificar y ejecutar la capacitación en gerencia.

Las intervenciones en los sistemas y la capacitación, para que sean efectivas como factor de cambio en el proceso de desarrollo institucional, deberán tener una cobertura de sujetos y contenidos lo suficientemente amplia como para tener un impacto y formar una masa crítica que garantice la eficacia e irreversibilidad de las transformaciones en un período corto.

Para tal efecto, es necesario considerar que el desarrollo de los SILOS no es un proceso que pueda resolverse exclusivamente en el nivel local, sino mediante cambios abordados en paralelo en los diferentes niveles del sistema de salud. Consecuente con el concepto de "sistema", todo cambio que se opere o se pretenda promover en cualquier componente tiene repercusiones, más o menos trascendentes, en los demás componentes del sistema. Así, asumiendo que el desarrollo de los SILOS es una problemática de cambio predominante en el nivel local, implica reestructuraciones, también, en los otros niveles y, consiguientemente, modificaciones en las relaciones entre los diferentes niveles.

Por lo tanto, la capacitación para fortalecer la capacidad gerencial requerida en el desarrollo de los SILOS, deberá planificarse como una acción sistémica con proyección dirigida múltiple, hacia la reestructuración en los diferentes niveles y hacia las nuevas formas de relacionamiento de los SILOS con los otros niveles. Consecuente con la cobertura de los programas de capacitación para el desarrollo de la capacidad gerencial de los SILOS debe extenderse, tanto al personal del nivel local, como al de otras instancias, incluyendo a la comunidad, en la medida que inciden en forma crítica en el desarrollo de los SILOS. En tal sentido, en cada proceso habrá que identificar las prioridades de sujetos y contenidos de la capacitación en gerencia, con un enfoque sistémico y un abordaje estratégico que asegure la integridad a la vez que responda a las coyunturas. En cuanto a criterios estratégicos para la ejecución de los programas de capacitación en gerencia, se consideraran los siguientes:

LA CAPACIDAD DE CONDUCCION

La conducción es aquella función de la gerencia que le otorga direccionalidad al desarrollo de los SILOS, orientándolos hacia el mejoramiento de la capacidad de resolución de cada uno de sus componentes y del conjunto, con miras a acercarse progresivamente al logro de salud para todos en el año 2000, en su ámbito geográfico, en términos de atención de los problemas de salud, con eficacia, eficiencia y equidad.

Así, la conducción en el sistema local de salud, además de estar orientada a otorgarle una dirección a cada organismo de salud en cumplimiento de unos fines institucionales, se orientará hacia la conducción del proceso de cambio necesario para la búsqueda y el alcance de una mayor capacidad de resolución, y hacia la conducción

de los SILOS, en los diferentes niveles de la estructura gerencial.

Es importante destacar y hacer énfasis en la diferencia entre los conceptos de gerente y gerencia en la conducción y administración en los SILOS. La descentralización administrativa y la participación coordinada institucional y la participación social son procesos que se caracterizan por el grado de participación, negociación y concertación que involucran no a uno, sino a muchos actores, generando responsabilidad y compromisos compartidos. Por lo tanto, la gerencia en los SILOS es desempeñada por el equipo de trabajo capaz de albergar entre sus integrantes, a todos los componentes y las habilidades pertinentes para cumplir con la función gerencial para el desarrollo de los SILOS, en los diferentes niveles de la estructura gerencial.

● Ligar estas metodologías a otros mecanismos de incentivo y retribución del personal, por ejemplo: la carrera administrativa, la reubicación, esquemas de remuneración, etc.

● Aplicar mecanismos de economía de escala, tal como la capacitación de capacitadores, el intercambio de material didáctico probado y de validez genérica, aprovechamiento de la capacidad instalada para la docencia en la medida que se adecuen a los requerimientos del proceso de desarrollo de los SILOS.

● Abordar los procesos de capacitación orientados a equipos, más que a individuos, dado el alto índice de rotación existente en los sistemas de salud.

- Desarrollar programas o cursos en servicio en el contexto de un proceso de educación permanente.
- Incorporar metodologías innovadoras que permitan una rápida y amplia cobertura en el

sector salud: es su objetivo y quien determina su meta. Es también parte del contexto en que su quehacer se desarrolla, y es el recurso crítico determinante en el logro de los objetivos.

Esta participación social debe y puede estar presente en todos y cada uno de los aspectos de la gestión, según lo que cada realidad concreta local aconseje; pero parece particularmente importante en la legitimación de los planes estratégicos negociados y concertados, en la evaluación de la gestión y de los resultados obtenidos en ella, en una dinámica de petición y rendición de cuentas.

La participación social solo se dará plenamente en un contexto genérico político y cultural que le asegure los espacios y oportunidades de todo orden como un valor fundamental.

Esta característica de participación integral en el SILOS, hace que el proceso de su desarrollo esté más relacionado con el ambiente general de la sociedad, e implica que los espacios y oportunidades hay que encontrarlos dentro y fuera del sector salud, por el riesgo de limitar sus alcances si se restringe solamente a la salud. En la medida en que se puedan ir adquiriendo facilidades en cada sector comprometido, la dinámica de los SILOS se expande, porque la participación de la población y sus grupos organizados establecen los puentes necesarios de complementariedad, dado que la satisfacción de las necesidades trasciende el límite del sector salud; es decir contribuye a incrementar la capacidad de resolución del sistema local.

La participación social en salud es, por tanto, un fenómeno social de carácter político, que adquiere formas diferentes, de acuerdo con la dinámica de cada contexto y, por consiguiente, en la medida que esta dinámica se transforma, lo hace también la participación social.

Partiendo de esta característica de relatividad o dependencia, la experiencia indica que por una parte, la participación social está incidiendo por la presencia o ausencia de aperturas generadas de la dinámica social hacia la consideración de la comunidad como parte activa del desarrollo y, por otra parte, por las acciones que emprenda el sector salud en este sentido; es decir creando condiciones particulares que la favorezcan y la estimulen. No es posible, por lo tanto, prescribir fórmulas o métodos de participación en salud; pero sí es factible utilizar las experiencias vividas en diferentes partes, con el fin de tener en cuenta sus resultados.

La constitución misma de la red debe considerarse de poca consistencia.

Los recursos disponibles, tanto del sector, como de otros sectores contribuyentes a la salud, y contrastarlos con las necesidades de servicio e identificadas en la población y en el territorio respectivo. Esto es, deducir la suficiencia de la disponibilidad total, para ir perfilando la capacidad de resolución de la red.

Si se tiene en cuenta el entorno del sector mediante análisis estratégico, es posible determinar las posibilidades de expansión de la capacidad de la red, así como su límite máximo; es decir las condiciones actuales y futuras probables de capacidad de resolución. Este aspecto es de vital importancia para poder estimar las necesidades de complementación, también, actuales y futuras de los organismos de salud con otros sectores en el nivel local y con otros SILOS. Puede afirmarse que del conocimiento real que se alcanza sobre la capacidad actual y potencial de resolución de los organismos en particular, y del sistema local de salud en general, depende en mucho el futuro del SILOS, pues se estructuran unas relaciones internas y externas sobre las cuales se fundamenta su acción.

De estas relaciones de coordinación de los organismos locales de salud y de complementación con los de otros sectores, se precisa el conjunto de funciones que asumirán cada uno de los organismos dentro del SILOS, sus necesidades y posibilidades de ajuste a esta nueva situación.

Parace obvio que este proceso no fuera posible que sea adelantado por los mismos organismos, a iniciativa propia, sino que debe obedecer a una voluntad general sectorial de cambio y desarrollo, lo que implica transformaciones en todos los órdenes y afecta de alguna manera a otros sectores; es decir, exige un respaldo de la mas alta consideración dentro de la escala de gobierno.

La participación social de la comunidad (entendiéndola a la comunidad como el conjunto de individuos que habitan el ámbito geográfico del SILOS con todas sus diversas formas de organización y de expresión), es un elemento central en este enfoque.

Ello, porque la comunidad es razón de ser del

LA CAPACIDAD DE ADMINISTRACION

Consecuentes con el planteamiento de que la administración como función es un componente de la gerencia, al facilitar los medios para concertar la decisión en acción, los *sistemas administrativos* son un conjunto de procesos conductivos que optimizan el uso de los recursos de cada institución, de acuerdo a las responsabilidades adquiridas y comprometidas en el proceso de negociación del plan operativo del sistema local de salud.

Los sistemas administrativos, dentro de cada institución, deben conservar su integralidad y su integridad; es decir, ser uno solo evitando los enfoques parciales. Se pretende, por lo tanto, que cada sistema contemple y desarrolle todos sus elementos constitutivos y esté en capacidad de garantizar la administración de todas las categorías de recursos evitando así, la aparición de sistemas alternos o duplicativos, conforme a las regulaciones y a la práctica administrativa en cada institución.

Esto indica que los sistemas administrativos deben cumplir la función de satisfacer los requerimientos del organismo en particular, pero ajustados a las necesidades que impone la relación entre ellos, dentro del concepto de sistema local de salud.

Teniendo en cuenta que la capacidad de resolución de los SILOS está condicionada y determinada, principalmente, por la descentralización, coordinación y participación social; los sistemas administrativos de los diferentes organismos deben tener las siguientes características:

- Ser descentralizados/desconcentrados de manera que se facilite la toma de decisiones en el nivel local, se favorezca la eficiencia operacional y permita la concertación; es decir la posibilidad de asumir responsabilidades frente a las demás entidades y a la comunidad.
- Ser factible de coordinarse con los diferentes procesos de administración de cada uno de los organismos del sistema local, de tal forma que se garantice la necesaria complementariedad entre los organismos y entre los procesos mismos.
- Tener la flexibilidad suficiente que les permita adaptarse y aprovechar las oportunidades y las diferentes condiciones de operación y de la variabilidad que se presenta entre un sistema local y otros.
- Permitir, en su operación, la participación

de la comunidad y de las fuerzas sociales presentes en el nivel local.

● Corresponder y responder al modelo de atención que se defina, de tal manera que los recursos que fluyan a través de los sistemas administrativos correspondan en cantidad, calidad y oportunidad con los requerimientos que se derivan de una oferta de servicios con criterios de equidad, impacto y eficiencia, apoyando la acción integral a los problemas de salud que afectan a la población y al medio ambiente.

Esto sugiere que debe haber un proceso de adaptación permanente, con el fin de garantizar la armonía, el sincronismo y la pertinencia entre las demandas de las áreas de servicios sustantivos, el apoyo de las áreas administrativas y las necesidades de la población.

No se trata, por consiguiente, de crear sistemas administrativos para los SILOS, sino de adecuar los de cada organismo con las características enunciadas y con aquellas que la práctica indique en cada circunstancia, de tal forma que la complementaredad y la coordinación institucional se produzcan no como una simple agregación de partes, sino como una acción sinérgica que potencialice los recursos disponibles, optimizando así, la capacidad de respuesta del sistema local de salud, frente a las demandas de servicio de la población y del medio ambiente.

Cada uno de los sistemas administrativos de los diferentes organismos integrantes de los SILOS, debe concebirse dentro de su respectivo contexto institucional y articulado con sus niveles jerárquicos superiores, puesto que el desarrollo de la capacidad de resolución de los sistemas locales de salud (SILOS) no significa, de modo alguno, una hipertrofia del nivel central, sino, por el contrario, una orientación hacia una mayor agilidad administrativa para facilitar el apoyo a los niveles operativos.

Este proceso de desarrollo de una capacidad gerencial, que alcance las óptimas condiciones para resolver los problemas de salud de la población en el nivel local, requiere un apoyo adecuado de los sistemas administrativos, en los siguientes aspectos:

- Un sistema de información gerencial que apoye el proceso de control en el espacio-población en que actúa la gerencia de los SILOS, precise las situaciones/problemas y que contribuya a identificar soluciones, mediante el análisis epidemiológico y otros.

- demiológico y administrativo, como soporte para la acción gerencial.
- Un sistema de personal que recabe, mantenga y desarrolle una fuerza laboral con los conocimientos, las habilidades y la motivación necesarias para lograr los objetivos de cada organización, en particular, y del sistema local de salud, en general; creando, además, las condiciones organizacionales que faciliten el desarrollo de los recursos humanos y el alcance de los objetivos personales de manera concomitante.
 - Un sistema de suministros para obtener los bienes y servicios necesarios, en volumen y calidad adecuados, al costo más razonable y que en forma oportuna apoyen la ejecución de las actividades en cada organismo del sistema local.
 - Un sistema financiero que permita recaudar, distribuir, ejecutar y controlar los recursos financieros en cuantía y oportunidad suficientes.
 - Un sistema de recursos físicos para planificar, disponer, operar y mantener los recursos físicos indispensables para conseguir una capacidad instalada suficiente y operante.

metodología, redujeron a un lugar secundario el interés por estos "diagnósticos".

En los últimos años se observó un renaciente interés, sobre todo en centros de investigación y docencia, y se han logrado avances conceptuales y metodológicos en el estudio de grupos específicos de población (13); reconociéndose la relación entre las condiciones de vida y trabajo de dichos grupos y su situación de salud, así como las limitaciones de los "diagnósticos" que se hacen sobre bases geográficas amplias que generalmente contienen una gran heterogeneidad de sectores sociales. Este renaciente interés se inscribe en la más clásica tradición epidemiológica; sin embargo, han tenido hasta ahora poca repercusión en los servicios de la mayoría de los países.

La *vigilancia epidemiológica* cobró enorme fuerza en los años sesenta y setenta, al punto que, en la práctica, muchos servicios de epidemiología se convirtieron en servicios de vigilancia. Esta orientación, difundida a partir de la experiencia de países europeos y de U.S.A., a través de la OPS y la OMS (14), permitió capacitar gran número de especialistas en estas técnicas; sin embargo, no obstante los éxitos con algunas patologías y en algunos países, básicamente han quedado relegadas a servicios de poco impacto en las decisiones sobre organización de los servicios y cada vez más restringidas al procesamiento de información que en muchos casos tiene dudosa utilidad y pertinencia para dichas decisiones. Mientras los problemas de salud han crecido en complejidad, los sistemas de vigilancia se van reduciendo a actividades cada vez más simples y de menor amplitud.

Las *investigaciones causales y explicativas*, de carácter experimental y de observación, no han tenido auge en los servicios de salud en América Latina. Los escasos desarrollos de este tipo de investigación epidemiológica se han concentrado más en el área clínica, en lo que ya desde 1958 comenzó a denominarse "epidemiología clínica" (15), la cual ha cobrado gran desarrollo en los últimos años a nivel internacional, al incrementarse la utilización de microcomputadores y desarrollarse potentes técnicas estadísticas manejables hoy, con relativa facilidad, por cualquier epidemiólogo interesado (16). La restricción casi exclusiva de la indagación causal y explicativa al campo de la epidemiología clínica, se ha traducido en un desbalance entre los desarrollos vertiginosos de técnicas cuantitativas para medir asociaciones entre pro-cesos "causales" y efectos en salud, y el pobre

lacion de los esfuerzos sociales por transformar la salud en función de la modificación de aquellas condiciones objetivas de existencia. En este camino, se ha desarrollado un importante arsenal conceptual, metodológico y técnico, variado en la medida que ha enfrentado situaciones cambiantes, en diferentes sociedades y diferentes momentos históricos y grupos de población. Esta complejidad y variedad de desarrollos se corresponde, además, con el progreso del conocimiento científico general y con los cambios en las formas de articulación de la epidemiología en diferentes formas de organización de los servicios de salud (10). Aludir a la complejidad de los problemas y de su explicación no puede ser, sin embargo, una justificación para soslayar los problemas difíciles y refugiarse en la falsa seguridad de la simplicidad y del "lugar común". Por el contrario, debe llevarnos a asumir la complejidad como un reto conceptual, metodológico y técnico para el desarrollo de la epidemiología, sin abandonar la intención primaria de contribuir a la capacidad de los servicios para transformar las condiciones de vida y la situación de salud.

EL CAMPO DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA

Este campo, en nuestros días, se ha tomado ampliamente diversificado, desde que Morris hace treinta años pasara revista a los usos de la epidemiología (11), ya se hizo evidente que esta disciplina cubre un vasto campo dentro de los servicios de salud. A partir del Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología (12), organizado por la OPS, en 1983, se ha generalizado en América Latina la identificación en dicho campo de grandes agrupaciones: a) Estudio de Situación de Salud; b) Vigilancia Epidemiológica; c) Estudios Causales o Explicativos; d) Evaluación de Servicios, Programas y Tecnologías de Salud (12); sin embargo, en nuestros países el desarrollo ha sido muy desigual en estos cuatro campos.

Los *estudios de situación de salud* en el marco de los servicios han quedado frecuentemente limitados a los llamados "diagnósticos de salud", meramente descriptivos, acrtivos y ahistoricos, que aprendimos a realizar en el período de mayor auge del método CENDES-OPS de planificación de salud, en los años sesenta. La crisis de los sistemas de planificación y las críticas a esta

demología tiene planteado el reto de evaluar el verdadero impacto que dichos servicios tienen en el perfil de salud, el impacto esperado de la introducción de tecnologías más simplificadoras o más sofisticadas, y de los cambios económicos sociales en la salud de la población. Todo ello es relevante para el esfuerzo social por la salud, tanto de los administradores oficiales, como de diferentes sectores de la sociedad.

ATENCIÓN EPIDEMIOLOGIA Y MODELO DE

En los últimos años, el vertiginoso desarrollo de la epidemiología aplicada a problemas singulares y de potentes técnicas estadísticas para medir el "riesgo relativo" de algunos factores de riesgo y "estilos de vida", ha conducido a un fortalecimiento de la tendencia a utilizar el llamado "enfoque de riesgo" para la planificación y organización de acciones de salud. Esta, también llamada "estrategia de alto riesgo", deriva de conocimientos sobre los factores determinantes de casos individuales de una enfermedad, en algunos momentos aparece como contrapuesta a la llamada "estrategia poblacional" o de "salud pública"; en tanto la primera enfatizaría la acción sobre personas detectadas mediante el tamizaje de la población general, en función de tener una mayor frecuencia o intensidad de determinados factores considerados causales; y la segunda, enfatizaría en el esfuerzo de transformar las condiciones de vida de grupos de población y en la modificación de su situación general de salud.

El "enfoque de riesgo" se ha pregonado como la alternativa válida ante la supuesta ineficiencia e ineficacia de los servicios de salud pública en algunos países, por cuanto permitiría la reorientación de los escasos recursos hacia aquellos lotos y aquellas personas en las cuales podría lograrse un mayor impacto potencial, en virtud del conocimiento del Riesgo Relativo, del Riesgo Atribuible y de la Fracción Etiológica (proporción de Riesgo Atribuible) y la Fracción de Impacto Potencial; de esta manera, con los mismos recursos puede obtenerse un impacto mayor en la frecuencia de los daños seleccionados. La fuerza de estos argumentos en períodos de reducción de recursos es tal, que la polémica ha trascendido el ámbito académico, e incluso el de la epidemiología, y con frecuencia ha aparecido y a la con-

desarrollo conceptual utilizado para la caracterización de lo que es un problema de salud y en la formulación de hipótesis explicativas, conduciéndonos a la paradoja de que mientras la literatura especializada a nivel internacional se inunda de reportes de estudios explicativos que evalúan la relación entre un problema singular de salud y un determinado factor de riesgo, resulta cada vez menor la utilización de estos resultados para la reorganización de los servicios de salud integrales para la población; y con contadas excepciones, explican cada vez aspectos más reducidos del conjunto de la situación de salud y por lo tanto una menor "fracción de impacto potencial en la población" (o proporción de riesgo atribuible a la población).

Para recuperar el enorme potencial que hoy encierran las técnicas cuantitativas para la evaluación de riesgos y asociaciones causales, a fin de lograr un mayor impacto en la planificación y gestión de los servicios de salud, será necesario que la epidemiología recupere como espacio privilegiado de la investigación causal, la explicación de la situación de salud de grupos específicos de población y la evaluación de relaciones causales más complejas y menos lineales que las de causa-efecto (17). Para ello, habrá que retomar la más clásica tradición epidemiológica a la luz del desarrollo actual de la epidemiología y de las diferentes disciplinas científicas relacionadas con salud (Genética, Inmunología, Ecología, Psicología, Antropología, Sociología y Economía, entre otras) (18). *La evaluación epidemiológica* de servicios, programas y tecnologías de salud ha tenido muy escaso desarrollo en América Latina. La evaluación suele circunscribirse a los aspectos administrativos y financieros; pero poco énfasis se ha puesto en evaluar el impacto, en términos de mejoramiento o deterioro de salud, que se produce. En U.S.A. y en algunos países europeos, se han llevado a cabo interesantes investigaciones sobre el impacto en salud de algunas tecnologías modernas (19) y de las modificaciones en el financiamiento de los servicios y otros cambios sociales (20), no tenemos conocimiento sobre el efecto que tales estudios hayan tenido en las decisiones de los administradores en dichos países; pero consideramos que en las circunstancias de América Latina, caracterizadas por una profunda crisis económica, con deterioro de las condiciones de vida de grandes grupos de población y, al mismo tiempo, una creciente restricción del gasto oficial *per capita* en salud y bienestar, la epi-

ceptualización de las estrategias de atención primaria para la salud para todos en el año 2000. Como ilustración de este impacto en países desarrollados, es interesante el fenómeno ocurrido en U.S.A. con lo que fue denominada la "segunda revolución epidemiológica" (21). Con esta denominación quiso significarse que en la sociedad norteamericana de nuestros días, en la cual predominan trastornos de salud-enfermedad crónicos, degenerativos, no transmisibles, la epidemiología debía servir de base para una nueva reforma de los servicios de salud pública, tal como a fines del siglo pasado y comienzos del actual se produjo en Norteamérica y Europa para el control de las enfermedades transmisibles, sobre la base de impactar las condiciones de vida de la población y controlar algunos riesgos específicos. En esta "segunda revolución" debían reorganizarse los servicios en función de controlar riesgos y modificar estilos de vida para reducir las enfermedades hoy más importantes. Estas ideas fueron recogidas en el informe del Cirujano General de U.S.A., en 1979, titulado "Healthy People" (22), el cual fue propuesto como fundamento de una "segunda revolución en salud pública", en ese país. Sin embargo, no obstante que parte del reconocimiento de los condicionantes sociales y económicos de la situación de salud, se planteó la reorientación de los servicios casi exclusivamente hacia la modificación del comportamiento de los individuos. Esta orientación fue fuertemente criticada por especialistas norteamericanos de salud pública, entre ellos por Neubauer y Pratt (23) y posteriormente ha servido de justificación para drásticas reducciones del gasto oficial en salud y bienestar, con la consiguiente reducción de la accesibilidad de la población a los servicios asistenciales de salud, acrecentándose las desigualdades; todo ello ha planteado serias objeciones éticas a dicha política (24).

La estrategia "de alto riesgo", surgida del enfoque médico clínico tradicional, tiene importantes ventajas que no pueden ser desaprovechadas, tal como lo destacó Geoffrey Rose (25) en su conferencia en Vancouver en la Asociación Internacional de Epidemiología en 1983:

● Conduce a la adopción de medidas apropiadas para el individuo. Si una persona tiene niveles altos de colesterol sérico, o es un gran fumador, o tiene altos consumos de sal, es posible reducir sus riesgos de enfermedades cardiovasculares o respiratorias en la medida que disminuya su exposición a tales factores de riesgo, sobre todo si ya tiene algunas manifestaciones patológicas de este tipo. Se trata de truncar un problema que el individuo ya tiene, modificando la evolución natural de la enfermedad, y el médico que lo atiende, podrá estar más motivado para controlar dichos riesgos.

● Por lo anterior, se podrá reducir el costo efecto y aumentar la eficiencia de los recursos disponibles para dicha persona y dicho problema.

● Puede ser percibida la relación entre el beneficio obtenido y el riesgo controlado.

Estas ventajas ilustran la utilidad de este enfoque para programas de algunas patologías específicas y más aún, en aquellos casos en los cuales el manejo clínico de los casos seleccionados constituye el eje de las acciones. Es comprensible, asimismo, que este enfoque tenga mucho prestigio entre los médicos clínicos que incursionan en la salud pública y en las escuelas de medicina donde predomina la influencia de la visión clínica de los problemas de salud.

Sin embargo, cuando se trasladan los resultados de la evaluación de riesgos individuales a la toma de decisiones sobre organización de servicios de salud deben tenerse en cuenta serias limitaciones, algunas de las cuales señaló el propio Rose:

● Decidir y recomendar a un individuo con alto colesterol sérico medidas de control de sus hábitos dietéticos, puede tener gran eficiencia y eficacia, pero encontrar en la población general quienes tienen colesterol alto, puede significar un tamizaje de elevados costos y dificultades; en la práctica este tipo de programas tiende a restringirse a grupos seleccionados con mayor accesibilidad o interés.

● Las medidas preventivas individuales no atacan la raíz de los problemas, decía Rose. Se limitan a identificar individuos expuestos y a intentar modificar en ellos el grado de exposición; así, la "fuente" del problema continuará produciendo individuos expuestos y, al mismo tiempo, si un individuo deja de controlar su exposición, volverá a tener alto riesgo. Son medidas provisionales, paliativas, no radicales.

● El potencial del enfoque de alto riesgo es limitado, tanto para el individuo, como para la población general, debido a dos razones: el riesgo relativo no mide el riesgo absoluto de un individuo. La mayoría de quienes presentan factores

de alto riesgo, o es un gran fumador, o tiene altos consumos de sal, es posible reducir sus riesgos de enfermedades cardiovasculares o respiratorias en la medida que disminuya su exposición a tales factores de riesgo, sobre todo si ya tiene algunas manifestaciones patológicas de este tipo. Se trata de truncar un problema que el individuo ya tiene, modificando la evolución natural de la enfermedad, y el médico que lo atiende, podrá estar más motivado para controlar dichos riesgos.

● Por lo anterior, se podrá reducir el costo efecto y aumentar la eficiencia de los recursos disponibles para dicha persona y dicho problema.

● Puede ser percibida la relación entre el beneficio obtenido y el riesgo controlado.

Estas ventajas ilustran la utilidad de este enfoque para programas de algunas patologías específicas y más aún, en aquellos casos en los cuales el manejo clínico de los casos seleccionados constituye el eje de las acciones. Es comprensible, asimismo, que este enfoque tenga mucho prestigio entre los médicos clínicos que incursionan en la salud pública y en las escuelas de medicina donde predomina la influencia de la visión clínica de los problemas de salud.

Sin embargo, cuando se trasladan los resultados de la evaluación de riesgos individuales a la toma de decisiones sobre organización de servicios de salud deben tenerse en cuenta serias limitaciones, algunas de las cuales señaló el propio Rose:

● Decidir y recomendar a un individuo con alto colesterol sérico medidas de control de sus hábitos dietéticos, puede tener gran eficiencia y eficacia, pero encontrar en la población general quienes tienen colesterol alto, puede significar un tamizaje de elevados costos y dificultades; en la práctica este tipo de programas tiende a restringirse a grupos seleccionados con mayor accesibilidad o interés.

● Las medidas preventivas individuales no atacan la raíz de los problemas, decía Rose. Se limitan a identificar individuos expuestos y a intentar modificar en ellos el grado de exposición; así, la "fuente" del problema continuará produciendo individuos expuestos y, al mismo tiempo, si un individuo deja de controlar su exposición, volverá a tener alto riesgo. Son medidas provisionales, paliativas, no radicales.

● El potencial del enfoque de alto riesgo es limitado, tanto para el individuo, como para la población general, debido a dos razones: el riesgo relativo no mide el riesgo absoluto de un individuo. La mayoría de quienes presentan factores

Tanto OMS (28) como OPS (29) han reforzado la necesidad de fortalecer la infraestructura de servicios locales y generales de salud, y su articulación en el sistema nacional de salud de cada país, como base esencial para desarrollar estrategias adecuadas de modificación de las condiciones de vida y la situación de salud de las poblaciones. La llamada "estrategia poblacional" o de "salud pública" enfatiza en acciones de mayor impacto general sobre las condiciones de salud, tales como: saneamiento básico (agua, vivienda, suelo, etc.), educación para la salud, elevación del nivel de ingresos y consumo de bienes y servicios necesarios, servicios integrales de salud, etc., y, como tal, forma parte del esfuerzo de la sociedad para elevar la calidad de vida de sus pobladores.

En el marco de OPS se ha enfatizado en los últimos años sobre la necesidad de definir grupos humanos prioritarios y en lograr un desarrollo de los servicios de salud que considere la equidad como un propósito básico. No nos resultaba imaginable un modelo asistencial organizado exclusivamente sobre estrategias de alto riesgo, ello encerraría enormes injusticias y además ineficacia, ya que algunos grupos de población con bajo riesgo, pero muy numerosos, pueden producir mayor número de casos y muertes que otro de alto riesgo, pero reducido en número. Es decir, que un alto riesgo relativo no necesariamente significa un alto impacto potencial sobre la salud general de la población. Pero, más aún, en sociedades fuertemente estratificadas en lo social. En la práctica, estos abordajes cuando se extreman, suelen conducir al desarrollo de programas marginales, de baja complejidad tecnológica, costo y calidad, para grupos mayoritarios y empobrecidos, mientras que los mismos problemas son atendidos con alta tecnología, costo y calidad en otros grupos sociales.

Todo grupo social tiene derecho a condiciones de vida compatibles con su sobrevivencia y con el desarrollo de sus potencialidades y proyectos. Esta es una exigencia ética permanente para la epidemiología y para la planificación de acciones de salud y bienestar. Corresponde a la epidemiología la responsabilidad de describir y explicar la situación de salud de diferentes grupos de

de riesgo seguirán saludables por muchos años y algunos, supuestamente exentos de riesgo, terminarán por enfermarse. La capacidad de predecir la aparición o no de una determinada enfermedad en un individuo, en función de conocer los factores de riesgo a los cuales está expuesto, es bastante limitada. La otra razón es que, muchas personas con bajo riesgo pueden producir más casos, que pocas personas con elevado riesgo, y esta situación parece ser demasiado frecuente para no considerarla.

● Otra limitante es que los hábitos y conductas de un individuo no solo dependen de su voluntad individual. Muchos están fuertemente determinados por el grupo social al cual pertenecen, la disponibilidad y accesibilidad de recursos, las características de su trabajo, del lugar donde vive, etc.; en fin, por sus condiciones de vida y de trabajo individuales, de su familia, de su grupo social. Las posibilidades de modificación de muchos riesgos individuales mediante acciones de salud dependerá altamente de las posibilidades de modificarlas en la población general o al menos en su grupo social; y ello exigiría acciones de salud pública con estrategias poblacionales que debieran cubrir, tanto a los expuestos, como a los no expuestos.

Esta polémica también se ha vinculado a las estrategias de atención primaria de salud. Muchos autores promueven para países del tercer mundo la reorganización de sus servicios en base a la atención primaria selectiva de problemas prioritarios (26), mientras que otros han objetado esta orientación y se han pronunciado preferentemente por el desarrollo de servicios integrados y sistemas articulados de salud (27).

El "enfoque de alto riesgo" tiende a estimular el desarrollo de modelos asistenciales verticales o específicos para alguna enfermedad, tal como la mayoría de los programas de erradicación de enfermedades por OMS, OPS y algunas fundaciones norteamericanas a comienzos de siglo, contra la viruela, fiebre amarilla, tífus, tripanosomiasis y malaria (estas dos últimas sin mucho éxito), los cuales suelen tener elevados costos operativos y alta eficacia en un tiempo determinado; pero su eficiencia es decreciente a medida que se prolonga el tiempo y se requiere repetir *ad infinitum* las acciones de control en una misma población. Este tipo de programas contribuye poco a desarrollar servicios permanentes de salud para la población general y suelen tener grandes dificultades

condiciones de vida y aspiraciones sociales (32). La epidemiología puede contribuir a la construcción de un espacio privilegiado de consenso para la planificación de salud entre aquellos grupos sociales con similares proyectos y aspiraciones sociales generales; y de comprensión del conflicto con aquellos grupos marginados u opuestos a dichos proyectos.

LAS PRINCIPALES LIMITACIONES PARA UNA MEJOR ARTICULACION DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LA PLANIFICACION, ORGANIZACION Y GESTION DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Podemos identificar tres tipos principales de limitaciones:

- Limitaciones del campo de la epidemiología; es decir, la propia dificultad para dominar la teoría y métodos de la epidemiología en nuestros días y la fuerte tendencia a la formación de epidemioses especializadas en determinadas patologías, vale decir, epidemiólogos de lo singular, bien sea, en la indagación causal o en la vigilancia epidemiológica y control. También las deficiencias en el dominio conceptual y metodológico del pensamiento causal y de las técnicas cuantitativas, que pueden observarse en la formación de muchos epidemiólogos generales.
- Limitaciones del campo de la planificación y gestión de los servicios; es decir, las deficiencias del espacio de los planificadores, desplazadas muchas veces de la definición de políticas y planes hacia simples tareas de programación y/o de índole financiera; y las deficiencias de la planificación como campo de conocimiento muchas veces restringido a modelos normativos muy tradicionales y poco útiles en la toma de decisiones cotidianas.

● Limitaciones del marco social donde se gestionan las acciones de salud. Resulta más difícil consolidar un espacio de reflexión científica sobre salud como fundamento de las decisiones administrativas, cuanto más fuertemente dichas decisiones están condicionadas por procesos de otra índole, tales como, la restricción progresiva de los recursos disponibles o predominio de estímulos de gobierno menos consensuales, más representivos y personalistas.

Resulta obvio que las decisiones en términos de políticas, planes y gestión de los servicios de

población y contribuir así al desarrollo de servicios integrales para la promoción, defensa y restitución de la salud y a la elevación de las condiciones de vida. Corresponde, también, a la investigación epidemiológica identificar y cuantificar riesgos relativos y atribuibles, para que al interior de los servicios definidos por las situaciones de salud específicas de cada grupo social, se pueda optimizar la atención de problemas prioritarios de dicho grupo en base al enfoque de alto riesgo. La conjunción de ambas estrategias, con fundamento epidemiológico seria, conduciría al desarrollo de modelos asistenciales eficientes, eficaces y equitativos.

EPIDEMIOLOGIA Y PLANIFICACION DE SALUD

La planificación de salud, en nuestros tiempos, vive un proceso de reformulación crítica de muchas de las experiencias pasadas (30). La epidemiología puede contribuir a este proceso en la medida que fortalezca su propia capacidad de identificar problemas de salud, no sólo en la dimensión de variaciones entre individuos (espacio de lo singular), lo cual ha sido llamado como la "epidemiología de que", y se emparenta con las llamadas estrategias de vida de grupos sociales, lo cual se emparenta con las llamadas estrategias poblacionales (espacio de lo particular), lo que se ha denominado la "epidemiología de quien"; y también de reconocer problemas de salud como variaciones entre diferentes modelos económicos y procesos políticos (espacio de lo general), lo cual se emparenta con la definición de políticas de salud (31).

Las más recientes tendencias en planificación de salud asumen la necesidad de una permanente evaluación de la situación de salud de grupos sociales y de la eficiencia y eficacia de las decisiones adoptadas. Asumen el conflicto y la incertidumbre como inherente a la toma de decisiones en situaciones de poder compartido. Para la planificación de salud el poder ha pasado a ser un recurso esencial y generalmente escaso, que limita las posibilidades de decisión, en confrontación con diferentes posiciones que traducen las diferentes percepciones que cada grupo poblacional tiene sobre sus propios problemas de salud, y la forma como estos se articulan con sus

- Kleinbaum, D.G.; Kupper, L. y Morgenstern, H. *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. Lifetime Learning Pub. Belmont, California, 1982.
- (17) Susser, M. *Causal thinking in health sciences*. Concepts and Strategies of Epidemiology. Oxford Univ. Press, N. York, 1973.
- (18) Como ejemplo:
- (19) Banta, D. *Aplicaciones de la epidemiología en la evaluación de la tecnología médica*. En Usos y Perspectivas de la Epidemiología. Pub. PNSP 84-87. OPS, 1984.
- (20) Sugérimos consultar:
- a) Estimating the Effects of Economic Changes on National Health and Social Well-being. *Joint Economic Committee Congress of United States*. U. S. Government Printing Office, Washington, 1984.
- b) Brenner Harvey y Mooney, A. *Unemployment and health in the context of economic change*. Soc. Sci. Med. V, 17 (16): 1125-38, 1983.
- (c) Brenner, H. *Mortality and Economic Instability: Detailed analysis for Britain and comparative analyses for selected industrialized countries*. Int. J. Health Serv. 13 (4): 563-620, 1983.
- (21) Terris, M. *The epidemiologic revolution, national health insurance and the role of health department*. Am. J. Pub. Health, 66: 1145-64, 1976.
- (22) Healthy People. *The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington, Pb. 79-55071.
- (23) Neubauer, Deanne, Pratt, R. *The second public health revolution: A critical appraisal*. J. of Health Politics, Policy and Law, 6 (2), 1981.
- (24) Heineman, B.; Eihoredge, L.; Reinhart, U. et al. *Health care: How to improve it and pay for it. Alternatives for the 1980's*. Center for National Policy, Washington, 1985.
- (25) Rose, Geoffrey. *Individuals enfermos y poblaciones enfermas*. Boletín Epidemiológico. OPS, 6 (3), 1985. Re-producido de Int. J. Epidemiol. 14: 32-8, 1985.
- (26) Véase por ejemplo:
- a) Walsh, J. A.; Warren, K. S. *Selective primary health care: an interim strategies for diseases control in developing countries*. N. Eng. J. Med. 301: 967-74, 1979.
- b) Francis, D. P. *Selective primary health care: Strategies for control of diseases in developing world*. Rev. Infect. Dis. March-April, 1983.
- (c) Grant, J. P. *Une révolution au profit de la survie et du développement des enfants*. Carnets Enfance. Unicef (61162) 21-23, 1983.
- (27) Véase por ejemplo:
- (a) Pierr, Jean; Killingworth, J. *Selective primary health care: a critical review of methods and results*. Soc. Sci. ed. 22 (10): 1001-13, 1986.
- b) Bamelf, D. *Les soins de sante primaires: doivent-ils étre selectifs ou globaux*. Forum Mond. Sante, 5, 347-50, 1984.
- (c) Gish, O. *Selective primary health care: old wine in new bottles*. Soc. Sci. Med. 16:1044-1054, 1982.
- (28) World Health Organization. *Formulating strategies for health for all by year 2000*. W.H.O. H.F.A. Series 2. Geneva, 1979.
- (29) Organización Panamericana de la Salud. *Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud 1987-1990*. ISBN 92075-32015-2. OPS, 1987.
- (16) Como ejemplo:
- Part. 1. Ann. Intern. Med. 69, 807-820, 1968.
- Part. 2. Ann. Intern. Med. 69, 1037-63, 1968.
- Part. 3. Ann. Intern. Med. 69, 1287-1314, 1968.
- b) Feinstein, A.R. *Clinical epidemiology*. The Univ. of Chicago Press, Chicago, 1957.
- a) Paul, J. *Clinical epidemiology*. The Univ. of Chicago Press, Washington, 1974.
- (15) Véase:
- OPS, Washington, 1974.
- (14) Organización Panamericana de la Salud. *Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades*. Pub. 288. ca, Edic. Univ. Central de Ecuador. Quito, 1979.
- b) Breil, J. *Epidemiología, economía, medicina y política*. Int. J. Health Serv. 9 (6): 543-68, 1979.
- a) Layrell, A.C. *Work process and health process in Mé-*
- (17) Véase como ejemplo:
- OPS, Washington, 1984.
- (12) Organización Panamericana de Salud. *Usos y perspectivas de la epidemiología*. Publicación PNSP 84-87. Livinston, 1957.
- (11) Morris, J.N. *Uses of epidemiology*. Edimburg. E. S. Salud, Siglo XXI Editores, México, 1981.
- (10) Know, E.G. *La epidemiología en la planificación de*
- var Editores S. A. Barcelona, 1985.
- (9) Morris, J. N. *Aplicaciones de la epidemiología*. Social, Siglo XXI Editores, México 1980.
- (8) Terris, M. *Revolución epidemiológica y la medicina*
- Louisiana State Univ. Press, 1964.
- (7) Terris, M. *Goldberger on pellagra*. Baton Rouge. Fund. 1936.
- (6) Snow on Cholera. N. York. The Commonwealth 1815-1848. Bull. Hist. Med. 22: 117-155, 1948.
- (5) Citado por Ackernecht E.H. *Hygiene in France*, *social medicine*. Londres. Oxford Univ. Press, 1940.
- (4) Citado por: Greenwood, M. *Some British pioneers in*
- monwealth Fund, 1941.
- (3) Maxy, K. F. *Papers of Wade Hampton Frost M. D. A*
- dicina social, Siglo XXI Editores, México, 1980. pag. 23.
- (2) Terris, Milton. *La revolución epidemiológica y la me-*
- 1984.
- y Perspectivas de la Epidemiología. Pub. PNSP 84-87. OPS.
- (1) Carvalheiro, J. R. *Las perspectivas de la investigación*

REFERENCIAS

salud no se rigen exclusivamente, y tal vez ni siquiera predominantemente, por la lógica de la investigación epidemiológica; pero nos parece igualmente obvio que todo administrador de sa- ludo se debería interesar por un mejor conoci- miento de la eficiencia y eficacia de sus accio- nes, independientemente de la voluntad o del poder que tenga para utilizar este conocimiento en uno u otro sentido. Parece, también, comprensible que la responsabilidad de la producción de conocimientos se refiera al conjunto de la sociedad, como parte de las exigencias de desarrollo científico-técnico, y no solo a las posibilidades de utilización del mismo por los administradores en un momento dado y siempre transitorio.

- (30) Barrenechea, J. J.; Trujillo, E. SPT-2000. *Implementaciones para la Planificación y Administración de Sistemas de Salud*. Univ. Antioquia y Org. Pan. Salud. ISBN 958-9021.220. 1987.
- (31) Castellanos, P.L. *Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico*. IV Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Medellín. 1987.
- (32) Barrenechea, J., Castellanos, P.L., Matus, C., Méndez, E., Medici A. y Sontis A. *Esquema Tentativo de Análisis de las Implicaciones Conceptuales y Metodológicas de APS y SPT 2000*. Org. Pan. Sal. H. S.I. Washington. 1987.

EL SISTEMA DE INFORMACION EN LOS SILOS

Propuesta para su desarrollo*

Carol Lewis, Santiago Dalto, Jorge Isaacs, José Fiusa Lima, José María Martín, Ezequiel Paz y María M. Segarra

INTRODUCCION

En el presente artículo se desarrollarán los elementos de una propuesta conceptual y estratégica para el diseño y puesta en marcha del sistema de información en los sistemas locales de salud (SILOS). No se pretende, en consecuencia, diseñar un sistema de información que contenga una detallada identificación de niveles de producción, captación y elaboración de datos; tampoco cuadros con sus contenidos u otros componentes del sistema.

Se ofrece al interesado, tal vez, una nueva perspectiva, una nueva dimensión en la visualización de un sistema de información. Se define el contexto y los elementos conceptuales dentro de los cuales el sistema que se propone, se ubica y analiza los elementos de los sistemas actuales, que por no adecuarse con la nueva percepción conceptual deben ser modificados y/o reorientados.

Se desarrollan las ideas básicas y los conceptos de un sistema de información en salud que responda a la nueva concepción estratégica para el desarrollo del sistema de salud, en este caso los sistemas locales de salud.

Al considerar a los SILOS como la propuesta estratégica para el desarrollo del sistema global de salud, se lo identifica como parte de él y como consecuencia a su sistema de información. Por ello, se destaca su vinculación integral al sistema global de información para la salud. Se señalan los aspectos críticos en el diseño del sistema, destacando la responsabilidad local sobre la nacional, en el bosquejo del mismo. Se desarrollan los lineamientos generales de la estrategia para el desenvolvimiento de la propuesta como corolario de la misma.

La propuesta contenida en el documento no pretende ser final, sino por el contrario el punto

* Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud y el Grupo Interprogramático de los SILOS. Washington, D. C., 1988.

* Grupo de Trabajo sobre "Participación social en los sistemas locales de salud", pág. 17.

La gestión de los SILOS supone una capacidad de adaptación y respuesta a los requerimientos cambiantes y específicos de comunidades afectadas por problemas socioeconómicos, epidemiológicos y ambientales, a partir de una mayor coordinación de la infraestructura y los recursos intra y extrasectoriales para la atención de la salud. Su desarrollo principal es extender la cobertura bajo los principios de equidad, eficiencia y eficacia frente a necesidades de las unidades geográficas poblacionales delimitadas.

Los sistemas locales de salud se constituyen como instrumentos apropiados para lograr: la participación social e intersectorial responsable, la efectiva descentralización de las decisiones y la utilización de técnicas de programación. En el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS, el proceso de programación es considerado como el eje dinamizador e integrador de las decisiones y acciones que se efectúan en los distintos niveles y el sistema de información debe enfrentar oportunamente los requerimientos siempre cambiantes de aquel proceso.

Conviene destacar desde un principio quienes toman las decisiones y qué tipo de decisiones están en capacidad de tomar. Con el nuevo enfoque dado a través de los SILOS, todos toman decisiones: el individuo, la comunidad, el equipo de salud, la conducción de los SILOS, etc. Cada persona, sin excepción, participa de una manera u otra dentro de la multiplicidad de contextos en donde actúa, en el ejercicio de sus funciones o en el desempeño de sus roles**.

b) Contribuir a diagnosticar la situación de salud, identificando y enfatizando los problemas prioritarios.

c) Contribuir a desarrollar y evaluar las acciones de los servicios de salud.

Para asegurar el cumplimiento de estos objetivos, conviene considerar los siguientes requisitos:

- La comunidad debe participar en todas las etapas del proceso de programación, diagnóstico y evaluación.

- Los recursos del sistema de información deben estar orientados a apoyar el proceso de decisión más que a la elaboración de publicaciones, que por ser tardías son de utilidad limitada.

- Los sistemas de información deben ser flexibles y dinámicos, deben usar diversas metodologías a fin de obtener información útil, oportuna y económica, para responder en forma adecuada a los cambios de la situación de salud y sus determinantes.

- Toda la información que va a los niveles superiores debe ser compatible con la enviada por otros SILOS, a fin de permitir agregaciones para la toma de decisiones que afectan la totalidad de la región o del país.

- El sistema de información debe contemplar, tanto las acciones de promoción y protección de la salud, como las de atención médica.

Si bien no se puede proponer un modelo único de sistemas de información en los SILOS, se considera que hay ciertas características que todos los sistemas de información deben reunir.

El sistema de información debe responder a los requerimientos de información cuantitativa y cualitativa de las diversas categorías sociales que conforman los SILOS, para satisfacer las necesidades propias de este y mantener una relación participativa con los niveles superiores y no solamente atender a sus demandas. Esto incluye información de los ámbitos político, administrativo y técnico, que se origina dentro del área de influencia de los SILOS y es transmitida a los niveles superiores de tal forma que permita mantener su identidad en los contextos regional y nacional.

El sistema de información en los SILOS reconoce dos elementos estructurales que lo identifican y definen: la información y la comunicación. Desarrollar un sistema de información, por consiguiente, implica asegurar las fuentes y contenido del SILOS.

La finalidad del sistema de información es apoyar la toma de decisión en todos los niveles del SILOS. Para alcanzar esta finalidad, el sistema se orienta al logro de los siguientes objetivos:

resultados parciales, pero poquísimo son los Ministerios que cuentan con información sobre las necesidades de salud de la población no cubierta por los servicios de salud.

Los esfuerzos para el diseño y desarrollo de los sistemas de información, así como para la puesta en marcha y operación, en la capacidad, se han concentrado en la recolección y procesamiento de los datos, dándole relativamente poco peso al análisis y presentación de la información que conduce a estimular su uso.

En todos los niveles, los sistemas de información están funcionando como actividad propia de la unidad de información y no como recurso de gestión institucional. El enfoque está orientado a producir publicaciones y existe limitada capacidad para responder a preguntas *ad hoc*.

Problemas en la captación, recolección y procesamiento de datos, han contribuido a que la información sea poco confiable (deficiencias en su cobertura, integridad, veracidad y consistencia) e inoportuna. La falta de uso de la información en la toma de decisiones y la carencia de retroalimentación a los productores de datos, dan como resultado que no se corrijan las deficiencias en el funcionamiento del sistema.

Se requiere gran cantidad de material para aumentar un sistema de información basado en informes detallados. La escasez de papel da como resultado una información incompleta, ya sea en los niveles superiores (no se envía el informe), o en el nivel aplicativo (no se puede retener copia del informe para su propio uso).

Todo lo señalado lleva a sistemas de información costosos y de poco beneficio que es necesario readequar para satisfacer sus nuevos requerimientos.

SISTEMA DE INFORMACION EN LOS SILOS. CONCEPTOS.

Finalidad, características y fuentes

a) Describir la unidad geográfica-poblacional del SILOS. Para alcanzar esta finalidad, el sistema se orienta al logro de los siguientes objetivos:

dos de la información e identificar los usuarios de la misma; como así, también, identificar y desarrollar los flujos entre los usuarios que hagan factible la comunicación. Información sin contenido comunicable, o comunicación sin contenido entendible, conducen a un resultado similar: falta de conocimiento y como consecuencia, falta de decisiones apropiadas.

La información requerida, entonces, define la información que se presenta en la información de usos, contenidos y usuarios, los cuales no son estáticos, sino van cambiando en la medida que se presentan nuevas necesidades de información para la toma de decisiones. La conversión de la información en conocimientos, para la decisión y para la acción, a veces requiere de la interacción directa de los usuarios.

Es importante resaltar que el usuario, para tomar decisiones, tiene que tener en cuenta varias fuentes de información, unas provenientes de su sistema formal.

En el caso particular de los SILOS, el medio formal (Figura 1).

En el caso particular de los SILOS, el medio formal es el ambiente en el que se ubica funcionalmente el usuario en el sistema. El medio externo, por el contrario, es todo aquello que está fuera de lo anterior.

En el contexto del documento se reconoce como información de tipo formal, a la originada en fuentes oficiales y canalizada a través de instrumentos formales, tales como: series de informes, registros periódicos, anuarios, series estadísticas, investigaciones, material bibliográfico, etc. Por información de tipo informal se entiende el acopio de observaciones, entrevistas, comentarios, eventos, etc., igualmente valiosas para la toma de decisiones, aunque no forme parte del sistema formal.

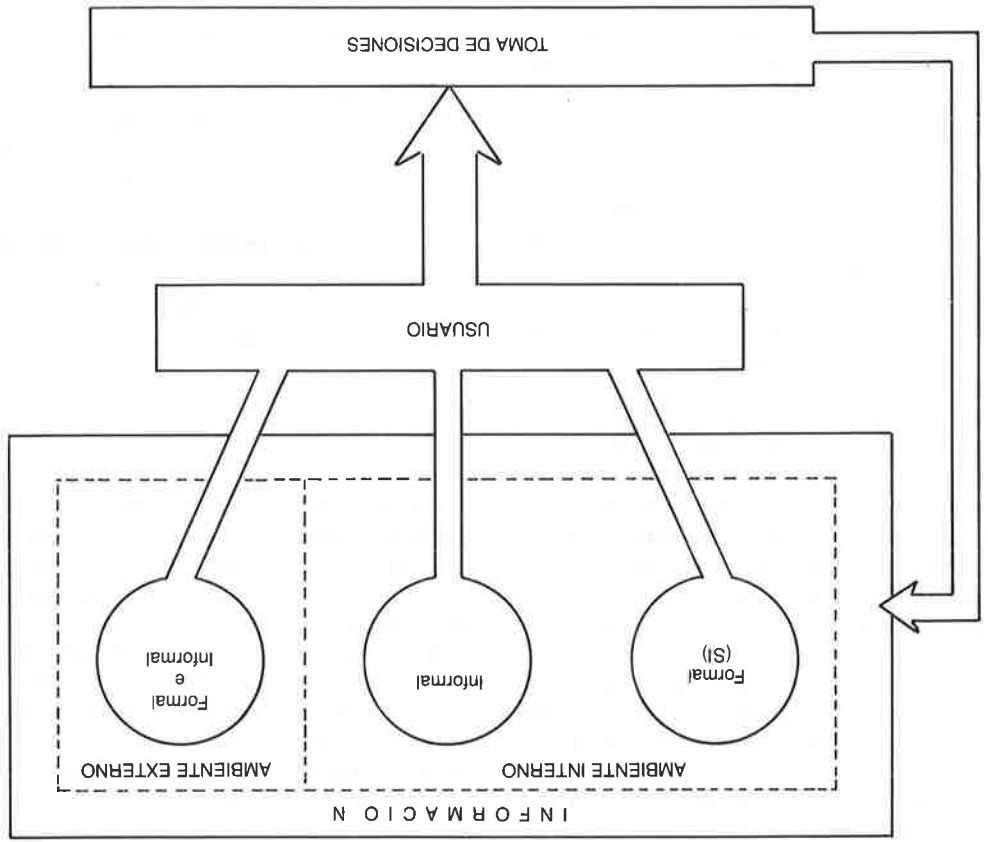


Figura 1. Relación usuario, información, toma de decisiones.

El tipo de volumen de información requerido está de acuerdo con la naturaleza de las decisiones (estratégicas, tácticas y operacionales). A nivel operativo, se requiere información más detallada perteneciente al ámbito interno y especialmente de tipo formal. En cambio a nivel estratégico, la información es más agregada, con más participación del ambiente externo y alto contenido del tipo informal (Figura 2).

Estructura

Este subtema reúne los enunciados y procedimientos para la identificación de usos, contenidos y usuarios, y la interacción de estos para lograr el conocimiento.

Usos y contenidos

Se entiende por *uso* aquellos procesos de decisión-acción que son inherentes a la operación de SILOS, tales como el análisis de la situación de salud, la concertación de los usuarios en cuanto a prioridades, el análisis demográfico, el análisis socioeconómico, la programación de la atención, la asignación y utilización de recursos y la prestación de servicios, entre otros.

El reconocimiento de estos usos es la respuesta a la pregunta sobre: ¿qué información contendrá el sistema?

El desarrollo del sistema de información que se propone responde a una *estrategia*: producir conocimiento para el manejo de problemas prioritarios, y a una *restricción*: es imposible e innecesario informar a todos de todo.

En este sentido, el desarrollo del sistema que se visualiza tiene un punto de partida que contiene un volumen balanceado de información para ajustarse a la estrategia y a la restricción.

En el Cuadro 1, se muestra un ejemplo de clasificación de usos e identificación de contenidos de información que deberán ser definidos para cada SILOS, en respuesta a sus realidades y necesidades y en el marco de las normas nacionales. El cambio que se genere con el desarrollo de los SILOS ha de implicar, sin lugar a dudas, incorporar sus necesidades.

En la práctica, es de esperar que el equipo de conducción del SILOS prepare una propuesta de usos y contenidos, que a manera de un documento de trabajo, permita a los demás protagonistas de trabajo, sin duplicaciones, las propuestas originadas por cada usuario potencial.

En la práctica, es de esperar que el equipo de conducción del SILOS prepare una propuesta de usos y contenidos, que a manera de un documento de trabajo, permita a los demás protagonistas de trabajo, sin duplicaciones, las propuestas originadas por cada usuario potencial.

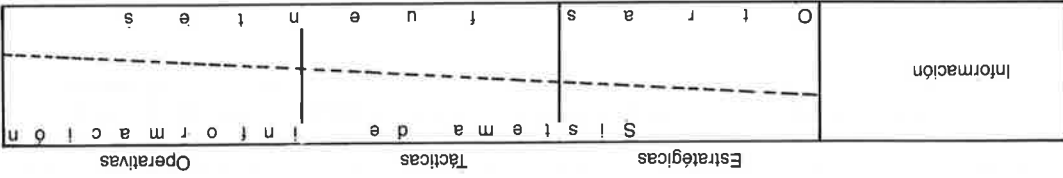


Figura 2. Peso relativo del sistema de información según tipo de decisión.

Cuadro 1. Clasificación de usos y contenidos.

USOS	CONTENIDOS DE CONOCIMIENTOS*
1. Concertación de prioridades, políticas y planes	<ul style="list-style-type: none"> ● Necesidades básicas de la comunidad ● Intereses y finalidades institucionales ● Políticas y planes del gobierno
2. Análisis demográfico	<ul style="list-style-type: none"> ● Estructura de la población ● (edad, sexo, geográfica, etc.) ● Dinámica de la población ● (natalidad, migraciones, etc.)
3. Análisis socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> ● Condiciones socioeconómicas ● (ingresos, empleo, tenencia, educación, vivienda, etc.) ● Organización y formas de participación de la comunidad ● Medios de transporte y comunicación social
4. Análisis de la situación de salud del individuo, familia y comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad (por variables a definir) ● Morbilidad (incidencia, prevalencia a definir) ● Esperanza de vida ● Incapacidad ● Estado nutricional ● Años potenciales de vida perdida
5. Identificación y medición de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> ● Grupos vulnerables ● Estilos de vida (hábitos, otros) ● Condiciones ambientales y biosociales
6. Concertación de participación de entidades, recursos, programas	<ul style="list-style-type: none"> ● Potencial de recursos ● (financiamiento, etc.) ● Programa de trabajo ● Poder relativo ● Equipamiento social (escuelas, etc.). ● Conflictos latentes
7. Programación de atención a las personas	<ul style="list-style-type: none"> ● Problemas prioritarios ● Modelos y normas de atención ● Grupos humanos prioritarios ● Requerimientos de actividades y recursos ● Resto de la demanda
8. Programación de atención al medio	<ul style="list-style-type: none"> ● Problemas prioritarios (agua, desagüe, basura, vectores, calidad sanitaria de alimentos, zoonosis, protección ambiental, otros) ● Modelo y normas de calidad y de atención ● Sujetos programáticos ● Requerimientos de actividades y recursos

* Los contenidos que pueden corresponder a más de un uso, se los menciona una sola vez porque la propuesta del sistema usa el concepto de base de datos.

Continuación Cuadro 1.

USOS	
CONTENIDOS DE CONOCIMIENTO*	
9. Identificación de soluciones y tecnologías: asignación y utilización de recursos	<ul style="list-style-type: none"> ● Recursos financieros ● Recursos humanos ● Equipo ● Suministros críticos
10. Prestación de servicios a las personas y al medio	<ul style="list-style-type: none"> ● Valoración, tratamiento del problema ● Resultados de estudios (laboratorio, radiología, etc.) ● Referencia ● Rechazo de la demanda ● Criterios técnicos de atención
11. Vigilancia epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> ● Sus contenidos están incluidos en otros usos
12. Administración de sistemas	<ul style="list-style-type: none"> ● Recursos humanos ● Suministros ● Mantenimiento ● Presupuesto
13. Programación y control de procesos institucionales de desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ● Requerimientos y políticas de cambio ● Desarrollo tecnológico
14. Control de gestión y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicadores de cumplimiento, cobertura, accesibilidad, impacto, calidad y satisfacción. ● Producción, rendimiento y costos

En el Anexo se muestra una apertura más detallada, basada en las fases del proceso de programación.

modificaciones profundas en el comportamiento de los individuos involucrados en el desarrollo del sistema de salud.

En este proceso de cambio hay un alto riesgo de deterioro de los logros alcanzados, a lo que podrá llamarse "desorientación del sistema". El que recibe no asume a plenitud, y el delegado no lo hace totalmente. Se establecen las zonas "grises" en las que nadie parece tener responsabilidad. La incumbencia en las "consecuencias" de las decisiones recaerá en aquellos que por razones del proceso, deban asumir las responsabilidades en la toma de decisiones. Por ello, se hace necesario desarrollar mecanismos para establecer el control de procesos que permitan introducir correcciones oportunas; motivar, mediante el reconocimiento, la búsqueda de actitudes positivas, y, mediante sanciones, modificar posiciones irresponsables, ética y moralmente punibles.

La estrecha interrelación entre usos, contenidos y usuarios, hace difícil considerarlos aisladamente y solo por necesidad de presentación y análisis se los separa. El reconocimiento de usos y contenidos está ligado a la existencia de los usuarios que han de utilizar la información para producir conocimiento. Con ello, se quiere señalar que se puede entrar al análisis de la estructura del sistema de información a través de uno de sus elementos: usos, contenidos o usuarios. En el caso particular de este documento, se tomó en consideración al usuario, por medio del análisis del uso y sus contenidos.

En relación con el sistema local de salud, existen dos ámbitos de gestión; el interno y el externo. En el primero, se identifican los niveles de

actuación: el aplicativo y el de conducción. En el segundo, se reconocen los niveles intermedio y nacional. Los niveles del ámbito interno son propios del SILOS y los externos definen su inserción en los contextos regionales y nacionales a los que pertenecen.

En cada uno de estos niveles se pueden identificar a los usuarios del sistema de información para cada una de las áreas de usos y contenidos. A título de ejemplo, se muestra el siguiente cuadro de usuarios:

- Usuarios del ámbito interno (SILOS)
 - Individuo/Familia/Comunidad
 - Unidad de servicio de salud
 - Autoridad comunitaria
 - Otras unidades de servicio extrasectoriales (escuelas, clubes, iglesias, etc.)
 - Conducción del SILOS
 - Gobierno local
 - Otros SILOS
 - Comunicación social
 - Otros usuarios (justicia, investigación, docencia, etc.)

- Usuarios del ámbito externo
 - Nivel intermedio (estado / provincia / departamento / región)
 - Unidad coordinadora
 - Gobierno (si aplica)
 - Otras entidades extrasectoriales (públicas y no públicas)
 - Grupos interprogramáticos
 - Comunicación social
 - Otros usuarios
 - Nivel nacional
 - Coordinación del sector salud
 - Gobierno nacional
 - Jefatura de programas del sector salud
 - Medios de comunicación
 - Departamento nacional de estadísticas
 - Otros usuarios

Los SILOS deberán identificar a los usuarios nacionales y externos según el uso de la información. Deberá considerarse que la definición de los usuarios internos es responsable de los SILOS.

Interacción de contenidos y usuarios

En la consideración del usuario de la información existe una relación de temporalidad y de utilidad a ser tomada en cuenta en el diseño. Una información dada puede convertirse a un individuo o grupo en usuario, si la información es de utilidad al momento de su disponibilidad. Existe una situación de relatividad que debe ser reconocida, ya que no hay usuarios permanentes para una información dada, ni la información es siempre útil para un usuario determinado.

Una vez identificados y definidos los usos, contenidos y usuarios, se hace necesario establecer un análisis que muestre: *cuáles usuarios tienen necesidad de cuáles contenidos* y con qué *frecuencia*. La base de la interacción la establecen las necesidades de información (contenidos) y la frecuencia con que la misma es utilizada por cada uno de los usuarios, según el uso que se quiere analizar.

Es necesario establecer criterios para determinar los grados de necesidad y la prioridad en la frecuencia.

A título de ejemplo, se ofrecen los siguientes criterios y códigos:

NECESIDAD	3 = Esencial	F = Evento (cada vez que ocurre)
	2 = Valiosa	M = Mensual
	1 = Deseable	A = Anual
	0 = Innecesaria	X = Otra (especificar)
	? = Desconocida	N = Ninguna

Para cada usuario se determinará el grado de necesidad, utilizando un código numérico y la frecuencia con el código alfabético elegido.

Así, se podrán asignar valores relativos de una información dada para un usuario determinado, lo que permitirá establecer prioridades de usuarios para conjuntos de contenidos.

En el Cuadro 2, se muestra un ejemplo de esta correlación, en el que en cada cruce de abscisa y ordenada se encuentra un rectángulo dividido en dos por su diagonal, con las alternativas de valores que pueden ubicarse en ellas, en cada caso un valor de necesidad y otro de frecuencia. Este Cuadro representa solo una guía que deberá modificarse de acuerdo con los criterios del nivel local.

Cuadro 2. Correlación de contenidos y usuarios* en función del uso. Un ejemplo de Análisis demográfico.

	USUARIO	INDIVIDUO FAMILIA COMUNIDAD	UNIDAD SERVICIO DE SALUD	COMUNIDAD AUTORIDAD	EFECTORES OTROS	CONDUCION SILOS	GOBIERNO LOCAL	OTROS SILOS	COMUNICACION SOCIAL
ESTRUCTURA	POBLACION	0 N	3 A	2 A	2 A	3 A	2 A	0 N	1 A
DINAMICA	POBLACION	0 N	3 M	1 X	2 ?	3 A	2 X	2 X	1 X

NECESIDAD

NECESIDAD

3 = Esencial
2 = Valiosa
1 = Deseable
0 = Inecesaria
? = Desconocida

FRECUENCIA

E = Evento
M = Mensual
A = Anual
X = Otro
N = Ninguna

* Se presentan grupos agregados de usuarios. En el ejercicio real deberán ser desagregados, tomando en cuenta los que deberían intervenir en las decisiones relacionadas con el uso. También hay que anotar los contenidos correspondientes al uso.

Dinámica del sistema de información

En la caracterización del sistema de información de los SILOS, se indica que la estructura del mismo reconoce dos elementos que deben ser considerados inseparables y que la ausencia de uno de ellos haría inefectivo al sistema. Uno de los elementos es la *información* propiamente dicha, que fue descrita en el capítulo anterior. El otro elemento, lo constituye la *comunicación* que hará factible la conversión de la información en conocimiento. El proceso de decisión-acción está inmerso en los procesos de gestión que se desarrollan en línea con el cumplimiento de objetivos y metas para generarlos.

El proceso de decisión-acción se sustenta en la disponibilidad del conocimiento específico para el manejo del problema en cuestión y de la capacidad analítica de los usuarios de la información, para generarlos.

La naturaleza e importancia de las decisiones varían desde la simple modificación de una columna en un cuadro de registro, hasta las relacionadas con las grandes políticas y estrategias del sector.

El proceso de decisión-acción se sustenta en la disponibilidad del conocimiento específico para el manejo del problema en cuestión y de la capacidad analítica de los usuarios de la información, para generarlos.

Se sostiene el principio de que a través de la información y su análisis se produce el conocimiento para la toma de decisiones.

El análisis requerirá, según la naturaleza y la importancia de la decisión a tomar, la participación de los usuarios involucrados en la misma, para asegurar una amplia base de experiencias en la generación del conocimiento. Los usuarios involucrados son aquellos que en forma directa o indirecta son afectados por la información, tanto por las implicancias del conocimiento producido, como por las decisiones asumidas y las acciones que estas generan.

Se acepta que recién cuando hay acuerdo en la interpretación de lo que la información transmite, se produce el conocimiento necesario para la toma de decisiones.

No es poco común, sin embargo, que la evaluación y análisis de un conjunto dado de información genere más de una interpretación del mensaje contenido en ella, lo que daría lugar a tantas expresiones de conocimientos, como interpretaciones se asuman.

Ello permite ratificar por un lado, que para un problema dado puede haber más de un camino para su solución y por el otro, que no se logra completar el conocimiento.

Los usuarios de la información se constituyen en protagonistas de la comunicación al momento de incorporarse al proceso de generación del conocimiento para la toma de decisiones.

La propuesta de sistemas de información implica no solo la producción de información, sino también la capacitación de los protagonistas en el análisis de la misma para la generación de conocimientos. A continuación, se presenta un listado simplificado de los protagonistas de la comunicación, siguiendo el ejemplo dado en usuarios:

Ámbito interno (SILOS)

- Aplicativo
 1. El establecimiento de salud
 2. El individuo, como gestor de la atención de sus problemas de salud.
 3. La familia, como gestora de la atención al microambiente.
 4. La comunidad, como gestora de la atención al macroambiente.
 5. La autoridad comunitaria (formal o informal).

6. Otros recursos de salud no institucionales.

-Conducción

7. La dirección de los SILOS y sus programas.
8. Las instituciones de salud, públicas y no públicas, que participen en el SILOS.
9. Los organismos extrasectoriales con responsabilidad indirectas en salud: educación, agricultura, comunicación social, etc.
10. Los gobiernos locales: intendentes, alcaldes, regentes, presidentes municipales, etc.

Ámbito externo

11. Intermedio
12. Nacional

Cada SILOS tendrá que definir, en función de cada uso, qué se debe comunicar, a quienes se debe comunicar, con qué frecuencia, y qué método de comunicación se utilizará para lograr que la información se convierta en conocimientos para la toma de decisión.

ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO

El término *sistema de información* suele evocar la imagen de datos numéricos que se reúnen y ordenan para facilitar información específica a quienes planean, financian, administran, proveen, controlan y evalúan los servicios de salud.

Hay tendencia a olvidar que la gran mayoría del personal en el campo de la salud (por ejemplo médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, contadores), registran e informan datos como parte de las responsabilidades de su función primaria y que adoptan decisiones basadas en estos registros. Algunos de estos datos que se registran pueden servir como entrada a un sistema de información.

Es importante recordar que: a) no todo lo que se registra debe ser informado, y b) los registros creados, como parte integral de la actividad prestada, representan una fuente de información que se puede aprovechar mediante investigación

registros sistemáticos y no sistemáticos (entre vistas, encuestas, observación participante, otros).

Se plantea como enfoque estratégico y tecnológico la utilización de la *base de datos*, la cual ofrece un potencial para registrar, almacenar y relacionar los datos, con economía de esfuerzos en la recolección, sin redundancias en el almacenamiento y sin riesgos de incoherencias. Este es un registro único para uso polivalente y reemplaza la práctica de que para cada aplicación (por ejemplo los programas) se captan, almacenan y procesan, los mismos datos en diferentes fuentes mediante distintos instrumentos.

Con el concepto de base de datos, el sistema de información trabaja con dos clases de relaciones: las que se almacenan permanentemente y que constituyen propiamente la base de datos, y las que se obtienen de estos mediante el cálculo relacional y solo tienen existencia temporal. Solo las primeras deberán ser actualizadas y controladas, mientras que las segundas son creadas por las necesidades del usuario y desaparecen con ellas.

El logro de los beneficios de una base de datos es posible, solo en la medida en que esta esté bien estructurada; una base de datos mal organizada puede resultar en que los datos no sean accesibles o en que su acceso resulte demasiado caro.

La estructura óptima de una base de datos requiere un análisis riguroso de las necesidades de los usuarios, el desarrollo de un modelo y descripciones formales sobre cómo los datos se almacenarán, por lo que conviene contar con asesoría especializada.

Si se aplica la definición más sencilla de base de datos —una colección de datos fundamentales para una empresa— se aprecia que una base de datos puede mantenerse en forma manual (por ejemplo, la historia clínica), o almacenados automáticamente en algún tipo de medio electrónico (por ejemplo disco de computadora). Por lo tanto, no habría solo una base de datos, sino varias, aun en el mismo nivel.

La *investigación* es otro de los instrumentos que pueden ser utilizados en diversos momentos del trabajo de los SILOS. Por ejemplo, para agregar nuevos conocimientos al diagnóstico de situaciones, con el objeto de identificar factores condicionantes; aportar nuevos lineamientos en cuanto a tecnologías adecuadas a cada realidad de los SILOS; evaluar las acciones desarrolladas dirigidas a la cobertura, equidad, eficacia, cali-

nes especiales para responder a preguntas *ad hoc*, o para proporcionar información que es solicitada con poca frecuencia.

Para el diseño y manejo del sistema de información es importante tener en cuenta algunos aspectos críticos para lograr un desarrollo adecuado de este. Estos aspectos están relacionados con: normas, fuentes, instrumentos, procedimientos, recursos y administración del sistema. Las *normas* deben estar orientadas básicamente a determinar el conjunto mínimo de datos, con sus estándares, definiciones y procedimientos para la captación, recolección y procesamiento de los mismos; a proveer los medios para que los SILOS puedan elaborar los indicadores requeridos; a fijar la ubicación de los archivos y sus períodos de conservación en función de los recursos disponibles para cada SILOS; y a facilitar el máximo acceso al sistema de información para todos los usuarios. Todo ello debe ser compatible con las normas nacionales, complementándose con la creatividad necesaria para responder a los requerimientos de los SILOS.

Las *fuentes* de captación de datos pueden incluir, además de las tradicionales (establecimientos de salud, registros civiles, etc.), otras fuentes intra e intersectoriales, incluso medios masivos, material bibliográfico, eventos, investigaciones científicas, etc., que amplíen cualitativamente el conocimiento de la realidad.

Los elementos formales (series de informes, registros periódicos, material de consulta bibliográfico, etc.) son bien conocidos, aunque no siempre convenientemente utilizados. Los elementos informales, en cambio, son pocas veces conocidos, aunque sean incorporados o considerados como parte del sistema de información. La mayoría de las veces, la información proveniente de fuentes informales es estigmatizada y la tendencia es a desestimar su uso; es la conversación circunstancial, la observación, la percepción, el comentario ocasional, etc., que conforman el conjunto de información, de los cuales, a diario, el decisor político dispone y en los cuales crece.

Los *instrumentos* para la recolección, procesamiento y almacenamiento de los datos, así como para la utilización de la información, deben estar adecuados a las necesidades del sistema de información y a los recursos del SILOS.

Deberá estimularse la utilización de variadas fuentes, múltiples formas y diversas frecuencias para recolectar la información, tales como los

● Métodos estandarizados para la recolección y entrada de datos.

La computarización implica:

- Reasignación de tarea y funciones.
- Racionalización de los procedimientos.
- Estructura fija de registros y formularios.
- Terminologías estandarizadas.
- Seguridad de los datos, autorización para cambiar información, confiabilidad, etc.
- Capacitación y las implicaciones de esta (tempo distraído de sus funciones regulares, errores durante el período de aprendizaje, renuncias del personal capacitado para aceptar cargos mejor remunerados).

Se puede apreciar que para lograr la computarización de la información, se requiere una inversión de tiempo y dinero considerables.

Esta apreciación es importante, no solo porque el no considerarla puede resultar en que el sistema de información no funcione como era esperado y pierda credibilidad, sino, también, porque explica la resistencia de aquellos que ya han hecho la inversión y modificación de sus sistemas para satisfacer los requerimientos de los SILOS.

El desafío más grande para los SILOS será la compatibilización de los sistemas computarizados dentro de estos, con los niveles superiores.

Las formas de presentación según tipo de usuario y frecuencia nutiraría o coyuntural, deben tener un contenido selectivo y analítico mínimo, que facilite la interpretación por los usuarios, utilizando gráficos y cuadros comparativos, según sea el caso.

Los procedimientos deben estar claramente establecidos y documentados para las diferentes etapas de captación, registro, procesamiento, almacenamiento y producción de la información, de acuerdo con las normas y los instrumentos existentes.

El personal juega un papel decisivo en todas las etapas de generación de información, especialmente en la captación de los datos y análisis. Por esto, es necesario que todas las personas tengan una capacitación y actualización permanentes y que estén convencidas de la importancia que esto representa, asegurando, así, la buena calidad y uso efectivo de la información.

Otro aspecto es el relacionado con las instalaciones adecuadas y funcionales, así como la utilización de equipos manuales y electrónicos donde,

El diseño de los instrumentos para la generación de la información depende del tipo de procesamiento manual o electrónico. Al hacerlo, se deberá tener en cuenta las necesidades del futuro para evitar cambios muy frecuentes que obstaculicen el adecuado funcionamiento del sistema.

Las computadoras ofrecen enormes ventajas a los sistemas de información: mejoran la calidad de los datos que entran al sistema, si la entrada es un proceso interactivo con la computadora; permiten una rápida y exacta manipulación de datos numéricos para la elaboración de informes estadísticos; facilitan el mantenimiento de bases de datos; apoyan la toma de decisiones mediante "sistemas de expertos" o "inteligencia artificial" (existe una base de conocimientos en la computadora que permite interpretar datos enviados por el usuario y sugiere acciones a tomar). La pregunta no es si se usarán computadoras, sino para qué aplicaciones, cuando se iniciará su uso y cuántas se adquirirán.

Un grupo de trabajo de la OMS, sobre sistemas de información apropiados para la atención primaria de la salud (APS), ha señalado los requisitos e implicancias que deben ser considerados en la computarización de la información para la atención primaria.

Requisitos que deben reunirse:

- Una actitud positiva de los proveedores de APS hacia la computarización.
- Una actitud positiva de la comunidad local hacia la computarización de su sistema de salud.
- Instalaciones físicas satisfactorias, incluso fluido eléctrico.
- Fondos adecuados para instalar, mantener y expandir el sistema cuando sea necesario.
- Facilidades de mantenimiento del equipo de computación (hardware) en el área local (hay países en América Latina cuyos equipos están paralizados por falta de mantenimiento).
- Disponibilidad de programas de computación (software) apropiados y facilidades de apoyo para su uso.

● Compatibilidad con sistemas existentes.

● Suministro adecuado de accesorios, por ejemplo, diskettes y papel.

● Facilidades de capacitación en el mantenimiento, uso y desarrollo adicional del sistema.

ANEXO

LA INFORMACION BASADA EN EL PROCESO DE PROGRAMACION

1. Diagnóstico

- Población
 - Estructura (edad, sexo, distribución geográfica, niveles de ingreso, desocupación, ingreso familiar, alfabetismo, otros).
 - Dinámica (nacimientos, muertes, migración, crecimiento).
- Situación de salud
 - Mortalidad (causas, edad, sexo, distribución geográfica, tasas: general, infantil de uno a cuatro años, materna, otras).
 - Mortalidad (causas, edad, sexo, distribución geográfica).
 - Esperanza de vida.
 - Incapacidad.
 - Estado nutricional, otras.
- Análisis sectorial
 - Organización (políticas, estrategias, apertura, institucional).
 - Financiamiento (fuentes, montos).
 - Gastos de operación (total, atención primaria).
 - Gastos de inversión (total, atención primaria).
 - Gastos totales (atención primaria, per cápita).
 - Procesos de decisión.
- Análisis institucional
 - Marco legal (organización, políticas, estrategias).
 - Financiamiento (fuentes, montos).
 - Gastos de operación (total, atención primaria).
 - Gastos de inversión (total, atención primaria).

- Gastos totales (atención primaria, per cápita de la población asignada.
 - Recursos (físicos por tipo, humanos por función, tecnológicos, otros).
 - Procesos de decisión.
 - Localidades.
 - Unidades de salud por tipo.
 - Vías de comunicación.
 - Accesibilidad física (distancia, tiempo).
 - Población total (urbana, rural).
 - Equipamiento social, otros.
 - Recursos (humanos, equipo, suministros).
 - Producción.
 - Productividad.
 - Costos, rechazos, otros.
 - Eficacia.
 - Eficiencia.
 - Equidad (por regiones geográficas, por tramos de población, por grupos humanos prioritarios, otras formas).
 - Cobertura.
 - Agua, alcantarillado, excretas, desechos sólidos, contaminación (aire, agua, suelo).
 - Vectores.
 - Control de alimentos.
 - Vivienda, otros (Ver población).
 - Equipos organizados (obreros, patronal, clubes, iglesia, otros).
 - Estructuras de poder, mecanismos de decisión, instrumentos de presión, procesos de decisión.
 - Medios de comunicación y de transporte.
- Organización territorial (mapeo)
 - Organización y operación
 - Utilización y distribución
 - Medio ambiente
 - Situación socioeconómica
 - Organización social

- Proyecciones
- Conclusiones diagnósticas
- Políticas y estrategias de desarrollo, otros.
- Todas las áreas del diagnóstico.
- Problemas prioritarios y factores condicionantes.

2. Programación

- Formulación de programas
- Selección de proyectos
- Formulación de proyectos
- Lista de programas.
- Objetivos, actividades, metas, normas, procedimientos, recursos (humanos, físicos – equipo, suministros – financieros).
- Organización y administración.
- Viabilidad (social, financiera).
- Factibilidad (técnica, administrativa, legal, política).
- Asignación de recursos.
- Lista de proyectos.
- Diseño, aprobación, viabilidad (social y financiera), factibilidad (técnica, administrativa, legal, política).
- Asignación de recursos.

3. Ejecución de programas y proyectos

- Prestación de servicios
- Antecedentes, examen del sujeto y diagnóstico.
- Disponibilidad de recursos intra y extrasectoriales.
- Tecnología disponible intra y extrasectoriales.
- Normas de atención de referencia.
- Tratamiento y resultado.

- Control y supervisión de la atención
 - Disponibilidad y organización de los recursos.
 - Entrega de los servicios (cantidad, calidad y oportunidad).
 - Recursos humanos, suministros, mantenimiento y presupuesto.
- Administración de sistemas
 - Utilización y distribución de los recursos
 - Eficacia, eficiencia y equidad por regiones geográficas, por tramos de población, por equipos humanos prioritarios, otras formas de análisis.
 - Cobertura.
- 4. Resultados alcanzados
 - Impacto en salud
 - Mortalidad, morbilidad, esperanza de vida, incapacidad, estado nutricional, otros (Ver Diagnóstico).
 - Evaluación
 - Metas versus logros en situación de la salud.
 - Metas versus logros en utilización y distribución de recursos.
 - Informes de calidad de atención y de control y supervisión de la atención.
 - Denuncias.
 - Normas y procedimientos para la investigación de responsabilidades (individuales, institucionales, otras).

NOTAS Y BIBLIOGRAFÍA

- Abelín, T., Z. J. Brzezinski y Vera D. L. Carstairs (editores). *Measurement in health promotion and protection*. WHO Regional Publications, European Series No. 22, Copenhagen, 1987.
- La Parte I de este libro versa sobre los conceptos de salud, promoción de salud y prevención de la enfermedad y aspectos conceptuales y metodológicos sobre la medición de estos. La Parte II trata los métodos de medición en promoción y protección de la salud. La Parte III presenta ejemplos y aplicaciones de mediciones.
- Centers for Disease Control. *Guidelines for evaluating surveillance systems*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Supplement, May 6, 1988, Vol. 37 (S-5).
- El documento presenta lineamientos para la evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica. Se describen aquellos que pueden ser examinados y evaluados a fin de valorar la capacidad de un sistema de poder lograr los objetivos para lo cual fue diseñado.
- Cerkovnj, G. et al. *The organizational or hierarchical approach*. En Holland, Walter W., Johannes Ipsen y Jan Kosztrowsky (editores). *Measurement of Levels of Health*. WHO Regional Publications, European Series No. 7, Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1979. El título del libro en español es *Mediciones de los Niveles de Salud*. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1982.
- Este capítulo ofrece una estructura general para relacionar mediciones de los niveles de salud con las necesidades de los que adoptan decisiones, en los distintos niveles del sector salud.
- Conklin, George S. et al. *Data management systems into the 1980: A review*. Topics in Health Record Management 7 (3): 1-11, March 1987.
- Se define el concepto de base de datos y los términos relacionados con su manejo. Se describen los distintos modelos de base de datos, así como el uso del concepto de base de datos en el manejo de los registros médicos, en la actualidad y en el futuro.
- De Kok, H.J.G. y J.L. Hamel. *Informes hospitalarios anuales en el marco de la atención primaria de salud*. Documento No. SHS/TLH/86.1. Ginebra: OMS, 1986. "Annual Reports in the Context of Primary Health Care". Document SHS/TLH/86.1. WHO, Geneva, 1986.
- El documento versa sobre la gerencia hospitalaria puede ser mejorada si se eleva la calidad de los informes hospitalarios anuales. Se propone un esquema de informe anual.
- Lutz, W. *Planning and organizing a health survey: A guide for health workers*. International Epidemiological Association, Geneva, 1981.
- Este manual está destinado a los médicos y personal de salud que trabajan en el nivel local. Enumera y define las etapas involucradas en la planificación y organización de investigaciones destinadas a recabar información relacionada con las necesidades de salud dentro de la comunidad y ofrece lineamientos para la ejecución de cada etapa.
- McLeod, Raymond, Jr. *Management information systems*. Second Edition. Chicago: Science Research Associates, Inc., 1983.
- Texto general sobre sistemas de información para la gerencia que contiene una buena explicación sobre el uso de la información en la toma de decisión.
- Migliónico, Américo. *Información, decisión y políticas nacionales de información sanitaria de la Salud*. Los sistemas locales de salud. Aspectos conceptuales y metodológicos. Se-paratas de reuniones celebradas sobre el tema abril 1987-abril 1988. (Mimeo). Washington, D.C., 1988.
- Las secciones de este trabajo son: Datos, información, conocimiento; subordinación de la información; información y potencialidad de la información; problemas para la acción y necesidad de información sanitaria; factibilidad y viabilidad de la información sanitaria; gestión y sistemas de información para la gestión; complejidad, red de servicios, participación; información para la política; política nacional de salud y política nacional de información sanitaria.
- Moya de Madrigal, Ligia. *Base de datos sobre la organización y funcionamiento de los servicios de salud*. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD) de la Organización Panamericana de la Salud - Proyecto. (Mimeo). Washington, D.C., julio 1987.
- Este informe está orientado hacia la base de datos del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD) de la OPS. Las definiciones y conceptos y los indicadores propuestos tienen una aplicación más amplia.
- Munaghan, Jane H. *Health indicators and information systems for the year 2000*. Annual Review of Public Health 2: 299-361, 1981.
- Se trata el problema general de diseñar y desarrollar sistemas de información en salud que respondan a la labor de promover y monitorear "salud para todos en el año 2000".
- Obrégón, Sonia y Leonardo Montliva. *La planificación situacional en los SIOS a través de la exposición de los cuatro momentos del proceso de planificación*.
- Opit, Louis J. et al. "How should information on health care be generated and used." World Health Forum 8 (4): 409-438, 1987.
- El autor presenta sus puntos de vista en cuanto a los sistemas de información en salud, y nueve personas de distintas regiones del mundo comentan sobre ello.
- Organización Panamericana de la Salud. *Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990*. Washington, D.C., 1987.
- Este volumen contiene los tres documentos—Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS en el Cuadrante 1987-1990; Estrategia de Gestión para la Utilización Óptima de los Recursos de la Organización Panamericana de la Salud en Apoyo Directo a los Países Miembros; Política Regional de Presupuesto por Programas—que sirven de base y orientación para las actividades de la Organización.
- Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y al proceso de descentralización en los países de la Región de las Américas*. Agosto, 1987.
- Documento de trabajo para la reunión sobre "La descentralización y sistemas locales de salud" realizada el 31 de agosto al 4 de septiembre de 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Los sistemas locales de salud*. Aspectos conceptuales y metodológicos. Se-paratas de reuniones celebradas sobre el tema abril 1987-abril 1988. (Mimeo). Washington, D.C., 1988.

El propósito de este módulo es brindar los conocimientos necesarios para realizar una encuesta con el objeto de evaluar la cobertura con vacunas y para analizar sus resultados. Los conceptos presentados pueden aplicarse a encuestas sobre otros temas.

Zimmer, James G. y Robert L. Berg. *Data needs for regionalization*. En Seward, Ernest W. (Ed.) *The regionalization of personal health services*. New York: PRODIST, 1976.

Este trabajo esboza conjuntos de datos que se necesitan, tanto para fines de planificación, como para monitoreo y evaluación, así como sus fuentes; describe las transformaciones requeridas para hacerlos útiles y trata el proceso de establecer prioridades en la recolección de datos.

Este documento incluye los siguientes informes: Grupo de Trabajo sobre Investigación de Servicios de Salud (6-17 de abril de 1987); Taller "El Hospital y la red de los sistemas locales de salud" (18-22 de mayo de 1987); Reunión "La

Organización Panamericana de la Salud. *Informes de los grupos de trabajo de las Discusiones Técnicas sobre "La información para la gestión en los sistemas locales de salud"*, Washington, 1988.

El documento resume la doctrina de la Organización Panamericana de la Salud en cuanto al desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.

Organización Panamericana de la Salud. *El Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la Transición de los sistemas nacionales de salud*. Abril 1988.

Organización Panamericana de la Salud. *El Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la Transición de los sistemas locales de salud* (10-16 de enero de 1988); Taller sobre sistemas locales de salud en países del Cono Sur y Brasil (11-15 de abril de 1988).

INFORMACION BASADA EN LA COMUNIDAD Métodos no convencionales

Myriam Gersenovic

ANTECEDENTES

La primera expresión de la OMS en la notificación de datos sobre salud por personal no médico (1) figura en un documento preparado por el Dr. Yves Biraud en 1956 (2). Un grupo de la OMS que se reunió en Ginebra en 1971, discutió el problema de utilizar la CIE en la notificación por personal no médico de casos de morbilidad y mortalidad en países en desarrollo. Este grupo recomendó una clasificación y métodos prácticos para registrar síntomas, signos y padecimientos; también recomendó la realización de estudios prácticos (3). En 1973, la OMS convocó a otra reunión de consulta en Ginebra, para evaluar la importancia de los informes por personal no médico, especialmente para facilitar la información tan necesaria para funciones maternas y perinatales (4). En la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la CIE, celebrada en 1975, también se discutió acerca de Lay Reporting. La conveniencia de utilizar la CIE para los informes suministrados por personas que no son médicos, dio lugar a grandes diferencias de opinión. Un pequeño grupo de trabajo de la Conferencia formó las recomendaciones para que la OMS intensificase su participación en los esfuerzos de los Países Miembros, para establecer métodos que permitieran la utilización de personal no médico o paramédico en el acopio de estadísticas de morbilidad y mortalidad. Ello debería efectuarse mediante la organización de reuniones que facilitasen el sistema de clasificación y métodos de registro, y mediante la colaboración con los países en sus esfuerzos para establecer y ampliar dichos métodos (5).

De conformidad con esta recomendación, la Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático (SEARO) (6), convocó a un grupo de trabajo que se reunió en Nueva Delhi del 22 al 27 de noviembre de 1972. Dicho grupo redactó una lista de asociaciones de síntomas que se presuntían ser reconocidos por personal de servicios primarios de salud (personal no calificado médico) camente según las normas comúnmente aceptadas. La primera expresión de la OMS en la notificación de datos sobre salud por personal no médico (1) figura en un documento preparado por el Dr. Yves Biraud en 1956 (2). Un grupo de la OMS que se reunió en Ginebra en 1971, discutió el problema de utilizar la CIE en la notificación por personal no médico de casos de morbilidad y mortalidad en países en desarrollo. Este grupo recomendó una clasificación y métodos prácticos para registrar síntomas, signos y padecimientos; también recomendó la realización de estudios prácticos (3). En 1973, la OMS convocó a otra reunión de consulta en Ginebra, para evaluar la importancia de los informes por personal no médico, especialmente para facilitar la información tan necesaria para funciones maternas y perinatales (4). En la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la CIE, celebrada en 1975, también se discutió acerca de Lay Reporting. La conveniencia de utilizar la CIE para los informes suministrados por personas que no son médicos, dio lugar a grandes diferencias de opinión. Un pequeño grupo de trabajo de la Conferencia formó las recomendaciones para que la OMS intensificase su participación en los esfuerzos de los Países Miembros, para establecer métodos que permitieran la utilización de personal no médico o paramédico en el acopio de estadísticas de morbilidad y mortalidad. Ello debería efectuarse mediante la organización de reuniones que facilitasen el sistema de clasificación y métodos de registro, y mediante la colaboración con los países en sus esfuerzos para establecer y ampliar dichos métodos (5).

El trabajo anteriormente mencionado fue publicado por la OMS y traducido al español por AMARO (7), el cual remarca que un sistema desarrollado para una zona o región no puede simplemente ser transferido a otra y utilizado en esta sin modificaciones (8). En otras regiones los problemas de salud a identificar pueden ser diferentes, lo mismo que los niveles de capacitación de personal, o que las descripciones de síntomas, ya sea en inglés o en otro idioma. La mencionada publicación debería considerarse simplemente como ejemplo de un sistema de notificación por personal no médico, la misma que es preciso adaptar a otras circunstancias.

* Lista mínima de morbilidad, pag. 23.
** Lista mínima de morbilidad, pag. 25.

Cabe destacar que la Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1975, en su resolución WHA29.35, lo siguiente:

"2. Aceptar la recomendación de la Conferencia sobre prestación de asistencia a los países en desarrollo para el establecimiento o la ampliación de sistemas de acopio de estadística, de morbilidad y mortalidad por medio de personal no médico o paramédico (9)".

Hacia fines de la década de los 70, en la Región de las Américas, comenzaron a replantearse los alcances y objetivos de Lay Reporting, a la luz de las estrategias regionales derivadas de la meta salud para todos en el año 2000.

En 1980, la OPS presentó en Lima, Perú, durante una reunión organizada por el proyecto VISTIMS (10), la necesidad de extender el concepto de Lay Reporting para tener la posibilidad de ser utilizado con el objeto de cubrir importantes vacíos de información de los sistemas convencionales. Este documento fue traducido y utilizado como documento de referencia en la reunión de Rijka, Yugoslavia, organizada por la OMS. Paralelamente con este desarrollo se comenzó una experiencia sobre información en la comunidad, en la región de Estelí, República de Nicaragua.

Al mismo tiempo, algunas experiencias nacionales en los países latinoamericanos siguen espumando muy parecidos. Entre ellos podemos citar el diseño hecho por la Escuela de Salud Pública de São Paulo para el Estado de Piauí; la experiencia de Bolivia; el esquema de vigilancia epidemiológica simplificado de México; las experiencias sobre información relacionadas con el área materno-infantil, hechos en diversos países bajo los auspicios de UNICEF, etc.

En la reunión interregional realizada en Mani-la, en noviembre de 1985, se observó claramente esta extensión del concepto de Lay Reporting, como también en otras regiones del mundo. Sin embargo, notamos una variación en el énfasis, ya que mientras nuestra Región reconoce la importancia de esta metodología para tener conocimiento del estado de salud, en otras regiones se insiste en su utilización a los fines de control de gestión. Otra diferencia es que nuestra Organización visualiza esta técnica como un reto temporal en este enfoque para solucionar problemas coyunturales.

MARCO CONCEPTUAL

Es reconocido por los países de la Región que la desigualdad en la oportunidad de acceso a la atención médica, la disminución del ingreso familiar, el deterioro de la salud ambiental, la desnutrición y el bajo acceso a sistemas formales de instrucción, se traducen en graves diferencias entre países (o incluso entre áreas), en los indicadores clásicos de salud y nivel de vida. Esto se ve reforzado por los fenómenos de transición epidemiológica (11), la crisis de los sectores de salud de los distintos países (12), que incluye el aumento de los costos y el uso acrítico de tecnologías de alta complejidad, a lo que se suman "las limitaciones que ha impuesto a los países en desarrollo el servicio de la deuda externa y en consecuencia, por su influencia negativa en la prestación de los servicios de salud, lo que unido al incremento de los costos, al uso indiscriminado de tecnologías médicas de alta especialidad y a la persistencia de modelos de atención generalmente inadecuados, impide satisfacer las necesidades básicas de salud de una población en constante crecimiento (13)".

Como respuesta a estas situaciones la comunidad internacional y los organismos internacionales de salud, en su búsqueda de modalidades alternativas de atención (14), acordaron el desarrollo y consolidación de metodologías innovadoras con énfasis en el desarrollo de sistemas locales de salud, la estrategia de atención primaria, la descentralización efectiva de los servicios y el desarrollo de la capacidad gerencial, todo ello con el componente de participación comunitaria e intersectorialidad que lleva implícito cada uno de los elementos antes mencionados (15).

Esas nuevas modalidades de atención llevaron a percibir necesidades de información distintas de la que habitualmente se disponía a través de los conductos y mecanismos del sector.

Estas nuevas necesidades de información podrían percibirse por una parte en la dificultad de obtener y utilizar a nivel local, e incluso algunas veces comunitario, datos para la construcción de indicadores clásicos u otros muy similares, y por otra parte, porque la misma esencia del proceso innovativo requería disponer de información, o mejor aún, de conocimientos sobre aspectos que habitualmente no contemplaban los sistemas clásicos (16).

Con respecto al primer problema es preciso reconocer que en muchos países o zonas de la

alternativas nuevas que fueron denominadas genéticamente *no convencionales*.

Dentro de estas técnicas figuran aquellas que obvian los hitos dejados por falta de cobertura u oportunidad de la información a través de estimaciones, generalmente de carácter demográfico-co indirecto. Estas técnicas han sido ampliamente usadas para los mismos propósitos; lo nuevo o "no convencional" es su introducción en algunos tramos del proceso en forma rutinaria y sistemática.

Posiblemente, dentro de los métodos de información en salud no convencionales los de mayor relevancia, tanto por la frecuencia de su uso como por sus características de estar fuertemente ligados a la participación social, y a la descentralización del proceso decisorio, sean el conjunto de técnicas, métodos y procedimientos, conocidos genéricamente como *información basada en la comunidad* (IBC). Estas técnicas difieren notablemente entre sí, pero se caracterizan por utilizar la estructura comunitaria para obtener información que luego pueda ser incorporada al sistema.

Este tipo de respuesta que surge con distintas modalidades en los diferentes países, pero con una asombrosa coincidencia en el tiempo y que es catalizado y capitalizado por PAHO/AMRO, es conocido por diversos autores que han incurrido en el tema como *métodos no convencionales* y se incorporan a un concepto más amplio de Intelligencia en Salud (18).

AREAS DE APLICACION

Dentro de las áreas de aplicación pueden mencionarse:

- Refuerzo a los sistemas de estadísticas vitales
- Vigilancia epidemiológica
- Monitoria de programa
- Necesidades de la población
- Percepción del proceso salud-enfermedad

Estadísticas vitales

Las metodologías en los distintos países difieren entre sí; pero globalmente tienen en común algunos procedimientos que se pueden sintetizar así:

Región la información necesaria para determinar el estado de salud de la población no se encuentra disponible en el momento y en el nivel adecuado. En especial, aquella información que se refiere a estadísticas vitales suele tener problemas de cobertura, calidad y oportunidad. A esto se agrega el hecho de que en general (17), el nivel de consolidación de la información de salud se encuentra con un acentuado grado de centralización, con lo que los niveles periféricos que son los que por lógica necesitan la información con mayor premura o actualidad, deben esperar a que los datos sean elaborados con diferente grado de centralización y luego remitidos a los niveles locales, con lo que la vigencia de la información que les es proporcionada pierde actualidad y con ello, en muchos casos, utilidad.

También, la información referida a incidencia de determinadas afecciones tiene el mismo camino, con el consiguiente problema para los usuarios en los sistemas locales.

Resulta obvio destacar que el refuerzo de adecuación y perfeccionamiento de los sistemas estadísticos sería la solución óptima; pero entendemos, también, que este es un proceso a largo plazo, entorpecido por el hecho de que la falta de uso de la información, sobre todo a los niveles locales, causada por los factores antes mencionados, resta motivación para que el proceso de perfeccionamiento de la información tenga el apoyo que requiere a todos los niveles. Esto es válido para todo tipo de estadísticas de salud, especialmente para aquellas que para su recolección, captura o análisis necesitan el concurso de más de una institución, en muchos casos múltiples y no siempre intrasectoriales.

Una alternativa no siempre exitosa fue el desatrollo, por parte del sector salud, de sistemas paralelos destinados a abastecer unidades periféricas. Esto tuvo repercusiones negativas, tanto en los niveles periféricos, como en el sistema como un todo. Frente a este desatrollo se imponía una nueva línea de acción que cambiase la conceptualización convencional. La opción fue la búsqueda de alternativas destinadas a solucionar los problemas coyunturales sin interferir con el perfeccionamiento y desarrollo global del sistema o ulteriores desarrollos. Estas alternativas muy posiblemente deberían buscarse fuera de los métodos convencionales. Fue entonces, necesario desarrollar, o en muchos casos resucitar, un conjunto de técnicas y

a) El trabajador comunitario en salud recaba la información sobre el número de nacimientos y defunciones.
 b) Lo comunica al nivel superior inmediato del esquema de servicios de salud.
 c) Promueve la inscripción del evento en el sistema convencional (en algunos países el trabajador comunitario recibe delegación del registro civil para registrar el hecho. En otros casos, se ha propuesto que este agente comunitario presente ante el registro civil al declarante).
 La adopción de una u otra figura dependerá de las características locales y del entorno jurídico que podrá limitar o extender la delegación de funciones del Registro Civil*.
 En cuanto a la información a recabar, también puede variar según las circunstancias, desde el registro simple de nacimientos o de funciones para una determinada unidad geográfica o poblacional, hasta datos más complejos que tiendan a determinar el cuándo, el dónde, y en el caso de las defunciones, incluso cierta aproximación al cómo.

Necesidades de la población a nivel comunitario

Para aquellos países que tengan comunidades organizadas y representadas frente al sistema de salud, la IBC representa una necesidad. Al mismo tiempo el sistema de salud puede tomar noción de información no detectable por otro medio (por ejemplo demanda no satisfecha) y necesidades comunitarias/colectivas (por ejemplo saneamiento básico rural).
REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS
 A pesar de que estas metodologías no son nuevas, su integración al sistema convencional de información para su utilización en el conocimiento del estado de salud de la población, puede considerarse aun en etapa de prueba; pese a lo cual, parece importante destacar desde el mismo comienzo algunos requisitos a ser cumplidos previamente a su implantación y algunas características que debe tener el método como condición indispensable para el éxito de la misma.
Requisitos
 a) Deben existir hitos de información en el sistema convencional y su solución debe visualizarse en sí mismo, sino como un complemento para el sistema de información
 e) No debe ser considerado como un sistema de información
 ● relevante,
 ● seleccionada (restringida),
 ● de consolidación piramidal, y
 ● de interpretación directa.
 d) Debe contemplarse primeramente la utilidad para la misma comunidad que proporcione los datos y por lo tanto, la información que proporcione debe ser:
 ● relevante,
 ● de consolidación piramidal, y
 ● de interpretación directa.
 c) En lo posible deben ser intersectoriales (deben aprovechar la información para abastecer no solamente al sector salud).
 b) Conviene que de alguna manera sean intersectoriales al resto del proceso estadístico del país, zona o área.
 a) Deben ser en lo posible diseñadas con participación de la misma comunidad.
Características
 a) Deben ser en lo posible diseñadas con participación de la misma comunidad.
 b) Conviene que de alguna manera sean intersectoriales al resto del proceso estadístico del país, zona o área.
 c) En lo posible deben ser intersectoriales (deben aprovechar la información para abastecer no solamente al sector salud).
 d) Debe contemplarse primeramente la utilidad para la misma comunidad que proporcione los datos y por lo tanto, la información que proporcione debe ser:
 ● relevante,
 ● de consolidación piramidal, y
 ● de interpretación directa.
 e) No debe ser considerado como un sistema de información
 a) Deben existir hitos de información en el sistema convencional y su solución debe visualizarse en sí mismo, sino como un complemento para el sistema de información

sión del sistema de vigilancia epidemiológica si bien, la extensión en sí misma superó en algunos aspectos las características del mismo (20).

Este programa contempla la incorporación activa de los recursos comunitarios a través de sus líderes en distintas áreas. Consiste en una red de unidades ligadas con los servicios locales de salud y que operan con instrumentos comunes, entre los que se destacan la planilla para el diagnóstico simplificado de enfermedades y el microdiagnóstico de salud comunitario.

La planilla para el diagnóstico simplificado de enfermedades es un método abreviado para obtener una aproximación a determinados diagnósticos por parte del trabajador comunitario instruido para tal efecto. Esta planilla consiste en un formato donde una cantidad de síntomas aparecen en la parte alta del mismo, muchas veces en lenguaje folklórico. Cada uno de estos síntomas genera una columna, y cada hilera está destinada a un paciente. El trabajador comunitario en salud coloca una tilda en la hilera de ese paciente, en las casillas columnas que corresponden a las de cada uno de los síntomas que refiere el paciente. Posteriormente, desliza una matriz con exactamente los mismos síntomas, pero cada línea está destinada a una afección que se pretende detectar y presenta perforaciones en las casillas correspondientes a síntomas significativos para esa enfermedad.

El trabajador comunitario en salud desliza la matriz sobre la planilla y donde las tildes coinciden con todas las perforaciones, tendrá para ese enfermo la posible afección que se encuentra consignada a la derecha de la matriz (21).

El mecanismo información/acción se ve facilitado por la existencia de una guía para la toma de decisiones por parte del trabajador comunitario y, por la existencia de un sistema de referencia y contrarreferencia que vincula el servicio local de salud con las comunidades adscritas a este sistema (22).

La evaluación de los instrumentos consiste en la comparación a "doble ciegos" de las afecciones detectadas por este personal con las detectadas por el personal médico, durante una prueba piloto. Este demostró una concordancia del 73,5% en términos generales. Analizando los padecimientos en forma individual, la sensibilidad y especificidad y valor predictivo, mostraron semejanzas, siendo mayor los valores de especificidad y valor predictivo que superaron el 80%; la sensibilidad fue bastante menor (23).

RIESGOS Y VENTAJAS

Riesgos

a) Delegar en la comunidad responsabilidades que le corresponden al sector salud.

b) Transculturar.

c) Tender a reemplazar los métodos convencionales por estos.

d) Intentar convertirlos en definitivos.

e) Crear expectativas que superen las limitaciones de estas técnicas.

Ventajas

El trabajador en salud, que es un miembro de su propia comunidad, conoce muy bien los acontecimientos vitales que acacen en ella.

La estrategia, en ese caso, apunta a rescatar esa información e incorporarla al sistema formal de registro.

En general la comunidad tiene un gran caudal de conocimiento; compete al sector salud rescatar esa información y traducirla para su utilización por el sistema de servicios de salud, sobre todo en los niveles locales o más periféricos.

No se busca que estas técnicas solucionen problemas de calidad o de integridad.

El objetivo de estas técnicas es generalmente la solución de problemas de oportunidad y cobertura, además de captar información que habitualmente no abordan los sistemas convencionales en forma rutinaria.

EL CASO DE MEXICO

Este país define los métodos no convencionales como "un conjunto de técnicas y procedimientos alternativos que permiten captar, procesar y analizar la información básica sobre problemas de salud y situaciones de importancia epidemiológica para las cuales no se cuenta con infraestructura y tecnología adecuada que satisfaga las necesidades de información de los sistemas formales de salud" (19).

Como se observa, esta conceptualización se encuadra dentro de la conceptualización regional. El objetivo es conocer las características de determinadas afecciones en el área rural marginada y es considerado en el país como una extensión de la información regional.

* Como se observa también en este caso, se trata de reforzar los sistemas existentes a través de facilitar la captura de eventos por parte del Registro Civil.

Los instrumentos mencionados no son los únicos, ya que debe mencionarse el registro de parámetros empíricos, etc.

Resultados

Las etapas de diseño y prueba fueron desarrolladas a lo largo de los años 1985-1987, el sistema se comenzó a instalar hace 10 meses y en el transcurso de ese tiempo se incorporaron 10 estados. Está previsto incorporar cuatro estados más en los próximos meses.

Las innovaciones en curso contemplan la modificación del instrumento para darles a los estados mayor flexibilidad y permitir aficciones no prevalentes en un estado y, eventualmente reemplazadas por aficciones de alta frecuencia (por ejemplo, sacar malaria de las áreas no endémicas y su reemplazo por brucelosis). También está previsto el reemplazo de algunos datos por riesgos, a fin de lograr prevención secundaria (por ejemplo rabia por personas mordidas) (24).

REFERENCIAS

(1) Gershenovic, Myrtam. *Lay Reporting: antecedentes históricos*. Reunión internacional de Lay Reporting: Quetáro, México, 2-7 noviembre de 1986.

(2) Bitaud, Yves. *Documento WHO/HS60*. OMS: Ginebra, Suiza, 1975.

(3) *Documento médico WHO/ICD*. Ginebra, Suiza, 1971.

(4) *Documento médico WHO/ICD/LR73.6*. OMS: Ginebra, Suiza, 1973.

(5) *Documento médico WHO/ICD/Rev Conf/75.24 Rev 1*. OMS: Ginebra, Suiza, 1975.

(6) *Informe de salud por personal no médico*. OMS: Ginebra, Suiza, 1978.

(7) *Informe de salud por personal no médico*. OPS/OMS: Washington, D.C., Estados Unidos, 1979.

(8) Gershenovic, Myrtam. *Lay Reporting en la Región de las Américas: Working Papers*. Reunión Internacional de Lay Reporting: Manila, Filipinas, 1984.

(9) *Clasificación internacional de enfermedades: novena revisión*. OMS: Ginebra, Suiza, 1975.

(10) Gershenovic, Myrtam. *Mejoramiento del acceso al registro*. Reunión Proyecto VISTIM: Lima, Perú, 1980.

(11) *Reunión internacional de epidemiología: Informe final*. OPS/OMS: Buenos Aires, Argentina, 1983.

(12) Alvarez Lucas, Carlos H.; Lezana F., Miguel Angel; Velázquez, Oscar J. *Métodos no convencionales de información en salud, el caso de México*. Taller Regional. La CIE y el Análisis de Información: México, noviembre 1988.

(13) Alvarez Lucas, Carlos H.; Lezana F., Miguel Angel; Velázquez, Oscar J. *Op. cit.*

(14) Alvarez Lucas, Carlos H.; Lezana F., Miguel Angel; Velázquez, Oscar J. *Op. cit.*

(15) Alvarez Lucas, Carlos H.; Lezana F., Miguel Angel; Velázquez, Oscar J. *Op. cit.*

(16) Gershenovic, Myrtam. *Marco conceptual*. Reunión Internacional de Lay Reporting: Quetáro, México, 2-7 noviembre 1986.

(17) Gershenovic, Myrtam. *Conceptos de Lay Reporting*. Reunión internacional de Lay Reporting: Quetáro, México, 2-7 noviembre 1986.

(18) Gershenovic, Myrtam. *Bases para los INTELSA*. OPS/OMS/SS: Washington, D.C., Estados Unidos, 1985.

(19) Alvarez Lucas, C.; Lezana, M. A.; Velázquez, O. *Op. cit.*

(20) Alvarez Lucas. *Descripción del modelo de vigilancia epidemiológica simplificada*. Reunión internacional de Lay Reporting: Quetáro, México, 2-7 noviembre 1986.

(21) Gershenovic, Myrtam. *Informe de viajes a México (diversos documentos)*. OPS/OMS: Washington, D.C., Estados Unidos, 1985-1989.

(22) Alvarez, Lucas C. *Op. cit.*

(23) Alvarez Lucas, C.; Lezana, M. A.; Velázquez, O. *Op. cit.*

(24) Gershenovic, Myrtam. *Informe de viaje a México*. OPS/OMS: Washington, D.C., Estados Unidos, 3-8 julio 1989.

EL SUBSISTEMA DE PERSONAL EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Yolanda Arango

INTRODUCCION

dos y cada uno de sus subsistemas. En particular, el subsistema de personal* requiere de un enfoque integrador, inserto dentro de una red de servicios conformados por el sistema de salud, y un proceso de participación social entendido como:

"el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades, y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria. La participación social, así definida, tiene im-

plificaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa ejercicio de poder y, como tal, fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base; pero además, en términos axiológicos y teleológicos la participación social constituye una finalidad en sí misma, si se la considera como una condición inherente a la democracia real y a la recuperación por la población del poder decisorio que, con la separación progresiva del Estado de la sociedad civil, se ha venido concentrando históricamente en los aparatos e instituciones de aquel en muchos países de América Latina. Desde esa perspectiva, la participación social equivale al proceso de reapropiación, por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y de los servicios que prestan.

La participación como proceso político y social no puede, y no debe, entenderse como el producto de una técnica, o resultado de un puñado de procedimientos o dispositivos administrativos" (2).

Estas circunstancias implican complejos mecanismos de redistribución del poder y deberes en-

El proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades, y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria. La participación social, así definida, tiene im-

plificaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa ejercicio de poder y, como tal, fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base; pero además, en términos axiológicos y teleológicos la participación social constituye una finalidad en sí misma, si se la considera como una condición inherente a la democracia real y a la recuperación por la población del poder decisorio que, con la separación progresiva del Estado de la sociedad civil, se ha venido concentrando históricamente en los aparatos e instituciones de aquel en muchos países de América Latina. Desde esa perspectiva, la participación social equivale al proceso de reapropiación, por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y de los servicios que prestan.

La participación como proceso político y social no puede, y no debe, entenderse como el producto de una técnica, o resultado de un puñado de procedimientos o dispositivos administrativos" (2).

Estas circunstancias implican complejos mecanismos de redistribución del poder y deberes en-

El rediseño del sistema de salud a la luz de la meta salud para todos, de la política de descentralización y de la implantación de los sistemas locales de salud, exige una amplia reestructuración en to-

* El concepto de personal se toma en el sentido planteado por Testa "todo lo que se relaciona con la gestión, actividad, transformación y sustitución de la fuerza de trabajo".

PERSONAL DE SALUD Y CAMBIOS REQUERIDOS EN EL SISTEMA DE SALUD

De acuerdo con el estudio de Passos Nogueira (4), entre un 60% a 80% del presupuesto para la salud se invierte en personal, constituyéndose el trabajo en el principal insumo de la atención en salud.

La fuerza de trabajo en América Latina para el quinquenio 1980-1985, se calculaba en un poco más de 1 050 000 trabajadores (58% profesionales, 1% técnicos y 3% auxiliares) (5). Su distribución geográfica e institucional reflejaba grandes desajustes y profundas desigualdades por regiones, por clases sociales y por áreas de servicios. Aun cuando, técnicamente, se mencionaba para el año 1984, una razón de 11,2 médicos por diez mil habitantes (Publicación Científica OPS/OMS, 1986), estos se concentraban en las grandes capitales y ciudades. En particular, el recuento de enfermería, constituido por un grupo heterogéneo de personal, está representado en los servicios por un sector mayoritario de ayudantes de enfermería. Dicho personal, en general, es contratado por las instituciones sin ningún requisito de preparación formal; ellos son quienes ejecutan, en la mayoría de los casos, actividades complejas sin orientación ni supervisión. La tendencia observada frente a las políticas de ampliación de cobertura de servicios, muestra que el sector público incrementa fundamentalmente aquellas categorías de personal de enfermería con más baja preparación (6). Las circunstancias anteriores se reproducen ante la reducción del gasto público en la mayoría de los países; tal hecho ha desencadenado un creciente fenómeno de desempleo de profesionales, de subempleo y un incremento en la contratación de personal no calificado. Dicho fenómeno pareciera no encontrar salidas favorables a corto plazo ante la creciente deuda externa latinoamericana, factor que ha conducido a una fuerte restricción presupuestal para las áreas sociales, y entre ellos, una de las más afectadas ha sido la correspondiente a salud.

Los señalamientos anteriores constituyen parte de la realidad que caracteriza el sector salud, sector en donde se definen prácticas de salud, que corresponden a un tipo de sociedad en donde sus relaciones de producción dominantes configuran la forma y contenido de sus instituciones. En el interactuar de las instituciones, de las causas y efectos del proceso salud-enferme-

re el personal de salud-al interior del sistema-y en su interrelación con la comunidad, contexto social donde el sistema se concretiza.

Este nuevo abordaje de la división social del trabajo, por parte del personal de salud, se inscribe en una dinámica política-técnica y epidemiológica que desborda las modalidades técnicas que han marcado tan hondamente las teorías de administración de personal en los servicios de salud.

El enfoque rígido de metodologías sobre administración de personal fundamentadas en conceptos unidireccionales, coercitivos y verticales, requiere de planteamientos que armonicen con el fin social del sector y sus instituciones. En este sentido la "reforma administrativa" como elemento para la viabilización del proceso de cambio, debe ser sustituida por un proceso de "innovación administrativa" continuo, controlado, evaluado y ajustado sistemáticamente. Para ello resulta imperativo desarrollar una concepción y un estilo de administración, a la luz de las exigencias del proceso de cambio planteado, y analizar las implicaciones que dicha concepción brinda, para el desarrollo de metodologías específicas a condiciones concretas de una realidad social en un momento histórico determinado (3).

Entender que el sistema de salud está inserto en un proceso social regido por dinámicas complejas, en donde interactúan fenómenos de orden sociopolítico y económico constante y permanentemente, hace posible comprender, a su vez, el intrincado espacio en donde se mueve dicho sistema. Por lo tanto, "el perfeccionamiento del conocimiento del sistema de salud y el de las soluciones posibles a los problemas advertidos transcurre por aproximaciones sucesivas al interior de un proceso de prueba-errores-explicación, que obliga a la construcción de teorías e hipótesis (desde un contexto interdisciplinario con la naturaleza de cada problema) y a apelar a un arsenal conceptual y metodológico que trasciende los límites del método científico experimental y de los tratamientos cuantitativos" (1).

La diversidad de factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, modificables unos por acciones directas del sector, pero otros incontrolables por este, restringe la eficacia y eficiencia de las acciones sanitarias. En el campo específico del personal de salud cabe precisar el entorno de su realidad, de sus limitaciones y de sus características dentro del contexto de los servicios de salud.

Los sistemas locales de salud requieren un personal suficientemente calificado que pueda asumir las tareas y responsabilidades que impone la reorganización. Exige, igualmente, un personal íntimamente ligado al proceso de participación social cuya dinámica trasciende los esquemas de la "institucionalidad", tan arraigado en el sector salud. Requiere, también, de un personal que rompa con la visión tecnocrática, biológica y compartamentalizada del quehacer en salud. La necesidad de un "nuevo" personal de salud se comprende, en la medida en que se dimensiona la complejidad de los cambios requeridos para hacer efectiva la descentralización. Entre estas transformaciones se señalan (1):

- a) Cambios sustanciales en la forma como se definen, programan y ejecutan acciones de salud, pasando de la clásica división por disciplinas o especialidades a una integración de acciones por conjunto de problemas.
- b) Cambios en la asignación de atención por patologías, a una asignación de atención de prioridades en función de necesidades y riesgos poblacionales.
- c) Cambios en la concepción de los recursos humanos. Estos no deben ubicarse como receptores pasivos de programas, sino constituirse en verdaderos actores de la integración de los conocimientos sociomédicos y epidemiológicos dirigidos a necesidades concretas en el individuo, familia y comunidad.

- d) Cambios en los perfiles ocupacionales ac-tualmente prevalentes y tipificados como rígidos, individualizados y hegemónicos.
- e) Cambios que posibiliten dinámica de cons-puestos aislados carentes de sentido de trabajo en equipo y fundamentada en acciones curativas.
- f) Cambios dirigidos a propiciar una partici-pación que supere la concepción colaborativa, utilitaria, restringida y pasiva.

Los cambios planteados significan un trascen-dental reto, dados los contextos sociales especi-ficos en los cuales las transformaciones deben plantearse y, fundamentalmente, lograrse. Al conceptualizar al sector salud como un sistema altamente dependiente que se desarrolla entre fenómenos de incertidumbre y conflicto, en me-dio de procesos complejos y bajo trayectorias zigzagueantes y discontinuas (3), se comprende la dimensión y envergadura de la tarea que debe

Ante la dimensión de la problemática planteada, y de gestión (8).

sector esta enfrentando enormes retos operativos nes de salud del sector público. En este sentido el- cías en la capacidad operativa de las institucio- te de los recursos, conduciendo a serias deficien- observan el uso racional, oportuno y eficiente- ● Inadecuados enfoques administrativos que tribución y utilización del personal.

- Creciente desequilibrio en la cantidad, dis- tribución y utilización del personal.
 - Carentes en la definición de los cargos se- gún categorías de personal.
 - Prevalencia de un sector salud con variedad de instituciones, normas y funciones sin coordinación.
 - Enfoques de atención brindada por gru- pos aislados carentes de sentido de trabajo en equipo y fundamentada en acciones curativas.
 - Asistencia fundamentada en acciones cu- rativas, con bajas coberturas.
 - Bajos presupuestos para la prestación de servicios de salud y creciente aumento de institu- ciones privadas con ánimo de lucro.
 - Ausencia de políticas de recursos humanos que respondan a las necesidades de instituciones del sector público.
- Recursos Humanos en Salud los siguientes hechos:
- lan como problemas prioritarios en el ámbito de los tudes. En tal sentido, varios autores (5) (6) (7) seña- blemas, con pasos específicos y según su magni- debe emprender, partiendo de un conjunto de pro- estrategias que orientan el rediseño. Esta tarea se supervisión, acordes con los enfoques integrales y canismos de vinculación, de educación continua y cada definición de funciones del personal, de me- locales de salud es imprescindible buscar una ade- más efectiva la descentralización y los sistemas to a personal de salud se refiere) que para hacer comprensible. Dicha alternativa exige (en cuan- y desarrollo de sistemas locales de salud, es mente a través de procesos de descentralización infraestructura del sector salud fundamental- La magnitud del desafío, para reorganizar la formaciones macrosociales estén lejanas.

dad, hay contradicciones permanentes (antago- nicas o no) que determinan las características y relaciones entre la "oferta" de servicios y la "de- manda" de la población. Estas relaciones son, en realidad, el resultado consecuente con el modelo social y de salud existentes. Para Carlyle Guerra de Macedo "las posibilidades de cambio tienen que caber en esos límites" en tanto, que las trans- formaciones macrosociales estén lejanas.

emprenderse en el futuro inmediato, en el marco del modelo de economía vigente en la mayoría de los países latinoamericanos.

La OPS/OMS, al impulsar esta intrínca obra, enfatiza que "para el desarrollo de los sistemas locales de salud y para la reorganización y reorientación del sector salud es imprescindible un cambio profundo, conceptual y metodológico en las prácticas corrientes de programación y servicios"; señala como necesario explorar la contribución de enfoques más globalizadores y con mayor flexibilidad como los que sustentan la *planificación estratégica y situacional*, para que sin perder la necesaria operacionalidad, se logre una mejora cualitativa del enfoque de programación vigente en los servicios. Se deberá pasar de la denominada perspectiva normalizadora a un enfoque "finalista, histórico y estratégico" (1).

Estas categorías, tratadas ampliamente por Barrenechea y Trujillo (3), se sintetizan en las siguientes argumentaciones:

Finalista: porque los fines y objetivos deben preceder y presidir las decisiones en cuanto a los ámbitos estructurales y funcionales necesarios.

Estratégico: porque no basta con definir prolijamente el sistema que por alguna razón se considera "ideal" o "conveniente", para satisfacer los requisitos de la meta salud para todos y sus objetivos, se requiere analizar las circunstancias y los factores concretos en el momento del análisis (situación inicial) y estimar, también, las circunstancias y factores que eventualmente aparecerán en el transcurso del horizonte de la programación del cambio (análisis prospectivo), en función de los escenarios actuales y futuros deseables, de las sucesivas situaciones intermedias más probables. Se trata de analizar y construir la viabilidad de las proposiciones y evaluar sus posibilidades de negociación en instrumentación, en la práctica.

Histórico: porque no es suficiente describir la situación actual del sistema, sino es necesario explicarla; y ello, por definición, conlleva el análisis histórico de cómo y por qué el sistema se desarrolló en el tiempo, de una manera determinada.

La concepción de la planificación estratégica tiene implicaciones de especial significado para el subsistema de personal, en tanto se genera una

EL QUEHACER DEL PERSONAL DE SALUD Y LA RED DE SERVICIOS

La red de servicios integrados por los sistemas locales de salud y los niveles hospitalarios, constituyen la infraestructura asistencial a través de la cual el personal de salud desarrolla acciones sanitario-epidemiológicas conducentes a una mayor eficacia operativa y administrativa. El contexto sociopolítico en donde se enmarca dicha red (SILOS-Hospitales), predetermina la forma y contenido de las acciones de salud y de su impacto. Estas acciones logran cambios cuantitativos y cualitativos de diferente magnitud, en la medida que los condicionantes del proceso salud-enfermedad se trabaje en parcial o integralmente.

La dinámica que surge a partir de la concepción de los sistemas locales de salud, requiere de agentes de salud que interactúen como equipos estrechamente vinculados al contexto en el cual se activan. La cotidianidad de la población con sus valores, sus costumbres y sus creencias, constituyen partes fundamentales en las que se inserta el quehacer de todos y cada uno de los agentes que intervienen en la red.

La interpretación del proceso salud-enfermedad en su amplia concepción biológico-social, con regularidad, en constante transformación, hace necesario un nuevo agente de salud que dé respuesta no solo a "partes del problema", sino a problemas emmarcados en complejas etilogías que afectan al hombre en su proceso productivo y reproductivo.

La definición de los perfiles ocupacionales de los nuevos trabajadores de salud insertos en la red de servicios, tiene necesariamente que entrar en reorientaciones conceptuales según niveles de atención. Estas redefiniciones deberán surgir de los propios agentes de salud, a través de dinámicas de trabajo en donde todos y cada uno de los integrantes construyan progresiva y dinámicamente su propio rol. Esta forma de planificación, en lo referente al papel de los agentes de salud, constituye una modalidad concreta de cómo hacer efectiva la concepción endógena de la planificación participante. La dirección impositiva y unidireccional de la planificación normativa, por principio, no tiene cabida en la redefinición de los perfiles ocupacionales.

Una modalidad que posibilitaría dicha redefinición estaría dada a partir de la reflexión sobre el papel que desempeña cada categoría de personal en su puesto de trabajo. Su propia autoavaliación con sus alcances y limitaciones, sus desajustes y frustraciones, serían el punto de partida sobre el cual construir una nueva fase de desarrollo del personal. El atender su criterio, su concepto y definición sobre su propio quehacer, contribuye a replantear el objeto mismo de su desempeño y compromiso frente a la generalidad del sistema en donde está inscrito y frente a la particularidad de su propia praxis.

La estrategia del trabajo colectivo, bajo la modalidad señalada, brindaría la oportunidad para redefinir el carácter técnico impuesto tradicionalmente en el subsistema del personal. El proceso permitiría nuevas definiciones y nuevos criterios comprometidos con una verdadera acción socializante en salud. Construir desde la propia realidad de los agentes de salud, posibilidades de participación y su creatividad y genera procesos de compromiso que trascienden el clásico papel de "cumplimiento de tareas" hospitalarias o preventivas.

La nueva definición de perfiles ocupacionales, a partir de los propios actores, contribuiría para:

● Generar un proceso de desarrollo de personal, bajo una *concepción autogestionada* de su propio quehacer individual y colectivo. La relación entre los servicios concebidos como red y la dinámica de la participación social, serían espacios referidos a una realidad concreta y específica.

● Las determinaciones del quehacer estarían dadas *para y dentro* de contextos diversos según las particularidades existentes. No se partiría de *perfiles rígidamente* construidos para cumplir programas de carácter vertical. Se posibilitaría un proceso de trabajo colectivo (intra e intersectorial), que buscaría transformaciones progresivas e impactos epidemiológicos, a la luz de concepciones que estudien el proceso salud-enfermedad en su complejo marco de integralidad biosicosocial.

● Mantener ciclos continuos e interdependientes en donde los perfiles ocupacionales estarían ligados a la *propia dinámica* de los sistemas locales de salud y a los procesos de participación social.

● Propiciar trabajos colectivos en tanto cada parte del equipo, *aporte, construya, ejecute* actividades bajo una perspectiva de compromisos grupales, centrada en objetivos comunes y en principios que regulen la totalidad del proceso en cada componente de la red de servicios (SILOS-Hospital).

Este esfuerzo implica modificaciones en el objeto de trabajo de los servicios, en su énfasis y materializar los planes trazados.

En cuanto al objeto de trabajo, se torna imprescindible cambiar de una atención individualizada a una atención colectiva; de una visión curativa a una visión preventiva; de un enfoque unicausal del proceso salud-enfermedad, a un enfoque multicausal. Con relación al énfasis asistencial, trascender del plano unidireccional a un contexto integral; de un entorno hospitalario a un conjunto de redes asistenciales; de un accionamiento centralizado a un concepto de descentralización integrada al contexto social en donde las instituciones se desarrollan. Respecto al personal de salud, transformar su trabajo individual a un trabajo colectivo y de equipo; de una marcada apropiación hegemónica de saberes, a un manejo compartido del conocimiento con propósitos y compromisos comunes; de la realización de actividades y tareas intrasistémicas, a la ejecu-

ción de cada una de ellas, en el marco de una dinámica extra e interinstitucional.

PRINCIPIOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA RED DE LOS SERVICIOS Y EL SUBSISTEMA DE PERSONAL

Principios generales de los servicios

La organización de los servicios de salud está regida por una serie de principios generales que se constituyen en guías de acción para el desarrollo de la red de servicios, en general, y del subsistema de personal, en particular (9).

Entre los principios particulares referidos al subsistema de personal se consideran fundamentalmente los siguientes:

- **Principio de la integración funcional:** el subsistema de personal estará regulado por actividades integradas que propicien la intervención del personal en el proceso administrativo y en la participación social.
- **Principio de la división del trabajo dentro de la red de servicios:** el personal tendrá cargos y funciones por niveles de atención que respondan a metas y objetivos comunes de la descentralización y de los sistemas locales de salud.
- **Principio del desarrollo permanente:** el colectivo de trabajadores estará articulado a un proceso de educación y supervisión permanente que posibilite, al personal de salud, el conocimiento de la realidad que enfrentan los servicios dentro del contexto socioeconómico y político, así como su desarrollo administrativo y asistencial.
- **Principio de la innovación:** el personal de salud asegurará la realización del plan previsto en los sistemas locales de salud y en la red, a través de su contribución flexible, dinámica y creativa, producto del proceso histórico que caracteriza la experiencia.

El subsistema de personal

Uno de los subsistemas en los que descansan los servicios de salud es el de personal; de su

desarrollo dependen, en gran medida, la capacidad de respuestas de cada uno de los niveles de servicio y el grado de cohesión y dinámica que se le impregne al proceso de participación social. Según las metas de la OMS, señaladas para el período 1984-1989, se espera que para finales de la década de los 80 "todos los países hayan establecido políticas sobre recursos de personal de salud como parte integrante de su política sanitaria nacional; y que la mayoría de los países tengan planes—de recursos de personal de salud—basados en esas políticas y hayan adoptado medidas para ejecutarlas y vigilar su desarrollo" (Serie de Salud Para Todos No. 8).

En general, un subsistema de personal está regido por un proceso de administración (planeación, organización, dirección y control) que regulariza el entorno general requerido para el funcionamiento de los servicios. Entre las funciones que competen al subsistema están:

- Cuantificación de personal.
- Nombres, promociones, renuncias, comisiones, vacaciones, licencias, comités, traslados.
- Clasificación de personal.
- Localización del recurso.
- Descripción de cargos.
- Selección de personal.
- Capacitación.
- Supervisión.
- Régimen disciplinario.
- Régimen salarial y prestacional.

Si bien es cierto que el subsistema de personal incluye la gama anteriormente mencionada, el presente documento hará referencia solo a algunas de las funciones enumeradas.

Cuantificación del personal

El funcionamiento de los sistemas locales de salud parte de una infraestructura de salud ya existente en cada región. Sobre dicha infraestructura se operarán los cambios tendientes a implantar el rediseño que el sistema de salud define para su operacionización a través de los mismos de descentralización.

Para la descentralización de los sistemas locales de salud, se hace indispensable la descripción y cuantificación del personal de salud existente, a nivel regional y nacional. La finalidad del re-

Selección de personal

En general, la red de servicios de salud existen en una región o territorio dispone de un determinado personal. Sin embargo, el rediseño genera requerimientos de trabajadores para diversos cargos, haciéndose necesaria la selección de nuevo personal o el establecimiento de mecanismos de traslado de funcionarios ya existentes. Frente a la selección de personal, no será suficiente el criterio de una adecuada "capacidad técnica", con habilidades y destrezas para actuar eficazmente en la prestación de los servicios de salud. Es imprescindible la disponibilidad y actitud de los trabajadores que puedan desarrollar desde su puesto de trabajo prácticas tendientes a lograr sistemas de atención más justos, más participativos y en permanente evolución e interacción con las condiciones sociales que directa o indirectamente inciden en el proceso salud-enfermedad.

El personal requerido tendrá que ser seleccionado bajo criterios no solo del desempeño esperado, sino a las exigencias políticas-administrativas para el avance y cualificación de los sistemas locales de salud.

Su disponibilidad para insertarse en un proceso de gestión administrativa que rompa, entre otros, la hegemonía de conocimientos, las acciones institucionales y la orientación biologicista en la atención de salud, tendrá que valorarse de manera preferencial en los criterios de selección.

Las características actitudinales del personal deberán, paulatinamente, ser analizadas y propuestas por los propios trabajadores, a través de las exigencias y resultados de su praxis. Ellos como actores directos, en una práctica concreta, estarán en la capacidad de sugerir el perfil de un personal con sentimientos de "pertenencia a la red" (10).

Las oficinas de personal de los sistemas locales de salud, deberán implantar mecanismos de participación en donde los equipos de salud aporten criterios y brinden sugerencias, que sirvan de base para apreciar las calidades de los aspirantes. El tipo de pruebas y su contenido serán responsabilidad de personal experto que las elaborará, teniendo presente no solo los elementos particulares (capacidad técnica y condiciones actitudinales), sino las metas y objetivos en los que descansen la política de centralización, los sistemas locales de salud y el proceso de participación social.

registro es tener permanentemente una descripción actualizada que permita precisar la disponibilidad de personal, así como áreas críticas que posibiliten tomar decisiones frente a la operacionabilidad de la red de servicios.

El poder decisorio que la descentralización confiere a los sistemas locales de salud, frente a la adecuación de sus recursos (humanos, presupuestales, tecnológicos) hace necesaria la información y la cuantificación del personal y su ubicación. La información deberá ser recopilada a partir de las hojas de vida, disponibles en las oficinas de personal. En general los datos básicos deberán describir:

- Personal según cargo (profesionales, técnicos, auxiliares de apoyo).
- Personal según sexo.
- Personal según edad.
- Personal según nivel educativo.
- Personal según salario.
- Personal según nivel de atención.
- Personal según antigüedad.
- Personal según horas de contratación.
- Personal según tipos de servicios.
- Personal según área geográfica.

Los registros de personal permitirán tener una imagen general y particular sobre sus características, distribución y ubicación. Estos datos se constituyen en un insumo básico para el proceso de planificación, para la prestación de servicios y para los programas de educación continua en los sistemas locales de salud.

La información disponible sobre el personal y su ubicación será utilizada por las unidades de personal y por el colectivo de trabajadores en los sistemas locales de salud. Los propios trabajadores tendrán accesibilidad a los datos, permitiéndoles que ellos propongan y construyan acciones tendientes a definir su óptima participación, según la dinámica surgida de la descentralización, del grado de desarrollo de la red de servicios y del proceso de participación social.

Con base en el tipo y número de personal, así como en su nivel de expertise, se podrán definir las necesidades cuantitativas y cualitativas necesarias a corto y largo plazo, para hacer efectivos los planes y programas correspondientes a los niveles de servicios propios de la red.

Proceso de educación permanente**a) Operacionalización del proceso de educación permanente en los SILOS**

El desarrollo del personal constituye otro de los ejes fundamentales sobre los cuales descansa en gran medida, la proyección operativa de los SILOS. La redefinición de la infraestructura asistencial obliga a redefiniciones en todos y cada uno de sus componentes. Uno de estos componentes—el personal de salud—tiene la responsabilidad de impulsar y gestar procesos que desencadenen acciones sanitarias, verdaderamente comprometidas con la realidad social donde tienen vigencia.

Según Guerra de Macedo (11) "ya no basta considerar los recursos humanos en la perspectiva limitada de mano de obra de un mercado de trabajo en salud, sino que es necesario visualizar la dimensión social general del trabajo de salud en un contexto social determinado y colocarlo en el marco específico de una situación institucional". Por su parte Vidal (12) enfatiza que "la praxis no es tal o cual actividad aislada, inconexa y carente de sentido. El principio de la praxis permite relacionar y diferenciar entre lo que se dice y lo que se hace, entre lo que se formula y lo que se practica, entre lo que dice hacerse y el modo como se hace".

Los conceptos anteriormente señalados delimitan en gran medida la compleja tarea que compete a la actividad educativa. Para hacer efectiva una perspectiva de cualificación que propicie cambios sustanciales en la praxis de los agentes sanitarios; se está ante un cuadro de necesidades regionales no resueltas, de cuadros médicos y no médicos que carecen de conocimientos y destrezas más profundas en materia de organización de servicios, con bases epidemiológicas, tendientes a la generación de esquemas verdaderamente equitativos y justos de prestación de servicios de salud (1).

La educación permanente deberá propiciar y estimular la producción, el análisis crítico y la aplicación de conocimientos necesarios, conducentes a la generación de un nuevo quehacer en salud. Dicho quehacer se fundamenta en un accionar colectivo. No se parte de saberes hegemónicos, ni de categorías de personal sobervaloradas. Se construye con todos los saberes y se actúa con todos y cada uno de los trabajadores.

La educación se constituye en una categoría de socialización del saber, inserta en un proceso tendiente a la transformación permanente de una realidad. La educación debe estar presente a lo largo de la vida del trabajador de salud. Debe tender a cualificar el personal en un marco de integralidad, que le permita interpretar el proceso salud-enfermedad en el amplio contexto en el que acontece. Se debe desarrollar en cada uno de los niveles del sistema de salud, propiciando un desarrollo progresivo en las áreas de la atención y de la administración de los servicios.

La dinámica del proceso educativo debe lograr un personal capaz de reelaborar su quehacer, a la luz de los planteamientos explícitos en las políticas de descentralización de los sistemas locales de salud y de la participación social.

Cada región, con sus características geográficas-poblacionales y sociopolíticas, constituye una particularidad para el proceso de desarrollo del personal. No será posible normatizar uniformemente el plan de educación permanente; este debe responder a formas concretas según el ámbito donde se realice. Sin embargo, a pesar de las consideraciones particulares señaladas, es necesario entender que, en general, los fines de educación—dentro de una sociedad específicamente determinada—están regulados por tres grandes componentes: sus concepciones filosóficas (soporte ideológico), sus políticas educativas y sus modalidades pedagógico-didácticas (12).

En su conjunto, dichos componentes constituyen la esencia del proceso educativo; el avance del proceso estará realmente comprometido con transformaciones sociales en la medida que estén integralmente cohesionados alrededor de la concepción de la salud como un derecho social de toda población.

En resumen, se trata de crear y desarrollar una cultura administrativa de perfil estratégico, sinceramente ligada con el proceso de cambio; para ello son necesarias, pero no suficientes, la revisión y adaptación, o creación conceptual e instrumental y la capacitación de los diversos actores institucionales para su entendimiento y manejo. Es preciso, además, generar el impulso o motivación para el cambio en la dirección deseada. En instituciones públicas productoras de servicios sociales, ese esfuerzo tendrá que centrarse en la *internalización* por parte de las insti-

d) Contexto de la realidad

Un referente de fundamental importancia para la red de servicios y para la educación permanente, estará ligado al contexto en donde estos tengan vigencia:

La dinámica social, económica y política, así como los valores y patrones culturales de una sociedad concreta, constituirán el punto de partida para estudiar el proceso de salud-enfermedad, y dar respuesta dentro de una integralidad que trascienda el marco biologicista, aún no superado.

La realidad de los propios servicios (Hospitales - SILIOS) servirá igualmente, para orientar permanentemente las prioridades del proceso educativo. Esta realidad será identificada en sus diferentes dimensiones (infraestructura, nivel de atención, grado de cohesión con la comunidad, entre otros). La integración de acciones de salud por cómputo de problemas, implica el estudio de estos en su amplia dimensión. "Conocidos los principales problemas y necesidades de salud se puede determinar, por los diferentes elementos integrantes del sistema, cuáles son las prioridades para desarrollar un plan de acción en cuya concepción intervengan todos, para de esa misma forma, responsabilizarse de su ejecución. En ese accionar, tendiente a mejorar el estilo de vida y el estado de salud y hacer así, que este sea un deber de todos, todas las partes deben considerarse responsables y cogestoras del programa de salud" (De Roux *et al.* Serie de desarrollo de servicios de salud 18-1987).

El contexto de la realidad rompe, por supuesto, con el criterio de la rigidez secuencial. Se prioriza con base en una dinámica tremendamente cambiante, en donde algunas variables están insertas fundamentalmente, en complejos procesos sociales que afectan al individuo, a la familia o la comunidad. Abordar la realidad en forma integral implica realmente un trabajo interinstitucional, de convergencia de disciplinas y de intensa participación social.

Superar el análisis puntual y capsular, histórica-mente hecho en el campo de los servicios sanitarios tradicionales, y en particular, por parte del personal de salud, requiere de esfuerzos continuos y progresivos con logros no inmediatos ni terminales.

e) Horizontalidad del proceso educativo

La educación no es un concepto abstracto, es una actividad social con especificidades en su

tuciones y de sus actores; de que su sobrevivencia depende de la *eficacia social y eficiencia social* con que se desarrolle su *fin o misión* (3).

b) Campos de conocimiento

El desarrollo de los trabajadores de salud en la red de servicios de salud, responde a situaciones cambiantes según las áreas de los servicios, el personal y la dinámica de los programas (en su íntima relación con la participación social alcanzada). En general habrá cuatro grandes direcciones hacia donde se canalizará el proceso educativo: el campo de la administración, el campo epidemiológico, el campo clínico (atención de la salud) y el de participación social. Bajo estos cuatro ejes circulará el ámbito educativo, por lo menos en su primera fase. Las necesidades en el nivel hospitalario posiblemente se inserten en el epidemiológico-clínico y en los otros niveles de la red estarán las prioridades de las áreas epidemiológica y de participación social. Lo ideal es lograr un desarrollo integral del personal, que responda a las necesidades de una realidad cambiante, en conflicto, en constante transformación y en permanente interacción con un proceso social específico.

c) Fortalecimiento del trabajo grupal

La redefinición de la red de prestación de los servicios requiere, igualmente, de una red de personal de salud íntimamente comprometida con su quehacer individual y con el trabajo colectivo. Las condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad requeridas para un verdadero impacto epidemiológico descansan —en cuanto a servicios se refiere— en gran medida, en la capacidad que el personal demuestre en su desempeño colectivo.

Para los sistemas locales de salud el trabajo de grupo es un requerimiento esencial y fundamental. En el proceso de educación permanente se busca fortalecer, desarrollar y cualificar la dinámica de trabajo en equipo. Se parte del principio de la integralidad, rescatando y valorando el aporte de todos y cada uno de los agentes de salud involucrados en los servicios. "Más allá de las características técnicas y administrativas, la descentralización implica un cambio en la distribución y uso del poder y ello exige una voluntad y un compromiso político sin variaciones" (Gue-rra de Macedo, Boletín OPS, 102 (2), 1987).

- apariencia y esencia. Para el caso particular, requerido dentro de la reorganización de los servicios de salud, dichas especificidades estarían fundamentadas en una concepción horizontal, entre el accionar educativo y el agente de salud, en donde se converge sobre una base de saberes que se entremezclan y cualifican mutuamente. Se crea así, una relación de bidireccionalidad horizontalizada y dialógica en donde se da estímulo a la expresión de ideas, se propicia la pregunta, el debate y se posibilita la reflexión, la criticidad y el análisis sobre el objeto de estudio y de trabajo. La construcción de nuevos saberes, actitudes y habilidades serán producto de relaciones hechas consciente y progresivamente. No se trata tan solo de la producción de conocimientos, sino de la creación de un agente capaz de asumir los profundos cambios implícitos en toda la reorganización de los servicios y en su inserción al proceso de participación social (13).
- La horizontalidad del proceso, el trabajo grupal y el estudio ligado a una realidad específica constituyen vertientes determinantes para el desarrollo de un personal de salud capacitado para ejercer una función transformadora en el ámbito de los servicios y de la participación social. Bajo estas circunstancias, el *saber* no se constituye en un discurso derivado de una previa formación académica, sino que tiene referentes ligados a una praxis colectiva y completa; en ella la praxis de cada agente tiene un papel y una responsabilidad compartidos.
- f) *Fundamentación pedagógica*
- La base del modelo pedagógico que se plantea constituye una alternativa que parte de la práctica de vida y trabajo de los agentes de salud; se busca transformar su quehacer partiendo de la identificación de los factores y problemas fundamenteales que afectan el estado de salud de individuos, familias y comunidades.
- El proceso educativo conduce a una cualificación de los agentes de salud (en el ámbito requerido dentro de la reorganización de los servicios de salud), necesita de orientaciones diferentes a los enfoques tradicionales.
- Algunas experiencias llevadas a cabo en América Latina han fundamentado su proceso educativo en enfoques orientados en las fases siguientes. (Esta modalidad (14) para el desarrollo de la red de servicios se considera altamente recomendable):
- *Percepción subjetiva*: Se parte de los saberes de los agentes sanitarios. Esta fase recupera su cosmovisión en el ámbito que lo rodea.
 - *Socialización del saber*: En esta fase se colectiviza la participación y aportes recogidos en el proceso anterior.
 - *Problematicación*: Esta orientada a confrontar, indagar, cuestionar las apreciaciones, las creencias y planteamientos expuestos a nivel individual o colectivo.
 - *Instrumentación*: En esta fase se incorporan los nuevos conocimientos requeridos por el grupo frente al tema, problema o situación tratada.
 - *Praxis transformadora*: Busca que la construcción progresiva de los nuevos conocimientos pase a una aplicación específica, tendiente a transformar el objeto de estudio que generó el proceso educativo. En esta fase se esperan los efectos reales del proceso. A partir de esta fase se entra en un nuevo ciclo en donde se parte de nuevos problemas o situaciones que generan necesidades educativas. El carácter de permanencia de la actividad educativa no se termina porque entra a ser parte de una realidad constantemente dinámica, en el entorno asistencial, administrativo, íntimamente ligado a las formas y expresiones de la participación social.
- El proceso de educación permanente mencionado, contribuirá progresivamente a alcanzar los logros necesarios para el funcionamiento de la red de servicios (Hospitales-SILOS). Entre tales logros se destacan:
- La integración de los equipos de trabajo existentes en cada nivel.
 - La interpretación de la problemática de salud dentro del contexto social-político-económico y cultural donde dicha problemática acontece.
 - El estímulo al conocimiento con base en la realidad que vive el propio agente de salud, la dinámica de los servicios y el proceso de participación social.
 - El fortalecimiento del conocimiento a través de un proceso de percepción, análisis, confrontación y criticidad, así como de la evaluación permanente de las áreas objeto de transformación.
 - El replanteo del quehacer en salud, a partir de las decisiones colectivamente definidas, tendiente a la transformación.

de la supervisión. Para los propósitos del presente documento solo se mencionan las dos primeras.

Supervisión del personal

La supervisión dirigida al trabajador tenderá a lograr la cualificación del personal, no solo en el manejo de un conjunto de técnicas y conocimientos para su trabajo, sino como parte de su desarrollo humano, inserto en una realidad concreta y permanentemente cambiante (15). En tal sentido, el proceso de trabajo del colectivo de trabajadores, contempla diversas características según la división propia del trabajo, a través de la cual determina la forma más racional de distribuir a la actividad laboral específica y de establecer las relaciones que deben existir entre sus partes (16); las condiciones de trabajo, los medios y el ámbito donde este se realiza, constituyen componentes a tenerse en cuenta en la supervisión.

Las tareas específicas de cada cargo, llevadas a cabo por el personal (profesional, técnico, auxiliar o de apoyo) son parte del entorno que requiere supervisión. Estas tareas están inscritas dentro de las actividades y funciones más generales, y es a través de estas que el trabajador concreta su desempeño. Su habilidad, destreza y conocimiento, así como el esfuerzo y responsabilidad para ejecutar su trabajo serán valorados a través de escalas, diseñadas para hacer objetiva la información recopilada a través de la supervisión.

La descripción de cargos constituye una base necesaria, pero no suficiente, a las finalidades del control y retroalimentación que implica la supervisión. La actividad laboral definida en su contenido, en sus relaciones con otras y en la forma de realizarse, se inscribe dentro de condiciones que la afectan o facilitan, que la impulsan o frenan; y estas condiciones no deben ignorarse al realizar la supervisión.

Las formas eminentemente "técnicas" de la supervisión no pueden seguir siendo el esquema ideal para calificar la completitud del trabajo implícito en los servicios de salud.

Los factores determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad, el papel de las instituciones, las relaciones de poder, el proceso de participación social inscrito en una sociedad que no privilegia la participación social—sus instancias de dirección—hacen que la actividad de supervisión se realice en un marco de contradicciones que "marcan" cualitativamente el trabajo. Una valoración del quehacer en

dientes a incidir positivamente en la comunidad hacia quien se dirige la atención sanitaria.

La supervisión en los sistemas locales de salud

Para los sistemas locales de salud la supervisión constituye uno de los componentes administrativos de especial importancia para avanzar hacia la finalidad de estos (SILIOS), dentro del marco de la mayor eficiencia y eficacia. El principio de retroalimentación, que implica la supervisión, deberá orientar no solo decisiones sobre requerimientos de capacitación y de asesoría sino sobre el proceso de normalización y de participación social. En tal sentido, es pertinente enfatizar que la normalización y el sistema de supervisión constituyen elementos cruciales para el progresivo avance y desarrollo de los sistemas locales de salud.

La supervisión, entendida como un proceso activo, constructivo y esencialmente educativo, significa una guía y orientación para llegar a los objetivos planteados por el sistema de salud. La orientación al personal constituye una parte central de la función supervisora.

Es pertinente insistir en que la normalización de las unidades de prestación de servicios no se da en el vacío. En la práctica, la normalización se inserta en su sistema de funcionamiento que tiene una historia concreta, una dinámica y una inercia propias. La valoración cuidadosa de esa historia, de esa dinámica y de esa inercia, es un requisito esencial para la factibilidad y viabilidad de las proposiciones de cambio que se discuten (3).

En general, el funcionamiento de los servicios aparece influenciado por condiciones internas y situaciones externas que facilitan o dificultan su avance y progreso. La supervisión, como una forma de control, tendrá que delimitar áreas claves tendientes a obtener resultados significativos que permitan el mejoramiento de los sistemas locales de salud, la preparación del personal—que en ellos trabaja—y la dinámica del proceso de participación social. Las áreas claves deberán brindar información rápida sobre el objeto de la supervisión y ser pilares para la transformación concertada con base en la información recopilada a través del trabajo realizado por el personal de salud, la normalización de las actividades y el proceso de participación social deberán ser áreas básicas

- (7) Mejía, A. *Recursos Humanos. Foro Salud Siglo XXI*, Vol. 1, 1984.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. Washington, D.C., 1987 (mimeo).
- (9) Capote, R. *El Proceso de organización y la regionalización de los servicios*. Reunión Descartilización de los Servicios, Tomo I. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1987.
- (10) Organización Panamericana de la Salud. *Regionalización, descentralización de servicios de salud*. Buenos Aires, Argentina, 1987.
- (11) Macedo, Carlye Guerra de. *Política de Recursos Humanos en Salud*, 20 (4), 1986.
- (12) Vidal, Jesús María, et al. *Una experiencia pedagógica para mejorar la calidad de la educación*. *Rev. Educación y Cultura* No. 10, (13) Arango, X. y Casas, M. *Educación continua para personal de servicios de salud*. Daño, 1987 (Repuesta de Proyecto OPS/OMS).
- (14) Unidad de Educación Popular. Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- (15) Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, D.C., 1982.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. *Taller Internacional sobre metodología de la normalización de la atención materno-infantil*. La Habana, Cuba, 1979.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. *Taller de Normalización*, 1987.

DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Jorge Haddad, Carlos Lingert, José Parraaguá Santana y José Rodríguez Domínguez*

INTRODUCCION

La característica más importante de los procesos de prestación de servicios de salud es su dependencia con el trabajo humano. Aunque la extraordinaria evolución de la tecnología haya hecho posible servicios de salud con nuevas y frecuentes innovaciones en prácticamente todos los campos de actividades de la salud, los modos y los procesos que caracterizan su oferta son fundamentalmente mediados por personas. Además se ha observado que los nuevos procedimientos tecnológicos incorporados a los servicios de salud no desplazan completamente a los procedimientos ni a las tecnologías vigentes. De otro lado, los procesos de terciarización de la economía—fenómeno que viene ocurriendo en todo el mundo (incluso en los países subdesarrollados o de economía dependiente periférica)—, tienen su expresión muy clara en el sector salud a través del crecimiento del número de puestos de trabajo y de trabajadores, como han demostrado los estudios sobre la fuerza de trabajo y empleo en salud realizados en algunos países de América Latina (1).

Estas dos consideraciones indican la importancia que tienen los recursos humanos en la producción de los servicios de salud, además de la magnitud de la cuestión que eso implica en relación a la necesidad de instrumentos y medios para la adecuada capacitación y manejo de tales recursos humanos.

Sin embargo, esta conclusión no debe ser interpretada en el sentido de que las propuestas de intervención sobre los recursos humanos modifican el funcionamiento de los servicios de salud; en realidad, eso es una potencialidad que las mismas no pueden tener, ya que para ello se requiere de otras decisiones, más allá de aquellas dirigidas exclusivamente al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud.

Es igualmente importante de considerar lo que

A partir de allí se define el contenido de este documento, el cual tiene tres secciones fundamentales: la primera, en la que se discuten las implicaciones referentes a los recursos humanos frente a los principios de los sistemas locales de salud; la segunda, que intenta delimitar el alcance y aplicación de una política de recursos humanos definida en el ámbito de los servicios de salud; y, la tercera, en donde el documento aborda el problema desde el punto de vista de las condiciones y criterios que deben sustentarse la formulación de directrices y estrategias de capacitación y de administración de los recursos humanos, y la subsecuente operativización de su preparación y utilización.

* Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo de los Programas de Desarrollo de los Servicios de Salud y Desarrollo de Recursos Humanos.

**LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD
EN EL CONTEXTO DE LOS SISTEMAS
LOCALES DE SALUD**

**Características generales del personal de
salud en los servicios**

Uno de los elementos que caracterizan a la estructura actual de los servicios de salud, es la manera desigual de su desarrollo. Conviven en el mismo sistema de salud, establecimientos de alta complejidad, dotados de un instrumental nada despreciable y a veces altamente sofisticado; a cargo de un equipo profesional con alta calificación técnica, con frecuencia formado en el extranjero. Dicho equipo mantiene un razonable nivel de actualización de sus conocimientos, a través de revistas y publicaciones extranjeras, reuniones científicas y frecuentes viajes al exterior.

En otro extremo del espectro asistencial se evidencia el desarrollo de una práctica de salud en el contexto de un puesto o centro de salud ambulatorio, o un pequeño hospital; por lo general brevemente instalado, de difícil acceso, y que no dispone de laboratorio, radiología u otros medios de apoyo diagnóstico y terapéutico; que muestra una exagerada carga de trabajo asistencial que inmobiliza al profesional, tanto por las largas horas en la consulta, como por el número igual de horas en un vehículo que recorre calles y caminos de su área geográfica de acción.

Consecuentemente, los recursos humanos, motivo central de nuestro interés, están sujetos a las mismas determinantes que generan la concentración desigual de recursos y posibilidades. Se confirma así, la existencia de desigualdades al interior del sistema de salud, o más bien, de una distribución selectiva de aquellos recursos y condiciones que determinan un desarrollo de la capacidad técnica del personal de salud y de sus posibilidades operativas en un nivel de acción específico. Conviven en un mismo sistema varios modos de producción de servicios de salud.

Esa desigualdad, originada por los modelos de concentración propios de las estructuras sociales presentes en la mayoría de los países de la Región, conlleva niveles diferentes en la calidad de vida de sus habitantes y en sus perfiles socioepidemiológicos. Esas mismas determinantes inciden sobre lo que podríamos llamar "calidad de vida técnico-profesional" que se refleja en la dificultad del equipo de salud para el acceso al conocimiento actualizado de su campo de acción.

Uno de los elementos que caracterizan a la estructura actual de los servicios de salud, es la manera desigual de su desarrollo. Conviven en el mismo sistema varios modos de producción de servicios de salud.

Esa desigualdad, originada por los modelos de concentración propios de las estructuras sociales presentes en la mayoría de los países de la Región, conlleva niveles diferentes en la calidad de vida de sus habitantes y en sus perfiles socioepidemiológicos. Esas mismas determinantes inciden sobre lo que podríamos llamar "calidad de vida técnico-profesional" que se refleja en la dificultad del equipo de salud para el acceso al conocimiento actualizado de su campo de acción.

Uno de los elementos que caracterizan a la estructura actual de los servicios de salud, es la manera desigual de su desarrollo. Conviven en el mismo sistema varios modos de producción de servicios de salud.

Esa desigualdad, originada por los modelos de concentración propios de las estructuras sociales presentes en la mayoría de los países de la Región, conlleva niveles diferentes en la calidad de vida de sus habitantes y en sus perfiles socioepidemiológicos. Esas mismas determinantes inciden sobre lo que podríamos llamar "calidad de vida técnico-profesional" que se refleja en la dificultad del equipo de salud para el acceso al conocimiento actualizado de su campo de acción.

Uno de los elementos que caracterizan a la estructura actual de los servicios de salud, es la manera desigual de su desarrollo. Conviven en el mismo sistema varios modos de producción de servicios de salud.

Esa desigualdad, originada por los modelos de concentración propios de las estructuras sociales presentes en la mayoría de los países de la Región, conlleva niveles diferentes en la calidad de vida de sus habitantes y en sus perfiles socioepidemiológicos. Esas mismas determinantes inciden sobre lo que podríamos llamar "calidad de vida técnico-profesional" que se refleja en la dificultad del equipo de salud para el acceso al conocimiento actualizado de su campo de acción.

Uno de los elementos que caracterizan a la estructura actual de los servicios de salud, es la manera desigual de su desarrollo. Conviven en el mismo sistema varios modos de producción de servicios de salud.

rios y población) que tengan la responsabilidad de "pensar" un SIIOS y hacerlo funcionar.

En el ámbito señalado, hay dos áreas de consideración esenciales: la problemática general del desarrollo de la fuerza de trabajo a nivel nacional, por una parte, y las particularidades del problema en el contexto de los sistemas locales de salud y su correspondencia con el proceso general de desarrollo del sistema de salud, por otra. Si la constitución de los SIIOS representa una estrategia de transformación del sistema de salud, ello implica direccionar el proceso de transformación del sistema mismo y definir las grandes políticas y estrategias para que respondan al modelo prestador elegido; en consecuencia, en el campo de recursos humanos deberán contemplarse aspectos específicos tales como:

- Políticas de recursos humanos de nivel nacional.
- Evaluación y análisis de la fuerza de trabajo en salud.
- Análisis del sector formador en los varios perfiles profesionales.
- Análisis del proceso de trabajo, de servicios, incluyendo el uso de su tecnología.
- Procesos nacionales de capacitación permanente.
- Plan de carrera para los profesionales de la salud.

Campos (5) afirma que "resulta difícil imaginar una completa descentralización a nivel regional o local, de ciertas decisiones políticas que hacen al marco general de funcionamiento del sistema como un todo, sin considerar que el "todo" al que nos referimos es la suma algebraica de las realidades particulares. De ahí la importancia de una "lectura global" de la problemática de recursos humanos, con instrumentos idóneos para interpretar las realidades nacionales; dicha lectura forma parte del proceso general de transformación del sistema de salud, y, en lo particular, responderá a los procesos de descentralización del Estado. En consecuencia, será siempre el espacio-población, el espacio local, con sus atributos y características, lo que determinará las formas organizativas y el grado de desarrollo que alcance el sistema local de salud. Este, a su vez, determinará a través de sus prácticas políticas, técnicas y sociales, las características de los recursos humanos que lo integran.

"El espacio local es la combinación de una es-

que es una estrategia con lo que es su finalidad; esto puede ocurrir con respecto a la cuestión de la descentralización, si esta se toma como valor en sí misma o como medio por demás relevante en el proceso de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales.

El llamado a la precaución contra estas equivocaciones es válido, siempre que tratemos sobre los recursos humanos para los SIIOS. De un lado, para evitar ser atraído por formulaciones irreales que afirman que los problemas serán superados si se realizan esfuerzos orientados a lograr una recomposición técnica y cuantitativa de los recursos humanos, o una nueva distribución geofuncional de los mismos. De otro lado, para evitar el desperdicio de tiempo y de recursos críticos en la tentativa de encontrar soluciones, que serán siempre artificiales.

Teniendo en cuenta lo anterior y, además, la perspectiva de eventuales transformaciones en otros niveles jerárquicos del sistema nacional de salud, es que se define el eje de la propuesta que considera los sistemas locales de salud como una táctica operacional concreta en la estrategia más global de reorganización de los servicios de salud. Y entre las medidas que deben ser adoptadas para acelerar el desarrollo y fortalecimiento de tales sistemas, se encuentran aquellas referentes a los recursos humanos. Sin embargo, la formación e implementación de estas medidas deben siempre mantener total coherencia con las propuestas y planteamientos básicos adoptados para los propios SIIOS.

La propuesta en mención puede crear las condiciones para el cambio en la actual tendencia y para poder ejercitar su capacidad crítica y analítica, con el fin de definir, a nivel de los propios SIIOS, la práctica técnica que mejor atienda a los problemas de salud.

Fuerza de trabajo, recursos humanos y sistemas locales de salud. Ejes de análisis

El sistema local de salud se desarrolla en un espacio concreto y específico que es necesario demarcar. Tiene, además, un contingente poblacional y de recursos también específico. Si asumimos que dicho espacio-población es no solo un territorio geográfico, sino también un espacio demográfico, epidemiológico, tecnológico, económico, social y político, deberemos concluir en que todos esos elementos deberán ser contemplados por los actores sociales (funciona-

Segundo eje: participación social

En él se trata de identificar las modalidades específicas que cobrará la presencia de la sociedad organizada en las acciones de salud, tanto en la concepción, como en la gestión y desarrollo de los sistemas locales.

Se trata de asegurar, también, un espacio participativo y democrático a los actores sociales que constituyen el SILOS, creando condiciones objetivas y subjetivas para el diálogo y el acuerdo. La importancia de este eje en el campo de recursos humanos reside en dos elementos esenciales: uno, el referente a una concepción amplia del término propuesto por Guerra de Macedo así: "...El concepto de recursos humanos en salud puede abarcar a toda la población, en cuanto instrumento y fin del desarrollo social, o limitar-se a juzgarlo como mera mano de obra e insumo del proceso productivo institucionalizado del sector" (7).

El otro elemento se refiere al proceso de capacitación del personal de salud para que esté en condiciones de interactuar activa y dinámicamente con el sector popular, y de desarrollar la tarea de gestar y profundizar los procesos, lado a lado con la población; es así, un proceso político, técnico y administrativo de constitución y funcionamiento de los SILOS. Ello implica que la capacitación debe incluir un ajustado mecanismo de comprensión entre ambas partes, de identificación conjunta de la problemática común y de "pensar juntos" alternativas viables. La comunicación y uso de lenguajes comunes, aunque desde perspectivas distintas, es un proceso de aprendizaje para ambas partes.

Finalmente, cabe hacer resaltar que los recursos de la capacitación en un sistema local de salud, deberán operarizar conceptos o propuestas como las siguientes:

- Formas que ha asumido históricamente en esa comunidad la defensa de la calidad de vida en general y de la salud en particular.
- Formas organizativas y operativas de la comunidad en defensa de sus intereses de grupo.
- Transferencia del conocimiento en salud hacia la población.
- Rescate de formas tradicionales efectivas de cuidado y recuperación de la salud y su uso eventual de las mismas en el sector institucional.

estructura epidemiológica específica, de una estructura socioeconómica específica, de una estructura de poder específica y de una organización técnica específica, que constituye la base de las relaciones entre las estructuras específicas y los recursos, en que la realidad social es el resultado de la interacción de todas estas estructuras" (6).

De esa totalidad conceptual emergen dos ejes fundamentales para orientar el análisis e identificar los agentes del proceso social que se desarrollarán en los SILOS.

Primer eje: sector institucional

Se centra en el análisis de la relación de la fuerza de trabajo con el proceso de trabajo, tal como se define en las distintas modalidades asistenciales prestadas por los SILOS. En otros términos, trata sobre la relación entre fuerza de trabajo y organización de los servicios de salud. A su vez, la definición de las características del recurso humano necesario se sustenta en criterios de:

- Demanda técnica, entendida esta como el número de puestos de trabajo creados para cada unidad de servicios de salud. Se hace necesario realizar estudios para analizar el estado de las relaciones técnicas que existen en la producción de un determinado servicio en el contexto de los SILOS.
- Demanda real efectiva por fuerza de trabajo en salud, que se refiere al contingente de personal que no constituye respuesta a las necesidades técnicas identificadas para un funcionamiento racional de los servicios, sino más bien se deriva de los factores políticos, electorales y de otra naturaleza, que presionan para aumentar el número de funcionarios en el sistema.
- Demanda social, que refleja el número y composición de empleos adecuados a un modelo de atención médico-sanitaria, socialmente deseable.

Estos tres componentes de la demanda, articulados con los datos sobre la utilización de insumos y tecnología y los referidos a la organización de los servicios, permiten tener una visión más clara acerca del verdadero concepto de utilización de los recursos humanos.

- Formas que asume la utilización local de los servicios de salud y sus determinantes.
- Formas concretas de incidencia de las determinaciones de la salud y enfermedad en el nivel local.

CONSIDERACIONES SOBRE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS PARA SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Cuando se trata de caracterizar el problema del desarrollo de recursos humanos idóneos y necesarios para un sistema local de salud, hay que partir de la necesidad absoluta de formar un personal de salud en consonancia con la política de descentralización propuesta, que sea capaz de generar, administrar y procesar las operaciones y acciones que se programen desde el mismo sistema local.

Conspira contra ello, el hecho de que continúa siendo una de las características más relevantes del proceso de desarrollo de recursos humanos, la falta de un proceso regular y sistemático de planificación que oriente y de dirección a sus acciones, así como la ausencia, además, de los criterios y elementos técnicos, administrativos y científicos, que conforman el marco político para que esa direccionalidad pueda ocurrir.

Debe reconocerse, sin embargo, que la preocupación con los problemas de cualificación y gestión del personal ha sido siempre un aspecto presente en el discurso de las instituciones del sector salud. Desafortunadamente, esa preocupación no se ha traducido en decisiones concretas para la definición e implementación de políticas capaces de enfrentar y resolver los problemas que junto con el crecimiento y la diversificación de los propios servicios de salud, se han venido acumulando y adquiriendo contornos progresivamente más graves.

Tradicionalmente la capacitación del personal de los servicios de salud se ha orientado casi solamente al entrenamiento de personal auxiliar y, de forma más episódica, a la capacitación de algunas categorías consideradas estratégicas o críticas para la implantación de proyectos o programas específicos, definidos como prioritarios en determinados momentos de la historia de las instituciones de salud.

El problema de la formación profesional profesionalmente dicha, esto es, de la preparación técnica

ca e ideológica de la fuerza de trabajo que tiene lugar bajo la égida de las instituciones de enseñanza, se ha mantenido al margen de las orientaciones formales y de las políticas emanadas de las instituciones de salud. A pesar de la proliferación de pequeños proyectos de integración docente-asistencial y de la intensa divulgación y discusión de esas experiencias, no se puede dejar de reconocer una situación de profunda discrepancia entre las escuelas y los servicios de salud. Esta situación es paradójica, en la medida en que las escuelas no pueden existir sin los servicios de salud, dada la naturaleza del proceso educativo en salud; y de otro lado, los servicios no pueden prescindir de las escuelas, ya que en términos de la organización jurídico-administrativa vigente, es a través de estas instituciones que se confiere y se valida la habilitación profesional.

El problema de la formación profesional adulta quiere un significado aún más grave cuando se trata de la preparación de cuadros técnicos intermedios o de personal auxiliar. En este campo, la actuación del sistema educacional ha sido apenas marginal en casi todos los países de la Región. Esto se explica, en buena medida, por el hecho de que tal responsabilidad ha sido asumida por los propios servicios de salud, como ya fue referido anteriormente. Las orientaciones y las prácticas de preparación de personal por las instituciones de servicios no corresponden a la dimensión y complejidad de las necesidades y de la propia naturaleza de los procesos educativos; de allí la gravedad de la situación, creada, no solo por la inadecuación de los procesos educacionales (como ocurre con la educación universitaria), sino, también, por la insuficiencia extrema del aparato institucional de formación de personal de nivel medio y auxiliar para los servicios de salud.

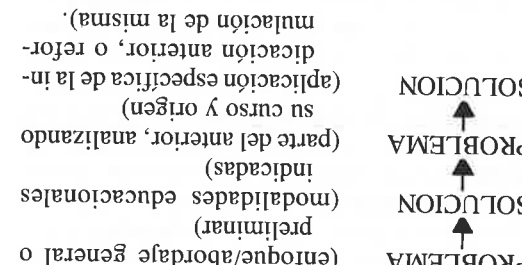
En cuanto a la administración de este recurso crítica para producción de sus servicios, la práctica desarrollada por las instituciones de preparación técnico y política en el manejo de los problemas involucrados. Una simple lista de los países de América Latina comprueba, sin necesidad de discusión, la pertinencia de la afirmación anterior: la diversidad de sistemas de trabajo y niveles de remuneración para el mismo tipo de profesional o de función; la distribución geográfica de los recursos humanos muy irregular, que privilegia la localización en los niveles cen-

Lineamientos de política sobre necesidades de personal

En este campo particular, las directrices deben reflejar la opción seleccionada para un SILOS, en lo que se refiere a sus objetivos y formas de organización. Adoptados los objetivos de eficiencia y eficacia social, de equidad y de democratización, así como los de organización en base a necesidades de salud, las necesidades de recursos humanos para los SILOS se definirán, inicialmente, en base al concepto equivalente al de demanda social por trabajo; este abordaje, "refleja el número y la composición de empleos adecuados a un patrón de atención médico-sanitario socialmente deseable, lo que en las metas de salud para todos en el año 2000 significa la universalidad del acceso, la equidad en la atención y la integralidad en la acción, en la modalidad asistencial seleccionada, y dentro de una combinación técnica óptima de recursos físicos, humanos y financieros para la producción de servicios" (10).

Por otra parte, uno de los aspectos enfatizados en la conceptualización de un SILOS distingue a este como "un espacio científico-técnico de investigación, de aplicación e innovación tecnológica, de educación y de debate colectivo" (11). Esto implica extender el concepto de "necesidades de recursos humanos" a los requerimientos de producción de servicios, incluyendo aquellos relativos a las funciones inherentes a esa producción desada. Evidentemente, la materialización de esas directrices dependerá de las condiciones objetivas existentes en cada SILOS. Su explicitación permitirá esta claridad, con mas claridad, la distancia y los caminos que separan la situación actual de aquella desada para los servicios de salud. Entre estos caminos estarán, probablemente, algunos que posibilitan alcances parciales, progresivos, del listado de necesidades de recursos humanos en los servicios de salud. Una consecuencia de esos listados de necesidades de recursos humanos en los servicios de salud, es que dichas opciones de espacio-población. O sea, que dichas opciones de las condiciones históricas y coyunturales de cada presentación en cada caso concreto, dependerán de los caminos que se abren para las opciones políticas y técnicas que se presenten en cada caso concreto, dependerán de las condiciones históricas y coyunturales de cada espacio-población. O sea, que dichas opciones de espacio-población. O sea, que dichas opciones de espacio-población. O sea, que dichas opciones de espacio-población.

La gama de problemas sobre cualificación del personal que ya trabaja en los servicios, es del interés y la responsabilidad de las propias instituciones de salud, las mismas que necesitan valorarse del sistema escolar para aplicar las soluciones buscadas. En un primer abordaje de la secuencia arriba señalada, tales soluciones incluyen la implementación y el fortalecimiento de programas y proyectos, tanto de educación continua, como de formación profesional propiamente dicha; tales programas están destinados a conferir habilidades a los trabajadores que fueron admitidos sin la cualificación necesaria y que buscan la mejora de los problemas relativos a la cualificación técnica del personal de los SILOS se agrupan en dos



Esta forma de abordar el problema es útil, en la medida en que permite una aproximación progresiva de los dos grupos iniciales a través de la *formación simultánea de los problemas de trabajo*, en términos de los instrumentos y medios educacionales que resultan mas adecuados a cada situación. Este esquema permite reproducir la secuencia problema-solución-problema-solución, conforme al siguiente diagrama.

definición de los mismos. Además, hay problemas cuya identificación, aunque sea preliminar, origina mayores preocupaciones en el aspecto metodológico. A partir de tales preocupaciones, pueden ser formuladas algunas orientaciones políticas y operacionales que puedan conducir, no solo a la neutralización de sus efectos, sino también al reconocimiento y eliminación de sus determinantes y causales.

Lineamientos de política sobre utilización y mantenimiento de recursos humanos

En la actualidad, el conjunto de instrumentos normativos, operacionales y financieros que definen los modos de relación de los recursos humanos con los servicios de salud, demuestra, de forma inequívoca, sus propias limitaciones e imperfecciones.

En el área de las relaciones de trabajo hay problemas imposibles de resolver a base de los criterios vigentes en la mayoría de las instituciones de salud; nos referimos a cuestiones tales como la existencia de jornadas de trabajo iguales para condiciones y situaciones distintas, remuneración desigual para las funciones o categorías profesionales iguales, y otros aspectos que afectan las relaciones de los recursos humanos con los servicios de salud y con la población, que deberían traducirse en regulaciones más coherentes. Este campo corresponde a la función institucional de la administración de recursos humanos; en otros términos, es competencia de los departamentos o secciones de personal.

Por otra parte, los problemas relativos a la utilización y al mantenimiento de los recursos humanos no se circunscriben al ámbito institucional. Todos los problemas ligados a la organización del trabajo, entendido este como un proceso en el cual interactúan otros factores cuya combinación y composición definen la naturaleza del servicio producido, son aspectos pertinentes al conjunto de sectores organizacionales de los servicios de salud. Se incluyen aquí los problemas derivados de la conformación de equipos y su distribución espacial en el conjunto de los servicios (tanto en los espacios-población de los SILOS, como en el interior de los establecimientos), en la división técnica y social del trabajo y en la densidad tecnológica particular de los servicios. Finalmente, están los problemas del financiamiento de los recursos humanos. En este punto

la educación de servicios; la educación continúa, concebida como "un proceso permanente que se desarrolla al interior de los servicios de salud" (13), está dirigida a todo el contingente de recursos humanos, con el fin de recuperar, reorientar y perfeccionar su cualificación técnica y científica.

Las cuestiones relativas a la reproducción y el aumento cuantitativo de la fuerza de trabajo, involucran más de cerca a las instituciones educacionales; sin embargo, los problemas allí originados se expresan efectivamente sobre las prácticas de salud. Por eso, son problemas que deben ser considerados en el contenido de una política de recursos humanos del sector salud. Un abordaje inicial de ese conjunto de problemas tiene que pasar, necesariamente, por la reelaboración de los paradigmas de formación profesional en función de los perfiles ocupacionales de los servicios de salud. En la lógica de la secuencia problema-solución-problema mencionada, el segundo nivel de abordaje revela nuevos problemas, cuyas soluciones, a menudo, requieren de conocimientos que no siempre están disponibles, así como condiciones de relación institucional de difícil manejo; esto conduce a la generación de nuevos problemas que caen dentro del campo de la investigación teórica y operacional, cuyo desarrollo es aún incipiente en los países de la Región de las Américas.

En esa perspectiva, la definición de directrices para la formación/capacitación de recursos humanos para los SILOS, depende de una caracterización adecuada de todos los problemas y no solo de sus efectos o apariencias. Como ejemplo ilustrativo de la improductividad de las soluciones que son formuladas sin una comprensión correcta de la naturaleza de los problemas, de sus orígenes e implicaciones, pueden citarse las distintas experiencias de integración docente-asistencial ocurridas en Latinoamérica. Las evaluaciones hechas al respecto han indicado siempre el fracaso de los distintos proyectos para lograr sus objetivos. Entre esos objetivos casi siempre se han incluido algunos tales como "cambiar el perfil del producto final de las escuelas", y "producir cambios sustantivos en el proceso de formación profesional".

Con todo, esto no significa que puedan establecerse directrices de política en esta área. Lo que ocurre es que esas directrices deben corresponder a un determinado nivel de análisis de situaciones-problema específicos y deben expresarse su coherencia con el momento del proceso de

se proyecta de forma preocupante el principio de realidad contenido en la propuesta de los SILOS. Todo lo que ya fue dicho no avanzará más allá de la retórica, si las disponibilidades actuales y las formas vigentes de gasto en el renglón de recursos humanos no se modifican significativamente. Si esto ocurre, ello origina la necesidad de redefinir los mecanismos por los que se determina la apropiación de tales recursos por parte de las diferentes categorías y grupos en que se divide la fuerza de trabajo en salud. En distintas oportunidades se ha evidenciado que cuando se pretende lograr un efecto sobre la calidad o la cantidad de los servicios producidos, no basta aumentar los salarios como una medida aislada; en este aspecto es indispensable considerar cómo el personal y las instituciones valoran la remuneración por nivel de calidad de los servicios prestados. Normalmente, esto es observable cuando se analiza la composición del gasto por remuneración del trabajo en las instituciones de salud, en que siempre hay una importante concentración en el renglón de pagos destinados a los médicos.

Este conjunto de aspectos envueltos en la cuestión de la utilización y mantenimiento de los recursos humanos de salud no se agota con la breve discusión precedente; el abordaje preliminar aquí presentado, indica la necesidad de efectuar enfoques analíticos que den cuenta de la complejidad de los problemas y de su interrelación. Dicho en otras palabras, las propuestas de intervención que se expresan en una política de recursos humanos deben ser formuladas y explicadas a partir de las realidades concretas de cada espacio-población.

La tercera sección de este documento está dedicada a un aspecto fundamental: el proceso de desarrollo del personal que hará posible el funcionamiento de los SILOS; tal proceso se aborda desde su programación hasta su administración y capacitación. Para facilitar el tratamiento del problema, desarrollaremos los siguientes temas:

- La programación del personal requerido para los sistemas locales de salud.

EL PROCESO DE DESARROLLO ESTRATEGICO DE LA FUERZA DE TRABAJO PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

El contexto de un SILOS propicia la generación de mecanismos que favorecen el uso de métodos más efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades locales; por ello, es fundamental intentar el desarrollo de metodologías de planificación adecuadas a estas realidades, incluyendo el proceso de participación social. Tales metodologías deberán tomar en cuenta los elementos reales del nivel técnico-directivo de un sistema local de salud, y además las implicaciones relevantes acerca de los actores sociales que tienen presencia activa en el mismo.

En esta situación, cobra importancia el concepto acerca del enfoque estratégico en la planificación de salud, específicamente el campo de la planificación situacional.

El pensamiento estratégico identifica el concepto de planificación con el de dirección o rumbo. La planificación implica un análisis situacional que utiliza una gama de recursos para avanzar, desde el conocimiento hasta la acción; dicho de otra manera, es una *organización para la acción*, que se concreta en un conjunto de operaciones, cada una de las cuales tiene un responsable. El responsable de una operación es también responsable de un medio organizativo de producción. Esto es importante de considerar a la hora de definir las responsabilidades que tendrán aquellos que intervienen en el proceso de desarrollo de recursos humanos para los SILOS.

No obstante, ninguno de los actores sociales que intervienen en el proceso tiene garantizada la capacidad de controlar la realidad que se plantea, pues tampoco controla sus variables, esto se expresa de diferentes formas; la explicación surge de la misma realidad por parte de los actores sociales, en función de su inserción particular en la realidad y de su forma de actuar.

El enfoque estratégico, cuando se aplica a la planificación de la salud, se sustenta en una serie de principios que son igualmente aplicables al problema de recursos humanos; la planificación situacional, señala uno de sus defensores (13), "se rige por cuatro momentos básicos, que son instancias que se repiten constantemente en or-

- La educación del personal de los SILOS.
- La administración del personal de los SILOS.

den cambiante, a lo largo del proceso de planificación...";
 Tales momentos son:

- El momento *explicativo*, en el cual el planificador además del marco general de su trabajo, considera la incertidumbre generada por las condiciones cambiantes de la realidad y trabaja con ella.
- El momento *normativo*, influido por la concepción que el propio actor social tiene sobre cómo debe ser la realidad, en contraposición a cómo es hoy; esta concepción prospectiva de la imagen deseada influye también en cómo debe ser la estrategia, cómo debe ser la decisión a tomar, así como su evaluación.
- El momento *estratégico*, en el que se analiza la viabilidad del plan, creando, si es necesaria, las condiciones para su éxito; en este sentido, una estrategia es viable si:
 - podemos decidir sobre su ejecución;
 - podemos hacer que opere eficazmente en la realidad;
 - podemos hacer que tenga una duración que haga eficiente.
- La viabilidad es política (aceptable para los distintos actores sociales), técnica (operativamente manejable) y financiero/institucional (costeable y organizativamente realizable) (14).
- El momento *operacional* es el cálculo que precede y preserva la acción en la coyuntura (15). Es la articulación de la planificación con la toma de una decisión operacional; en el caso concreto de los SILOS el momento tiene su expresión en los instrumentos, métodos y herramientas que permiten expresar en acciones los contenidos del plan.

Programación de recursos humanos

Como consecuencia de lo anterior, se parte de que la planificación estratégica es un proceso global integral, que considera en su análisis los factores políticos, técnicos y operativos de una manera general, a través de la identificación, valoración y cuantificación de los problemas dentro de espacios preidentificados.

En ese espacio, la planificación y programación de los recursos humanos para los SILOS deben ser desarrolladas en el contexto de la planificación global del sistema local, identificando su especificidad en ese conjunto. A su vez, el desarrollo de un diseño de formas posibles de enfrentar. Este momento exige una

personal con responsabilidad en el desarrollo de recursos humanos debería participar en todo el proceso de implementación y desarrollo de SILOS, tanto en los aspectos generales, estructurales y organizativos, como en los propios de su área de acción.

El primer paso consiste en la interiorización, por parte de los actores sociales, del proceso, de lo que es el proceso político, técnico y administrativo que se tiene entre manos; en otras palabras, la conceptualización del sistema local de salud. La definición de "la situación" correspondiente, en un enfoque estratégico, al momento *explicativo* del proceso.

En este momento los recursos humanos en su conjunto inician, junto a los otros actores sociales, el proceso de explicación situacional que incluye:

- la definición del problema;
- la cadena causal del problema;
- el establecimiento de un espacio del problema.

Se identificarán los determinantes generales que inciden sobre los problemas particulares, así como las condiciones singulares y la serie acumulada de características que rigen en el espacio singular de un hecho de salud. Esto conducirá a una comprensión del problema global planteado en el SILOS, con definiciones precisas sobre los problemas generales que se espera debe encarar el sistema local. Igualmente, se empieza a visulizar aquí, la incidencia que tendrán los problemas generales sobre los recursos humanos, lo que dejará abierto el camino de la planificación para el momento siguiente.

Es comprensible que el análisis situacional precedente (el contexto en que se desarrollarán las acciones de formación y capacitación del personal) sea una etapa que requiere de la participación de todos los grupos sociales involucrados; de igual forma, las etapas subsiguientes del proceso requerirán también de un tratamiento participativo.

El segundo paso es el señalamiento de alternativas de solución incluyendo la identificación de funciones, tareas y actividades que se requieren para poder implementar dichas alternativas de solución. Esto implica que se necesite de una caracterización previa del problema, de una explicación del mismo y de un diseño de formas posibles de enfrentar. Este momento exige una

den cambiante, a lo largo del proceso de planificación...";
 Tales momentos son:

- El momento *explicativo*, en el cual el planificador además del marco general de su trabajo, considera la incertidumbre generada por las condiciones cambiantes de la realidad y trabaja con ella.
- El momento *normativo*, influido por la concepción que el propio actor social tiene sobre cómo debe ser la realidad, en contraposición a cómo es hoy; esta concepción prospectiva de la imagen deseada influye también en cómo debe ser la estrategia, cómo debe ser la decisión a tomar, así como su evaluación.
- El momento *estratégico*, en el que se analiza la viabilidad del plan, creando, si es necesaria, las condiciones para su éxito; en este sentido, una estrategia es viable si:
 - podemos decidir sobre su ejecución;
 - podemos hacer que opere eficazmente en la realidad;
 - podemos hacer que tenga una duración que haga eficiente.
- La viabilidad es política (aceptable para los distintos actores sociales), técnica (operativamente manejable) y financiero/institucional (costeable y organizativamente realizable) (14).
- El momento *operacional* es el cálculo que precede y preserva la acción en la coyuntura (15). Es la articulación de la planificación con la toma de una decisión operacional; en el caso concreto de los SILOS el momento tiene su expresión en los instrumentos, métodos y herramientas que permiten expresar en acciones los contenidos del plan.

Programación de recursos humanos

Como consecuencia de lo anterior, se parte de que la planificación estratégica es un proceso global integral, que considera en su análisis los factores políticos, técnicos y operativos de una manera general, a través de la identificación, valoración y cuantificación de los problemas dentro de espacios preidentificados.

En ese espacio, la planificación y programación de los recursos humanos para los SILOS deben ser desarrolladas en el contexto de la planificación global del sistema local, identificando su especificidad en ese conjunto. A su vez, el desarrollo de un diseño de formas posibles de enfrentar. Este momento exige una

personal con responsabilidad en el desarrollo de recursos humanos debería participar en todo el proceso de implementación y desarrollo de SILOS, tanto en los aspectos generales, estructurales y organizativos, como en los propios de su área de acción.

El primer paso consiste en la interiorización, por parte de los actores sociales, del proceso, de lo que es el proceso político, técnico y administrativo que se tiene entre manos; en otras palabras, la conceptualización del sistema local de salud. La definición de "la situación" correspondiente, en un enfoque estratégico, al momento *explicativo* del proceso.

En este momento los recursos humanos en su conjunto inician, junto a los otros actores sociales, el proceso de explicación situacional que incluye:

- la definición del problema;
- la cadena causal del problema;
- el establecimiento de un espacio del problema.

Se identificarán los determinantes generales que inciden sobre los problemas particulares, así como las condiciones singulares y la serie acumulada de características que rigen en el espacio singular de un hecho de salud. Esto conducirá a una comprensión del problema global planteado en el SILOS, con definiciones precisas sobre los problemas generales que se espera debe encarar el sistema local. Igualmente, se empieza a visulizar aquí, la incidencia que tendrán los problemas generales sobre los recursos humanos, lo que dejará abierto el camino de la planificación para el momento siguiente.

Es comprensible que el análisis situacional precedente (el contexto en que se desarrollarán las acciones de formación y capacitación del personal) sea una etapa que requiere de la participación de todos los grupos sociales involucrados; de igual forma, las etapas subsiguientes del proceso requerirán también de un tratamiento participativo.

El segundo paso es el señalamiento de alternativas de solución incluyendo la identificación de funciones, tareas y actividades que se requieren para poder implementar dichas alternativas de solución. Esto implica que se necesite de una caracterización previa del problema, de una explicación del mismo y de un diseño de formas posibles de enfrentar. Este momento exige una

den cambiante, a lo largo del proceso de planificación...";
 Tales momentos son:

definición del espacio de trabajo del actor, que debe corresponder al ámbito en donde él tiene jurisdicción política y gerencial sobre el proceso que se desarrolla en ese espacio. Corresponde, en un enfoque estratégico, al *momento normativo* del proceso.

Para los responsables del desarrollo de la fuerza de trabajo en el marco de los SILOS, se trata de caracterizar la problemática específica de su sector. Lo importante aquí es problematizar a las características de la fuerza de trabajo en salud, en su relación con la organización de los servicios; ello implica precisar cómo está estructurada el proceso de trabajo en las distintas modalidades asistenciales que se desarrollan en un SILOS. Aspectos tales como el uso de la tecnología, de los insumos básicos, de la organización de las tareas asistenciales, de los perfiles profesionales existentes y los necesarios según la estructura y la demanda de servicios y de recursos humanos, son elementos que deben ser problematizados a la luz de su capacidad de respuesta a la realidad que se espera obtener de la formulación de servicios planteada. Ello generará, en los diferentes planos, situaciones y espacios correspondientes, las aproximaciones explicativas a los problemas identificados, o sea, las *opciones de solución*.

Es entonces que corresponde definir claramente el espacio propio de los problemas específicos, ya que ello determinará la capacidad real de modificación de la situación actual de los cursos humanos, hacia una situación-objetivo o imagen deseada de la fuerza de trabajo en relación directa a la situación-objetivo del sistema local de salud.

Esta construcción de lo deseable pone al mismo tiempo en evidencia los problemas que se deberán enfrentar para concretar el pasaje de una situación a otra. Ese camino que deberá ser recorrido al interior de un espacio-población determinado, es lo que corresponde al *momento estratégico* del proceso aquí planteado. Es la instancia de diseño del modelo que define *cómo debe ser* la realidad en contraposición a lo que es hoy día; *cuál es* la estrategia a seguir para materializar el plan, y *cuánto es* el alcance y la profundidad del cambio propuesto en términos de viabilidad y factibilidad.

En este momento, la programación de recursos humanos en el contexto de los SILOS se extiende, además, en forma destacada, a la definición de aspectos preparatorios del

momento subsiguiente; nos referimos a los pasos previos, a la realización de las opciones y mecanismos para la acción. Ello implica identificar:

- *La concepción pedagógica*, que presidirá las acciones de capacitación, como marco de referencia. Deberá explicitarse cómo se efectuará la transferencia de conocimientos entre los cursos humanos, de los servicios y la comunidad; que papel tendrá el proceso de trabajo para el aprendizaje, y qué valor cobrará la experiencia previa del actor social en proceso de formación.
- *Las formas organizativas de la capacitación*: o sea, que una vez identificados los principios pedagógicos para un SILOS, se deberá definir una forma organizativa propia, con que se estructurarán las operaciones concretas de transferencia de conocimientos, en el marco mismo de los servicios. Igualmente, en esta etapa se definirán maneras de organización del proceso capacitante en esta realidad concreta.
- De acuerdo con las características y condiciones reales que prevalecen en los países latinoamericanos, las distintas formas organizativas que pueden ser consideradas en este momento del proceso incluyen las siguientes:

- *El modelo escolar convencional*, que centra sus acciones capacitantes en locales definidos al efecto y con un cuerpo docente específico. Este modelo puede tener una base central o regional, u organizarse como unidades u oficinas "docentes" en el ambiente físico de los establecimientos asistenciales. Tal estilo educativo predominará todavía, por largo tiempo, en la educación formal de los profesionales, en universidades y escuelas.
- *El modelo modular*, que permite la organización de algunas actividades presenciales de aprendizaje y análisis y otras de aprendizaje en la producción. Facilita el cambio educativo gradual y progresivo hacia nuevas formas no convencionales, de una educación integral, abierta, centrada en el análisis de la realidad social de los servicios.
- *El modelo de aprendizaje en el trabajo*, que promueve la capacitación y el aprendizaje alrededor de la producción de servicios de salud. No requiere infraestructura docente física propia; el ámbito es el de la comunidad y los servicios; no requiere de personal externo a ellos, sino más bien, de la presencia de facilitadores cuya tarea es procurar la sistematización y el ordenamiento del proceso de aprendizaje alrededor de

cias políticas del país, a las perspectivas económicas y a todas las fuentes que proveen los criterios para definir las políticas públicas y el rumbo que sigue la vida del país.

Hay que considerar, igualmente, un nivel intermedio del contexto: se refiere a las situaciones y condiciones sanitarias, demográficas y epidemiológicas, así como a los factores sociopolíticos que las afectan (los estados de guerra y violencias, con sus consecuencias de desplazamientos humanos, por ejemplo); son los criterios que dan vida propia a las políticas de salud y a las estrategias y formas de organización de los sistemas de servicios de salud.

El contexto específico está conformado por las características funcionales y administrativas del planteamiento político expresado en términos de una estrategia de salud, en este caso particular, los sistemas locales de salud.

Los tres niveles, pero básicamente el último, constituyen la fuente de donde emergen los criterios para definir las necesidades de aprendizaje que sustentarán los procesos educativos; estas necesidades son de tipo técnico, administrativo, grupal o individual. Conforman el perfil ocupacional/educacional del trabajador y, en términos operacionales, se expresan en forma de contenidos, áreas temáticas y asuntos específicos que son motivo de la capacitación; la identificación de estas necesidades, a partir de los perfiles funcionales requeridos, es paso esencial del proceso formativo y se propone aquí, como una segunda consideración general.

La siguiente se refiere a la propuesta pedagógica en sí: en las condiciones imperantes actuales, en la mayoría de los países latinoamericanos, es previsible que se echará mano a diferentes opciones y recursos para los distintos propósitos educativos; la consideración general que corresponde hacer, en este caso, es la que se refiere a la necesidad de formular tales opciones en base a criterios de factibilidad real y viabilidad técnica, política y administrativa en cada situación nacional (16). Ello está indicando que en cada país podrá optarse por una o varias de las distintas formas operativas y organizativas de la capacitación. La capacidad operativa y técnica real para llevar a cabo una modalidad pedagógica, por parte de los grupos responsables, será el criterio fundamental para la decisión (17). En general, se propone como una opción la implantación gradual, progresiva de un modelo pedagógico con las siguientes características:

Las propias acciones cotidianas del funcionario de salud y los miembros de la comunidad, envueltos en las tareas propias de salud. Este modo de trabajo facilita el desarrollo de procesos de tipo permanente y viabiliza la tan esperada integración docente-asistencial; estimula la búsqueda de soluciones reales mediante la investigación alrededor de los propios problemas de trabajo, y se consolida mediante la interacción multidisciplinaria y la participación social.

Hay, pues, una amplia gama de posibilidades; los planificadores deberán analizarlas todas, y construir opciones no solamente tomando en cuenta las necesidades propias de cada sistema local de salud, sino la capacidad real de los responsables para acometer la tarea con la modalidad seleccionada, aun cuando ello implique romper los esquemas educativos que se arrastran desde hace muchas décadas.

La educación de la fuerza de trabajo para los SILOS

Consideraciones generales del proceso educativo de la fuerza de trabajo

La organización de los servicios de salud en forma de sistemas locales ha sido definida, en este documento, como una estrategia de transformación del sistema prestador de servicios. Ello implica, como ya se ha dicho, que el sistema está inserto en un contexto nacional concreto, con características políticas, económicas y sociales específicas, que constituyen las bases y fundamentos de una política de salud y sus estrategias operacionales. En consecuencia, una primera consideración de tipo general se refiere a la necesidad de que los actores que intervengan en las diferentes etapas del proceso educativo no se limiten a interpretar ese contexto, a fin de que sus decisiones y acciones subsiguientes estén enmarcadas en él.

Hay un nivel general para ese contexto: se refiere a las características sociales, a las tenden-

Sobre la propuesta pedagógica básica

En este documento se recoge la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud, en el sentido de promover la reorientación de la capacitación de la fuerza de trabajo, para convertirla en un proceso educativo para todo el personal que labora en los servicios de salud, desarrollado en forma permanente y centrado en el estudio de los problemas normales del trabajo. Para ello la teoría pedagógica de la problematización parece ser un recurso de suma utilidad, ya que permite el desarrollo del proceso en forma permanente, viabiliza la participación multidisciplinaria ("los equipos de salud") y promueve el aprendizaje alrededor de situaciones concretas que ocurren en la cotidianidad del trabajo de los servicios de salud.

Básicamente se trata del aprendizaje mediante la solución de problemas. Sobre las particularidades de esta técnica pedagógica se insistirá más adelante.

Para la situación B (formación del personal que no ha ingresado al sistema de salud) no se cuenta con espacios y condiciones para el desarrollo de la propuesta pedagógica mencionada; por lo general en la mayoría de los países del tercer mundo continúa predominando para la educación formal el modelo escolar convencional, que se desarrolla en espacios físicos específicos, y esta centrado en la transmisión, generalmente, acrítica de ideas, planteamientos y conocimientos de un grupo de actores que los posee (los docentes), a otro grupo de actores que los ignora (los alumnos); el modelo predomina hasta el momento en las escuelas universitarias y en los centros, unidades e institutos que forman al personal técnico y auxiliar. Es una educación unidisciplinaria y por lo general, tiene poco que ver con los problemas concretos de la realidad.

Sobre los actores sociales intervinientes

La fuerza de trabajo de los servicios de salud está constituida por distintos tipos de personal; estos están distribuidos por niveles de atención, desde los establecimientos de poca complejidad hasta las instituciones de gran complejidad (hospitales especializados). Es deseable la participación en el proceso educativo de los distintos grupos de profesionales, técnicos de nivel medio, auxiliares y personal de la comunidad, en el tra-

● Que sea un proceso de tipo permanente, desarrollado al interior de los servicios de salud y de la comunidad comprendidos en un SILOS. ● Que se desarrolle en forma multidisciplinaria, por niveles de atención... ● Que este enmarcado en un contexto concreto, formado por los elementos y características esenciales del país, de la política de salud, de las estrategias sanitarias definidas por el Estado y por el sistema local de salud... ● Que tenga con contenidos derivados de la problemática de situaciones y que, en consecuencia, constituyan respuestas a necesidades de aprendizaje identificados a partir de tales problemas concretos... ● Que desarrolle metodologías que promuevan el aprendizaje a partir del estudio y confrontación de problemas del trabajo cotidiano en los servicios, con el refuerzo de modalidades de autoinstrucción y autoaprendizaje... ● Que este sujeto a un proceso, también permanente de monitoreo y seguimiento, que detecte deficiencias de aprendizaje y lo realimente con acciones educativas adicionales (18).

Aspectos específicos acerca del proceso educativo de la fuerza de trabajo

Necesariamente hay que considerar dos situaciones que, aunque referidas al mismo problema, tienen particularidades que obligan a caracterizarlas separadamente:

- Situación A: La capacitación de la fuerza de trabajo que labora en los servicios de salud.
- Situación B: La formación del personal que se prepara para ingresar al sistema de servicios de salud.

Para ambas, el tratamiento del problema debe hacerse desde los siguientes parámetros: propuesta pedagógica básica; caracterización de los actores sociales; ámbito para el aprendizaje; opción metodológica central; característica primaria, y evaluación de la respuesta.

En la discusión subsiguiente, el mayor énfasis se hará al tratar de la situación A, por razón del mayor peso que ella tiene en el manejo del problema de la capacitación de la fuerza de trabajo para los SILOS; el tratamiento del tema se complementará, en cada sección, con comentarios pertinentes a las particularidades de la situación B.

tica, ni se requiere de equipamientos especiales, ni cabe la opción de que grupos o unidades externas "conduzcan" el aprendizaje de los trabajados/res/ aprendices.

El modelo escolar convencional que se aplica para los problemas de la situación B, requiere de instalaciones físicas apropiadas; es lo que corresponde a las actuales escuelas, institutos, centros, o en ocasiones a grupos organizados y reconocidos institucionalmente; ocurre, además, que en el seno de los propios servicios de salud (especialmente en los hospitales), se organizan departamentos, unidades u oficinas de educación con funciones específicas de orientar, coordinación, planear, conducir y, frecuentemente, ejecutar los actos educativos; el proceso educacional se desarrolla, así, alrededor de contenidos que si bien son derivados de temas y asuntos fundamentales de la ciencia en cuestión (general de salud pública, administración y epidemiología), realmente no emergen de situaciones con- cretas y reales, sino que, por lo general, son producto de la preocupación de los estudiosos de estos problemas, que aconsejan, recomiendan y proponen lo que "debe hacerse".

Acerca de la opción metodológica

Los responsables de la capacitación de personal para los SILOS tendrán que optar, como se ha dicho, por una de varias propuestas pedagógicas: la de la *transmisión*, la del *comportamiento inducido* o la *problematicadora* (véase, para mayor detalle explicativo, la publicación de la Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 78 de la Organización Panamericana de la Salud); por otra parte, deberá seleccionarse entre las distintas formas organizativas (ya mencionadas en págs. anteriores de este documento) *modelo escolar convencional, modelo modular, modelo de aprendizaje en el trabajo*.

La selección de una opción metodológica se sustenta, como se ha dicho, en criterios de viabilidad, factibilidad, y pertinencia. Para ser coherente con el planteamiento básico de este documento, se ha abordado el problema metodológico alrededor de la teoría problematicadora, con una modalidad de aprendizaje en el trabajo, ya que son las que mejor llenan esos criterios.

Esta opción aborda el acto educativo centrándolo en el enfrentamiento, el estudio y el manejo de los problemas normales del trabajo (el problema "diarrea en la población infantil de una comunidad

tamiento, análisis y manejo de los problemas en forma simultánea, coherente e integral.

Por otra parte, y dentro del mismo grupo de trabajados de los servicios, en la propuesta pedagógica que estamos tratando, se ubican los más experimentados y conocedores de los problemas, que hacen el papel de facilitadores de las experiencias de aprendizaje. Sustituyen, en cierta medida, al tradicional docente o instructor que proviene de fuera de los servicios. Tanto en el modelo de aprendizaje en el trabajo, como en el modelo modular, estos facilitadores organizan actividades presenciales de aprendizaje y análisis, y otras, en que dicho aprendizaje se obtiene a través de la propia producción de servicios de salud.

La propuesta pedagógica que estamos tratando favorece la participación social; en otras palabras, cabe considerar un tercer grupo de actores, que es el de los miembros de la propia comunidad involucrada en el funcionamiento de un sistema local de salud.

En relación con lo que ocurre para la situación B, generalmente se trata de uno de los siguientes subgrupos:

- a) *Estudiantes de una de las carreras universitarias del área de la salud (medicina, enfermería, ingeniería sanitaria).*
- b) *Estudiantes de cursos de corta duración para la formación de auxiliares y técnicos.*

c) *Profesionales del área de salud en cursos de postgrado (epidemiología, administración, salud pública) o especializaciones clínicas (pediatría, enfermería médico-quirúrgica, cirugía general).*

Cualquiera de estos grupos constituye uno de los extremos de la confrontación educativa convencional; el otro extremo está constituido por la gama cada vez mayor de docentes (instructores, profesores, tutores), generalmente dedicados a un trabajo académico importante, pero desvinculados del trabajo de los servicios de salud.

Ambito para el aprendizaje

Se ha insistido ya en que las experiencias de aprendizaje en el proceso educativo en los servicios se plantean espontáneamente, en algunos casos en forma no programada, surgen de la esencia misma del trabajo normal de los propios servicios de salud y de la comunidad; esto constituye, en consecuencia, el ámbito del proceso educativo. No hay una estructura física específica

rural'; el problema 'suministro de medicamentos a un centro de salud rural'; el problema 'la gerencia en un hospital del segundo nivel de atención'. El análisis y el estudio de esos problemas se desarrollan a través del siguiente proceso:

a) identificación del problema (¿cuál es el problema?);

b) discusión (percepciones individuales y grupales, magnitud, impacto, implicaciones, características, posibles factores causales);

c) identificación de alternativas de solución;

d) consultas (a expertos, a compañeros, a la comunidad);

e) actividades de autoinstrucción (a base de material bibliográfico de apoyo);

f) nueva discusión grupal (observación del curso seguido, identificación de alternativas de solución);

g) prueba de la opción seleccionada;

h) análisis del proceso ocurrido, y sus distintos cursos a seguir (19).

El aprendizaje se induce, se promueve, se estimula, a través del proceso y la secuencia mencionada; pero una etapa subsiguiente es la consolidación de ese aprendizaje, es una fase posterior, para la cual el planteamiento pedagógico incluye la autoinstrucción y el autoaprendizaje; con ello se ratifica la necesidad de estimular la iniciativa del propio trabajador, para hacer formas de ampliación y de consolidación del aprendizaje que se ha obtenido en la realidad; se trata de hacer acopio de la información científica pertinente y de la experiencia de otros trabajadores del sector (autoaprendizaje); en este proceso de interacción, el papel de los facilitadores es el de proveer las situaciones apropiadas para que este autoaprendizaje pueda llevarse a cabo sin tropiezos, incluyendo la preparación y distribución de material bibliográfico pertinente (autoinstrucción).

En la situación B, las escuelas, centro e instituciones desarrollan su función a base de los modelos convencionales; ha cobrado impetu en los últimos años la enseñanza modularizada, que encierra en unidades coherentes un contenido estructurado alrededor de un área temática específica; este contenido se transmite a base de impulsar el análisis y la discusión; las escuelas de salud pública, las facultades de medicina y las escuelas de enfermería, en especial, pueden jugar un papel muy importante en la formación básica de los profesionales que luego laborarán en el sistema de

salud. Las unidades (modulares o no) a ser incluidas en un plan de formación corresponden a las áreas de ciencias sociales, comunicación, gerencia y administración, epidemiología (incluyendo la epidemiología clínica), y planificación, además de los campos tradicionales de la salud pública, y los que son cardinales en los currícula médico y de enfermería.

Sobre las características primarias de esta propuesta pedagógica

La propuesta de reorientación de la educación del personal de salud tantas veces mencionada, establece que las características esenciales de un proceso de esta naturaleza son las siguientes:

a) promueve el aprendizaje en el trabajo;

b) es participativo;

c) tiene un enfoque multidisciplinario;

d) permite la utilización de otros metodologías convencionales y no convencionales, para consolidar el aprendizaje ocurrido en el trabajo;

e) utiliza los recursos y facilidades existentes en el país; no está sujeta a aportes financieros extraordinarios;

f) se basa en las necesidades de los servicios y la población;

g) es permanente, como es permanente el desarrollo y la actividad de los servicios (20).

En estas condiciones el aprendizaje se nutre de las incidencias propias del trabajo y se alcanza a través de un proceso dinámico que garantiza no solamente la obtención de conocimientos y hábitos científicos, sino que posibilita la tarea de reelaborar concepciones vigentes de la práctica en la cual está inserto; así el agente de salud se educa para dimensionar su problemática en un contexto de categorías causa-efecto, universalidad-particularidad, posibilidad-realidad (21).

En general, la metodología para un proceso educativo permanente de este tipo, se fundamenta en el uso pedagógico de la pregunta, en el predominio de relaciones educativas de tipo horizontal que favorecen la interacción constante con todos los participantes, en el fortalecimiento del trabajo grupal y en el análisis y observación constante del problema o situación objeto del estudio. El conjunto problema-reflexión-alternativa de acción es el eje del proceso educativo; el estudio, el análisis y la interpretación de la

aplicaciones en la administración y en la clínica, deben ser incrementados.

En general, la coyunтура de que la mayoría de las escuelas de salud pública están ahora en un proceso de revisión curricular abre la oportunidad de que se incorporen elementos tales como el impacto del desarrollo tecnológico, el financiamiento del sector, las políticas públicas y la epidemiología, que han sido analizados conjuntamente por las instituciones de salud pública de todo el Continente.

Sobre el seguimiento de la respuesta

Esta propuesta pedagógica plantea el desarrollo de un subsistema de monitoreo del proceso educativo. Como tal, entendemos el seguimiento ordenado, reflexivo, crítico, del proceso de aprendizaje, que se obtiene al comparar el resultado de las acciones educativas con el desempeño esperado; es, por otra parte, un componente intrínseco del propio proceso educativo porque complementa a dicho proceso al facilitar el desarrollo oportuno e inmediato de acciones educativas específicas y adicionales (22).

Un seguimiento de esta naturaleza tiene implicaciones estratégicas porque genera nuevas demandas y acciones capacitantes, a la vez que señala directrices para el reordenamiento consistente del proceso permanente. En otras palabras el proceso consta de dos momentos fundamentales: el momento diagnóstico y el momento de reorientación del proceso*.

Ambos momentos constituyen una unidad integrada al proceso educativo en sí, y de ninguna manera es una etapa o elemento aislado de tal proceso; se desarrolla a base de analizar el desempeño de los trabajadores-aprendices frente a unidades de medida del progreso del aprendizaje (indicadores); es realizado por los propios facilitadores del proceso educacional, promueve la investigación de tipo participativo y la supervi-

* Para una explicación en detalle de los aspectos metodológicos y operativos de un proceso de monitoreo educativo, se insiste al lector sobre la conveniencia de remitirse al estudio del Fascículo V de la serie "Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas", Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No. 82, publicado por la Organización Panamericana de la Salud.

realidad se logran esencialmente a base de trabajo grupal. Es obvio que la situación planteada implica un cambio fundamental en los modos de trabajo habitual, y ello trae consigo la emergencia de actitudes de resistencia y temor ante este cambio; para superar estas situaciones de dificultad hay necesidad de proceder a la preparación para el cambio; ello incluye:

- a) la organización de grupos multidisciplinarios de trabajadores de los propios servicios y su capacitación pedagógica para estudiar el contexto, identificar las necesidades de aprendizaje y facilitar el proceso educacional;
- b) la revisión de normas, procedimientos y regulaciones en los servicios y las instituciones;
- c) la redefinición del rol de los "docentes";
- d) la capacitación del personal institucional en los principios básicos de la planificación de personal, utilizando el enfoque estratégico;
- e) el desarrollo de capacidad para la producción de materiales educativos apropiados;
- f) el desarrollo de condiciones para la ejecución de investigaciones prácticas, sencillas, sobre aspectos corrientes del proceso educativo y de los servicios.

Para la situación B, las facultades de medicina y las escuelas de enfermería, a través de sus departamentos de medicina preventiva y social, deberán revisar los contenidos curriculares vigentes para incluir los conocimientos que emergen de las regulaciones y disposiciones del Estándar de la relación con la descentralización política y administrativa de los servicios públicos; se procurará la inclusión de elementos de reflexión que faciliten la interpretación de los fenómenos sociales y de los factores epidemiológicos que demandan determinado tipo de atención. Desde el punto de vista metodológico deberán incrementarse los grupos de discusión, y los estudios de casos, procurando problematizar las situaciones existentes en los servicios. Los seminarios, talleres, grupos de trabajo con apoyo bibliográfico, constituyen una estrategia educativa siempre vigente.

A nivel de estudios de postgrado las escuelas de salud pública están llamadas a jugar un papel importante en el desarrollo de actitudes que favorecen el estudio y la investigación de los problemas; los contenidos de ciencias sociales, epidemiología, en sus nuevas dimensiones y

sión capacitante como la herramienta de trabajo fundamental.

La administración de la fuerza de trabajo en salud

La fuerza de trabajo en salud es un insumo fundamental de todo sistema local de salud y, en consecuencia, su rendimiento y desempeño requieren de una administración eficaz.

Se ha definido la administración de personal como "un sistema mediante el cual una organización, a fin de alcanzar sus objetivos, formula y aplica políticas, procedimientos y funciones para atraer empleados y mantener un ambiente de trabajo que estimule y cree condiciones para un desempeño cualitativo apropiado a las necesidades" (23).

Por otra parte, si el concepto de los SILOS parte de todo un planteamiento estratégico en salud, basado en los principios de descentralización, hay necesidad de entender que esta descentralización se aplica a la administración de todos los recursos involucrados, y que, como consecuencia, la administración del personal es transversal, delegada, asignada, al nivel local del sistema. No obstante, un control absoluto de los procesos administrativos de personal por el nivel local probablemente será un logro a largo plazo; es necesario, en consecuencia, prever logros graduales, parciales y progresivos en el proceso de transferir esa administración.

La administración de personal en el contexto de los SILOS ha generado cambios conceptuales y operativos como consecuencia del planteamiento estratégico en cuestión (24); no obstante, debe señalarse que no es conveniente la aplicación de fórmulas y recetas uniformes en todos los casos, sino más bien tratar de que estos sean apropiados a cada situación particular, en cada país, en cada región de salud, en cada SILOS, habrá circunstancias y particularidades que obligarán a que un elemento tenga más peso que otro y a la inversa, en otra situación particular. Teniendo en mente las observaciones anteriores, cabe distinguir los problemas que competen a la administración de personal agrupados en dos grandes rubros: en el primero, los que conciernen a la incorporación de la fuerza de trabajo al sistema y su retención en el mismo; y en el segundo, los relativos a la utilización y mantenimiento de dicha fuerza de trabajo.

Incorporación y retención de la fuerza de trabajo en salud (FTS) en el sistema

Comprende:

- Los procesos de reclutamiento, contratación y creación de condiciones para garantizar la estabilidad del personal.
- Las condiciones para ascensos, promociones, traslados y otros incentivos.
- Los criterios para definir la estructura y composición de los equipos de trabajo de un SILOS, de conformidad con las tareas y funciones asignadas al sistema local, en el contexto particular de cada uno.

● La equidad en la oferta de profesionales para integrar los equipos de un SILOS, con el fin de evitar la hegemonía y predominio de unas categorías profesionales sobre otras, sin un criterio técnico y administrativo coherente con los principios de los SILOS (25).

- Las directrices políticas sobre administración de la fuerza de trabajo, específicamente las que señalan los criterios y determinantes del régimen de trabajo correspondiente.
- Los lineamientos políticos, técnicos y administrativos para la reorganización del régimen de salarios para el personal; en algunos países se ha comenzado ya con actividades tendientes a uniformar los salarios del personal que tienen el mismo nivel de preparación, el mismo tipo de obligaciones y el mismo régimen de trabajo, sin importar que laboren en instituciones estatales, semiestatales o privadas (26).

La utilización y mantenimiento de la fuerza de trabajo en salud

Comprende:

- La formulación de criterios para la distribución geográfica y programática de los grupos y equipos de trabajo, en base a las demandas técnicas y administrativas de los SILOS; criterios y lineamientos para la alternancia y rotación de la fuerza de trabajo en salud según demanda de los servicios.
- La capacitación permanente del personal, incluyendo la normatización y regulación de las oportunidades y condiciones para determinar las necesidades de aprendizaje de un grupo técnico o profesional en un SILOS.

- (10) Medici, A. C. *Proposta de Termo de Referência para os projetos de investigação nas áreas de força de trabalho e produção de serviços de saúde*. Proj. de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, Washington, D. C., 1987.
- (11) Organización Panamericana de la Salud. *Administración de los sistemas locales de salud*. Op. cit.
- (12) Haddad, J.; Mojica, M., y Chang, M. *Proceso de educación permanente en salud*. Educ. Méd. y Salud, 21(1) 1987.
- (13) Matus, C. *Planificación, libertad y conflicto*. Edic. IVEPLAN, Caracas, 1985.
- (14) Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas: Propuesta de reorientación*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No. 78, Washington, D. C., 1988.
- (15) Matus, C. Op. cit.
- (16) Haddad, J.; Canales, F. y Turcios, M. I. *Monitoreo y evaluación de los procesos educativos permanentes*. Educ. Méd. y Salud, Vol. 23, No. 3, 1989.
- (17) Haddad, J.; Canales, F. y Turcios, M. I. *Ibidem*.
- (18) Organización Panamericana de la Salud. Op. cit.
- (19) Ott, M. B. *Aprendizaje por medio de la solución de problemas*. En: *Didáctica en Questão*, Vozes, Rio de Janeiro, Brasil, 1986.
- (20) Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas: Propuesta de reorientación*. Op. cit.
- (21) Arango, Y. *Informe de Consultoría OPS/OMS a Nicaragua*, 1985.
- (22) Haddad, J.; Canales, F., Turcios, M. I. *Monitoreo y evaluación de los procesos educativos permanentes*. Educ. Méd. y Salud, 20 (2), 1986.
- (24) Syles, L. y Strauss, J. *Personnel: The human problem of management*. Prentice Hall International, 1979.
- (25) Dos Santos, I.; Souza, A. M. y Araújo-Galvão, E. *Subsidios para a formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem, sem qualificação específica, empregado no setor saúde-Brasil*. Educ. Méd. y Salud, 22 (2), 1988.
- (26) Campos, F. *A questão dos recursos humanos no distrito sanitário*. Educ. Méd. y Salud, 23 (2), 1989.
- (1) Nogueira, R. y Brito, F. *Recursos humanos en salud en las Américas*. Educ. Méd. y Salud, 20 (3) 295-323, 1986.
- (2) Macedo, Carlyle Guerra de. *Políticas de recursos humanos en salud*. Educ. Méd. y Salud, 20 (4), 415-423, 1986.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. *Los sistemas locales de salud*. Programa de desarrollo de Servicios de Salud, Washington, D. C., 1988 (en prensa).
- (4) Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transición de los sistemas nacionales de salud*. OPS/HST-CD33-14, 1988.
- (5) Campos, F. *A questão de recursos humanos pela reforma sanitária brasileira (Atímo)*. Belo Horizonte, Brasil, 1988.
- (6) Oliveira, V. *Sistemas locais de salud*. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, OPS, Washington, D. C. (en preparación).
- (7) Macedo, Carlyle Guerra de. Op. cit.
- (8) Santana, J. P. y Campos, F. E. *Reforma sanitária: Contribuição para formulação de uma política de recursos humanos*. Brasília, Brasil, 1988.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. *Administración de los sistemas locales de salud*. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Washington, D. C. (en preparación).

REFERENCIAS

La supervisión a través del análisis del desempeño laboral, como mecanismo para detectar las necesidades de capacitación mencionadas.

- El estudio de las condiciones que prevalecen en la mayoría de los países en lo que se refiere a las oportunidades de profesionalización progresiva; de manera tal, que se provean opciones para que un grupo de trabajadores pueda optar a carreras profesionalizantes a un nivel superior.
- La regulación de los sistemas de acreditación profesional y para el establecimiento de la carrera funcional.

INTRODUCCION

ALGUNAS PREMISAS CENTRALES
SOBRE LA APS Y LOS LPNS

La APS es una estrategia integral y coherente

de intervención sobre el proceso salud-enferme-
dad, por lo que su ámbito de acción no puede
circunscribirse a ser un simple programa de al-
cance nacional y, mucho menos, un proyecto
especial por más autónomo e importante que
sea. La APS tampoco puede limitarse al nivel

primario de atención de salud, concibiéndose
erróneamente como "medicina simplificada".
La APS no puede ser la atención de salud "para
los pobres", dejando intocados los recursos in-
volucrados en la atención de los grupos sociales
más acomodados, social y económicamente.

Como estrategia integral de intervención, la
APS asume una concepción teórica propia sobre
la naturaleza de las relaciones de causalidad del
proceso salud-enfermedad, a partir de la cual de-
sarrolla sus respuestas sobre el mismo, abarcan-
do, por eso, al conjunto del modelo de atención
de salud. Esto es que la APS supone un replantea-
miento integral del modelo de atención vigente,

en la naturaleza de su "función de producción", en
la calidad y cantidad de los recursos técnico-eco-
nómicos involucrados, como en la totalidad de las
formas de atención y del sistema escalonado de
niveles de atención. En síntesis, la APS es una
alternativa técnica integral para el conjunto del
modelo de atención de salud y todos sus elementos
constitutivos, incluyendo la naturaleza de las rela-
ciones entre tales elementos.

La APS, como estrategia integral de interven-
ción, también abarca la naturaleza de las relacio-
nes entre el modelo de atención de salud y el
contexto "externo" del mismo, en sus aspectos
jurídico-institucionales, socioeconómicos y so-
ciopolíticos. De modo que, desde esta perspecti-
va, la APS constituye un enfoque técnico-políti-
co con un alto contenido ideológico y no solo un
enfoque meramente técnico.

A nivel conceptual, la APS asume un enfoque

El propósito del presente artículo es desarrollar
un conjunto de reflexiones preliminares -y las
propuestas alternativas consiguientes- sobre la
problemática del rol del hospital dentro de la
red de servicios de los sistemas locales de sa-
lud (SILOS), desde la perspectiva de la aten-
ción primaria de salud (APS) y, particularmen-
te, desde la óptica de las políticas nacionales
de salud (LPNS).

La tesis central planteada en estas notas es que
la atención primaria de salud, como estrategia
integral de atención y los lineamientos de la polí-
tica nacional de salud, como interpretación co-
herente y avanzada del espíritu transformador de
la APS, suponen, necesariamente, una traduc-
ción de sus concepciones al ámbito de los recur-
sos físicos en salud y, en sentido restringido, al
conjunto de la red de establecimientos y la natu-
raleza de la articulación de los niveles de aten-
ción de salud que expresan tales establecimien-
tos. El objetivo de la APS en este ámbito es
invertir la pirámide de poder -expresado este en
términos técnicos y sociopolíticos- donde el
hospital es el establecimiento dominante y ab-
sorvente de la red escalonada de servicios, retor-
zando la "medicalización" de la atención, impi-
diendo la descentralización de los servicios y
entorpeciendo la participación de la comunidad.
En suma, la premienza sobredimensionada del
hospital es la base de sustentación del modelo
biomédico-reparativo, anttesis por excelencia
de la APS.

El abordaje del tema planteado requiere como
paso previo, para su mejor comprensión y desa-
rrollo, la aclaración de algunos conceptos bási-
cos, los que redactados a manera de tesis, servi-
rán como premisas centrales para el desarrollo
del conjunto de la argumentación y como susten-
to teórico-conceptual de las propuestas alternati-
vas que se esbozan.

* Artículo publicado en Salud Popular Nº 6, del Instituto de
Salud Popular (INSAIP), febrero, 1988. Lima, Perú.

a) Algunos confunden los lineamientos con un plan y, al asociarlos erróneamente de esa forma, los suponen demasiado generales y teóricos, que no incluyen objetivos temporales concretos y metas específicas.

b) Otros interpretan cada lineamiento por separado, desnaturalizando su esencia y rompiendo la estrecha imbricación e inseparabilidad que existe entre todos.

c) Hay quienes enfatizan unos lineamientos sobre otros, modificando de esa forma la direccionalidad de sus propósitos y llegando, en la práctica, a enfrentarlos con otros. El ejemplo más saltante, al respecto, es la falsa contraposición entre la participación autónoma del pueblo organizado y el necesario rol rector del Ministerio de Salud.

d) Los lineamientos tampoco son exactamente iguales a la política nacional de salud, aunque son su núcleo central y punto de partida.

Las malas interpretaciones mencionadas fallan en percibir que los LPNS tienen como propósitos fundamentales: el de determinar con toda claridad el rumbo o direccionalidad estratégica para la transformación integral del modelo de atención de salud, el de proveer una guía para la acción que oriente todas las actividades de salud desde el inicio de la transformación y, por último, y no menos importante, el de constituirse en un conjunto de ideas-fuerza que al ser internalizadas por el pueblo organizado se conviertan en fuerza motivadora y movilizadora y, solo de esa manera, puedan desarrollarse teórica y prácticamente, como una auténtica política nacional LPNS, su desarrollo y puesta en práctica no debe hacerse solo desde el gobierno, sino también desde la sociedad civil y desde el pueblo.

LOS RECURSOS FISICOS Y LA POLITICA DE SALUD

Los recursos físicos —y su naturaleza tecnológica implícita— no son “neutros” a las concepciones y a las políticas de salud. De hecho, la cantidad y calidad de los mismos sirve para favorecer u obstaculizar el desarrollo de una estrategia global de enfrentamiento y, por lo mismo, la posibilidad de transformación de un modelo de atención de salud en la perspectiva de la APS. El rol que cumple el hospital tradicional (tipo de hospital actualmente vigente) en la estructura y funcionamiento de los servicios, es perfectamente funcional a “la trenza de poder” que domi-

multicausal social, económico y político, acerca de la naturaleza del proceso salud-enfermedad; en abierto contraste con el paradigma biomédico y los enfoques multicausales biólogos o “medicalizados”. A nivel de su concepción institucional estatal, la APS supone un Estado ligado a las demandas sociales, desburocratizado y participatorio, descentralizado y des-sectorizado. Desde el punto de vista de su enfoque sociopolítico, la APS es una estrategia eminentemente redistributiva y democratizadora, y con un gran contenido participatorio autogestionario; su aplicación consecuente conlleva el fortalecimiento de la sociedad civil y su relacionamiento más horizontal con un Estado, a su vez, más democrático. Desde el punto de vista tecnológico-económico, la APS es más eficiente y eficaz ya que logra una cobertura mucho mayor con menores recursos y técnicas más apropiadas.

Los lineamientos de la política nacional de salud no son otra cosa que la APS misma, pero interpretada en su perspectiva más integral, radical y transformadora. No es casualidad, por ello, que el lineamiento central, y del cual se desprenden los otros, sea el de la participación del pueblo organizado sobre la base de sus organismos naturales y con plena autonomía. Como tampoco es casual que los otros lineamientos se refieran a la reestructuración del Estado, para hacerlo más descentralizado, desburocratizado y des-sectorizado.

En los LPNS está contenida una concepción revolucionaria de la relación Estado-sociedad civil: el fortalecimiento y democratización de la sociedad civil es visto como un instrumento fundamental de la democratización del Estado el cual, a su vez, debe democratizarse “desde arriba” por acción transformadora de quienes controlen el gobierno (bajo el supuesto, claro está, de que exista la voluntad política para hacerlo). En este sentido, la política de salud como un instrumento coadyuvante de la democratización de la sociedad y el Estado y, en general, como catalizadora de un proceso social de movilización y organización del pueblo.

No obstante la claridad de sus enunciados, no siempre los LPNS han sido debidamente entendidos e internalizados. Por eso mismo, no ha podido “tomársele la palabra” con eficacia y convertirse en una bandera de movilización social y política. Ha habido y subsisten malas interpretaciones del alcance y naturaleza de los mismos. Vamos algunas de ellas, útiles para los propósitos de estas notas:

transferencia de recursos hacia actividades que terminaban con un costo unitario altísimo.

Se asumía que una de las formas de desconcentración de la consulta externa, consistía en la desconcentración de las mismas y de algunos servicios intermedios, para ser llevados a cabo por establecimientos de salud más pequeños y menos complejos, articulados espacialmente en formas de círculos concéntricos al hospital. De esa manera, se esperaba que el grueso de la patología general podría ser asumido por esos establecimientos menores, derivando-se al hospital solo aquellos casos que requieran de internamiento, de un diagnóstico más sofisticado o de un tratamiento ambulatorio más complejo. No se trataba, pues, de constituir unidades productoras de servicios aisladas unas de otras, sino, por el contrario, articuladas y comunicadas entre sí, a la manera de una red donde cada módulo de la misma está unido funcionalmente a los otros. De ahí el concepto de red de servicios. Los establecimientos periféricos se visualizaban como una extensión de los servicios hospitalarios en un ámbito geográfico local y regional determinados.

Esta extensión ramificada y concéntrica de los servicios hospitalarios se convertía también en un instrumento fundamental de la regionalización y descentralización de los servicios, proceso que era visto como una alternativa de reorientación de modelo de atención para acercarlo más a la realidad sanitaria. Por último, y no menos importante, se pensaba que la red de servicios podría ir progresivamente ampliando el énfasis de las actividades preventivo-promocionales frente a la absorción desproporcionada de recursos de las actividades recuperativas.

¿Cuál ha sido la práctica de funcionamiento de esta concepción teórica y, a la luz de la misma, cuáles sus limitaciones conceptuales? No es fácil responder a estas interrogantes en breves líneas, dada la multiplicidad de factores subyacentes y la evidente complejidad del tema. Por eso, aquí adelantamos reflexiones preliminares planteadas en forma esquemática.

En primer lugar, los establecimientos de los distintos niveles de complejidad no actuaron articulados y comunicados entre sí. Los servicios periféricos tuvieron generalmente escasos recursos, para satisfacer sus necesidades operativas y de desarrollo, generando una imagen negativa en la población, como establecimiento de deficiente calidad de atención y de "segunda categoría". Ante esto, la población prefería atenderse

sabes, se organizan alrededor de un hospital regional. Los sistemas regionales de salud (SIRS), que tienen como centro al hospital regional, se articulan teniendo como los niveles de mayor especialización a los hospitales nacionales y los hospitales especializados (en el Perú son más que Hospitales, se conforman como Institutos Nacionales Especializados).

Cada establecimiento del sistema de servicios descrito tiene un ámbito geo-socioeconómico de responsabilidad y, lo que es más importante, tiene una capacidad determinada de resolución, de modo tal, que las necesidades de atención que sobrepasen en complejidad a la capacidad de resolución asignada debiera, técnicamente, derivarse a los establecimientos de los siguientes escalones de complejidad. Surge, así, un presupuesto que es central y definitorio de la lógica del sistema escalonado, sin el cual pierde gran parte de su sentido: la estructura clara y precisa de un sistema denominado de "referencias y contra-referencias". Es decir, de una lógica estructurada de relaciones de transferencia de pacientes de un establecimiento de menor capacidad de resolución, a otro de mayor complejidad (la "referencia"); o de un establecimiento de mayor complejidad, a otro de menor capacidad de resolución (la "contra-referencia").

La concepción teórica del sistema escalonado de niveles de atención, expresado en la estructura ya descrita de la red de servicios, se desarrolló como una respuesta eficaz a la urgencia política de extensión universal de la cobertura de atención y a la necesidad de racionalizar la utilización de los servicios haciéndolos más eficientes. Varias eran las soluciones que planteaba la nueva alternativa.

Se intentaba superar los "cuellos de botella" producidos por la excesiva centralización de la demanda de atención en los establecimientos hospitalarios, gran parte de cuyos servicios aparecían como sobreesaturados y con costos de funcionamiento muy altos para formas de atención, la mayoría de las veces de escasisima complejidad. Esto se reflejaba operativamente en el crecimiento desproporcionado de la consulta externa frente a la hospitalización, lo que producía una innecesaria

ALGUNOS PROBLEMAS PRACTICOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS

La concepción teórica del sistema escalonado de niveles de atención, expresado en la estructura ya descrita de la red de servicios, se desarrolló como una respuesta eficaz a la urgencia política de extensión universal de la cobertura de atención y a la necesidad de racionalizar la utilización de los servicios haciéndolos más eficientes. Varias eran las soluciones que planteaba la nueva alternativa.

ALGUNOS PROBLEMAS PRACTICOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS

La concepción teórica del sistema escalonado de niveles de atención, expresado en la estructura ya descrita de la red de servicios, se desarrolló como una respuesta eficaz a la urgencia política de extensión universal de la cobertura de atención y a la necesidad de racionalizar la utilización de los servicios haciéndolos más eficientes. Varias eran las soluciones que planteaba la nueva alternativa.

La concepción teórica del sistema escalonado de niveles de atención, expresado en la estructura ya descrita de la red de servicios, se desarrolló como una respuesta eficaz a la urgencia política de extensión universal de la cobertura de atención y a la necesidad de racionalizar la utilización de los servicios haciéndolos más eficientes. Varias eran las soluciones que planteaba la nueva alternativa.

La concepción teórica del sistema escalonado de niveles de atención, expresado en la estructura ya descrita de la red de servicios, se desarrolló como una respuesta eficaz a la urgencia política de extensión universal de la cobertura de atención y a la necesidad de racionalizar la utilización de los servicios haciéndolos más eficientes. Varias eran las soluciones que planteaba la nueva alternativa.

La concepción teórica del sistema escalonado de niveles de atención, expresado en la estructura ya descrita de la red de servicios, se desarrolló como una respuesta eficaz a la urgencia política de extensión universal de la cobertura de atención y a la necesidad de racionalizar la utilización de los servicios haciéndolos más eficientes. Varias eran las soluciones que planteaba la nueva alternativa.

LA RED DE SERVICIOS COMO LA EXTENSION DEL HOSPITAL

la estructura de poder "medicalizada" (la treza de poder ya explicada) subyacente en el modelo tradicional de atención. La fuerza de estas tendencias ha logrado manifestarse aun en sistemas de salud, orientados claramente hacia la atención preventivo-promocional y donde la salud es gratuita y accesible a todos como precepto constitucional. Tal es el caso de los países socialistas, entre ellos la Unión Soviética, pionera en la orientación profiláctica y cuyos principios sanitarios precedieron y fueron utilizados para la constitución de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS).

El sistema de salud de la Unión Soviética es, bajo los estándares convencionales, uno de los más avanzados y desarrollados del mundo. Hay en la Unión Soviética 1 200 000 médicos y 3 300 000 camas hospitalarias. Sin embargo, los problemas de deterioro de la calidad de atención y estancamiento en los indicadores de morbimortalidad son evidentes. En el campo del saneamiento ambiental, las propias autoridades soviéticas reconocen que de "... las 196 tareas referentes a la protección del medio, estipuladas por las disposiciones del Partido y el Gobierno, solo 47 han sido cumplidas. En 104 ciudades del país la concentración de sustancias tóxicas supera en 10 y más veces las normas higiénicas establecidas. La cuarta parte de los alcantarillados municipales y la tercera de los pertenecen a instituciones suministran agua insuficientemente depurada".*

¿A qué atribuyen las propias autoridades soviéticas el estancamiento en el desarrollo de su sistema de salud? Más allá de las alusiones a la insuficiente preparación profesional de los médicos y a los requerimientos de tecnología más apropiada para mejorar la calidad de la atención, hay una explicación fundamental subyacente en el diagnóstico y las propuestas de solución: el error de que los recursos físicos se desarrollaran macrocefálica y desproporcionadamente sobre la base del hospital. Por eso, una de las medidas centrales de reestructuración del sistema de salud es ampliar y darles mucho más responsabilidades a los establecimientos de menor complejidad, circunscribiendo las funciones del hospital. No es casualidad, por eso, que la crisis del modelo tradicional de atención, no sea privativo de los sistemas de salud de los países subdesarrollados y de los países industrializados del capi-

Más allá de las limitaciones conceptuales señaladas, hay un problema conceptual de fondo y de carácter más profundo y que las trasciende aun cuando sean superadas. La concepción del sistema escalonado de niveles de atención y su traducción en la red de servicios ha visualizado, ya sea explícita, o implícitamente, a los establecimientos periféricos, como una extensión de los servicios hospitalarios en un ámbito geográfico y local determinados. En este sentido, no deja de ser una concepción limitada por el horizonte hospitalario de los recursos físicos ("hospitalista") y, por consiguiente, funcional a la reproducción de las condiciones materiales e ideológicas constitutivas del modelo biomédico-reparativo de atención de salud (modelo tradicional).

Es posible, técnicamente, dentro de los límites del modelo tradicional, hacer que los recursos se conciban y se asignen como pertenecientes a una red de servicios y que "roten" en su interior; que se distribuyan los recursos privilegiando a los servicios periféricos y a la atención preventivo-promocional; y que, por último, se dote de una base material de articulación entre los niveles de atención que le de sentido práctico al sistema de referencias y contra-referencias, para que este funcione y lo haga bidireccionalmente. Sin embargo, la eventual superación de todas esas limitaciones con las alternativas técnicas enumeradas, es condición necesaria, pero no suficiente, para transformar y superar cualitativamente el modelo tradicional de atención, ya que no altera—más bien, contrarresta—una de las leyes centrales del desarrollo del mismo: el hospital-centrismo (u hospitalismo, si se quiere).

Que el problema es teórico-conceptual, lo evidencia la propia terminología utilizada convencionalmente. Se habla de hospital base y del hospital como centro de la red de servicios. De ahí que se refiera a los otros establecimientos como simplemente "periféricos; es decir, etimológicamente la periferia existe solo en la medida que tenga un centro" y, como es obvio, este no es otro que el hospital. Y, lamentablemente, como centro el hospital no desarrolla una fuerza centrífuga, sino más bien concentra y centraliza: es el carácter de fuerza centrípeta del hospital esta en relación directa a su capacidad de acumulación de recursos y de ser el espacio material de

* Entrevista al Ministro de Salud Pública de la URSS, Yevgueni Chazov, aparecida en SPUTNIK, diciembre de 1987.

Las repercusiones de un enfoque como el mencionado, son bastante amplias. Desde el punto de vista técnico-administrativo, por ejemplo, muchas de las atribuciones actualmente concentradas en las autoridades del hospital deberían ser transferidas a los Centros de Salud y a los otros establecimientos de menor complejidad.

La descentralización administrativa y técnica es un paso indispensable, para lo cual el sistema presupuestario debe flexibilizarse considerando como entidades autónomas de gastos a los servicios de menor complejidad, bajo el comando de los centros de salud. Cada sistema local de salud (SILOS) debe constituirse en un programa presupuestario, con lo que adquiere plena autonomía para la asignación de sus recursos. En cada SILOS, a su vez, los Centros Nucleares de Salud deben considerarse como entidades autónomas de gasto, responsabilizándose de un área geoeconómica determinada que incluye una red de Puestos de Salud y Dispensarios Comunes.

La efectiva descentralización técnica, administrativa y financiera debe utilizar los recursos que se encuentran bajo jurisdicción de los SILOS, como recursos del conjunto de la red y no como recursos fijos e inamovibles de cada establecimiento. En este aspecto, el sistema de rotación del personal asistencial se convierte en un instrumento de gran importancia. En realidad, tanto los servicios finales como, sobre todo, los servicios intermedios, deben considerarse como articulados funcionalmente y comunicados permanentemente con sus similares de los otros establecimientos del SILOS. Esto último es, particularmente, aplicable a los servicios de laboratorio y radiodiagnóstico. El cambio del eje de gravitación hacia los centros de salud actúa sobre dos limitaciones básicas del modelo tradicional de atención: "el predominio desmesurado del médico dentro del equipo de salud y la ausencia de relación efectiva de los servicios institucionalizados con los servicios de salud no estatales y, sobre todo, con las organizaciones sociales de base". Estos dos, son aspectos centrales que deberá resolver el nuevo modelo de atención. El mayor peso de los centros de salud y, en general, la mayor importancia asignada a los establecimientos de menor complejidad, va a significar una revalorización de las enfermeras, obstetras, técnicos sanitarios y los propios médicos de campo, produciendo una efectiva democratización del equipo de salud y contribuyendo, indirectamente, a la progresiva "desmedicalización" de la salud.

EL HOSPITAL COMO APOYO A LA RED DE SERVICIOS

La traducción a los recursos físicos de la concepción de la APS y de los LPNS les confiere a aquellos un rol muy importante en la transformación y superación cualitativa del modelo biomédico-reparativo de atención de salud. Esto es más evidente para el caso del rol del hospital, cuyo eje y capacidad de gravitación deben ser radicalmente modificados y la correlación de recursos reorientada hacia los establecimientos de menor complejidad. Es decir, el poder debe transferirse del "centro" a la "periferia" y apoyarse la creación de poder de esta última.

El problema, sin embargo, no se reduce al replanteamiento del rol del hospital dentro del sistema escalonado de niveles de atención.

A esto debe añadirse la redefinición de la estructura interna del hospital y de sus funciones externas con el propósito de apoyar y no centralizar los recursos de los servicios periféricos. Para ello, es indispensable modificar la estructura del poder que garantiza y reproduce la preeminencia desproporcionada del hospital, y esto solo es posible mediante la creación de condiciones materiales, técnicas, sociales y políticas, para ir progresivamente desmontando la base de sustentación de la trenza médico-tecnología sofisticada-industria farmacéutica. Se trata de que el *hospital base* se transforme en *hospital de apoyo*, lo que es, evidentemente, muchísimo más que un simple cambio de nomenclatura.

El primer elemento de una alternativa de transformación cualitativa del rol de los recursos físicos de acuerdo a la APS y los LPNS es la revalorización del centro de salud, como núcleo central de la red de servicios. Los demás establecimientos deben ser visualizados como una extensión de mayor complejidad (Hospitales de Apoyo) o de menor complejidad (Puestos de Salud, Dispensarios Comunes) de los centros de salud. El hospital, en esta perspectiva, debe estar al servicio de los requerimientos de los centros de salud y, en general, del conjunto de la red de servicios. De ahí, la nomenclatura de Hospital de Apoyo y de Centro Nuclear de Salud.

En lo que concierne a la relación de los servicios institucionalizados de salud con los servicios no estatales y las organizaciones populares, la revalorización de los centros nucleares de salud va a permitir el desarrollo de un proceso de concertación indispensable entre esos niveles, sobre la base de la generalización e institucionalización de la planificación democrática, participativa y de base, para enfrentar los problemas locales de salud. La idea es que los establecimientos de menor complejidad del sistema formal de salud se conviertan en entes de apoyo técnico y asesoría en todas las fases del proceso de planificación local, con la participación protagónica y dirigente de las organizaciones sociales de base territoriales y funcionales de la localidad. De esta manera, los planes locales de salud se convierten en instrumento central de la participación organizada del pueblo y el punto de encuentro privilegiado entre el Estado y la sociedad civil.

La importancia de los planes locales de salud va mucho más allá de ser instrumento indispensable de la participación popular, al constituirse en un aporte técnico fundamental del nuevo modelo de atención.

En primer lugar, con la participación popular el sistema institucionalizado adquiere una visión más integral del proceso salud-enfermedad al incorporar, al universo de las necesidades observadas, las necesidades sentidas de la población, con lo cual la percepción se acerca mucho más al concepto de necesidades reales de salud. La población, por otra parte, amplía también su visión de la salud al tomar conocimiento de aquellas necesidades sentidas. En segundo lugar, la concertación local que se produce entre todas las entidades vinculadas a la salud y las organizaciones populares, permite incorporar a ese nivel, la totalidad de los recursos existentes, haciendo que su uso sea más eficiente y eficaz, ya que evita la coexistencia de superposiciones con vacíos, y mejora los criterios de prioridad.

Adicionalmente, la práctica de la planificación democrática y de la formulación, ejecución, evaluación y control sociales de los planes locales de salud va a producir un proceso de aprendizaje indispensable de conducción y gobierno por parte de las organizaciones populares. Estas experiencias teóricas y prácticas actuarán como factores facilitadores para que, en una primera etapa, se desarrolle la coacción popular de los establecimientos de salud en la perspectiva de que en una segunda etapa, se logre la autogestión social de los servicios de salud. Al respecto, cabe recalcar que sin autogestión social en todos los niveles del sistema de salud no podrá consolidarse el nuevo modelo de atención de salud.

La incorporación de las demandas sociales sentidas por las organizaciones populares, a través de los planes locales, va a fortalecer definitivamente la descentralización efectiva del sistema de salud y va a permitir una mayor efectividad en la asignación de los recursos totales de la sociedad y no solo de los recursos institucional-estatales. De otra parte, va a coadyuvar a una mejor relación entre los sectores responsabilizados de los servicios sociales del Estado, permitiendo una relación intersectorial mucho más estrecha y coherente. La política social podrá concebirse y ejecutarse de una manera más integrada y efectiva, superando los compartimientos estancos del sectorialismo mal entendido. Por último, la influencia de las demandas sociales contribuirá a mantener la prioridad preventivo-promocional frente a las acciones meramente reparativas.

El otro elemento central para la transformación de los recursos físicos, de acuerdo a los requerimientos del nuevo modelo de atención, es la creación y el desarrollo de la base material de articulación entre los distintos niveles de atención del sistema escalonado. La alternativa incluye, en este aspecto, la creación y desarrollo de tres subsistemas flexibles y descentralizados de referencias y contra-referencias, que es la tradición operativa del sistema escalonado de niveles de atención.

El primer subsistema es el de comunicación-nes. Todos los establecimientos de un SILOS deben estar interconectados entre sí, telefónica y radifonómicamente. La comunicación radial es imprescindible en el caso de las zonas rurales, ante la falta de red telefónica en las mismas. Estas facilidades de comunicación sirven para mantener fluida la información pero, además, permiten una orientación y capacitación radiofónica para casos asistenciales en los que se requiera apoyo externo.

Todos los establecimientos de un SILOS deben tener acceso a alguna forma de transporte. De hecho el Hospital de Apoyo y los Centros Nucleares de Salud deben poseer, por lo menos, ambulancias y/o motocicletas. En el caso de los Puestos de Salud deben tener, minimamente, motocicletas y en las zonas rurales no debe descartarse la loco-

LA DIRECCION DEL HOSPITAL Necesidades de formación

Hugo Villar

INTRODUCCION

Para desarrollar el tema es necesario abordar primero, la naturaleza, el concepto y las características esenciales del objeto de dirección: *el hospital*.

El concepto de hospital ha experimentado pro-

fundas transformaciones, particularmente en el

transcurso de las últimas décadas. Ese proceso

de cambios está aun en pleno desarrollo y los

hospitales, según los países y aun según las re-

giones dentro de un mismo país, se encuentran

en diferentes etapas de ese proceso evolutivo.

Por esa razón resulta necesario para la consi-

deración del tema, analizar no solo la situación

actual, sino también las tendencias que se obser-

van a nivel internacional

EL HOSPITAL TRADICIONAL

Hasta hace pocas décadas y todavía resulta

así, en muchos casos, los hospitales eran institu-

ciones destinadas a proporcionar servicios cura-

tivos a los enfermos, actuando con un criterio

autárquico, aislado y sin coordinar acciones con

otros centros asistenciales, muchas veces fun-

cionando en edificios mal proyectados y en me-

dio de la escasez de recursos humanos y mate-

riales.

En la mayoría de los países los hospitales sur-

gieron y se fueron desarrollando sobre la base de

motivaciones muy diversas; pero sin responder a

una programación que tomara como base un ana-

lisis de las necesidades de la población en el

aspecto asistencial; fue un desarrollo espontá-

neo, no planificado, que llevó a una estructura

anárgica.

La administración de esos hospitales, se reali-

zaba en forma empírica y no era reconocida

como una especialidad.

Los directores eran designados en general en-

tre médicos con una buena experiencia clínica,

La revolución científico-técnica en desarro-
llo, ha puesto a disposición de las ciencias médi-

derechos fundamentales de todo individuo.

Hoy, los hospitales no surgen con un criterio
de caridad o de beneficencia, sino en respuesta al
derecho a la salud, reconocido como uno de los

Doctrina

científico.
de los sistemas sociales orientada con un criterio
el papel que debe desempeñar la administración
mayor justicia social; así como, en el concepto y
humanos fundamentales y de la necesidad de una
gta, en el reconocimiento expreso de derechos
humanos, en el campo de la ciencia y la tecnolo-
cial, en la economía de las naciones y los grupos
ideológicos y políticos, en la organización so-
sos aspectos de la actividad humana: en aspectos
Esas transformaciones se han dado en diver-
tales.

En las últimas décadas asistimos a un proceso
de profundas transformaciones que han determi-
nado importantes cambios en el concepto, la or-
ganización y el funcionamiento de los hospi-

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE HOSPITAL

Y las funciones y tareas que debe desempeñar.

Esta situación se mantiene todavía en muchos
hospitales, en los cuales no se han establecido
aun los requisitos y calificaciones como exigen-

cias necesarias para ocupar el cargo, teniendo en
cuenta el papel del director, los deberes del cargo

de administración.

pero sin ninguna capacitación formal en materia

cas un cuantioso arsenal de recursos tecnológicos, muchos de ellos de alta complejidad y de costo muy elevado; el desarrollo de la química, de la física, de la biotecnología, ha incrementado a ritmo acelerado el desenvolvimiento de nuevos procedimientos de diagnóstico y de tratamiento; un elevado número de preparados farmacológicos, de drogas y medicamentos han abierto nuevas perspectivas en la lucha contra las enfermedades.

Esse desarrollo, los avances registrados en el campo de la anestesiología, en el control de las infecciones, en el uso de la sangre y sus derivadas, en el conocimiento de los mecanismos inmunológicos, han creado a su vez nuevas perspectivas para la cirugía, que hoy puede abordar órganos que hasta hace poco resultaban intocables, sustituir órganos enfermos, realizar trasplantes, corregir malformaciones o lesiones que parecían irreparables.

Personal

Esse desarrollo científico-técnico ha planteado a los organismos de salud, en general y a los hospitales, en particular, grandes desafíos. Resulta necesario contar con un personal cada vez más numeroso, que represente una enorme diversidad de profesiones y técnicas.

Esse personal necesita tener un alto nivel de capacitación; su formación básica resulta cada vez más prolongada y es necesario mantener luego un proceso permanente de educación continua. Los hospitales deben ser muy rigurosos y exigentes en el proceso de selección de su personal; asimismo, asegurar niveles justos de salarios y beneficios sociales, sistemas adecuados de promociones y la aplicación de métodos avanzados de administración de personal.

Edificios

Nada tienen que ver los edificios que hoy se proyectan y construyen para hospitales, con aquellos que hasta hace muy poco se utilizaban para esa finalidad.

Un hospital, sobre todo de cierta magnitud, cumple al mismo tiempo funciones muy variadas, reúne simultáneamente las características de un hotel, un restaurante con una gran cocina, un edificio de oficinas, un gran almacén, un lavadero, un conjunto de laboratorios, una farmacia, talleres de

Funciones

Los hospitales, que funcionaron mucho tiempo como albergues, como hospicios para asegurar casa y comida, fueron ampliando progresivamente sus funciones.

Se fue jerarquizando, sobre todo con el desarrollo de las ciencias la función de tratar enfermos y recuperar la salud, y más recientemente, la función docente en la formación de médicos, enfermeras y en las últimas décadas, dietistas, asistentes sociales, tecnólogos de la salud, etc.

Los actuales conceptos de salud-enfermedad, de atención integral a la salud y del papel que deben desarrollar las instituciones que integran el sector salud de un país, fueron ampliando ese espectro de funciones.

La tendencia universal señala que todo hospital, sea cual sea su tamaño, naturaleza o ubicación, debe cumplir tres grandes grupos de funciones: a) *de atención integral a la salud*, comprendiendo actividades dirigidas a la población sana, con objetivos de promoción y de protección y a los enfermos, para su recuperación y rehabilitación. Todas ellas ejercidas con orientación preventiva y actividades dirigidas al medio natural y social; y b) *docencia*, en cuatro grandes áreas: para estudiantes y graduados de todas las profesiones y técnicas de la salud, en el caso de hospitales con funciones universitarias; pero, además, en todos los casos, programas de educación continuada para el desarrollo y perfeccionamiento de su propia persona, a los usuarios y población en general; c) *de investigación*: de tipo biomédico, para el estudio de todos los factores que intervienen o condicionan el estado de salud o enfermedad y que pueden realizarse con orientación clínica, epidemiológica y social; y en el campo de la administración, en el estudio de las leyes, principios y métodos de la ciencia y la técnica de la administración y de cada una de sus funciones.

La atención en salud o enfermedad de una población determinada, que vive en un territorio definido geográficamente, es responsable de la red local de servicios de salud, integrada por organismos de diferentes niveles de complejidad.

Este criterio no resulta compatible con la necesidad de atender a cada persona según sus necesidades, utilizando en cada caso los recursos con un criterio de eficacia y de eficiencia. Esto ha llevado a identificar diferentes niveles de atención y a organizar la prestación de servicios según nuevos modelos, aplicando el concepto de atención progresiva según niveles de cuidado.

Tradicionalmente los hospitales han actuado con un criterio autárquico, como instituciones aisladas, sin coordinar sus acciones con otros organismos de atención a la salud.

El hospital y la red de servicios

Se han desarrollado en estos últimos años, sobre las instituciones, muchas experiencias en este sentido, en algunos países de nuestra América Latina y en otros continentes, las cuales están señalando el camino a seguir.

Ello resulta indispensable, además, para estimular y encorajazar la participación activa, responsable y organizada de la población en el estudio de los problemas de salud, en su colaboración efectiva para el desarrollo de ciertos programas y en el control que debe y tiene derecho a ejercer sobre las instituciones.

Los hospitales deben dejar de ser "torres de marfil de la enfermedad"; la tendencia es y debería ser cada vez más hacia "hospitales sin paredes", abiertos a la comunidad, asumiendo y compartiendo con la población y otras instituciones, responsabilidades integrales de atención a los sanos y a los enfermos, y actividades relacionadas con la higiene ambiental y la preservación y protección del medio.

Ello resulta indispensable, además, para estimular y encorajazar la participación activa, responsable y organizada de la población en el estudio de los problemas de salud, en su colaboración efectiva para el desarrollo de ciertos programas y en el control que debe y tiene derecho a ejercer sobre las instituciones.

El papel social de los hospitales se ha enriquecido enormemente, ampliándose paralelamente sus responsabilidades.

El hospital es una institución especializada que cumple tareas de curación de los enfermos que acudían a la institución.

Asistimos en las décadas recientes, a una profunda revisión en este sentido.

Causó muchos problemas y retrasó el progreso, en esta materia, la tendencia que se desarrolló durante una época reciente, de diferencias entre los llamados centros de salud para la atención de sanos y los hospitales para la curación de enfermos. El proceso salud-enfermedad debe ser encarado en su integridad; resulta anticientífico y antibiológico fraccionar artificialmente un proceso que es continuo y que se beneficia de un análisis y un tratamiento integrador.

Actualmente partimos del concepto que todos los elementos del sistema de salud deben desarrollarse con un enfoque integral de atención a la salud preventivo-curativo y abarcando actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Por otra parte, resulta indispensable superar esa actitud pasiva de los hospitales, a la espera de enfermos. Hay que "romper los muros" y salir a

El ámbito de acción

El hospital, por entonces, no era una institución dotada de recursos especiales y allí concurrían esos pacientes, impedidos de asistir en su propio hogar o en el consultorio del médico.

Hoy, el hospital es una institución especializada que está al servicio de todo aquel que por necesidad debe ser asistido con los recursos de que dispone el hospital y cuyo problema no puede ser resuelto en su domicilio o en un centro de atención primaria.

El hospital, por entonces, no era una institución dotada de recursos especiales y allí concurrían esos pacientes, impedidos de asistir en su propio hogar o en el consultorio del médico.

El hospital, por entonces, no era una institución dotada de recursos especiales y allí concurrían esos pacientes, impedidos de asistir en su propio hogar o en el consultorio del médico.

Los usuarios

El hospital, por entonces, no era una institución dotada de recursos especiales y allí concurrían esos pacientes, impedidos de asistir en su propio hogar o en el consultorio del médico.

EL HOSPITAL COMO SISTEMA SOCIAL

Tal como lo define el diccionario de la Real Academia Española, *sistema* es un conjunto de cosas que ordenadamente y relacionadas entre sí, contribuyen a determinado objetivo. Un hospital es uno de los sistemas sociales de mayor complejidad. En su estructura de organización podemos identificar los siguientes subsistemas:

El subsistema asistencial que tiene la responsabilidad de desarrollar las funciones de asistencia, docencia e investigación en cumplimiento a los *fines* de la institución.

● Los servicios clínicos, que tienen a su cargo la atención directa de pacientes aplicando el método clínico (observación, interrogatorio y exploración física).

● Los servicios de diagnósticos y tratamientos especiales, que denominamos así, porque utilizan métodos especiales (de laboratorio, de radiología, de fisiatría, de hemoterapia, etc.), ya sea con fines de diagnóstico y/o de tratamiento.

● Los servicios asistenciales no médicos o paramédicos; subsistema integrado por un grupo de profesionales que participan directamente en la atención de los pacientes: enfermería, dietética, asistencia social, psicología, farmacia, y registros médicos.

El subsistema de apoyo, integrado por un conjunto de servicios que constituyen *medios* que facilitan, colaboran y hacen posible el cumplimiento de los fines por parte del subsistema asistencial.

Identificamos en él, dos subsistemas:

- de servicios generales
- de administración general de recursos humanos, materiales y financieros.

NIVELES DE ORGANIZACION

Como en cualquier sistema social, en un hospital podemos identificar tres niveles de organización:

Nivel estratégico: Esta representado por los órganos de gobierno y la dirección del hospital. En este nivel se definen las políticas generales del sistema, los objetivos, planes y programas,

dad, interrelacionados entre sí y que coordinan sus acciones para asegurar una atención accesible a todos, de calidad aceptable según normas, oportuna, humana, desarrollada con sentido interdisciplinario y con la mayor eficacia y eficiencia. El hospital es, entonces, uno de los elementos de esa red, en la cual cumplirá un papel condicionado por su ubicación geográfica, sus recursos y su nivel de complejidad.

La administración

Como actividad empírica, la administración es tan antigua como los grupos humanos; sin embargo, como actividad científica es de las más recientes.

Su desarrollo no ha sido simultáneo en las diferentes ramas de la actividad humana, se fue desarrollando sucesivamente en aquellas actividades que alcanzaban mayores niveles de complejidad y para lo cual, resultaba necesario emplear grandes grupos humanos y una cantidad importante de recursos materiales.

Como ciencia, la administración se fue desarrollando recién desde la primera década del siglo actual.

En el campo de la salud el desarrollo es aún más reciente. Hasta hace unas pocas décadas fue ejercida empíricamente por personas carentes de formación en la materia, actuando por intuición, aplicando el “sentido común” en el análisis de los problemas y en la toma de decisiones. Cuando los hospitales empezaron a transformarse en instituciones altamente especializadas, con recursos humanos y materiales numerosos, complejos, calificados y de alto costo, la buena voluntad o el buen juicio ya no resultaban suficientes para resolver los problemas y asegurar el eficaz funcionamiento de esas instituciones.

Se desarrolló primero la *administración hospitalaria*, por ser los hospitales las instituciones de mayor complejidad dentro del sector salud; luego se desarrolló la *administración de programas de salud pública*. Durante décadas se formaron en cursos diferentes, especialistas en ambas disciplinas; ello reflejaba, también, la falsa dicotomía que se daba en la organización de los servicios.

En los últimos veinticinco años, consecuentemente con el enfoque integral del proceso salud-enfermedad y de los servicios de salud, también se produjo un proceso integrador en la formación de especialistas en *administración de servicios de salud*.

órgano delegado del Consejo de la Facultad de Medicina, que asume la responsabilidad final por el funcionamiento del hospital y define la política docente y asistencial del Organismo. Y, en un nivel aun superior, está el Consejo Directivo Central de la Universidad, máxima autoridad del gobierno universitario.

Ser director de un hospital, significa tener el cargo de mayor jerarquía de la institución. Como tal, representa el de más alto nivel de la administración, asume la mayor autoridad y la más alta responsabilidad.

Es responsable de administrar el sistema en su conjunto, de asegurar la unidad de acción necesaria para alcanzar los objetivos del sistema, a través de la acción coordinada de todos los componentes y elementos que integran el sistema.

PAPÉL DEL DIRECTOR

Desarrollaremos el tema analizando dos aspectos:

- que hace el director
- cómo lo hace

Qué hace, es decir cuál es la naturaleza de su trabajo.

En primer lugar tiene a su cargo la *administración del sistema* en su conjunto.

a) ¿Qué significa *administración*?

La administración es una actividad sistemática, desarrollada por un grupo humano que utiliza un conjunto de recursos para alcanzar una finalidad de manera eficaz y eficiente.

A lo que podemos agregar un contenido ético, deseable, que no es inherente a la administración, que depende de la ideología y las concepciones políticas que sustentan cada administración concreta y que podría expresarse como un beneficio social para quienes va dirigida la actividad (los usuarios) y para quienes la producen (los trabajadores).

b) ¿Qué *funciones* comprende la administración?

Concebimos la administración como un proceso continuo o un ciclo, en el que identificamos cinco funciones: a) planificación; b) organización; c) administración de recursos humanos, materiales y financieros; d) dirección; e) control.

El Director asume, pues, la responsabilidad de desarrollar estas funciones en el conjunto del sistema.

los reglamentos y normas que regulan el funcionamiento del sistema.

Nivel táctico: Comienza en la dirección del hospital, que establece el nexo, el enlace entre los órganos de gobierno y de administración; se incluye en este nivel a los jefes de las unidades de organización y a los mandos intermedios. En este nivel se definen los métodos y procedimientos a aplicar, para alcanzar los objetivos siguiendo las políticas y normas definidas.

Nivel operativo: Integrado por los cargos de base de la pirámide de organización.

Es el nivel donde se lleva a cabo la operación del sistema; en el nivel estratégico se define *qué se debe hacer y para qué*; en el nivel táctico *co cómo hacerlo, cuándo, quién, con qué y dónde*; en el nivel operativo *se ejecuta la operación*.

ADMINISTRACION

LOS ORGANOS DE GOBIERNO Y DE

Los órganos de gobierno están constituidos por órganos colectivos, denominados según los países: Junta Directiva, Comisión Directiva.

Según la naturaleza del hospital, están intergrados por representantes de la institución profesional; en el caso de organismos universitarios por representantes de docentes, egresados, estudiantes y funcionarios en general; en algunos casos están representados los usuarios o grupos sociales diversos.

Constituye la máxima autoridad de la institución; pero como cuerpo colegiado, son autoridad en su conjunto. Fuera de las reuniones cada integrante por separado carece de autoridad para adoptar decisiones, dar órdenes, solicitar informes o realizar actividades de control.

Fuera de las reuniones, este cuerpo delega toda su autoridad en el Director y lo hace responsable de cumplir y hacer cumplir los acuerdos adoptados por el órgano de gobierno.

Es el órgano normativo, define los fines de la institución, establece objetivos y políticas generales a desarrollar, aprueba planes y proyectos, reglamentos, normas generales, el proyecto de presupuesto, designa al personal, supervisa el funcionamiento general de la institución.

En algunos hospitales universitarios, como en el caso del Hospital de Clínicas de Montevideo (Uruguay), la Comisión Directiva actúa como

En segundo lugar, el Director dirige la operación general del sistema, identifica un conjunto de *programas*, que a su vez podemos dividir en *subprogramas*.

Programas: a) Atención a la Salud; b) Educación; c) Investigación; d) Servicios Generales; e) Administración General; f) Gobierno y Dirección.

En cada uno de ellos, identificamos los siguientes subprogramas:

a) Atención a la Salud: urgencia, consultorios; periféricos, hospital, domicilio, hospitalización, hospital de día, centro quirúrgico.

b) Educación: estudiantes, graduados, personal (educación continua), usuarios y población (educación para la salud).

c) Investigación Biomédica: clínica, epidemiológica y social, Administración.

ch) Servicios Generales: obras y mantenimiento; operación de planta; producción: ropa, impresos; lavado de ropa; limpieza; comunicaciones y seguridad.

d) Administración General: recursos humanos, materiales, financieros; procesamiento de la información; entradas; trámite y expedición.

e) Gobierno y Dirección: gobierno, dirección, asesores.

En tercer lugar, ¿cual es el contenido de su trabajo?

Si analizamos con mayor detalle podríamos identificar los siguientes grupos de tareas principales:

a) Tareas externas: representación del hospital; relaciones con organizaciones de gobierno, de salud (red de servicios), de educación, científicas, políticas, sindicales, profesionales, estudiantiles, de vecinos, industriales, comerciales, de prensa, internacionales.

b) Tareas internas: definición de objetivos, políticas, normas, reglamentos; administración de los programas, planificación, organización; administración de recursos (humanos, materiales, financieros), dirección, control, docencia, investigación.

¿*Como lo hace?*, es decir ¿qué métodos y procedimientos aplica para llevar a cabo su trabajo?

a) Aplicación de métodos: científico, sistemático, histórico, matemático-estadístico, epidemiológico, administrativo, descripciones y especificaciones de los puestos de trabajo.

DEFINICION DEL CARGO DE DIRECTOR

Desde hace años estamos aplicando en el Hospital de Clínicas un modelo para definir todos los cargos de la institución. Esa tarea fue recopilada en una publicación de Villar, Nowinski y Ripa*.

La definición de un puesto de trabajo la dividimos en dos partes:

a) Descripción, mediante la cual se trata de analizar cómo es el puesto de trabajo, y qué incluye:

- nombre del cargo
- propósito
- deberes, actividades y tareas
- interrelaciones jerárquicas
- por quién es supervisado
- a quién supervisa

b) Especificaciones, mediante las cuales se trata de establecer cómo debería ser la persona para ocupar ese puesto de trabajo. Esto incluye:

- Requisitos:
 - requisitos psico-físicos
 - requisitos especiales
 - Calificaciones:
 - educación y experiencia
 - conocimientos específicos

El equipo de Dirección de un Hospital tiene una integración que varía con la magnitud y la complejidad de la institución

En los grandes hospitales, integran el equipo junto al Director, dos, tres o cuatro Directores Asistentes y, en algunos casos, los cargos de jerarquía inmediata inferior denominados Adyudantes o Ayudantes de Dirección.

*Administración de personal. Descripciones y especificaciones de los puestos de trabajo.

Los Equipos de Dirección actúan con un cuerpo de asesores: arquitecto, ingeniero, abogado u otros, y con un grupo de Comités Asesores que pueden ser permanentes o temporarios. Como lo indica el término, son órganos asesores, dependientes de la Dirección, que no están en la línea jerárquica, informan, aconsejan, asesoran, proponen normas o elaboran proyectos; pero no adoptan decisiones. Pueden asumir tareas de supervisión directa, por encargo expreso de la Dirección.

LA FORMACION DE LOS EQUIPOS DE DIRECCION

En el proceso de formación de un administrador de hospitales, podríamos identificar tres etapas:

● Una primera etapa de postgrado de *formación básica*, como especialista o maestro en Administración de Servicios de Salud.

● Una segunda etapa de *especialización superior* como doctor en Administración de Hospitales.

● Una tercera etapa, sin término, de *formación continuada* para mantenerse al día, incorporando nuevos conocimientos, desarrollando mejores aptitudes y enriqueciendo su experiencia profesional.

LA PROGRAMACION DE LOS ESTUDIOS

La programación de los estudios para cada una de esas etapas debe seguir una *metodología científica*, que comprende lo siguiente:

1. Definición del modelo de especialista, que establece el perfil profesional y ocupaciones.

● En el perfil profesional se establecen los deberes, funciones y tareas a desempeñar para cada cargo.

● En el perfil ocupacional se establecen los cargos que el especialista puede desempeñar en diferentes niveles del sistema de salud, de acuerdo al nivel de formación alcanzado.

2. Para cada una de las tareas se identifican los conocimientos que debe tener y las habilidades que debe desarrollar al finalizar cada etapa de su formación, las que se agrupan en tres categorías: ● Saber hacer: se refiere a las habilidades y conocimientos que le permiten cumplir sus tareas. ● Saber: se refiere a los conocimientos imprescindibles para su trabajo. ● Conocer: es un nivel de información menos profundo.

3. A partir de ello se elabora un listado de temas a desarrollar, los cuales se agrupan en distintas asignaturas.

4. Estas asignaturas se pueden clasificar en: ● Básicas: aquellas que constituyen materias fundamentales en el plan de estudios como base para el desarrollo de las demás. ● Básicas específicas: que sirven de nexo entre las básicas y las especiales. ● Especiales: aportan las habilidades y conocimientos que permitirán al especialista cumplir las tareas del cargo.

5. Esa clasificación facilitará la integración y la secuencia lógica de las asignaturas para definir el plan de estudios.

6. Se definen luego:

● El cronograma con las horas destinadas a cada asignatura.

● Los métodos docentes a utilizar con sus respectivas asignaciones horarias incluyendo: exposiciones teóricas, lecturas individuales o colectivas, talleres, mesas redondas, estudio de casos, dramatizaciones, prácticas de servicios, elaboración de tesis, etc.

● Los criterios y métodos de control y evaluación.

En cuanto a la *educación continuada*, resulta conveniente utilizar diversos métodos, que pueden resultar complementarios, o utilizarse con propósitos diferentes según necesidades detectadas o intereses expresados por los propios administradores:

- Talleres de uno a cinco días.
- Cursos de dos a cuatro semanas, según módulos.
- Programas intermitentes: uno a dos días por mes durante varios meses.
- Programas regulares por la tarde, de diversa duración según temas.
- Cursos a distancia con controles periódicos.
- Distribución de materiales impresos, con evaluaciones periódicas.

LA SALUD EN LAS GRANDES CIUDADES Y LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD*

José María Paganini

"Una ciudad cualquiera está en realidad constituida por dos ciudades, una, la ciudad de los pobres y, la otra, la de los ricos, cada una en oposición a la otra; y en cada una de estas divisiones, existen aun otras más pequeñas. Uno cometería un gran error si los tratara como estados uniformes" (Platón 427-347 a.C.).

INTRODUCCION

Mucho se ha dicho y se ha elaborado en relación a la salud en las grandes ciudades.

Diversas disciplinas se han ocupado, desde distintos puntos de vista, de ese complejo y a su vez fascinante modo de vivir urbano en las denominadas "megalópolis".

Demógrafos, urbanistas, economistas, sociólogos, educadores y planificadores, por citar algunos, han estudiado y propuesto soluciones para cada área.

Cabe aquí recordar a Schumacher cuando plantea en su propuesta que "lo pequeño es bello (1)", un tamaño no mayor de 500 000 habitantes como la cifra máxima ideal para una concentración urbana.

Recorriendo la historia, Platón (427-347 a.C.) también se preocupó de los problemas urbanos. Así decía "una ciudad cualquiera está en realidad constituida por dos ciudades, una, la ciudad de los pobres y la otra, la de los ricos, cada una en oposición a la otra; y en cada una de estas divisiones, existen aun otras más pequeñas. Uno cometería un gran error si los tratara como estados uniformes" (2). Importante aporte del filólogo de todos los tiempos que hace recordar que del pasado, posiblemente agravados.

El emperador romano Adriano (76-138) en sus memorias, recopiladas por Marguerite Yourcenar, describe su preocupación por el orden en la "congestionada" Roma cuando indica "ordene reducir el número de carruajes que obstruyen nuestras calles, lujos de velocidad que se destruye a sí mismo, pues un peatón saca ventaja a cien vehículos amontonados a lo largo de las vueltas de la Via

Sacra" (3). Una afirmación válida todavía en cualquier congestión de tráfico de nuestras grandes urbes.

Volviendo a nuestros días, aún están vigentes las conclusiones contenidas hace diez años en la Declaración de Roma sobre la población y el futuro urbano (4).

Allí se afirmaba que "el número de ciudades con población de cinco o más millones, pasará de 26 en 1980 a 60 en el año 2000, con una población de 650 millones. Esta estimación sigue en pie, cuando en la reunión de consulta interregional convocada conjuntamente por UNICEF y OMS, en 1986, en Manila, Filipinas, también se afirmaba que de esas 60 grandes ciudades, 45 estarían en las regiones menos desarrolladas del planeta (5).

En el campo de la atención de la salud también han existido importantes antecedentes de discusión y reflexión sobre el tema y es oportuno mencionar, solamente, las reuniones a nivel internacional realizadas tanto en la Región de las Américas, como a nivel mundial. En Washington, D.C., Estados Unidos de América, en 1981 (6); en Buenos Aires, Argentina, en 1982 (7); en Ginebra, Suiza, en 1983 (8); en Quito, Ecuador, en 1984 (9); en Manila, Filipinas, en 1986 (5) y en Buenos Aires, Argentina, en 1987 (10).

El movimiento sobre "Ciudades Sanas" y la "Asociación Mundial de Grandes Metrópolis" ha renovado y producido también propuestas en el campo de la promoción de la salud y de la coordinación intersectorial.

Todas las reuniones anteriormente enunciadas, discutieron y aprobaron recomendaciones y sugerencias para enfrentar y resolver los problemas de desarrollo social, en general y de atención de la salud, en particular.

Existen, así, recomendaciones sobre el desarrollo urbano, la vivienda, el transporte y el crecimiento poblacional, el problema de los suministros, el control del medio ambiente, la

*Artículo publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 107 (1), julio 1989, pág. 65-72.

siones sobre el cuidado de su propia salud y en la participación activa en todo el sistema.

- Contempla la extensión de la cobertura de los servicios de salud y el mejoramiento ambiental como factor fundamental de la estrategia. Incluye además:
 - a) El desarrollo de la articulación sectorial.
 - b) El desarrollo de la investigación y la tecnología apropiada, los recursos humanos y su disponibilidad y la producción de suministros y equipos.
 - c) El establecimiento de sistemas nacionales de financiamiento del sector.
 - d) Y, la reorientación de la cooperación interna-cional.

El otro acontecimiento en que se desenvolvió la presente década proviene del campo económico. Es un problema que todavía nos agobia y que es nuestra obligación recordar. Esta se refiere a la grave situación económico-financiera que afecta a nuestros países de América Latina, enmarcada en los problemas derivados de la deuda externa y del desarrollo económico en general.

Las consecuencias sociales de esta crisis son evidentes en toda la región. Los problemas que atormentan el sector salud y los servicios de salud no son ajenos a la situación económica social antes expuesta. Las limitaciones presupuestarias, la falta de capacidad de pago de la población de bajos recursos y las limitaciones en inversiones críticas son algunas consecuencias tangibles de esta crisis. En los países de América Latina y el Caribe se producen un total de 700 000 muertes anuales que se podrían evitar de poderse aplicar en forma oportuna y adecuada los conocimientos existentes de la salud pública, la prevención y la atención médica. Y esas muertes ocurren también en las grandes ciudades. Aproximadamente 130 millones de los 423 millones de habitantes que constituyen la población total, no tienen acceso de ordinario a los servicios de salud (11). Y esa inequidad también ocurre en la gran ciudad.

Recientemente y motivados por evaluaciones realizadas en relación a la Meta SPT/2000, los países de la Región han reconocido (12) que, además de la crisis económica que afecta a la salud y a la provisión de servicios de salud, existen factores internos propios de la infraestructura de salud que se pueden resumir como una cons-tante y quizás agravada por la falta de eficacia y eficiencia en la operabilidad de los servicios. Los países de América Latina y el Caribe invier-ten alrededor de 40 mil millones de dólares por

contaminación ambiental, la atención de la sa-lud, el desarrollo de los servicios de salud, la aten-ción de las emergencias, la atención materno-in-fantil, la salud del adulto, la rehabilitación. Hoy se tiene que enfrentar un problema que no es nuevo y que se agrava permanentemente. La historia respalda esta preocupación y el hombre moderno es parte de esa historia. Corresponde ahora preguntar ¿qué se ha he-cho?, ¿qué políticas globales y qué estrategias es-pecíficas deben guiar hoy para responder prác-ticamente y con soluciones adecuadas a los problemas ya identificados?

EL CONTEXTO

En el tema del desarrollo de la salud, la década del 80 está marcada por dos acontecimientos fundamentales. Por un lado, es la década en don-de de todos los países han trabajado dentro de la estrategia de atención primaria y la meta de salud para todos. La definición de la meta salud para todos en el año 2000, en 1977, significó un acontecimiento político-social en el campo del bienestar y de la equidad en salud. Fue y lo es todavía, una denun-cia sobre las desigualdades en el acceso a la salud de una gran parte de la población. Se decía, en 1977, que un tercio de la población carecía de servicios básicos de salud. Para enfrentar este problema, los países del mundo, convocados por UNICEF y OMS, en Alma-Ata (URSS), en 1978, aceptaron que la es-trategia de atención primaria es un medio para en-trenar esta situación de injusticia. Es útil recordar cuales fueron los principales elementos de esta estrategia:

- Toma al sistema de salud como un compo-nente del desarrollo social y un instrumento de la justicia social.
- Se refiere a toda la población sin ningún tipo de restricciones, es decir el principio de la univer-salidad.
- Se preocupa por la accesibilidad económica, cultural geográfica de los más necesitados, apli-cando el principio de equidad.
- Incorpora desde un comienzo a la comuni-dad, como factor fundamental en la toma de deci-

año para el sector salud (es decir un promedio anual de 100 dólares por habitante). Se estima que de esta cifra, aproximadamente el 25%, o sea 10 mil millones, son malgastados por ineficiencia en la operación de los servicios de salud. En resumen, se puede entonces concluir que los sistemas de salud afrontan en la actualidad graves problemas, provenientes unos de la situación económica social y otros de las condiciones de organización y administración de los propios servicios de salud, lo que se traduce en baja cobertura y falta de equidad, eficacia y eficiencia.

LA DESCENTRALIZACION

¿Cómo solucionar estos problemas? ¿Como enfrentar este desafío?

Es claro que en gran parte las soluciones para el sector salud deberán provenir de un cambio en la situación económico-social global de la Región. Además de ello, el sector salud deberá también aportar soluciones propias, intrínsecas, para resolver algunos de sus problemas internos y para afrontar la crisis actual.

Deberán solucionarse las limitaciones organizativas, de conducción general, de gerencia técnico-administrativa del sector salud que contribuyen a la falta de equidad, eficiencia, eficacia y a la baja calidad de los servicios. Dentro de estas limitaciones técnico-administrativas, se destaca un excesivo centralismo en la gestión político-administrativa y técnica, impidiendo el adecuado desarrollo de los niveles locales de salud en su responsabilidad para resolver los problemas de salud de la población. Este excesivo centralismo se ha visto aún con mayor evidencia en los recientes procesos de democratización en varios países de la Región, lo que está exigiendo a los sectores sociales, en general y a los servicios de salud, en particular, una inmediata respuesta a la mayor participación, justicia social y resolución de los problemas de salud y enfermedad.

Estos antecedentes justifican la decisión de los gobiernos del Continente sobre la necesidad de plantearse nuevamente la búsqueda de una respuesta organizacional a los desafíos que actualmente afrontan los sistemas de salud. Es en este sentido que aparece la descentralización y los sistemas locales de salud como los ejes articuladores de la reorientación y reorganización del sector, en base al mayor desarrollo de los sistemas locales de salud.

Sobre este mismo tema, el Dr. Carlyle Guerra

de Maecdo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, ha dicho que:

“Hay aspectos que parecen ser requisitos comunes a cualquier estrategia nacional, entre ellos, se destaca el de la descentralización. En efecto, la experiencia universal señala la excesiva centralización y falta de coordinación como factores fundamentales en el inadecuado funcionamiento de los servicios de salud y en la ineficiencia de los sistemas vigentes. Es, por lo tanto, imprescindible promover la reorganización necesaria en función de una efectiva descentralización, asegurándose de la coordinación requerida”.

“La descentralización no implica, pues, el fraccionamiento de los sistemas de salud, sino la interacción sinérgica de sus componentes que vigoriza el todo en función del objetivo esencial: la salud de la población”.

“La descentralización es, sin embargo, una tarea muy compleja. Mas allá de sus características técnicas y administrativas, implica un cambio en la distribución y uso del poder, y ello exige una voluntad y un compromiso político sin vacilaciones” (13).

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LAS GRANDES CIUDADES

La década del 90 se inicia con nuevos bríos, con nuevas esperanzas, ellos están basados en la declaración de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria, y reforzados con la táctica operacional de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud.

Cabe la pregunta, ¿es posible aplicar esta propuesta en la problemática de la gran ciudad?

En nuestra opinión, la propuesta de desarrollo de los SILOS, como una táctica operacional de cambio para la reorganización y reconstrucción de todo el sector salud merece observarse para su aplicación en el ambiente urbano. Deberá aceptarse la necesidad de flexibilidad y adaptabilidad para cada situación en particular; sin embargo, hay áreas de reflexión y de análisis que son comunes para todo los casos.

Destacamos a continuación algunos elementos a tener en cuenta:

La reorganización del nivel central

La apropiada conducción del proceso de descentralización y de desarrollo de los sistemas locales, exige la presencia de un adecuado lide-

blacionales, o sistemas locales de salud en la gran ciudad? Es posible poner en práctica esta propuesta de descentralización/desconcentración en las grandes áreas metropolitanas creando sistemas locales de salud con las características antes apuntadas?

La participación social y la intersectorialidad

Es en el ámbito local en donde es posible ejercer mejor los mecanismos de coordinación intrasectorial e intersectorial y lograr una activa participación social.

Las acciones de salud, tanto dirigidas al individuo y su familia, como las del control del ambiente, pueden encontrar en el ámbito local un mecanismo más justo de gestión, más equitativo, más humano.

¿Es posible lograr esta participación en el ámbito urbano? ¿Qué elementos los facilita y qué otros son factores restrictivos para una activa participación?

La financiación

Es en la ciudad en donde se concentra quizás, la mayoría de los recursos *per cápita* y totales del país en capacidad instalada y en funcionamiento. El gran desafío será lograr la coordinación necesaria de las diversas fuentes financieras. Las actividades relacionadas con los servicios públicos, las de la seguridad social y la actividad privada deberán enfrentar el equilibrio justo que asegure la mayor equidad y eficiencia de los servicios.

El desarrollo de los recursos humanos y la investigación

También es en el ámbito local en donde podemos enfatizar la necesidad y poner en práctica un nuevo enfoque para el desarrollo de los recursos humanos en relación a los servicios de salud y en la práctica de la investigación para mejorar la equidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

El desarrollo de un nuevo modelo de atención no se logrará sin un proceso permanente, innovador, de desarrollo del recurso humano. Esta propuesta llevada al ámbito urbano se encuentra, en nuestra opinión, favorecida por la

razgo técnico-administrativo que otorgue dirección y coherencia al proceso.

Como dice Schumacher: "Necesitamos la libertad de gran cantidad de pequeñas unidades autónomas y, al mismo tiempo, el orden provisto por un enfoque global, que otorga unidad y coordinación". Se está proponiendo, por lo tanto, la observación detenida y crítica de la función del nivel central en la gran ciudad, como responsable de la salud de las mismas, no para justificar su crecimiento y excesivo desarrollo, sino para apoyar un adecuado liderazgo en la descentralización.

Este liderazgo lo debe también ejercer en la función de la coordinación intersectorial promoviendo y facilitando este desarrollo, así como en la promoción de la participación social y en la readecuación de los mecanismos de financiación y en la movilización de recursos.

Los temas que hemos mencionado anteriormente: la atención de la salud individual y comunitaria, como el control del medio ambiente, deben tener una apropiada representación a nivel central con la responsabilidad de la coordinación, es decir, un ejecutor de las acciones de salud, sino como el promotor y orientador de la tarea global del sector.

La descentralización y desconcentración

Constituye el aspecto fundamental de nuestro análisis. Cuando necesitamos acción, necesitamos obviamente pequeñas unidades.

No puede definirse en forma teórica cómo lograr constituir ese nivel local dentro de la ciudad, porque ello depende de las características políticas, administrativas e históricas de cada caso. Además debemos recordar que cada actividad puede exigir escalas diferentes de centralización/descentralización. Lo que se propone es revisar las acciones de salud y la estructuración destinada a su gestión con el objeto de dividir operacionalmente el gran conglomerado urbano en segmentos, de un tamaño que facilite la misma.

¿Será posible esta división de trabajo y de responsabilidades dentro de una gran ciudad? ¿Será posible encontrar ese nivel intermedio y desarrollar en el mismo las funciones de programación, ejecución y supervisión directa sin perder la visión global del conjunto?

¿Cuales son los niveles de responsabilidad que deben crearse? ¿Con qué nivel de delegación podrán actuar estos segmentos geográficos po-

facilidad de disponibilidad geográfica del personal de salud y la capacidad de los recursos instalados en la gran ciudad; generalmente los más dotados en el país, en el ámbito de prestación de salud y universitario. La educación permanente a nivel local, para apoyar la descentralización, es una condición ineludible de esta propuesta.

Lo mismo podemos decir de la investigación de los servicios de salud. La ciudad tiene la capacidad instalada adecuada como para constituirse en un centro de desarrollo de la investigación de servicios de salud, tomando a los SILSOS como sujetos de estudio, para lograr equidad, eficacia y eficiencia.

El desarrollo de un nuevo modelo de atención

La propuesta de organización de los SILSOS significa un cambio importante en la manera de dar prestación de servicios. En realidad, significa tomar los componentes de la estrategia de atención primaria y ponerlos en práctica concreta a nivel local.

Dentro de esta misma propuesta se incluye la necesidad de revisar el modelo de atención vigente. Un modelo de atención que enfatice lo preventivo, que integre las actividades evitando las acciones aisladas, que utilice la tecnología apropiada, que facilite y promueva la participación social y la intersectorialidad, que tenga como principal objetivo la equidad de las acciones con calidad y eficiencia, y que tome como responsable a toda la población de su área de influencia, coordinando los recursos estatales de la seguridad social y privados.

Este nuevo modelo de atención es el que parte de un adecuado diagnóstico epidemiológico, de una definición de prioridades en función de riesgos epidemiológicos y sociales y en una adjudicación de recursos de acuerdo a esos riesgos, y constituidos en una red interrelacionada de servicios de salud. Requiere la utilización de enfoques estratégicos relacionados a nivel local, en los recursos con las necesidades de salud de la población, en un ejercicio permanente de evaluación y reprogramación.

Dentro de esta propuesta de planificación y programación estratégica local se deberán desarrollar los sistemas de información y vigilancia adecuados, que permitan conocer el cumplimiento de estas actividades y la evaluación del impacto de las mismas.

CONCLUSIONES

Las reflexiones han sido expuestas solo sobre algunos aspectos que consideramos de interés

En el área de atención de las personas ya existen importantes esfuerzos en donde los establecimientos de atención de la salud, los hospitales generales, pasan a constituirse en la cabeza de una red de servicios, con responsabilidad de un área geográfica determinada.

Están estos hospitales preparados para desarrollar ese nuevo modelo de atención en donde se enfatiza la responsabilidad poblacional total de un área geográfica con sentido de promoción, prevención y de atención integral, en vez de una actitud pasiva, orientada excesivamente a la curación?

El hospital puede constituirse así en la cabecera de una red de servicios interconectados, ejerciendo el liderazgo con un adecuado enfoque interprogramático y de coordinación intra e intersectorial y con la visión integral de atención de la salud de una población definida.

En relación al modelo de atención no podemos olvidar tampoco, que la gran metrópoli no está aislada del resto de la situación de salud y de atención de la salud del país; constituye en muchos casos el polo de atracción, la imagen objetiva para el resto del país.

Existirá, seguramente, una población que pertenece a la gran ciudad durante el día y que desparece durante el resto de la jornada. Los deminadores para realizar la programación local serán distintos, según sea la hora del día en que se realice esta programación.

La atención de las emergencias significará una gran demanda durante ciertas horas, que no están en relación con los habitantes, sino con la población ambulante. Lo mismo puede decirse de otras características como la atención de la salud del trabajador, los accidentes de trabajo, etc.

Esta situación de población fija, población ambulante, que se plantea entre la gran ciudad y sus áreas de influencia, es válida para los segmentos o sistemas locales dentro de la gran ciudad. La programación estratégica local deberá contemplar en cada caso, diferentes denominadores en el análisis epidemiológico de riesgos y en la adjudicación de los recursos para la atención integral.

REFERENCIAS

(1) Schumacher, E.F. *Small is beautiful*. Harper and Row Publishers, New York, 1973 (67 págs.).

(2) Durant, Will. *The Story of Philosophy*. Square Press, Washington 1961 (20 págs.) (Nuestra traducción).

(3) Youcenar, Marguerite. *Memorias de Adriano*. Traducción de Julio Cortázar. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1955 (91 págs.).

(4) Declaración de Roma sobre la población y el futuro urbano. *Conferencia Internacional sobre Población y el Futuro Urbano*. Fondo de Naciones Unidas para actividades de población. Roma, septiembre, 1980.

(5) UNICEF/WHO. *Interregional consultation on primary health care in urban areas*. Manila, Philippines, 7-11 July, 1986.

(6) Organización Panamericana de la Salud. *Reunión de Consulta Técnica sobre Atención Primaria de Salud y Desarrollo de Servicios en Áreas Urbanas*. Washington, D.C., 20 de noviembre, 1981.

(7) Organización Panamericana de la Salud. *Segunda Reunión Regional de Consulta Técnica sobre Atención Primaria de Salud y Desarrollo de Servicios en Áreas Urbanas*. Buenos Aires, 25-29 de octubre de 1982.

(8) Organización Mundial de la Salud. Reunión Mixta UNICEF/OMS sobre Atención Primaria de Salud en Zonas Urbanas. Ginebra, 25-29 de julio de 1983.

(9) Organización Mundial de la Salud. Consulta Mixta UNICEF/OMS sobre Atención Primaria de Salud en Zonas Urbanas. Guayaquil, Ecuador, 15-19 de octubre, 1984.

(10) Organización Panamericana de la Salud. Taller sobre Administración de Salud para Situaciones de Emergencia y Planificación en Grandes Ciudades. Buenos Aires, Argentina, 9-11 de diciembre 1987.

(11) Organización Panamericana de la Salud. Reunión XXXIII del Consejo Directivo. Documento CD33/14. Septiembre 1988.

(12) Organización Panamericana de la Salud. *Proriedades Programáticas, XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Resolución XXI.

(13) Macedo, Carlye Guerra de. *Mensaje del Director*. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana No. 102, 1987 (2 págs.).

(14) Macedo, Carlye Guerra de. Op. cit.

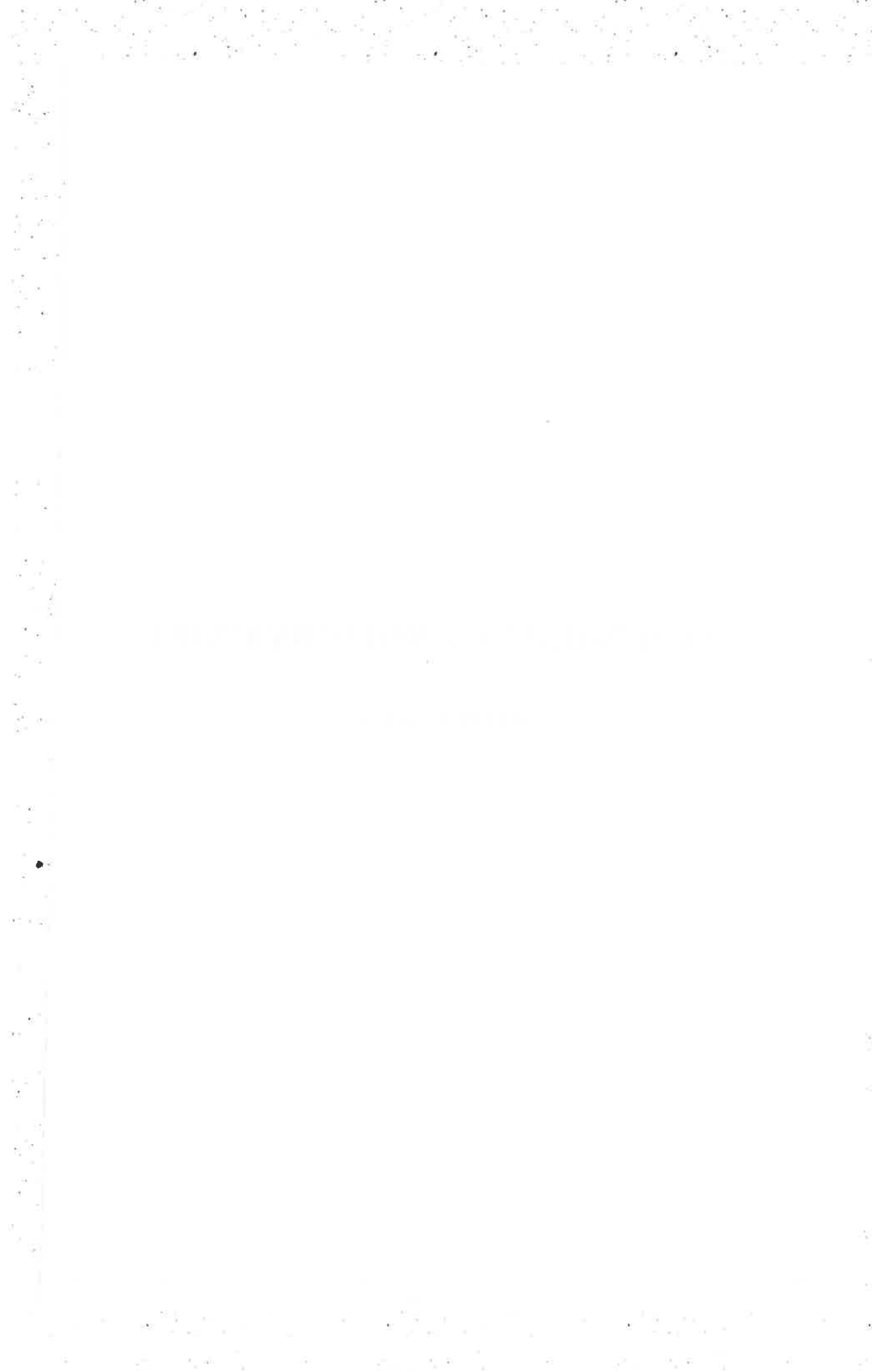
para contribuir a la discusión y para encontrar soluciones adecuadas al gran desafío del desarrollo de la salud en las grandes ciudades. Estas reflexiones, deliberadamente no han profundizado sobre temas específicos, sobre problemas de salud; ellas se han concentrado, preferentemente, en una propuesta organizativa global basada en la descentralización y el desarrollo de los SILOS.

La Organización ha recibido recientemente dos mandatos por parte de los Gobiernos Miembros. Uno, es la Resolución XXI, de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, que pone énfasis en un enfoque integrador en el desarrollo de la infraestructura de salud. El otro, es la Resolución XV, de la XXIII Reunión del Consejo Directivo, que califica ese desarrollo de la infraestructura en la descentralización y los SILOS. En base a ese mandato proponemos el análisis de los aspectos organizativos integrales en el desarrollo de la salud en base a la descentralización y al desarrollo local.

Solamente una última reflexión: la ciudad, como gran conglomerado puede seguir ocultando dentro de ella grandes diferencias, grandes inequidades, grandes desigualdades. Para hacer de ella una gran ciudad, sin segmentos posteriores, para no tener varias ciudades dentro de cada ciudad, como decía Platón, será imprescindible lograr la equidad necesaria en cada rincón de su territorio. Una equidad que permita oportuna-des iguales en el desarrollo social de cada uno de sus habitantes. Llegará así el día que podamos responder al gran filósofo, que la salud para todos llegó también a la ciudad.

PROGRAMACION Y PLANIFICACION

CAPITULO IV



La programación en los SILOS constituye también parte fundamental del desarrollo de la capacidad administrativa de cada unidad. Dicho de otra manera, no se concibe un desarrollo administrativo de un SILOS, si este no se apoya en un proceso adecuado de programación. Los su-
 ministros, el desarrollo de personal, los aspectos financieros, etc., deben derivarse de las actividades que surgen de la programación en los SILOS (3).

Los países de la Región de las Américas han desarrollado en las pasadas décadas importantes avances en la experiencia de la denominada programación local (4).

En todos ellos se definen, por lo menos, las siguientes etapas (5):

- Diagnóstico de situación de salud.
- Selección de prioridades entre los problemas diagnósticos.
- Identificación de las actividades del sector para generar las situaciones estratégicas seleccionadas.
- Cuantificación de las actividades identificadas: concentración, cobertura, para altos y bajas riesgos.
- Estimación de los recursos "nucleares" que se requerirían para la ejecución de las actividades, según rendimientos estimados.
- Balance entre recursos requeridos y recursos disponibles. Reajuste del programa inicial para lograr una posición balanceada.
- La negociación de la aprobación del programa propuesto: ajustes, instancias y lenguajes de la negociación.
- La preparación de la ejecución del programa aprobado: desagregación por subprogramas, consolidación por unidad ejecutora, calendarios, adiestramiento para la ejecución, divulgación, etc.
- El control de la ejecución: cuantitativo y cualitativo; es decir estadístico y supervisión.

Carlos Matus (6) plantea cuatro momentos en el proceso de planificación situacional: *el mo-*

INTRODUCCION

Entendemos al proceso de programación en los SILOS como un enfoque científico que responde a contenidos de las ciencias sociales y a los de las ciencias administrativas; por el cual, un servicio de salud o conjunto de servicios de salud, teniendo en cuenta el perfil socioepidemiológico de la población, es capaz de:

- a) Identificar las necesidades para el desarrollo, la promoción, la atención de la salud, de un grupo de población.
- b) Identificar prioridades de acción en base a riesgos poblacionales.
- c) Dialogar con la población para compartir y ajustar las prioridades.
- d) Orientar los recursos y actividades de toda la red de servicios de manera de adjudicar los mismos, para resolver los problemas de salud prevalentes en las poblaciones más necesitadas.
- e) Ajustar permanentemente la acción de salud para el logro de la cobertura efectiva y la resolución de los problemas de salud.
- f) Evaluar los procesos e impacto de la acción de salud.

Esta relación técnico-social-administrativa de diagnóstico y de adjudicación de recursos a poblaciones necesitadas, se realiza facilitando y promoviendo la participación social en todos sus momentos, constituyéndose en un ejercicio participativo en donde la comunidad, junto con el personal de salud, analiza, decide y adjudica cursos para la atención de la salud, y realiza la evaluación de las actividades y de los resultados obtenidos, tomando como referencia la programación efectuada.

El desarrollo de un adecuado proceso de programación es una característica esencial para el desarrollo de los SILOS. Siguiendo el enfoque integral que representa la propuesta, la programación a nivel de los SILOS debe, a su vez, estar incorporada a los procesos de planificación nacionales y regionales, de los cuales cada SILOS forma parte (1, 2).

características especiales al proceso de programación. El mensaje de la propuesta de los SILOS es un mensaje de flexibilidad, de adaptación a la realidad, de creatividad, de participación, que solo puede lograrse a nivel local, con todos los recursos disponibles, ya sean públicos, privados o de la seguridad social. Y la programación debe res-

ponder y facilitar esta característica.

Por lo tanto, el ejercicio de programación es un proceso permanente, en donde el equipo de salud con la participación de la población y los comités existentes para resolver estas necesidades con los recursos disponibles.

De este concepto destacamos lo siguiente:

La programación es un proceso permanente, lo que significa que no debe pensarse en un "documento" de programación, mucho menos en un ejercicio que se realiza una vez al año, sino que dado lo cambiante de las situaciones de salud y la diversidad de elementos en juego, quizá más importante que el ejercicio inicial en donde se definen las actividades, lo constituyen los "ejercicios permanentes de ajuste", ya que en estos se confronta la realidad observada con la propuesta programática realizada. Es en este ejercicio en donde se efectúa la evaluación concreta de lo logrado, en comparación a lo propuesto. De este ejercicio de evaluación surgen las correcciones necesarias, la ejecución y la nueva evaluación; y este proceso continúa sin detenerse.

¿Con qué periodicidad se deberá realizar este ejercicio? No existe una regla fija. Sin embargo, podemos admitir que la experiencia acumulada sugiere que el ejercicio de evaluación y retroalimentación podría realizarse, por lo menos, cada tres meses, aunque se debe estar permanentemente alerta para realizar evaluaciones e introducir cambios en cualquier momento.

Es posible que pueda pensarse que lo que se propone es un exceso de actividad administrativa al tratar de incrementar el trabajo de programación, restando tiempo para la verdadera actividad del equipo de salud, que es la acción de salud con la población. Esto sería cierto si estuviésemos pensando en un ejercicio de programación-evaluación excesivamente complicado, con gran número de formularios para ser completados. Pero ello no es así. El proceso de programación-evaluación (PPE) en los SILOS debe ser oblitamente simple, accesible a todo trabajador de la salud y a la población. En realidad debe res-

ta el enfoque de los SILOS. Este aporte a los procesos de planificación, en cualquier ámbito del quehacer del gobierno y de la sociedad, tiene importantes implicaciones en la propuesta de desarrollo de los SILOS y en los enfoques de programación de los mismos.

El concepto de momento, contrapuesto al de etapas, tiene implicancias de valor. Por momento se define a una instancia, ocasión, circunstancia o coyuntura por la que atraviesa un proceso continuo o en "cadena" que no tiene comienzo ni término definido (6).

En la programación de los SILOS, el concepto de "dominio transitorio", de un momento sobre los otros, "que siempre están presentes", es fundamental. La programación en los SILOS no puede aceptar una secuencia lineal en donde el diagnóstico de salud comienza y termina en un periodo determinado, seguida por la acción y juego o momento explicativo es un proceso permanente que se utiliza para realizar los ajustes necesarios. Asimismo, la acción no puede esperar la finalización del "diagnóstico" para entonces actuar, sino que la práctica de las actividades es un componente fundamental del mismo.

Por lo tanto, la programación en los SILOS, tomando como base los conceptos de la planificación estratégica, debe ser vista como un instrumento flexible, adaptado a la realidad de cada contexto, que une la reflexión y evaluación permanente a la acción diaria y a la visión estratégica de mediano y largo plazo. Un sistema local de salud, por lo tanto, es un sistema activo, generador de ideas y de soluciones, frente a la realidad sanitaria social de su ámbito de responsabilidad y frente al contexto nacional y regional al cual pertenece.

A su vez, las características que adoptará la programación en los sistemas locales de salud se verán influenciadas por las características propias del nuevo modelo de atención que representará el enfoque de los SILOS. Tal vez sea necesario insistir en este concepto. Hemos dicho que la propuesta de los SILOS está influenciada por los movimientos renovadores dentro de la planificación; pero, también, el desarrollo de un sistema local de salud tiene implicancias en el modelo de atención y le otorga

El adecuado funcionamiento de un SILOS de- terminará la necesidad de definir "divisiones geográficas poblacionales" dentro del territorio en donde las unidades de atención operativas tomen responsabilidades concretas de atención a poblaciones definidas. Ello, sin olvidar que la responsabilidad total le corresponde a toda la red de servicios de salud que componen un SILOS, y que esta división se hace a los efectos prácticos de subdividir el ámbito geográfico de cada servi- cio o establecimiento.

Y es aquí en donde resulta cada vez más difi- cultoso establecer parámetros comunes, pues la realidad cambiante de cada SILOS, tanto en lo que corresponde a características y distribución de población, como a los recursos disponibles en cantidad y tipo, es la que determinará la mejor forma de definir los espacios geográficos pobla- cionales y los recursos a él asignados.

Pero esta "adjudicación" de población a recur- sos de salud nunca es fija ni total. La distinta capacidad de resolución de problemas por parte de los recursos hace que una población deba es- tar "asignada" a más de un recurso o estableci- miento, dependiendo del tipo de necesidad. Esto se explica mejor en el siguiente ejemplo: Para asignar población, se considera en prime- ra instancia aquella con responsabilidad directa responsable de ser por referencia o por otra característica definida, como, por ejemplo, la severidad del caso en relación a la complejidad instalada y su capacidad resolutoria. En el Cuadro I se ilustra este concepto.

Se presentan tres recursos: hospital, centro de salud y puesto de salud. Bajo el supuesto que estos tres recursos sean los únicos del área, la asignación de población sería la siguiente:

El Hospital se hace responsable de varias po- blaciones. Posee un conjunto de población de 30 000 habitantes, de los cuales deberá hacerse cargo en sus necesidades totales de atención, desde las más simples hasta las más complejas, de acuerdo a sus posibilidades y capacidad insta- lada. Esto puede resolverse ya sea a través de sus consultas externas, desarrollando centros de sa- lud satélite, o dentro del mismo espacio pobla- ción del hospital.

De la misma manera el Centro de Salud co- mienza a programar sus actividades para atender

ponder a una secuencia lógica de relaciones entre los tres elementos antes enunciados (necesida- des-conocimientos-recursos), que representen el consenso del grupo de trabajo.

El proceso de programación-evaluación se transforma, así, en un *diálogo permanente* den- tro del equipo de trabajo y de este con la comuni- dad. Es un diálogo que en vez de realizarse asiste- máticamente, tiene una direccionalidad en base a las necesidades de la población, la relación de los conocimientos y los recursos con estas necesidades y los resultados obtenidos. En otras palabras, un proceso adecuado y permanente de programación-evaluación que otorga el ámbito adecuado para el desarrollo de la salud y para el diálogo hacia la meta de salud para todos en el año 2000. No se concibe un SILOS sin un proceso de programación-evaluación (PPE) en desarrollo.

El concepto del proceso de programación y evaluación y el concepto de SILOS son en reali- dad indivisibles, ya que las propias característi- cas definidas de los SILOS, en este documento, exigen la necesidad de contar a nivel de cada SILOS con un proceso permanente de programa- ción y evaluación. Algunos de estos momentos serán tratados a continuación.

LOS MOMENTOS DE LA PROGRAMACION

El sistema local de salud tendrá un organismo central de conducción, administración y coordi- nación. Este organismo central, que no califica- mos de antemano, ya que sus características de gobierno dependerán de cada país (en algunos casos podrían ser municipalidades, en otros, jun- tas de coordinación u otros mecanismos), tendrá a su cargo la conducción del proceso de progra- mación.

Dentro de este proceso existen momentos que aunque simples no siempre se los discute en de- talle, y que en su conjunto serán los que caracte- rizarán la calidad de la programación a realizar. Dentro de ellos se destacan los siguientes:

La asignación de población

Un aspecto fundamental de todo este proceso lo constituye el momento de decisión en la adjudicación de recursos; es decir las característi-

Cuadro 1. Asignación de población según recurso de salud.

Población		Población asignada directamente	Población asignada por referencia	Total población asignada por cada recurso
Recurso	Hospital	30 000	30 000	60 000
Centro de Salud	Comprenden Centros y Puestos de Salud	20 000	10 000	30 000
Puesto de Salud	la del Puesto de Salud	10 000	10 000	10 000
Total población SILOS		60 000		

a la población de su área, o sea a 20 000 personas, y el Puesto de Salud para atender a 10 000 personas.

Ahora, si comenzamos nuestro análisis desde el Puesto de Salud, es evidente que este no podrá resolver todas las necesidades de atención de su población asignada, ya que tendrá limitaciones en la complejidad de su capacidad instalada. Por lo tanto, este Puesto de Salud deberá hacer referencia de su población al Centro de Salud, o al Hospital. Esta es la población bajo cuya responsabilidad estará, también, el Centro de Salud y el Hospital.

Lo mismo sucede con el Centro de Salud y su población. La responsabilidad del Centro de Salud será de 20 000, más la referencia del Puesto de Salud. Asimismo, la responsabilidad del Hospital será de 30 000, más la referencia del Centro de Salud y del Puesto de Salud, es decir 60 000 personas.

Vemos, así, que en definitiva, el Hospital se hace responsable de toda la población de su área, ya sea directamente—en este caso 30 000 personas—o indirectamente, como referencia del resto de población que necesita atención de mayor complejidad.

Aclaremos, de nuevo, que el ejemplo presentado es totalmente esquemático y simplificado. Se utiliza para representar la necesidad de la adjudicación de población por recurso y las relaciones que deben existir entre las mismas para asegurar la mejor atención a toda la población. Similar procedimiento se realiza, considerando a la población y los recursos en relación a la dependencia de los mismos y sus diferentes responsabilidades. Se adjudicará población y responsabilidad posible, así, que una misma población pueda

Como vimos, este primer ejercicio de asignación de poblaciones a recursos, no resulta tan simple como parece en primera instancia. La asignación de población no es exclusivamente para el primer nivel de atención, sino que se realiza de manera que el conjunto de recursos, o la red de servicios, se haga responsable de la mayoría de las necesidades de salud de toda la población. Se incluyen en este cálculo todos los recursos, los privados, de la seguridad social y los públicos.

ser asignada a distintas unidades productoras de servicios, según sean las necesidades de salud a resolver, o lo que es lo mismo, las poblaciones de los distintos recursos se irán superponiendo a medida que la complejidad tecnológica de la institución sea mayor. En general, se puede afirmar que a mayor complejidad mayor será la población bajo su responsabilidad; pero menores serán los contactos en promedio por persona.

Por el contrario, a menor complejidad, menor será la población bajo responsabilidad; pero los contactos por personas serán mayores.

Es muy difícil imaginar un SILOS en donde existan solamente recursos provenientes de una misma institución. En la mayoría de los países de la Región se entrelazan distintos subsectores, los públicos, de la seguridad social y los privados. A su vez, los recursos públicos pueden tener distintas dependencias de los niveles: nacional, provincial y municipal.

El ejemplo de adjudicación de población a recursos se adapta, por lo tanto, a cada caso particular. Es posible, también, que la denominada *adjudicación de población* a recursos, por unidades productoras de servicios y por subsectores, no se pueda realizar en forma total. Es decir, no siempre una unidad de un determinado subsector responde a la totalidad de necesidades de atención preventiva y curativa de un grupo de población. Por ejemplo, en algunos casos, poblaciones que necesitan y demandan atención de los subsectores públicos y de la seguridad social. El modelo de adjudicación de población se complica; pero no se invalida, más bien se justifica, al requerirse una identificación de las responsabilidades en cada caso.

Lo importante es no dejar ninguna población fuera de este análisis; ni ningún problema de salud sin considerar; pero sí considerar todos los recursos del área. Una vez observado el mapa de responsabilidades por recursos y por problema de salud, la programación de las actividades es entonces un ejercicio de distribución de responsabilidades. La administración central de los SILOS, que en la mayoría de los casos será responsable del recurso público, *negocia* con el resto de los sectores un plan de acción conjunto para facilitar y asegurar la atención de toda la población.

La negociación y coordinación son fundamentalmente para asegurar la adecuada eficiencia y eficacia para asegurar la responsabilidad de los recursos del sistema en su conjunto.

Es importante destacar este último concepto.

La responsabilidad de atención de toda población corresponde a la red de servicios, es decir al SILOS. La adjudicación de población por recursos es una forma de asegurar accesibilidad a toda la población y de lograr la mejor eficiencia y eficacia de todo el sistema. La red de servicios como un conjunto de recursos interrelacionados, asegura a toda la población, cualquiera que sea el nivel de acceso, una atención integral y adecuada en relación a la complejidad que se necesite. Así, la asignación de población se puede hacer simultáneamente considerando tres variables: a) la "dependencia del recurso" (privado, de la seguridad social y público); b) la capacidad resolutiva del mismo; y c) la accesibilidad geográfica.

Existirán, por lo tanto, casos de SILOS en donde la primera característica que se tome será la de la forma de prestación existente en un momento dado. Un grupo de población estará recibiendo atención por los recursos privados, otros por la seguridad social y otros por los establecimientos públicos.

Una vez constatada esta división, será útil conocer qué capacidad resolutiva y qué problemas de salud están resolviendo estos recursos. Es posible encontrar, entonces, que no siempre la población está recibiendo los enfoques preventivos, de promoción de la salud, de seguimiento, mínimo deseados. También existirán diferencias en la calidad, continuidad, accesibilidad de la atención, en distintos grupos de población.

Es en el momento de programación en donde se *adjudican* nuevas responsabilidades y características de atención a todos los recursos disponibles.

Los recursos públicos podrán, de esta forma, identificar población con mayor necesidad e intensificar su actividad para la promoción, prevención y atención integral de los mismos. Simultáneamente, en concertación con la seguridad social, podrá tomar responsabilidades de resolver problemas de salud, ya sean preventivos, como curativos a población asegurada, en donde la seguridad social no cuenta con capacidad instalada propia.

Lo mismo sucederá entre la capacidad instalada privada y la seguridad social.

Además, en esta asignación por capacidad instalada y responsabilidad, se analizarán, también, dos formas distintas de asignación: a) de población directa, es decir responsabilidad de los problemas de salud desde su prevención, diagnós-

tico precoz y tratamiento adecuado y la demanda espontánea, y b) población de asignación indirecta en donde los recursos especializados reciben demanda de atención como referencia de otros recursos.

Otro caso importante será el análisis de la atención de las emergencias, ya sea esta de urgencia, como los desastres naturales, o de otro tipo de accidentes que se produzcan. En este tema también cabe la *negociación de adjudicación de responsabilidades*.

Es posible que la asignación de población realizada para la atención permanente no sea la misma que en los casos de las emergencias. Otro ejercicio similar se hará en el caso de la atención para el medio ambiente, asegurando los recursos a los problemas de salud. En este caso pueden no ser los grupos de población los asignados, sino otros recursos comunitarios en donde existen problemas de salud presentes o potenciales.

Como se puede apreciar, el ejercicio de asignación de población o de problemas de salud es importante en la programación de actividades. Permite tener una visión global, integral de la situación; así como, la asignación de responsabilidades en cada caso.

Las premisas básicas de este momento importante de la programación serán:

- a) Que se realice en forma comparada entre la comunidad y los recursos.
- b) Que participen todos los recursos instalados en la población.
- c) Que se incluya a toda la población y a todos los problemas de salud; ya sean estos de atención a las personas, como al medio.
- d) Que se comuniquen a toda la población y se evalúe permanentemente, para introducir los cambios necesarios.

Las necesidades de la población

Ya hemos mencionado que en el proceso de programación-evaluación (PPE) se relacionan las necesidades de la población, los conocimientos de la ciencia de la salud y los recursos de la salud.

En primer lugar, los conocimientos de las necesidades de salud surgen a partir de los análisis epidemiológicos, sociales, demográficos, que deben caracterizar el estudio de la población. Es evidente, además, que este estudio de necesidad

no se completa solamente con el análisis de cifras estadísticas. La definición de necesidad surge, también, de lo que la gente dice y siente en relación a su salud. En este intercambio entre los estudios epidemiológicos-sociales, de tendencias históricas de la situación de salud y la opinión y sentir de la población, aparece una primera versión de las necesidades de un grupo poblacional.

Dentro de este análisis de necesidades, se introduce, desde un comienzo, un concepto global sobre las posibilidades de actuar. De nada vale que se analice en profundidad una necesidad cuando se conoce *a priori* que no existe medio disponible para su control. A esta relación entre la necesidad y la posibilidad se le agrega el de la oportunidad, es decir la opinión de la gente.

La manera de definir los problemas de salud tiene gran importancia, ya que determinará la forma en que se organizan los recursos y, consiguientemente, la forma en que se realizan las actividades.

Dentro de este enfoque es conveniente definir los problemas de salud de la manera más agregada posible, lo cual permitirá un análisis de factores causales más completo y un uso más racional de los recursos.

Por ejemplo, en un problema de salud infantil, parece más lógico decidir como primer paso de análisis el problema de la alta tasa de mortalidad infantil, que asumirlo a través de la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, o por diarrea, etc.

Es evidente que la alta tasa de mortalidad infantil tendrá una serie de causas, entre ellas las enfermedades infecciosas, la desnutrición, y los problemas de salud ambiental, etc.

Este ejercicio de identificar grandes problemas de salud y los factores causales, es de gran valor metodológico y educacional, el cual debe realizarse en forma participativa por todo el equipo de salud, más la intervención de la población a nivel de los SILOS.

El conjunto de causas en relación a los problemas debe estudiarse, tanto en sus componentes biológicos, como sociales; así como, también, la forma de realizar la provisión de los servicios de salud.

Una vez identificadas los problemas y las causas posibles, el siguiente paso de este ejercicio consiste en identificar los conocimientos existentes capaces de resolverlos.

Este es el momento de la conjunción de la

madre y al niño; a la atención del adulto; del anciano; etc.

Estos programas deben incorporar los conocimientos contenidos en los otros dos ejes, es decir lo referente a daños y lo referente a los niveles de

La agrupación de población puede hacerse también tomando al núcleo familiar y otros grupos, como: trabajo común, escuela, o también, tomando a grupos sociales con riesgo de hábitat comunes.

En el caso de la propuesta de desarrollo de los sistemas locales de salud, el modelo de atención que se pretende desarrollar es aquel que logre el

mejor uso de los recursos disponibles, otorgándole a la población una atención integral de todos los problemas de salud.

Surge, así, que el eje que más interesa para el desarrollo de los SILOS será el de los grupos poblacionales, con un enfoque social integral, teniendo en cuenta los riesgos y utilizando los contenidos de los ejes de daños y prevención.

La aplicación de la norma con enfoque estratégico

Se puede definir una *norma de atención* como

una sistematización de un conocimiento para ser aplicada a una situación concreta. En la práctica corriente se han definido normas de diferentes tipos: de diagnóstico, de tratamiento, de concentración, de cobertura, de prevención, de rendimientto del recurso, etc. La norma puede ser "dura" o "blanda". Norma *dura* es aquella en donde existe poco campo para su modificación, o en otras palabras, el conocimiento existente hace casi imposible su variación. Por ejemplo, la de vacunación para la prevención de enfermedades infecciosas tiene en general un consenso mundial y no es aceptable su modificación a nivel local.

Por otro lado, la norma *blanda* tiene la posibilidad de su variación, ya sea en relación a características de la población, del individuo, de los recursos disponibles, etc. Por ejemplo, el número de consultas de control a la embarazada, o el número de consultas por hora médica, etc.

La aplicación de la norma puede hacerse de una manera "mecánica", "acrítica", o en forma participativa, crítica, adaptada a la realidad de cada situación; es decir *una aplicación estratégica*. Estas dos alternativas en la utilización de la

epidemiología y el análisis social, con la tecnología de salud.

Será el especialista el que deberá proveer los conocimientos necesarios para determinar de qué manera se pueden controlar o eliminar los factores causales, o sea, el conocimiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud.

En este momento se produce la conjunción entre el conocimiento de la ciencia de la salud con las necesidades de la población.

Los conocimientos en salud

Un breve análisis sobre la forma de agrupación

del conocimiento en salud es explicado a través de la composición de una matriz que interrelaciona la aplicación del conocimiento y los riesgos de la población.

En los tres ejes de la matriz están incorporadas las distintas formas de organizar la aplicación del conocimiento (Figura 1). En un eje se presentan las *acciones organizadas para el control de enfermedades específicas* (enfermedades diarreicas, malaria, control de enfermedades en general).

En este caso, el motivo central de la organización del conocimiento es el daño específico. Tiene la ventaja de poseer una clara definición de resultados, y por estar orientadas por la tecnología y el conocimiento disponibles, también, más fácil su definición conceptual.

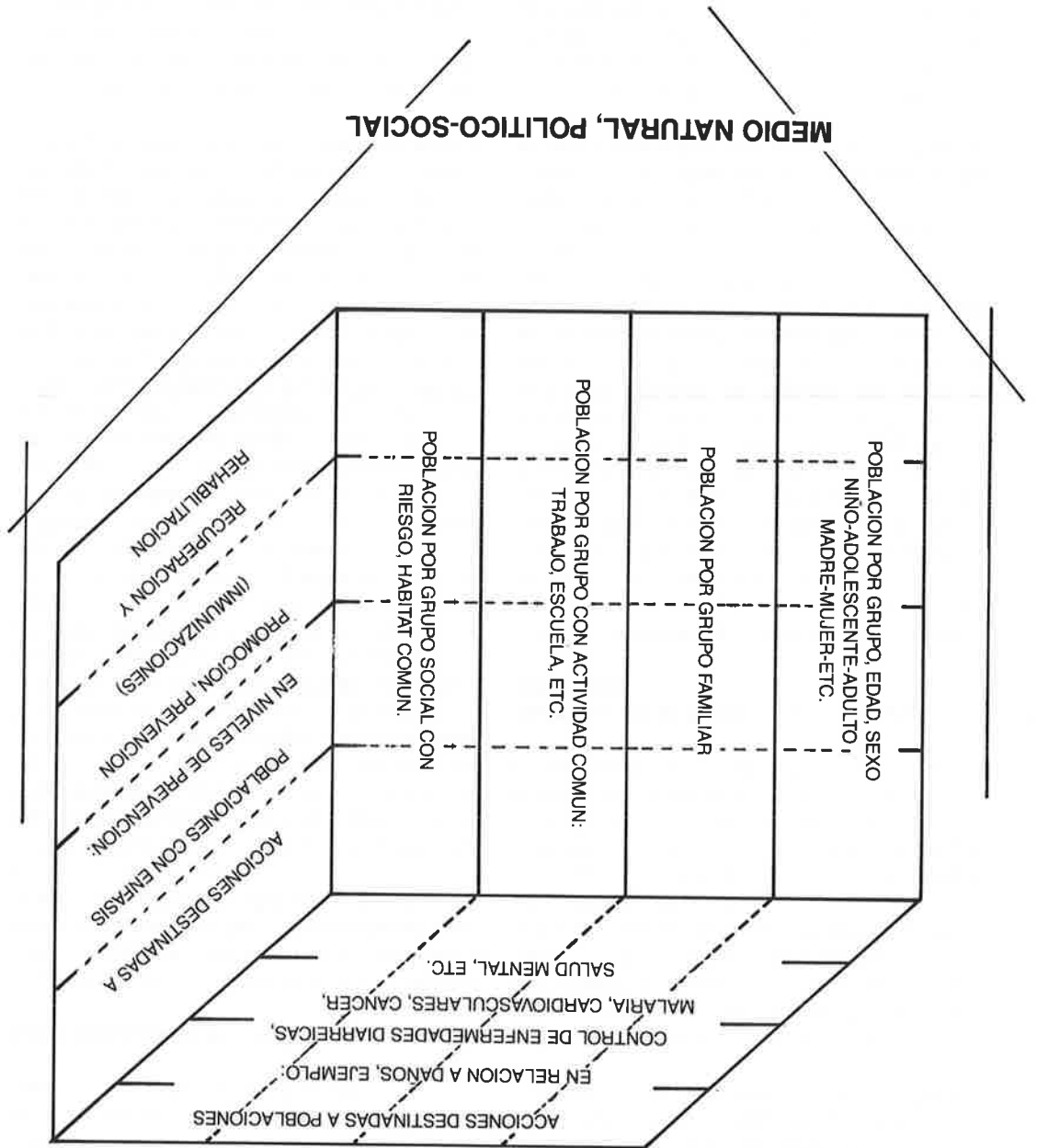
Tiene el inconveniente de que no se relaciona con toda la población (solo aquellos afectados o con riesgo) y no considera, en general, las interacciones que cualquier riesgo o daño tiene en el resto de los otros condicionantes de la salud.

En otro eje se presentan las *acciones orientadas por niveles de prevención*. Son actividades de prevención de la salud (campañas de educación para la salud); las de prevención específica, cuyo ejemplo más típico son los programas de inmunizaciones; las de recuperación de la salud, que están bastante relacionadas con las organizaciones por daño. Se incluyen, además, todos los programas destinados a organizar la atención de la demanda espontánea y los programas de rehabilitación.

Estos programas tienen en general las mismas ventajas e inconvenientes que los mencionados en los programas por daños.

En el tercer eje están los *programas organizados*, teniendo como primera categoría a la población. Así, aparecen los programas destinados a la

Figura 1. Matriz que interrelaciona las distintas formas de observar la aplicación del conocimiento y los riesgos de la población.



a diferentes riesgos. Estos conocimientos también nos indican el tipo de personal que deberá realizar cada acción, así como el tiempo estimado para cada una. Como el interés es distribuir este conocimiento a la mayoría de la población y en especial a los más necesitados, se deberá definir, además, una norma de cobertura; es decir, el porcentaje de población con el problema que será objeto de recibir los conocimientos existentes (7).

Este proceso de señalamiento del problema, de las causas que lo determinan, de la identificación de los conocimientos, de los recursos y de las normas, y de la adjudicación de actividades a grupos poblacionales, constituyen los "ingredientes" del proceso de programación.

Con esta información, la programación en los SILOS se transforma en un hecho activo, de reflexión y acomodación a la realidad. Por consiguiente, la utilización de la norma no es un momento acrtico, mecánico o "robotizado", sino que, muy por el contrario, es un proceso de decisión y educación, a la vez que de reflexión sobre los problemas de salud, las necesidades, los conocimientos y las actividades de lo que va a hacerse, cómo y con quién.

Un ejemplo facilitará la comprensión de lo anterior:

Tomemos el Puesto de Salud, o sea la unidad mínima de atención, con una población de 10 000 habitantes. Para un problema de salud, como el control adecuado de la embarazada, la primera decisión será estimar cuántas mujeres embarazadas se esperan para un periodo determinado. Tomemos el caso de un año. Si la tasa de nacimientos del año anterior fue de 2%, los embarazos esperados para el próximo año serán 200. A partir de esta cifra estimada debe comenzar el ejercicio de programación.

La siguiente decisión será la de qué nivel de cobertura se otorgará a esos 200 embarazos. ¿Será a todos? ¿Será solo a una parte? ¿Cómo se distinguirá a aquellos que deben recibir atención diferenciada, de los que no deben recibirla? Para seguir el ejemplo calculémos el 100% de cobertura, es decir 200 embarazos esperados.

Seguidamente, la decisión será la de asignar población a recursos privados, seguridad social o públicos.

Utilizando la norma de atención se conoce que un embarazo normal, bien controlado, puede requerir seis consultas médicas, seis consultas de enfermería y tres visitas domiciliarias. Esta misma norma dice que un embarazo de riesgo puede

norma determinarán, también, el tipo de programación local que se desarrollará. En el primer caso, será un programa local mecánico, no participativo, sin flexibilidad, en donde el nivel local aplica la norma definida, sugerida o impuesta por otro nivel de decisión. Esta situación puede llegar al extremo de que el nivel local se limite a realizar algunos cálculos, relacionando la norma de atención con el número de personas esperadas o de población a riesgo, denominándose a este proceso "programación local", cuando en realidad lo único que se realiza a nivel local es un simple cálculo aritmético. En realidad debiera llamarse el "cálculo local".

En la propuesta de SILOS, la programación local significa exactamente lo contrario. La caracterización del perfil epidemiológico de la población, de los grupos en riesgo, el análisis de los recursos disponibles (en cantidad y en sus características de formación y capacidad resolutive) y la consideración de los recursos comunitarios, llevan a un ejercicio activo, permanente, de administración del conocimiento, o sea de *crear la norma para cada situación de salud*.

La variabilidad en la aplicación de la norma esta, también, relacionada con los distintos riesgos de la población y de los individuos. Así, una norma puede variar para satisfacer los criterios de equidad, eficacia y eficiencia y de satisfacción social.

Por tanto, nuevamente interesa el proceso normativo, mas ahora aplicado a través de la infraestructura de salud. Es decir, a través de los recursos humanos, financieros, materiales, etc. Tomando este listado de problemas, supongamos que se comienza a desarrollar cada uno; por ejemplo, si un problema es la carencia de control del embarazo, una solución para esto será proponer una serie de actividades destinadas a mejorar esta situación, es decir, aumentar la cobertura de los servicios de salud para el control del embarazo.

Una revisión de los conocimientos existentes indica que una norma adecuada de control del embarazo tiene que poseer contenidos de detección precoz, de evaluación adecuada, de continuidad de la atención, y de intensidad y contenido de acuerdo

Si el problema es la alta mortalidad materna, un listado de causas puede ser: el embarazo en la adolescente; la carencia de control del embarazo; la falta de adecuada atención del parto; la condición de trabajo de la mujer, etc. Tomando este listado de problemas, supongamos que se comienza a desarrollar cada uno; por ejemplo, si un problema es la carencia de control del embarazo, una solución para esto será proponer una serie de actividades destinadas a mejorar esta situación, es decir, aumentar la cobertura de los servicios de salud para el control del embarazo.

Si el problema es la alta mortalidad materna, un listado de causas puede ser: el embarazo en la adolescente; la carencia de control del embarazo; la falta de adecuada atención del parto; la condición de trabajo de la mujer, etc. Tomando este listado de problemas, supongamos que se comienza a desarrollar cada uno; por ejemplo, si un problema es la carencia de control del embarazo, una solución para esto será proponer una serie de actividades destinadas a mejorar esta situación, es decir, aumentar la cobertura de los servicios de salud para el control del embarazo.

proceso, conocer periódicamente la cobertura, la continuidad, la concentración, el rendimiento del recurso, la calidad de la atención, así como el impacto. Y esta información facilitará la permanente programación y ajuste.

REFERENCIAS

(1) Paganini, J.M. *The planning programming process in the Eastern Caribbean*. Organización Panamericana de la Salud, CPC, Barbados, 1982.

(2) Paganini, J.M. *Guidelines for health services programming*. Organización Panamericana de la Salud, CPC, Barbados, 1982.

(3) Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo del proceso de administración en los SLOS*. Grupo de Trabajo del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Washington, D.C., 1988.

(4) Organización Panamericana de la Salud. *Reunión sobre extensión de la cobertura en el desarrollo de la atención primaria de la salud, programación local y descentralización administrativa*. Santo Domingo, República Dominicana, 1-5 noviembre, 1982.

(5) Saez E., *Informe de Consultoría*. Organización Panamericana de la Salud, República Dominicana, 1989.

(6) Matus, Carlos. *"Política, planificación y gobierno"* (Segundo borrador). Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1987, pág. 371.

(7) Ferrara, Acebal y Paganini, J. M. *Medicina de la comunidad*. Edit. Interamérica, 1979.

los resultados obtenidos. Surgen, de esta forma, procesos de evaluación investigativa que permitan, no solo evaluar lo realizado, sino, también, conocer la relación entre el proceso y el impacto.

Se insiste, de esta manera, en que el proceso de programación no es un acto mecánico del nivel local, ni tampoco un simple cálculo de recursos mediante procedimientos aritméticos. Como lo hemos presentado, la programación es un proceso de discusión técnica sobre diversas propuestas alternativas de la adjudicación de recursos a problemáticas de salud.

Luego del análisis del balance entre recursos necesarios y disponibles, y de las alternativas posibles, se debe decidir por uno de ellos. Desde ese momento la alternativa elegida se transforma en la decisión para ejecutar las actividades. Es muy posible que, aun en el momento de la ejecución y de la evaluación, se encuentren dificultades provenientes de la realidad y de la forma de utilización de los recursos.

Toda programación y ejecución debe estar ligada directamente al monitoreo y evaluación permanentes. Por ello, es recomendable realizar programas operativos de corto plazo, por ejemplo de tres meses. Un sistema de registro y de análisis ágil, será el que permitirá evaluar este

BASES PARA LA PROGRAMACION EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Humberto Jaime Alarid

INTRODUCCION

La desproporcion entre las necesidades y las demandas cada vez mayores, y ante los recursos limitados, constantes o decrecientes, en el contexto de una crisis financiera, que no parece resolverse a corto plazo, reta la imaginacion de los programadores de los sistemas locales de salud, para evitar el derroche en la miseria y lograr mas producto con el menor insumo, conservando siempre la mayor satisfaccion posible, tanto de los prestadores de servicios, como de las autoridades y sobre todo de los usuarios (1).

La programacion en los SILOS, adaptativa, reflexiva, critica, flexible y creativa, habra de lograr armonia y congruencia con el universo al cual pertenece como subsistema, propiciando que se apliquen los recursos con equidad.

Entendemos el ejercicio de programacion como un proceso permanente en donde el equipo de salud, con la participacion de la poblacion, establece una relacion entre las necesidades de la poblacion, los conocimientos existentes para resolver las necesidades y la infraestructura de salud disponible para ejecutar esos conocimientos. De este intento de definicion destacamos lo siguiente:

La programacion es un proceso permanente, lo que significa que no debe pensarse en un "cuento" de programacion, mucho menos en un ejercicio que se realiza una vez al año, sino que dado lo cambiante de las situaciones de salud y las diversidades de elementos en juego, quizas mas importante que el ejercicio inicial en donde se definen las actividades, lo constituyen los "ejercicios permanentes de ajuste", ya que en estos se confronta la realidad observada con la propuesta programatica realizada. Es en este ejercicio en donde se realiza la evaluacion concreta de lo logrado en comparacion a la propuesta. De este ejercicio de evaluacion surgen las correcciones necesarias, la ejecucion y la nueva evaluacion y este proceso continua sin detenerse (2).

La programacion en los sistemas locales de salud empleara los aspectos metodologicos tradicionales, pero utiles y vigentes de la planificacion normativa, integrados a la logica pragmatica e innovadora de la planificacion estrategica. Su importancia radica en que no se trabaja computativamente para los programas, sino que se constituye de acciones resolutivas que utilizan la norma como instrumento y no como un objetivo.

Por tratarse de un proceso continuo o en cadena, el cual esta compuesto de eslabones enlazados en una secuencia logica—con los resultados que esto implica—por instancias, ocasiones, circunstancias y coyunturas, con limites no bien definidos; que, ademàs, no siguen una secuencia lineal establecida, coexisten al unisono etapas y momentos en un arreglo matricial (Figura 1).

Las cuatro etapas de la programacion son: delimitacion del espacio programatico y seleccion de problemas; identificacion de cursos de accion; aplicacion de acciones resolutivas y control y monitoreo. En tanto que los momentos son: aplicativo, normativo, estrategico y tatico-co-operacional.

Las etapas son secuenciales, no pudiendo concluir una si no ha hecho lo mismo con la que le precede linealmente, mientras que los momentos se repiten constantemente; pero, con distinto contenido, proposito, fecha, enfasis y contexto situacional (3).

Los momentos se encadenan y se cierran en circuitos repetitivos, no se agotan en una sola instancia y estan siempre presentes en todas las etapas, aunque uno de ellos adquiere una importancia decisiva en alguna instancia concreta; es decir, existe un dominio transitorio dentro de los otros momentos.

En la programacion de los SILOS los momentos se enfatizan en ciertas etapas, lo cual no significa que esten ausentes en el resto del proceso; los cuatro momentos estan en las cuatro etapas y cada uno de los momentos comprende a los otros tres.

En la etapa de delimitacion del espacio programatico...

Figura 2. Espacio programático de los SILOS.

Grado de centralización - descentralización	
Mandatos: Compromisos internacionales Compromisos nacionales Compromisos regionales	
Necesidades	
Oferta	
Instituciones privadas, públicas y Seguridad Social.	Otros sectores
Sector	Extrasector

Se requiere el conocimiento de la población, del gobierno y de los servicios que constituyen los SILOS, su historia, tendencias y perspectivas. La delimitación de los SILOS a programar permite conocer el universo programático en tiempo y en espacio, ya que un sistema local de salud comprende la articulación de todos los recursos existentes en una zona, para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y sobre todo, el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita (4).

De los tres elementos de los SILOS: ámbito geográfico-poblacional, red de servicios de salud y funcionales. En el ámbito geográfico-poblacional, en cuanto a estructura, tenemos al territorio y la población. De la población se estudiará la distribución por sexo y edad de los individuos, las familias y los grupos sociales; del territorio, sus características físicas, el ambiente y su equipamiento social.

De la red de servicios nos interesan los recursos humanos, materiales, técnicos y financieros que constituyen la capacidad instalada de las unidades productoras de servicio (tanto estatales, privadas, como de seguridad social); las características de los grupos de tarea y las de las autoridades de los SILOS.

Del Estado, su organización sectorial y la estructura del gobierno nacional, regional y local. Desde el punto de vista funcional en el ámbito geográfico-poblacional nos interesa conocer las características sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas; el grado de participación social; situaciones todas que generan un espacio político.

Funcionalmente, de la red de servicios analizaremos los aspectos de operación y de gerencia; operativamente, el modelo de atención con su grado de capacidad resolutiva; y gerencialmente, la eficiencia y las relaciones con el nivel central. En cuanto al Estado, funcionalmente importante: la forma de gobierno, los espacios de concertación, el papel rector y la situación política (Figura 3).

Identificación de problemas

Las carencias que los elementos de los SILOS necesitan satisfacer, sentidas o no, expresadas o

Figura 3. Elementos de los SILOS.

<p>Estructurales</p>	<p>1. Ambito geográfico Poblacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas - Participación social - Espacio político
<p>2. Red de servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades productoras de servicio - Campos de tarea - Autoridades de los SILOS
<p>3. Estado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organización sectorial - Gobierno • Nacional • Regional • Local - Espacio de concentración - Forma de gobierno - Papel rector - Situación política

no, que incluyen necesidades, obstáculos, conflictos, aspiraciones, valores, daños, tipos y niveles de riesgo, para efectos de la programación de los manejaremos con el término genérico de *problemas*. Su precoc identificación permite que el sistema se anticipe iniciando el contacto con los usuarios antes que estos lo soliciten (5).

Problema es un estado de insatisfacción de personas o grupos ante hechos reales, presentes o anticipados, que no permiten llegar a un fin o meta. Esta fundamentado en experiencias, conocimientos y expectativas. Es una situación de incompatibilidad de objetivos, conocimientos y emociones, dentro o entre individuos o grupos que conducen interacción antagonica y oposición. Los elementos del problema son: el conflicto, los desacuerdos, las discrepancias, los sentimientos, las diferencias, que dependiendo de las circunstancias generan algún tipo de conducta con las consecuencias inherentes.

La identificación, definición y explicación de los problemas obedece a un proceso lógico. En esta etapa se identificarán: el problema, la causa,

la cadena causal y los nudos críticos causales. El primer paso en la *identificación de problemas* es aceptar que estos existen, cada elemento de los SILOS tiene un espacio direccional, es decir, la delimitación de las fronteras entre lo que un actor califica como problema y lo que considera realidades inevitables; si un actor social incorpora un problema en su espacio direccional lo convierte en demanda social y, por ende, esta dispuesto a la acción; en tanto que, si la considera una situación inevitable, se acepta con disgusto, pero no se lucha en contra. La negación del problema lleva a la inacción. El consenso positivo en cuanto a la identificación de un problema es movilizador de acciones ciertas para enfrentarlo.

La identificación de un problema responde a la pregunta ¿Cuál es el problema? El segundo paso corresponde a la *definición del problema*, que debe responder a la pregunta ¿Cómo es el problema? Consiste en enunciar el problema que ha sido identificado, describirlo en cuanto a la dimensión y valor que tiene para

SILOS, dependiendo de su apreciación, tiene diferente visión de la realidad en la selección de problemas, también puede haber conflicto en el planteamiento de las soluciones.

Hay que recordar que es diferente la realidad a la conciencia humana de la misma, de ahí que no siempre se identifiquen los problemas reales o potenciales y mucho menos las soluciones adecuadas.

Después de conocer la situación inicial, nos interesa identificar las acciones que la modifican, a fin de llegar a nuestra situación objetivo. Identificado el problema, la causa y el efecto debe identificarse la actividad o actividades que lo resuelven en forma eficaz y la capacidad de generar actividades con los recursos existentes; es decir, confrontar la carga de trabajo con la fuerza de trabajo.

Las actividades se adjudicarán de acuerdo a los riesgos o problemas, asignando el recurso en forma proporcional al tipo de actividad a desarrollar, las expectativas se manifestarán en forma de metas; calculándose, de cada actividad o conjunto de actividades, la cobertura, la concentración, el rendimiento y el recurso necesario. Es fundamental considerar el tipo de presupuesto.

Las actividades eficaces atacan y resuelven un problema, en tanto que las eficientes lo resuelven con el mínimo insumo. El conjunto de actividades constituye una operación y el agregado de esta, forma el plan en su conjunto.

En esta etapa se contrasta lo que se necesita con lo que se puede, la demanda con la oferta y la carga con la fuerza de trabajo; determinando posibles soluciones aplicables mediante actividades eficaces y eficientes.

Aunque al elegir una solución existe siempre el riesgo de no acertar, no hay ninguna posibilidad de volver el tiempo atrás y tampoco es posible evadir la responsabilidad; por tanto, debe buscarse la mayor precisión en la elección de las alternativas de alto grado de resolución, actuando estratégicamente sobre las de solución de problemas a corto plazo, que dan prestigio al sistema y facilitan allegarse recursos, para el ataque de los problemas de solución a largo plazo.

APLICACION DE SOLUCIONES ALTERNATIVAS

Esta etapa corresponde plenamente a la ejecución del plan; es la actuación posible, necesaria y Así, como cada uno de los elementos de los con el fin de resolver un problema específico.

Es la elección de un curso de acción, mediante la selección racional entre varias alternativas, girará la óptima.

El grupo de conocimientos que sirve para la elaboración del plan de trabajo a ejecutarse en los SILOS, comprende el conocimiento administrativo de la red de servicios, el de las necesidades de la población y el conocimiento científico existente.

La estructura del problema depende del desarrollo de los servicios, la capacidad de utilización del recurso y de las causas que lo originan. Deben establecerse todas las opiniones alternativas con sus combinaciones factibles, determinando posibles soluciones aplicables, eliminando paulatinamente las opciones que no son viables u oportunas, valorando las posibilidades de éxito y las consecuencias posibles derivadas de cada curso de acción.

La exploración creativa de las soluciones se inicia cuando el problema ha quedado definido. Es importante identificar las incertidumbres principales, es decir, las variables desconocidas resultantes de la simple posibilidad de aplicar la decisión.

La recopilación de datos y el estudio de la información obtenida permiten la redefinición del problema y el análisis del grado de riesgo e incertidumbre de cada alternativa. En el riesgo se definen posibles resultados y se determinan probabilidades; en tanto que, en la incertidumbre se ponderan los posibles resultados, pero no se pueden establecer las probabilidades de éxito. Ocasionalmente nos enfrentamos al desconocimiento que no permite juzgar posibles resultados y mucho menos las probabilidades.

En esta etapa se adjudican actividades de acuerdo a los problemas. Para saber la elección correcta debe estimarse el valor de cada alternativa, seleccionando la mejor, distinguiendo lo principal de lo superfluo, el efecto de la causa, el elemento variable del constante y la ventaja de la desventaja.

Se confronta lo que se necesita con lo que se puede, de lo que resultan varias opciones alternativas, de las cuales el que toma decisiones elegirá la óptima.

Generación y evaluación de soluciones alternativas

Toma de decisiones

desable en la solución de los problemas y el manejo negociado del conflicto. Las partes implicadas deben definir las bases comunes y el interés mutuo, actuando de acuerdo con la decisión e implantando la mejor manera de ejecutarlo. La congruencia evitará dispendiar el esfuerzo invertido, por lo que habrá de valorarse cuando se deben poner en ejecución las acciones. La decisión tomada debe comunicarse a todas las partes involucradas, eligiendo el tiempo adecuado. El resultado está afectado por el momento en que se implementa la solución (6).

Identificadas las soluciones alternativas habrán de aplicarse sin dilación, pues los problemas que no se resolvieron ayer se convierten en generadores de otros problemas y los que su solución se ve diferida, seguramente nunca se resolverán.

La ejecución del plan, compuesto conforme lo propone la planificación estratégica, integrada por un conjunto de operaciones resolutivas, el manejo modular y la petición-rendición de cuentas; se basará en normas flexibles, que permitan planes alternativos.

La gerencia por operaciones, en donde se trabaja por función y no por tarea, permite implantar la decisión y hacer ajustes frecuentes. La importancia de la programación local no estará en la cantidad y variedad de programas, sino en el cumplimiento de los compromisos.

En esta etapa deben adaptarse los recursos a los problemas y necesidades, orientando los recursos a las prioridades; pero con una flexibilidad que permita maximizar la aplicación del talento, con sus naturales diferencias individuales, sin limitar las tareas ni impedir la participación o la creatividad.

REFERENCIAS

- (1) Alarid, J. H. y López, A. G. *La programación de los SILOS en áreas urbanas de alta concentración poblacional: El caso Palmatilla de la Región I Norte del Distrito Federal, México*. Washington, Serie Desarrollo de Salud 42 (mimeo), 1988.
- (2) Paganini, J. M. *Programación de actividades*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, doc. 0194C (mimeo), 1988.
- (3) Maus, C. *Política, planificación y gobierno*. Washington, Organización Panamericana de la Salud (mimeo), 1987.
- (4) Paganini, J. M. *Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, doc. 8447C (mimeo), 1987.
- (5) Backett, M.; Davies, M. y Petros Barbazian, A. *El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria*. Cuadernos de Salud Pública No. 76, Ginebra, OMS, 1985.
- (6) Eckles, C. *Administración, curso para supervisores*. Serie administración LIMUSA. México, D.F. 1978.

CONTRIBUCION AL ANALISIS SITUACIONAL A LA PROGRAMACION EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Néstor Rodríguez Campoamor

ANALISIS SITUACIONAL

Diagnóstico de la situación de salud

asimetría del crecimiento de la información, independientemente de su utilización, demora las acciones, distorsiona el conocimiento y se convierte en permisiva, al ser un fin en sí misma.

En este documento se propone una serie de categorías de información más o menos adaptadas a las realidades más frecuentes en los países latinoamericanos. Es de esperar, que estas categorías excedan las posibilidades en muchos lugares; pero, consideramos que no son muy difíciles de obtener, si no se complican los formularios y planes de análisis.

En la sugerición de título de cuadros, explicaciones y análisis, se simplifica el abordaje técnico, para darle la máxima flexibilidad; o sea, al alcance de la mayoría de los usuarios, con un mínimo de adiestramiento. Además, se intenta que con esta base de datos puedan montarse módulos de información más complejos en la medida que las acciones y los usuarios lo demanden; o, que una investigación justificada por razones epidemiológicas o de servicios necesite información en mayor profundidad. Se propone la recolección de suficiente información cualitativa, sea por el mecanismo de informantes claves o conocedores, o en general por consenso, tanto de expertos, como de legos. Puede que más adelante se realicen estas técnicas cualitativas aplicando las más conocidas y adquiriendo experiencia de su empleo en un comportamiento de participación social.

Se sugiere que antes de iniciar los trabajos de diagnóstico el grupo responsable posea algunas hipótesis sobre lo que se puede hacer, según las orientaciones y el momento político, en un espacio determinado y con una población definida, y considerando, especialmente, su organización social y político-administrativa. De esta forma se podrán circunscribir preliminarmente la extensión y profundidad de los análisis. No está de más, de acuerdo al pensamiento que orienta estas presentaciones, iniciar un intercambio con representantes de la comunidad sobre qué es lo que se piensa hacer y con qué finalidad. Hay que tener presente que toda recolección de información se

En esta presentación se adoptan indistintamente

ambas expresiones del título, no obstante las diferencias señaladas por diversos autores entre el significado de una u otra denominación, los cuales se reservan para un análisis de situación en un enfoque más integral, relacionado y completo, que el tradicional diagnóstico efectuado por un profesional sanitario. Salvada esta omisión, creemos que no es el momento de efectuar comentarios sobre los nombres y conservaríamos el término diagnóstico por ser el más conocido y usado por la mayoría de los programadores y administradores; aunque en el desarrollo de este trabajo el enfoque que se realiza es básicamente el estratégico, el cual es consistente con la expresión de análisis situacional. Además, en alguna parte, se hará referencia al análisis situacional intencional, que centra su atención con mayor intensidad en el enfoque estratégico.

La propuesta aspira a orientar a grupos técnicos en la elaboración de un esquema general de análisis de situación (diagnóstico) en el proceso de desarrollo de los SILOS. De ninguna manera se pretende que este esquema sea completo y que pueda comprender en su empleo, la amplia heterogeneidad de la realidad, muy particularmente las locales que son componentes de un SILOS. Tampoco se intenta construir un modelo sobre el cual tengamos que centrarse, en un análisis inicial, todos los sistemas que se orienten hacia la concepción de los SILOS. Un principio general es que un SILOS puede iniciarse desde cualquier estado de información, y que su construcción será progresiva, si los actores van conformando las necesidades de información en la medida de las exigencias del proceso real, es decir, de la ejecución de actividades, disponibilidad de recursos humanos capacitados e insumos necesarios. Se afirma que la información genera la acción y la acción genera información; pero, que la

anteriormente constituyen un marco de referencia para diseñar cuadros, descripciones, explicaciones, resúmenes, gráficos, etc., que se presenten para extraer conclusiones estratégicas para la operación de los programas, sea en viabilidad como en factibilidad. La capacidad operativa de cada SILOS, como sus circunstancias particulares, en cuanto a su inserción en un ambiente sociopolítico-económico determinado, será la que dará los fundamentos para decidir cuántos cuadros y cuántos análisis. A continuación, para cada categoría se propone una serie de títulos de cuadros, que por su denominación y contenidos ilustran, suficientemente, para preparar los instrumentos de análisis, que en la mayoría de los casos se resume a un cuadro de doble entrada.

Mapas con la ubicación de los sistemas locales de salud y la red de servicios

En la mayoría de los países se encuentran disponibles mapas en escalas 1/250 000, 1/50 000, de catastro de propiedades rurales y urbanas, y mapas de los radios censales. Basados en estos, pueden existir croquis de los programas de lucha antimalaria, o de control de la enfermedad de chagas, o de campañas de vacunación.

Sobre estos mapas, usando artificios de transferencia, puede representarse información espacial satisfactoria e incluso interrelacionada. Por consiguiente, se trata más bien de un conjunto de mapas, en los cuales, independiente o combinadamente, se representan los aspectos geográficos, de distribución de la población, las vías de comunicación, la infraestructura social básica; si se quiere incluso, la red de servicios de salud.

Aspectos demográficos

La información sobre población es generalmente la que está disponible con grados satisfactorios de detalle, sea por los censos, estudios de CELADE, u otras estimaciones de diferentes agencias nacionales e internacionales. Se encuentran dificultades cuando hay necesidad de hacer cruces con la información; por ejemplo, población clasificada por nivel de ingreso, o población en extrema pobreza, etc. La tentación habitual es presentar una información exhaustiva que puede ocasionar esfuerzos no compensados y confusión en su empleo. Como sugerencia general, conviene que para cada cuadro o gráfico

ción pública en general; descentralización; subsistemas de personal, contable-presupuesto, suministros, documentación, información, etc. En las mismas categorías para las instituciones del sector salud (estudios comparativos). Capacidad operativa. Recursos humanos: número, tipo y distribución.

● *Examen de la legislación y de las reglamentaciones:* Grados de libertad de la administración local, competencias delegadas, áreas exclusivas, códigos y leyes de fondo, etc.

● *Aplicación del enfoque de riesgo:* En la medida en que se va interrelacionando la información en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, comienza a disponerse de elementos y factores para establecer criterios de riesgo.

Las categorías precedentes son un ejemplo incompleto, pero lo suficientemente amplias y ambiciosas para que puedan ser recolectadas y analizadas. Empezar con lo indispensable para organizar la programación y administración en el menor tiempo posible, y no dejarse encanchar por el atractivo de mayores datos (pretender obtener información que posteriormente no será otra cosa que un cementerio de datos).

Según los lugares y las circunstancias, no es posible esperar el tiempo adicional que demanda el examen de tal cantidad de información, sugiriéndose que este listado se convierta, por lo pronto, en una ayuda memoria, para seleccionar dentro de él los puntos que estratégicamente son trascendentes, e intencionadamente profundizar en su análisis cuando se justifique. Trabajar en una primera etapa en forma muy agregada e intencionada. Mucha información se puede obtener en corto tiempo mediante mecanismos de consenso de informantes; esta es la única forma de no pagar el precio técnico y social de latencias prolongadas, sin programas ni acciones que comprometan el soporte político y el apoyo comunitario. No está de más decir que recoger información, además, cuesta dinero.

La información de los establecimientos de atención es frecuentemente incompleta, fragmentaria, y en algunos casos, poco confiable. Tratarla con el mayor sentido común que indiquen los analistas y los actores en cada lugar. Emplear muestreos y consenso, puede ser mucho más valioso que trabajar con información falsa, que ya ha sido recogida para cumplir con el ritual que marcan las reglas mentaciones.

Por consiguiente, las categorías enunciadas

se discute o redacte previamente, el objetivo de conocimiento o de utilidad para la programación, la evaluación o la administración.

Cada uno de los cuadros debe tener una descripción sucinta, explicaciones correspondientes y comentarios de pronóstico (si se dispone de información para efectuar prospectivas). En estas tareas tienen que existir dos ideas intencionales: una la de población en riesgo, y otra la información demográfica necesaria para programar en función de lo anterior, o en función de cobertura total, o combinaciones de una y otra.

Como ejemplos de los cuadros más comunes se sugieren los siguientes. (Para todos ellos se deben consignar lugar, año y fuente de información):

Población por grupos de edad y sexo; pirámide de población; relaciones de dependencia activos/inactivos; distribución de las familias por su tamaño (número de integrantes, rural, urbana, por ingreso económico); tasas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural, crecimiento demográfico y tasa de fecundidad; agrupamiento de la población por tamaño de las localidades, y población urbana y rural; proyecciones de la población.

El grupo técnico verá la conveniencia de agrupar cuadros, trabajar con cifras absolutas y relativas, tendencias de las tasas, etc.

Aspectos del estado de salud

Las fuentes de información para la evaluación del estado de salud de la población proceden de:

- La correspondiente a causas de muerte,
- La morbi-mortalidad registrada en los establecimientos,
- La notificación obligatoria de las enfermedades que fija la legislación,
- La morbilidad reconocida por encuestas.

El grado de desagregación y detalle puede ser considerable según el país y lugar de que se trate; por consiguiente, valen las recomendaciones que con insistencia se vienen efectuando anteriormente. Siempre es indispensable para seleccionar y diseñar cuadros, tener en cuenta el tamaño de la población, especialmente cuando se pretende expresar los hallazgos en tasas anuales. Para la información que sigue se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

Diez principales causas de muerte; mortalidad

general, infantil, neonatal y materna; mortalidad registrada de los egresos hospitalarios; mortalidad registrada de la consulta; diez primeras causas de enfermedades de notificación obligatoria; morbilidad registrada por encuestas.

De acuerdo a las posibilidades se podrá identificar con el detalle deseable la contribución de los establecimientos, diferenciándolos para efectos comparativos. Hay que optar entre trabajar en detalle, establecimiento por establecimiento, o partir de la información procesada y agregada que se disponga a nivel regional o nacional. En una primera etapa, interesa conocer lo que pasa en el SILS, o sea en su población y después, paulatinamente, en la medida en que se ejecuten los programas se irá conociendo lo que sucede, establecimiento por establecimiento y localidad por localidad. Ejemplo:

Estado de nutrición de los menores de cinco años; población; necesidades de salud; perfil epidemiológico; y, primera aproximación a la identificación de las poblaciones en riesgo. Síntesis interrelacionada de las descripciones y explicaciones que acompañan a cada cuadro, y de enjuiciamiento de la situación en cuanto al pronóstico que pueda suponerse (el pronóstico no debe ser una proyección de tendencias).

Situación del medio ambiente y la ecología

Los siguientes análisis son recomendables:

Agua potable según población y acceso; eliminación de excretas por tipo de facilidad, según población urbana y rural; tratamiento de basuras; contaminación de suelo, agua y aire; identificación de riesgos ecológicos; síntesis de la situación ambiental, ecología y riesgos ecológicos en primera aproximación.

Actividades económicas

El estudio de los aspectos económicos tiene como finalidad reconocer la influencia de los factores de producción y trabajo en el estado de salud y la utilización de servicios. Para establecer las relaciones entre estado de salud y actividad económica, hay que tener en cuenta, principalmente, tres campos: uno, el de los riesgos a la salud derivados de los ambientes

den efectuarse unos ejercicios en "borrador", para conocer la distribución del poder político, sea de los propios partidos políticos o grupos de poder, o de personas o grupos influyentes. Particularmente interesa: cómo se canalizan las demandas políticas desde la comunidad—individual o colectivamente—hasta la puerta de entrada del sistema político, o de su canal habitual, la prensa oral y escrita. Insistir en que el grupo técnico entienda los fenómenos políticos, como contribuir a la viabilidad de las acciones de beneficio a la comunidad, y ello no debe significar adhesiones que violenten su manera de pensar; en otras palabras, debe existir una claridad total entre la conciencia del ciudadano y los deberes del funcionario público.

Organización social, participación y aspectos socio-culturales

Este capítulo pretende conocer el funcionamiento y la idiosincrasia de las integrantes de las organizaciones sociales de base, cómo se organizan y cómo funcionan. Estos aspectos son claves para el entendimiento de la cultura comunitaria, que junto con la religión y creencias, suministran pautas importantes para la aplicación y el desarrollo de las acciones. Constituye un área sensitivamente estratégica, de tanto valor como la política, con la cual está fuertemente vinculada según el lugar de análisis, de mayor o menor importancia ciudadana o de interés e indiferencia por las cosas públicas. Se sugieren algunos títulos:

Análisis del sector e instituciones de salud

Los análisis pueden iniciarse de lo global a lo particular; o sea, pensando primero en que es el sector o sistema de servicios en sus aspectos de composición institucional (número, tipo y competencias de las instituciones); delimitación y definición del sector; tipo de bienes y servicios que suministra y cobertura de los mismos. Sugierimos algunos títulos:

de trabajo y de la peligrosidad de algunas ocupaciones; dos, las consecuencias de la producción de bienes en la contaminación ambiental y alteración de la ecología; y tres, de las relaciones entre desempleo, salario, seguro y nivel de salud.

Los siguientes títulos son recomendables:

Actividad económica: primaria, secundaria y terciaria por empleo y volumen financiero de la producción; número de empresas por actividad y número de obreros; situación de la vivienda por equipamiento básico (construcción, agua, luz, excetas, etc.); vivienda y hacinamiento; población según niveles de ingreso (nivel pobreza); participación de la región (SILOS) en el PBI; proyectos de desarrollo en ejecución y aprobados con financiamiento.

Aspectos educacionales

Los títulos que más abajo se sugieren tienen como propósito ofrecer información en dos áreas: una, la de nivel educacional de la población y su consiguiente cultura sanitaria; y otra, indicar la producción actual y potencial de recursos humanos, extrayendo conclusiones sobre fuerza de trabajo y sus implicancias. Este estudio será de importancia como componente esencial de las necesidades de formación y desarrollo de los recursos humanos. Estos títulos serían:

Alfabetismo por edades y sexo; población según nivel de enseñanza alcanzado; número de escuelas, profesores y alumnos matriculados; instituciones, profesores y alumnos en enseñanza secundaria; instituciones, alumnos en enseñanza terciaria (incluir egresados); vinculación de la información de las categorías para extraer conclusiones sobre riesgo y situación estratégica.

Actividad política

El equipo de trabajo debe definir cuál es la información que debe recogerse en esta área, sin que le signifique críticas o amonestaciones por imbuirse en un campo que alguna autoridad puede considerar vedado o de compromiso político para su gestión. De cualquier manera, pue-

ESQUEMA PARA LA PROGRAMACION LOCAL DE LOS SILOS

La presentación de este esquema preliminar tiene el propósito de suministrar algunos conceptos e ideas actuales para orientar un proceso de programación local, dentro del marco de referencia que se estableció para la organización de los sistemas locales de salud (SILOS).

La programación local con cierta frecuencia se convirtió en un ejercicio ritual de elaboración de un diagnóstico, establecimiento de prioridades, apertura de programas según normas nacionales, definición de componentes y actividades, asignación de recursos según instrumentos con otros requisitos más de la programación, supervisión, evaluación, etc.

Por muchas razones estas propuestas no dieron resultado, siendo la tendencia actual la de reformular el enfoque y reconsiderar la ubicación y trascendencia de la programación local en el desarrollo de los servicios locales.

Quiénes estaban convencidos de la utilidad de la programación local, innovaron variantes fundadas en explicaciones sobre los fracasos. La programación de arriba-abajo, o la programación de abajo-arriba, o la de ambos sentidos, fueron recomendadas según diferentes experiencias. Si bien la última mostró ser más compatible con la realidad (fundada en el hecho de la asignación de techo presupuestario a los que hay que cubrir las actividades), no alcanzó a superar las restricciones por una normalización centralizada, incompatible con la heterogeneidad de las situaciones; ya sea en cuanto a idiosincrasias regionales y locales, sistemas socio-políticos, disponibilidad de recursos, serias inconsistencias con la capacidad administrativa (sin dejar de mencionar la absurda separación que se hace entre programación y administración local) y, fundamentalmente, el enfoque centralista, tecnocrático, que habitualmente se comportó en forma imperativa y con menosprecio de la capacidad local en todos los campos de la administración de servicios de salud.

Tratando de efectuar una apreciación de la experiencia y recuperar los elementos positivos, se sugiere discutir y enjuiciar los asuntos que a continuación se presentan:

- La programación local que se efectuó en diferentes lugares mostró ser un instrumento útil

Instituciones que componen el sector por número de camas, establecimientos y cobertura; establecimientos según número de camas, especialidades y de corta o larga estancia; definición del tipo de establecimientos y niveles de atención; indicadores de producción, productividad por instituciones; cobertura y utilización; estado físico funcional de los establecimientos; equipamiento crítico de los establecimientos; examen crítico-estratégico del comportamiento del personal, grado de burocratización y corporativización; costos de las actividades; sistemas de referencia entre niveles y establecimientos; situación inmunitaria (vacunas); centros de recuperación nutricional; guarderías; hogares de niños minusválidos, etc.; financiamiento y gasto sectorial (series de gastos corriente y de capital); presupuesto por instituciones, aprobado y ejecutado; gasto per cápita en salud, privado y público; financiamiento de proyectos con cooperación externa; serie de cuadros de análisis administrativo (organización, finanzas, personal, suministros, etc.); serie de cuadros de análisis legal y resumenes globales.

Es una apertura libre para efectuar las síntesis más trascendentes, de los factores más importantes que se han analizado y la ponderación estratégica de los mismos.

En definitiva, no es tarea difícil abrir más categorías y formular un mayor número de cuadros para analizar información más desagregada. La enumeración efectuada de por sí, desborda la capacidad de recolección y análisis de la mayoría de los SILOS creados en poblaciones pequeñas y con bajo desarrollo de registros. En este ejemplo, el propósito es más de ayuda memoria para que el analista y el programador, al leer este listado de conocimiento indispensable una necesidad de conocimiento indispensable para su programación y administración. Por consiguiente, se vuelve a insistir en comenzar las acciones con informaciones rápidas, intencionales, con participación y consenso de las organizaciones sociales, para solucionar lo que es tan categórico que no necesita por el momento otra cosa que las acciones correctoras. Luego, se irán perfeccionando los mecanismos de recolección de información, de programación y de gestión, en la medida del perfeccionamiento del desarrollo de los SILOS y mediante la ayuda de un eficiente sistema de asesoría, monitoría y evaluación.

Enfoque y términos de referencia

Fundamentalmente, la programación local es un instrumento de la administración local, y tiene que estar vinculada a la política local y al modo de vida de las comunidades. Por estas razones debe inscribirse en un enfoque estratégico de la planificación y administración, o sea con una claridad aceptable de lo que puede y no puede hacerse en un nivel local determinado, por las diversas razones culturales, políticas, técnicas, de recursos, etc. (Especialmente corresponden de recordar el enfoque gerencial, como idea resumen del esfuerzo de modernización y de vinculación con la política, y particularmente en entender el papel de la negociación, común a la política y al enfoque gerencial, como requisito para alcanzar los objetivos).

Al considerar la programación local en el desarrollo de los SILSOS, es indispensable tener como referencia estos marcos conceptuales y no descuidar la direccionalidad de las actividades compatibles con la realidad local, las cuales tienen que ser consistentes con las proposiciones políticas nacionales (situación que implica convencer y negociar con los representantes y autoridades de la comunidad); apuntando a un horizonte que está definido por los componentes con que idealmente debe contar un SILSOS. No se trata de requisitos a cumplir para constituir o no un SILSOS; lo que se pretende es señalar la orientación, ajustarla permanentemente, ir incorporando progresivamente los componentes que faltan, y condicionar la situación para la generación de los cambios esperados que definen a los SILSOS. La decisión política permite iniciar la organización de los SILSOS; y el marco doctrinario de estos, alimenta la formulación de proposiciones políticas para su desarrollo y perfeccionamiento.

Los sistemas locales de salud siempre existen con diversas denominaciones: área programática, distrito de salud, etc. La sigla SILSOS, que se emplea actualmente, tiene diferencias con los enfoques anteriores; por ejemplo, el incorporar una serie de componentes estratégicos y sustantivos que anteriormente estaban sueltos, o no existían. La comparación entre un sistema observado, habitualmente en los países, y la conceptualización de los SILSOS, muestra las diferencias que tienen que tomarse como meta y no como requisito. Por consiguiente, la programación y administración de los SILSOS no puede ser un proceso rigidamente sistematizado, tiene que

para conocer la situación local, aunque frecuentemente se excedió en la acumulación de datos, y fallaron los análisis que le dieran utilidad para decidir y racionalizar prioridades y recursos.

● Los instrumentos diseñados racionalizan la oferta y concentran selectivamente los recursos en las prioridades identificadas profesionalmente, pero se desentendieron de los propósitos políticos, de la participación y conciencia social de las necesidades, y de las tecnologías más apropiadas para la población receptiva.

● Generalmente, la programación se basó en recursos irreales, sea por su insuficiencia o por asignar normativamente rendimientos ilusorios para el comportamiento real. Los programadores trabajaron con el total convencimiento de que para la salud no debía haber restricción de recursos, y que toda necesidad debía ser satisfecha.

● Las normas se convirtieron en sagradas no obstante su incumplimiento reiterado, por estar convencidos los profesionales de que su justificación científica y ética los ponía al margen de cualquier duda o discusión sobre los recursos necesarios para su cumplimiento.

● Las autoridades locales y la comunidad se mantuvieron indiferentes al proceso de programación y ejecución, a pesar de las declaraciones y ejecución general de la comunidad. La respuesta general de la comunidad fue y es que los servicios de salud son de responsabilidad de una institución (Secretaría o Ministerio de Salud) que está en la capital del país, y que es la que debe suministrar la atención de salud, dado que nunca fueron consultados sobre los problemas que percibían y las medidas que ellos podían tomar.

● Se mantuvo, artificialmente, una separación entre la programación y la administración ignorando las restricciones en los servicios administrativos y negando, durante años, que la programación fuese un componente de la administración. Esta postura aún persiste, no obstante que hace casi 20 años se replanteó el proceso de planificación-programación como inseparable de la administración, entendiendo que no podía culparse a la administración de los fracasos de la planificación y viceversa.

● La programación local fue un instrumento de poder de los niveles centrales, sometiendo y menospreciando a los niveles locales y a las unidades operativas, en cuanto a su capacidad técnica y validez de los criterios que surgían de la experiencia.

tener la flexibilidad que exigen las heterogéneas locales, y de SILOS a SILOS con carácter más agregado. (Un SILOS puede comprender varias localidades, tanto como una sola). Es importante conocer en forma rápida la línea de partida con capacidad real y potencial consistente con ella, reformular o iniciar un proceso de programación con mayor o menor complejidad, tratando de asegurar que tenga continuidad y utilidad.

A continuación se enumeran y enuncian, sumariamente, los componentes, que fácilmente pueden iniciar el despegue de la programación local dentro de la administración de los SILOS. Se dispone de un análisis situacional intencional (diagnóstico), consistente con las orientaciones de las políticas nacionales, elaborado con los siguientes requisitos:

a) El análisis permitió identificar una población en el área de influencia de la red de servicios de los SILOS, determinando la accesibilidad en sus diversos aspectos. Por consiguiente, se ha definido un espacio geográfico con sus límites y jurisdicciones y corregida la accesibilidad de la población a la red.

b) El estudio epidemiológico permitió conocer los problemas de salud principales y prioritarios, su distribución y, particularmente, cómo fueron aceptados los grupos de población y familias en riesgo.

c) Si por falta de información, de tiempo o de oportunidad, se careciera de conocimientos epidemiológicos y demográficos del área de los SILOS, ante esta situación puede decidirse y asumir, inicialmente, información regional o nacional ajustada a los SILOS, suponiendo por analogía sociocultural, epidemiológica y demográfica, como pareciera. Posteriormente, cuando el programa esté instalado, habrá oportunidad de mejorar la información.

d) El análisis suministró información suficiente para conocer la capacidad de oferta de las instituciones, establecimientos, sistemas de referencia, eficiencia y eficacia de los programas en ejecución (en este análisis se deben incorporar en la red los recursos de la seguridad social, privados, etc., para tener noción de la capacidad total de la oferta de servicios de salud y luego derivar estrategias, convenios, etc.). Este capítulo del análisis será el fundamento de la programación de inversiones de equipo y de la disponibilidad de recursos humanos tratando de evitar tener la flexibilidad que exigen las heterogéneas locales, y de SILOS a SILOS con carácter más agregado. (Un SILOS puede comprender varias localidades, tanto como una sola). Es importante conocer en forma rápida la línea de partida con capacidad real y potencial consistente con ella, reformular o iniciar un proceso de programación con mayor o menor complejidad, tratando de asegurar que tenga continuidad y utilidad.

e) Se dispuso de la identificación de los sistemas administrativos y de las restricciones que presentan; se discutieron y propusieron los mismos factibles para su corrección.

f) Se contó con un inventario de los recursos humanos en operación, con sus capacidades actuales y potenciales. De este inventario se han derivado propuestas de capacitación y desarrollo del personal.

g) Se conocieron las disposiciones legales administrativas que regulaban el funcionamiento de los SILOS. El análisis realizado marcó los grados de libertad política y administrativa, y originó la elaboración de proposiciones para modificar, ampliar o innovar campos en los que sería necesario mayor flexibilidad, descentralización o desconcentración. El estudio al ser tratado conjuntamente con el punto anterior, entregó información valiosa para la racionalización y desburocratización.

h) El análisis y los mecanismos de conocimiento y movilización de las organizaciones y problemas y las posibles soluciones fueron el producto de un trabajo participativo, o por lo menos de información y discusión con los representantes de la comunidad. La incorporación de la comunidad será un proceso lento, habrá que utilizar diferentes tácticas: grupos comunitarios, comités, etc. Principalmente, hay que lograr un cambio de comportamiento y acostumbrar a los dirigentes de la comunidad y a los agentes institucionales, a pensar que los problemas y soluciones de salud tienen un gran componente de responsabilidad local y que no son patrimonio de directivos de instituciones distantes; es decir, implantar el proceso de la devolución del derecho del cuidado de la salud al gobierno comunitario.

i) Están identificados los grupos de la comunidad organizada y sus representantes. Como consecuencia se ha diseñado un planteo de motivación y movilización de las organizaciones.

j) Los problemas y las posibles soluciones fueron el producto de un trabajo participativo, o por lo menos de información y discusión con los representantes de la comunidad. La incorporación de la comunidad será un proceso lento, habrá que utilizar diferentes tácticas: grupos comunitarios, comités, etc. Principalmente, hay que lograr un cambio de comportamiento y acostumbrar a los dirigentes de la comunidad y a los agentes institucionales, a pensar que los problemas y soluciones de salud tienen un gran componente de responsabilidad local y que no son patrimonio de directivos de instituciones distantes; es decir, implantar el proceso de la devolución del derecho del cuidado de la salud al gobierno comunitario.

Nuevamente se insiste en ser prudentes en cuanto a la cantidad y complejidad de la información recogida y analizada y, también, sobre el conocimiento que la comunidad deba tener de ella. Por consiguiente, un llamado de atención en cuanto al diseño y empleo de formularios, especialmente evitar al máximo la demora que conllevan los estudios en la recolección de información y en el análisis correspondiente. En todo lo posible, combinar la acción con la información y enriquecer la información progresivamente, con las acciones.

En la observación de establecimientos, con alguna frecuencia se encuentra que en estos no existe un mapa del área de influencia; se desconoce el número de tuberculosos; familias y personas en riesgo; enfermedades venéreas; muerte por diarrea; otros casos de enfermedades infecciosas; hipertensión; etc. A veces no se dispone de los formularios de información estadística, el personal es escaso, hay insuficiencia manifiesta de útiles de oficina, etc. En esta situación es absurdo pretender implantar sistemas como los que se proponen habitualmente, o soñar que la solución está en una microcomputadora.

La presentación del análisis situacional, de las conclusiones y posibles cursos de acción, fueron debatidos con el nivel político local, regional y/o nacional. Con los siguientes resultados:

a) Se ha establecido el grado de coherencia y consistencia entre las prioridades nacionales y locales.

b) Hay una definición en cuanto a los niveles de autoridad en la ejecución de los programas.

c) Conjuntamente con los niveles, regional y nacional se acordaron las instancias de supervisión, asesoría, información, monitoria y evaluación.

d) Se acordó la adaptación de normas y se fijaron los niveles de actividades y concentración, considerados indispensables para obtener una eficacia mínima. Es decir, actividades que si no llegan a cierto nivel, es igual que no realizarlas, dejando de lado, lógicamente, el componente que pueden tener de satisfacción para el receptor.

Preparación para la ejecución del "Programa de los SILOS", de programas locales y por establecimiento o unidad operativa

Se han examinado los programas nacionales en cuanto a la desagregación de metas globales,

Se han definido las combinaciones de actividades según los recursos humanos y los señalados en el punto anterior.

Se ha acordado el programa de asesoría, supervisión y el tipo de información a remitir, con los niveles nacionales regionales, y otras instituciones participantes en la red nacional de recursos.

Junto con los representantes de la comunidad, se han ajustado los aspectos logísticos y operativos, llegándose a acuerdos de compromiso que significa la participación voluntaria en la administración y en la contribución de recursos humanos y materiales. (Si la descentralización es completa, por definición la administración de los SILOS tiene su propia figura jurídico-administrativa).

Los representantes de la comunidad están dispuestos a desarrollar una verdadera movilización social en momentos seleccionados, como por ejemplo, días dedicados a acciones intensivas sobre problemas prioritarios (inmunizaciones, lucha contra las diarreas, detección de la hipertensión, etc.), realizados periódicamente para difundir, concientizar y dar servicios, en el amplio campo de la calidad de vida.

El análisis suministró la identificación de la capacidad operativa de la administración, las potencialidades para el desarrollo gerencial y las necesidades críticas para superar las restricciones en los sistemas administrativos.

Se han identificado diversas áreas para investigación epidemiológica y de servicio.

Se han priorizado las actividades enunciadas precedentemente, para no demorar las acciones y disminuir el entusiasmo de la comunidad.

Organización de las operaciones

El ejercicio de reprogramación o programación local no debe ser independiente del administrativo; tienen que ser simultáneos e inseparables uno de otro; salvo algunas particularidades

muy específicas de cada caso. Es decir, hay que evitar que en una etapa se dedique el esfuerzo a la programación y en otra a la administración. En el proceso de programación-administración hay que utilizar pasos secuenciales, como simultaneidades e interacciones que permitan encadenamientos lógicos, interrelaciones de correspondencia, retroalimentación correctora y ahorro de tiempo y seguridad en la factibilidad.

Las diferencias entre los SILOS, como entre establecimientos determinará la modalidad operativa. Para una realidad, la orientación y capacidad en sus contenidos puede efectuarse concentrando en la localidad sede de Región o de los SILOS, a los jefes de las unidades menores, asumiendo que la capacidad para desarrollar la programación es suficiente para desarrollar la programación de cada unidad en particular. En otros, será necesario organizar un grupo de trabajo (task force) a nivel central o regional, que se desplaza a cada una de las unidades para colaborar en el análisis situacional, en la programación y en la administración, e incluso, en el desarrollo de la participación social (el involucramiento de líderes políticos es de importancia fundamental en este punto).

Tentativamente y como primera aproximación local, la técnica más elemental de programación puede descomponerse en las siguientes etapas:

a) Establecer de acuerdo a las políticas y prioridades nacionales, teniendo en cuenta además, los problemas y relaciones establecidas por canalización comunitaria (líderes, comités, reuniones, etc.), los problemas prioritarios de salud y calidad de vida y servicios de promoción y protección.

b) Hacer mapas que registren las poblaciones, medios de comunicación y accesibilidad a los establecimientos de la red.

c) Mapa de ubicación preliminar (establecida por consenso de conocedores o informantes claves) de los grupos poblacionales de mayor riesgo. Posteriormente, este mapa se enriquecerá por acción de la visita domiciliar y por la captación de casos en la consulta. Puede hacerse una encuesta previa para identificar las familias en riesgo, el riesgo es relativo y atribuible; pero en muchos casos es más práctico comenzar las actividades y en el curso de ellas seleccionar los criterios, para el uso del enfoque de riesgo. No hay mucho margen de equívocación, en la mayoría de los casos.

f) Tratar, mediante las acciones iniciales, de identificar rápidamente a las familias en riesgo, utilizando para ello algunos de los sistemas que combinan criterios (ver documentos y formularios de Costa Rica, Chile, OPS, etc.) para, a continuación, programar una concentración selectiva de recursos, en actividades dedicadas a estas familias y dando información a las organizaciones de la comunidad para obtener su solidaridad y colaboración. El conocimiento del lugar de asiento de las familias y sus viviendas será ubicado en mapas, a los cuales puede aplicarse una simbología de acuerdo a los riesgos identificados. Se debe tener presente que el trabajo sobre familias en riesgo, exige el trabajo multidisiplinario (donde haya equipo) y consumo muchos recursos por visita domiciliar repetida. g) Cuantificar las actividades necesarias para satisfacer la atención de las familias en riesgo. Reprogramación inmediata, si el caso lo exige.

e) Relacionar cobertura, concentraciones utilizables según las normas nacionales (se aconseja que las normas nacionales se expresen con el número de actividades y concentraciones estrictas a nivel de actividades de servicios. De acuerdo a interacciones entre necesidades de servicios, normas, prioridades y particularmente grupos y familias en riesgo, llegar a un balance equilibrado que asegure impacto en la modificación de la situación (en este punto hay que señalar que el principio básico es no rechazar la demanda, que obligadamente consumirá una gran parte de los recursos). Esta demanda será estimulada o desalentada—según sea de prevención o de patología no prioritaria, respectivamente—, con la intención de poder disponer de recursos para la población en riesgo, que se ubica en “nichos ecológicos” en los que generalmente sus pobladores no demandan atención, pero que y a la mortalidad. Este punto tiene una interacción con el anterior, pudiendo modificar los compromisos iniciales.

d) Estimar la capacidad de la oferta por los iniciales de riesgo.

- Presentar y discutir las prioridades y objetivos:

a) de los programas actuales en ejecución, b) otros indispensables como consecuencia del análisis, de situación y el consenso comunitario.

● Debatir e incorporar prioridades presentadas por actividades de acuerdo a lo convenido anteriormente con la comunidad.

Programar con los directores y encargados de subcentros, clínicas y puestos, con una orientación general como la siguiente:

- Identificar los programas y sus componentes.
- Listar las actividades según programas.
- Establecer normas mínimas útiles.
- Estimar el volumen de las familias y poblaciones, conocimiento nacional de los riesgos prevalentes, de la información dada por el personal de salud de cada localidad, y de la comunidad de cada lugar. En una primera fase el uso de predictores y trazadores obtenidos a nivel de consulta y hospitalización puede ser muy útil: bajo peso al nacer, niño diarreico, tuberculosos, desempleo, pobreza crítica, etc.
- Cuantificar las actividades a efectuar.
- Distribuir y asignar recursos.
- Organizar la asesoria, monitoreo y evaluación.

Los formularios de programación pueden ser cualquiera de los conocidos, que hayan incorporado grupos y familias en riesgo. Adaptarlos y simplificarlos si corresponde.

Organizar en el área, en el subcentro y en el hospital, el apoyo de los sistemas administrativos. (Posiblemente, en una primera etapa la Región tendrá esta responsabilidad):

- Flujo de los subsidios;
- presupuesto, contabilidad, finanzas;
- Flujo de medicamentos y suministros en general.

Las actividades deben tener una estricta coherencia con los suministros, si se ha llegado a compromisos con la comunidad para obtenerlos. (Algo parecido pasa con la administración y programación que después de discutirse y entrenar al personal falta el flujo de fondos, o los formularios o elementos esenciales de oficina):

Este momento que puede ser crítico para algunos establecimientos, ante la disyuntiva de atender

satisfactoriamente la demanda espontánea o disminuir (esto no significa de ninguna manera rechazar), para atender a las familias y a los prioritarios. Ante estos desafíos cabe innovar mecanismos de visita, citas, vigilancia comunitaria, apoyos diversos de educación, pudiendo contribuir otros recursos como: voluntarios de la comunidad, escuelas, policía, etc.

También, honestamente, debe reconocerse para el caso del tiempo médico, que frecuentemente hay horas contratadas que no se cumplen. La instrumentación asigna un número de consultas por hora, cuatro a seis, las cuales varían por especialidades, la realidad indica que esto no se cumple. Puede que sea epidemiológicamente más útil emplear un médico en exámenes rápidos que detecten los casos graves de enfermedad (para descartar el tiempo adecuado) y descarten rápidamente las enfermedades banales, obviamente las enfermedades habituales banales, teniendo así, un rendimiento de la hora médica varias veces superior, que poner una especie de techo a la producción médica: por ejemplo, tres horas de consulta por seis atenciones, igual a 18 por día. Por criterio epidemiológico y de gravedad clínica, conviene revisar el mencionado sistema tradicional de programación. Si se aceptara esto, puede disponerse de horas adicionales para la atención de las personas en riesgo, que son mucho más atractivas para la práctica médica y de mayor rendimiento epidemiológico.

Plan de acción inmediato

Sin dejar de lado el enfoque de "proyecto de investigación-acción" sobre los SILOS, es indispensable poner en acción la implantación de los SILOS. Para esto se propone como tema de debate:

Organizar para cada SILOS un grupo de implantación del proyecto, integrado por los recursos disponibles y capacitados en el enfoque de los SILOS, según sean los casos: nacionales, regionales o locales.

En el área seleccionada el grupo deberá:

- Entrevistar a las autoridades.
- Organizar reuniones con la comunidad: autoridades, grupos de consenso (emplear las técnicas de consenso y motivación que el grupo haya adoptado y experimentado).

BIBLIOGRAFÍA

- transporte y comunicaciones;
 - administración de personal;
 - mantenimiento;
 - niveles de decisión, asesoría e información.
- Barrenechea, J. J.; Trujillo, E. *Implicancias de la Meta SPT/2000*. Ed. Univ. de Antioquia, 1987.
- Colombia. Ministerio de Salud. *Proceso de planeación*. Bogotá, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud. *Documentos del ex Centro Panamericano de Planificación de la Salud, 1972-1977*.
- Pert. Ministerio de Salud. *Apertura de Programas. Programación*, 1987.
- Pineaul, R. y Daveluy, C. *La planificación sanitaria*. Ed. Masson; Barcelona, 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Documentos de trabajo sobre SILIOS, producidos en las Reuniones de Buenos Aires, Caracas, Santa Cruz, Washington y Piriapolis, 1987/88*.
- Organización Panamericana de la Salud. *Documentos de Guatemala, 1978*.
- Guatemala. Plan Nacional de Salud, Ministerio de Programación.
- Costa Rica. Ministerio de Salud. *Documentos de Programación*.

INTRODUCCION

de la OPS en los aspectos conceptuales metodo-
 lógicos, es muy importante.
 Si bien el concepto de descentralización se lo
 maneja de diferente manera en los países de la
 Región, existe consenso en considerar la descen-
 tralización como un proceso político, que tiene
 que ver con la gestión total del Estado y que tiene
 componentes administrativos, técnicos, finan-
 ceros, pero que su razón fundamental es la de
 ceder su poder de decisión y recursos con el fin
 de aproximar las soluciones a los problemas.
 Los procesos de descentralización son proce-
 sos políticos de largo plazo. La descentralización
 es atinente a la territorialidad y a la división polí-
 tico-administrativa; siendo este concepto de par-
 ticular importancia cuando se trata de la organi-
 zación de los sistemas locales de salud.
*No hay descentralización sin desconcentra-
 ción, pero si se puede dar desconcentración sin
 descentralización.* La desconcentración puede
 ser una etapa para la descentralización. Históri-
 camente, en el Continente, los países han desa-
 rrollado con mayor o menor intensidad y éxito
 servicios locales de salud.
 Los conceptos de programación local, de adies-
 tramiento en servicios, de participación de los di-
 ferentes niveles y de la comunidad en la programa-
 ción, sobre la base de los problemas identificados,
 han sido desarrollados en el Continente; pero con
 el aporte del actual enfoque que considera al siste-
 ma local de salud con una visión funcional que
 incluye lo intersectorial al análisis epidemiológico
 para la identificación de problemas y el enfoque de
 riesgo, utilizando este último con una concepción
 amplia, tanto de lo biológico, como de lo social.
 El desarrollo de un sistema local de salud se
 puede dar independientemente de que exista o no
 un proceso de descentralización.
 Los sistemas locales de salud deben abarcar en
 su programación no solamente lo relacionado a
 la solución de los problemas de salud a las perso-
 nas, sino también al agua potable y al sanea-
 miento básico, y a aquellos factores que apuntan
 a fortalecer la infraestructura de los servicios de
 salud como gerencia, administración, medica-
 mentos, mantenimiento, etc.

La crisis económica por la que atraviesan los
 países determinó que se revisaran los enfoques
 de planificación. Las situaciones de coyuntura
 incidieron notablemente en el accionar de las
 instituciones del sector, generando improvisa-
 ciones que complicaron aún más el complicado
 panorama en que se desarrolla el complicado
 proceso de tratar de alcanzar en situaciones de
 crisis, la meta de salud para todos en el año 2000.
 Cada vez con más fuerza, se fueron incorpo-
 rando enfoques en los procesos decisivos de los
 gobiernos de América Latina utilizando en ma-
 yor o menor grado los lineamientos de la planifi-
 cación situacional.
 Es, casi, una opinión generalizada que en lu-
 gar de elaborar meticulosos y elaborados planes
 de mediano plazo, es necesario formular objetivos
 a largo plazo, definiendo la situación objetivo del
 sector salud, teniendo en cuenta también el modelo
 de la sociedad a la cual se pretende llevar. El obje-
 tivo fijado a largo plazo, permitirá manejar situa-
 ciones de coyuntura sin perder la orientación. En la
 medida en que se presenten los problemas se
 adoptarán las decisiones para su solución.
 En la definición de imagen objetivo se debe
 tener en cuenta el perfil epidemiológico, tienien-
 do presente que el proceso salud-enfermedad va
 más allá de los factores biológicos y ambientales
 y se inserta en una estructura social determinada.
 Por otra parte, la conducción de los procesos de
 cambio en el sector salud, en los países, se da
 de una manera fragmentada y se desarrolla en in-
 certidumbre y conflicto.
 Nunca los procesos son lineales, tienen avances
 y retrocesos, su velocidad es diferente (puede
 cambiar de un día para otro, de una administración
 a otra), y si se disgregan en sus componentes,
 nunca tendrán la velocidad y la dirección que si se
 desarrollaran en la forma deseada.
 La idea de fuerza de la descentralización y del
 fortalecimiento de los sistemas locales de salud
 para mejorar las respuestas de los servicios a las
 demandas de la población, ha ido tomando for-
 ma en la mayoría de los países, la contribución

Sistema local de salud es un concepto más amplio que sistema local de servicios de salud, ya que implica intersectorialidad y llega a la familia y a la comunidad; es integral e interdisciplinario.

El fortalecimiento de los sistemas locales de salud se viabilizará al desarrollar la *programación local* como proceso participativo que operacionalice el enfoque de *planificación estratégica*. Todo esto supone una revisión del enfoque de la programación local que al ser concebida como proceso, no se limita al ejercicio técnico de formular metas y asignar recursos, sino que se transforma en la acción iterativa de identificar problemas y situaciones de riesgo para la acción reflexiva.

La programación local debe concebirse, además, como una concertación entre: la comunidad representada por sus líderes locales, quienes garantizarán realismo en las proposiciones y asumirán con responsabilidad el enfoque de "salud derecho y deber"; el nivel local de los servicios, representado por el equipo institucional que asumirá compromisos; y el nivel supervisor que promoverá los recursos existentes de la institución, para las acciones programadas facilitando su creación, además de vigilar el proceso y garantizar su dirección.

Luego de la definición de objetivos y funciones de cada una de las unidades del sistema local de salud, de la formulación de metas y de la definición de estrategias operativas, se deberá vigilar el proceso en forma permanente. La vigilancia en el nivel local deberá proceder en el tiempo a la programación y a la acción, para incorporar situaciones de coyuntura al proceso de programación; además, la vigilancia deberá presidir la priorización de las acciones a los diferentes grupos humanos y determinados problemas según el enfoque de riesgo y garantizar de esa manera la direccionalidad del proceso. El desarrollo del proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud tiene cinco grandes líneas de acción:

- 1) La revisión y ajuste de la conducción del sector en todos los niveles;
- 2) La readecuación de la red de servicios de salud;
- 3) La participación social;
- 4) La articulación intersectorial, y
- 5) La capacitación.

CONDUCCION DEL SECTOR

La formulación y selección de opciones para el desarrollo de la capacidad de conducción del sector y de las instituciones que lo conforman, significa un complejo proceso político-técnico, que deberá tener en cuenta los frentes externos y al interior de los distintos niveles que constituyen cada institución. La decisión política de fortalecer los sistemas locales de salud presupone la revisión crítica del modelo de conducción en sus diferentes niveles. Para ello es necesario:

- Una clara definición y sistematización de la situación-objetivo a construir.
- Un análisis y explicación de la situación inicial en términos de la situación-objetivo.
- La identificación y selección de los nudos críticos de intervención.
- La construcción de opciones al interior de la institución basados en la evaluación del impacto y en el análisis de trayectorias estratégicas para la superación de los puntos críticos.

Se considera conveniente en el análisis de la situación inicial, la identificación de los principales problemas y situaciones de riesgo que definen la situación de salud a nivel nacional. Con la participación de grupos técnicos interprogramáticos, interdisciplinarios e institucionales, se elaborará una primera propuesta de estrategias de ataque a los problemas de salud, que serán analizados y avalados por el nivel político para los distintos niveles de las instituciones del sector y la canalización de los reclamos a otros sectores del desarrollo. Una vez definidas las responsabilidades institucionales y acordada su coordinación, se concertará con los niveles regionales y operativos la adecuación de las acciones en las unidades, según su capacidad de resolución.

Se concertará, además, la identificación de indicadores que permitirán una vigilancia estratégica del proceso de desarrollo de los sistemas locales de salud, donde la monitoria de las rutinas (cumplimiento de metas, estrategias operativas) permitirá vigilar los avances y la eficiencia de los recursos y la evaluación del impacto (cumplimiento de objetivos y estrategias políticas). La supervisión es el mecanismo que al utilizar la monitoria permite a la evaluación vigilar las tecnologías de proceso y objeto, y contribuir a la

orientación de los que y los cómo para la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema. Estos elementos del sistema de vigilancia de gerencia serán contenidos, además, la información gerencial que oriente a los responsables de la salud y administración del sistema local de salud de cada una de sus unidades para conocer costos, consumos, rendimientos, etc.

La supervisión se considera de fundamental importancia como mecanismo para el control de gestión y la capacitación en servicio de los diferentes recursos humanos de cada una de las unidades; su normatización y programación permitirá la identificación de innovaciones tecnológicas y la reorientación de personal de campo para construir dinámicamente un modelo de atención adecuado a cada realidad local.

La adecuación, normatización y puesta en marcha del apoyo administrativo (insumo, comunicaciones, transporte, administración, etc.) deberán programarse para garantizar un armonizado desarrollo de cada unidad como elemento del sistema.

LA READecuACION DE LA RED DE SERVICIOS

Deberá ser concebida como un proceso dinámico que requiere ajustes en el tiempo en función de una serie de variables, algunas propias del sector, otras extrasectoriales.

Una vez definidos los principales problemas y situaciones de riesgo acordados entre el nivel normativo central y regional será necesario hacer ajustes a las estrategias de ataque a los problemas de salud, para que la acción de los servicios se adecue a las realidades locales, modificando, según las circunstancias, el modelo de atención.

En primer lugar, y para cada una de las unidades, será necesario definir el espacio-población (ámbito) de su responsabilidad programática, debiendo quedar bajo la responsabilidad de alguna de las unidades productoras de servicio, todos los grupos humanos que habitan en el "sistema local de salud".

Es conveniente que cada unidad del sistema cuente con un mapeo del sector de su responsabilidad, con las comunicaciones entre los diferentes lugares poblados y la misma.

En segundo lugar, es indispensable identificar los diferentes grupos humanos según su grado de postergación social; para ello, se definirán las variables que maneja a nivel local permitirán ubicar a aquellos grupos que por su condición

requieren priorización en las acciones de salud (vivienda, saneamiento, analfabetismo, podrán tener algunas de las variables para definir esta postergación social).

En tercer lugar, y como elemento muy importante para definir mecanismos de acción, será necesario analizar el acceso de los diferentes grupos humanos a los servicios de salud, identificando coberturas de primer nivel de atención (consulta general) y del segundo (consulta especializada y hospitalización).

El análisis del acceso permite definir isócoras para los diferentes grupos humanos y para la relación de contactos con las unidades de salud, y para los habitantes de cada lugar poblado, permite tener una idea de aquellos que tienen baja cobertura.

La asociación de postergación y baja cobertura, como medida de la accesibilidad a los servicios, permitirá en la programación de acciones las priorizaciones de estas hacia las comunidades.

En cuarto lugar, y de no menos importancia, está la identificación de los problemas prioritarios de salud y de las situaciones de riesgo que los determinan.

En casi todos los países existe, en general, mucha experiencia para el nivel regional; en cada región variará, según el perfil de salud, el tipo de problemas e indicadores a utilizar para monitorear y evaluar el proceso.

En el nivel local se definirán, según los objetivos y las situaciones de coyuntura locales; el tipo de problemas que será sujeto de vigilancia en forma permanente para desencadenar acciones en forma inmediata, asumiendo el nivel local, institucional y comunitario, la responsabilidad de la identificación de situaciones y el desarrollo de acciones.

En quinto lugar, luego de analizada y explicada la situación de cada unidad del sistema local de salud, se definirán los objetivos y funciones de cada una de ellas, con una concepción de red para revisar su capacidad de resolución (completitud y capacidad potencial de brindar servicios) y facilitar una eficiente articulación funcional entre ellas para configurar un sistema que facilite el acceso a las acciones del primer nivel y la referencia en doble vía para la solución de problemas más complejos.

En sexto lugar, y basado en el análisis y las decisiones generadas por el proceso de readecuación de la red, se definirán los ajustes en cuanto a

La configuración de los equipos locales; en cuanto a recursos humanos, equipo, instalaciones; lo que permitirá hacer las transferencias necesarias y elaborar programas de capacitación, equipamiento, mantenimiento, manejo gerencial, etc.

En séptimo lugar, para cada una de las unidades del sistema se formularán las metas de actividades, conciliando necesidades y recursos; definiendo de mandas a otros sectores (reclamos intersectoriales); considerando las referencias a consultantes (especializadas de segundo y tercer nivel y hospitalización, para su canalización a otras unidades del sistema, las que considerarán estas demandas como insumos de su programación.

Este proceso deberá ser participativo (personal institucional, local, regional; comunidad y otros sectores).

PARTICIPACION SOCIAL

El fortalecimiento de los sistemas locales de salud supone un compromiso de fundamental importancia para el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas con la población frente al desarrollo de la salud, y este compromiso requiere una definición precisa de la población y del territorio de responsabilidad de cada unidad del sistema.

El estilo nacional de desarrollo permitirá o facilitará los diferentes modelos o formas de participación de la comunidad, en los distintos niveles del sistema y según las diferentes realidades locales.

Es necesario tener conciencia que hay que renovar, creando nuevas formas de acción, que permitan una efectiva representación y participación de la comunidad; para ello, el personal de las instituciones deberá modificar sus actitudes y proyectarse a las comunidades, identificando y incorporando (sin manipulaciones) para involucrarlos al proceso de participación social, el cual deberá ser el eje del fortalecimiento del accionar de cada una de las unidades y del sistema local de salud.

La programación local como proceso reclama una de esas concepciones de personal institucional y comunal, para garantizar realismo, compromiso y responsabilidad (institución, comunidad, familia, individuo).

LA ARTICULACION INTERSECTORIAL

El enfoque de sistemas locales de salud propone abordar el complejo salud-enfermedad bajo la

CAPACITACION

Definitivamente un replanteo de esta magnitud, como es el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, modificará en buena medida los roles de los miembros del equipo de salud y de la comunidad como un todo, de las familias y de los individuos.

La capacitación en servicio del personal institucional, utilizando la supervisión como mecanismo fundamental, además de cursos cortos cuando sean necesarios, las reuniones de concertación entre niveles, para determinar los *qué* y los *cómo*, definirán los perfiles ocupacionales, los que serán la base para la programación de la capacitación en servicio del personal de campo.

La educación comunitaria facilitará la incorporación responsable y comprometida de la comunidad, para que esta asuma cada vez más responsabilidades en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

La capacitación gerencial es de fundamental importancia para que realmente los sistemas locales de salud tengan la capacidad de vigilar y conducir los procesos en los componentes políticos, técnicos y administrativos y poder mejorar la eficiencia de los recursos, la eficacia de las acciones y la equidad de los sistemas.

Es un reto, también, el monitoreo y la evaluación de los mismos; y el intercambio de experiencias nacionales, seguramente será enriquecedor para los países de la Región.

La participación social puede fortalecer esos mecanismos, sobre todo en los niveles locales y regionales.

Mucha experiencia tienen los gobiernos de la Región en el tema; pero es imprescindible fortalecer estos mecanismos a los efectos de que dichos reclamos tengan en el nivel local respuestas oportunas y apropiadas.

En los niveles nacional, regional o local. Muchas experiencias tienen los gobiernos de la Región en el tema; pero es imprescindible fortalecer estos mecanismos a los efectos de que dichos reclamos sean eficientemente canalizados por instituciones de otros sectores, para que dichos reclamos sean eficientemente canalizados.

Es un reto para los políticos y técnicos del sector la clara identificación de esos problemas y/o situaciones de riesgo que deben ser resueltos por instituciones de otros sectores, para que dichos reclamos sean eficientemente canalizados.

Algunas de las respuestas a los problemas inherentes al sector salud y otras a otros sectores. Algunas de las respuestas a los problemas y equidad de las familias y los individuos.

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS SOBRE LA PROGRAMACION LOCAL EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Daniel López Acuña y Arturo Romero

INTRODUCCION

respuesta a las necesidades y problemas de salud que experimenta la población (2).

En este sentido es importante considerar que numerosos países están emprendiendo o consolidando experiencias de descentralización de sus servicios públicos de salud y que, si bien este movimiento tiende a producirse en materia administrativa más que técnica, representa una excelente oportunidad para desarrollar esquemas innovativos, dentro del excelente proceso de gestión en el nivel local y regional, por medio de los cuales se puede avanzar en la elaboración conceptual y metodológica de las herramientas que hagan posible una mejor operación periférica de los sistemas de salud.

Sin lugar a dudas, la columna vertebral del proceso de gestión para el desarrollo de la salud, en el nivel regional y en el nivel local, reside en una fusión de las fases que, en la Figura 1, aparecen designadas como programación general y programación detallada. Sin embargo, se trata de dos grandes capítulos de actividades que cuando existen, suelen articular la inercia de una planificación normativa y generalizadora, así como de una administración centralizada y poco flexible.

LOS COMPONENTES

Al elaborar las normas fundamentales para el empleo del "proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud", la OMS ha definido los componentes de la programación general y la programación detallada de la manera siguiente:

La programación general está referida a la formulación de estrategias sanitarias para dar efecto a las políticas de salud, a la adopción de decisiones sobre prioridades específicas, a la definición de objetivos en relación con las prioridades adoptadas y a la movilización de recursos necesarios para alcanzar los objetivos definidos. Incluye un análisis detenido de los problemas de

La Organización Mundial de la Salud ha puesto de manifiesto la importancia de los procesos de gestión para el desarrollo nacional de la salud como fórmula fundamental para instrumentar la estrategia de la atención primaria y para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. A través de este proceso, cuyos elementos y relaciones recíprocas se muestran en la Figura 1, se busca que los planes de acción nacionales conduzcan a la formulación de programas de salud bien definidos y a la organización de sistemas de salud adecuados para la ejecución (1).

Uno de los retos más importantes a que da lugar este fenómeno, reside en la articulación adecuada entre los programas sustantivos que buscan contener con las necesidades de salud de la población y la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada para la producción de servicios. Hasta ahora son muy pocas las experiencias en las que la operación de los servicios se encauza dentro de un proceso de acciones programáticas dirigidas a reducir o controlar los daños a la salud de carácter prioritario. Persiste la dicotomía histórica entre los servicios asistenciales, por un lado, de corte esencialmente curativo y orientados básicamente por la demanda espontánea de la población y los programas de salud, mayor o menormente verticalizados, herederos de la separación tradicional entre las acciones de salud pública y las de atención médica.

Cabe destacar que la articulación entre programas de salud y prestación de servicios puede producirse con mayor facilidad cuando el proceso de gestión técnico-administrativo se refuerza en la periferia del sistema de salud, en los ambientes regional o local. En la medida en que se desarrolla la capacidad de análisis de la situación de salud y se conocen y controlan de manera directa los recursos para la producción de servicios se está en la posibilidad de ofrecer una mejor

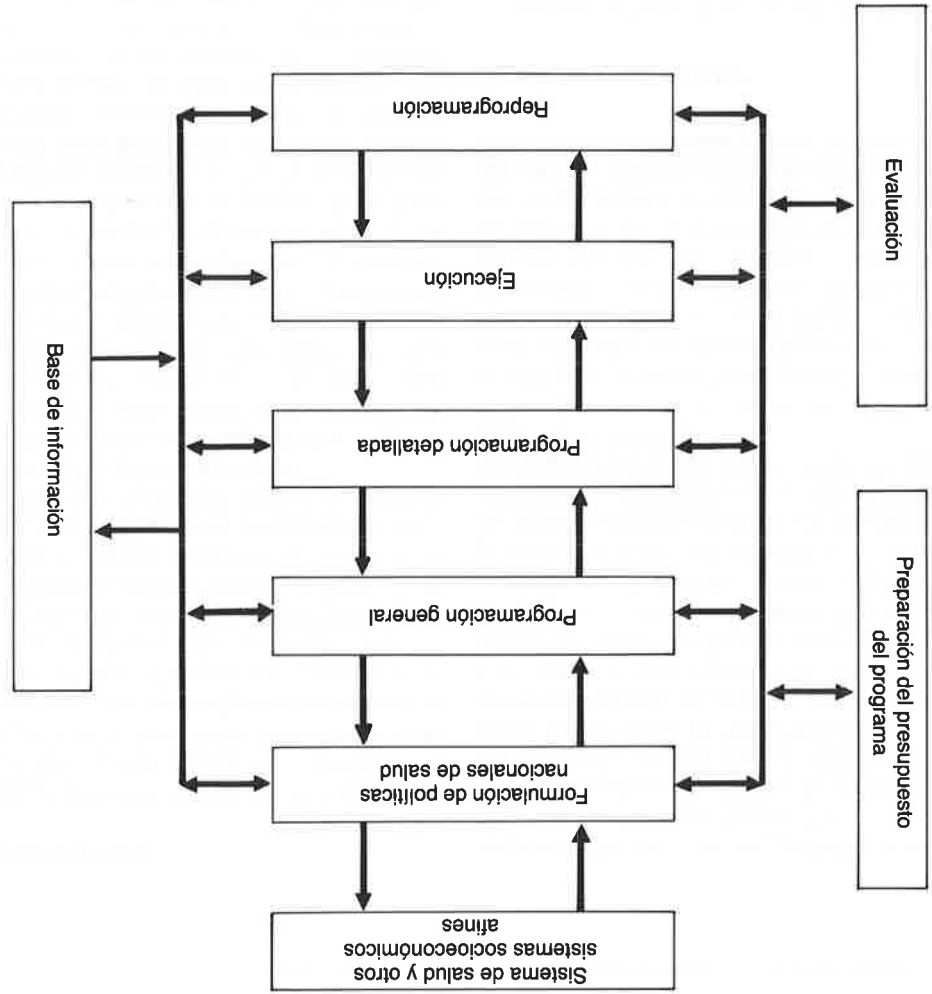


Figura 1. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud.

salud y de las circunstancias socioeconómicas del país, así como la búsqueda de soluciones social y económicamente aplicables (3). Da lugar a un plan de acción completo y a largo plazo, con objetivos y metas escalonados en el tiempo. Específica funciones y características de los servicios y las instituciones de apoyo, para la ejecución de programas nacionales que alcancen a la totalidad de la población. Busca, finalmente, la ejecución, en todo el país, de programas que corresponden a las prioridades nacionales (4).

La *programación detallada*, por su parte, se produce tras la aprobación de un plan general de acción y está referida a la formulación por parte de los programas nacionales aprobados y a la planificación de sistemas de salud más perfeccionados para la ejecución de esos programas. Implica una delegación de responsabilidad y de autoridad para la programación en los niveles intermedio, regional o local. Presta atención a factores relativos a los recursos y a su administración; al personal de salud; a las instalaciones y su construcción; al equipo y su conservación; a los suministros y a los medios logísticos necesarios para asegurar su disponibilidad en el momento oportuno; a la comunicación y a los transportes (5). Supone la necesidad de ajustar al plan general de acción para el país, a la luz de las condiciones y de los problemas locales, tanto en el sentido de adaptación local de los lineamientos nacionales, como de enriquecimiento de los planteamientos nacionales a partir de las distintas situaciones locales. Específica con alto grado de detalle, cuales son los aspectos de las estrategias nacionales que deberán aplicarse, dónde deberán instrumentarse, en beneficio de quienes y durante qué período de tiempo (6).

Como puede verse en los párrafos anteriores, las definiciones planteadas por la OMS para las etapas de programación general y programación detallada, tienen un alto grado de correspondencia con lo que por mucho tiempo en los esquemas clásicos se ha denominado, respectivamente, *programación y programación*. Pero el problema fundamental, tanto en la concepción planteada por el *proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*, como en el esquema centralizado y normativo al que corresponde la vieja denominación, es que no se precisa en qué grado deben estar presentes, si en cada nivel administrativo (central, intermedio y local) o en los distintos componentes del proceso global de organización de los servicios de salud; sobre todo, si se busca aproximar, al

LA PROGRAMACION LOCAL

Ante ello, es que se postula el proceso de *programación local* como el eje conductor de la gestión técnica descentralizada de los servicios de salud, en el plano básico de la infraestructura administrativa que es el nivel local. A este proceso le llaman también, otros autores, "planificación de programas" (7), término al que suele agregarse el acotamiento de si es en el nivel regional o en el local, para hacerlo todavía más preciso.

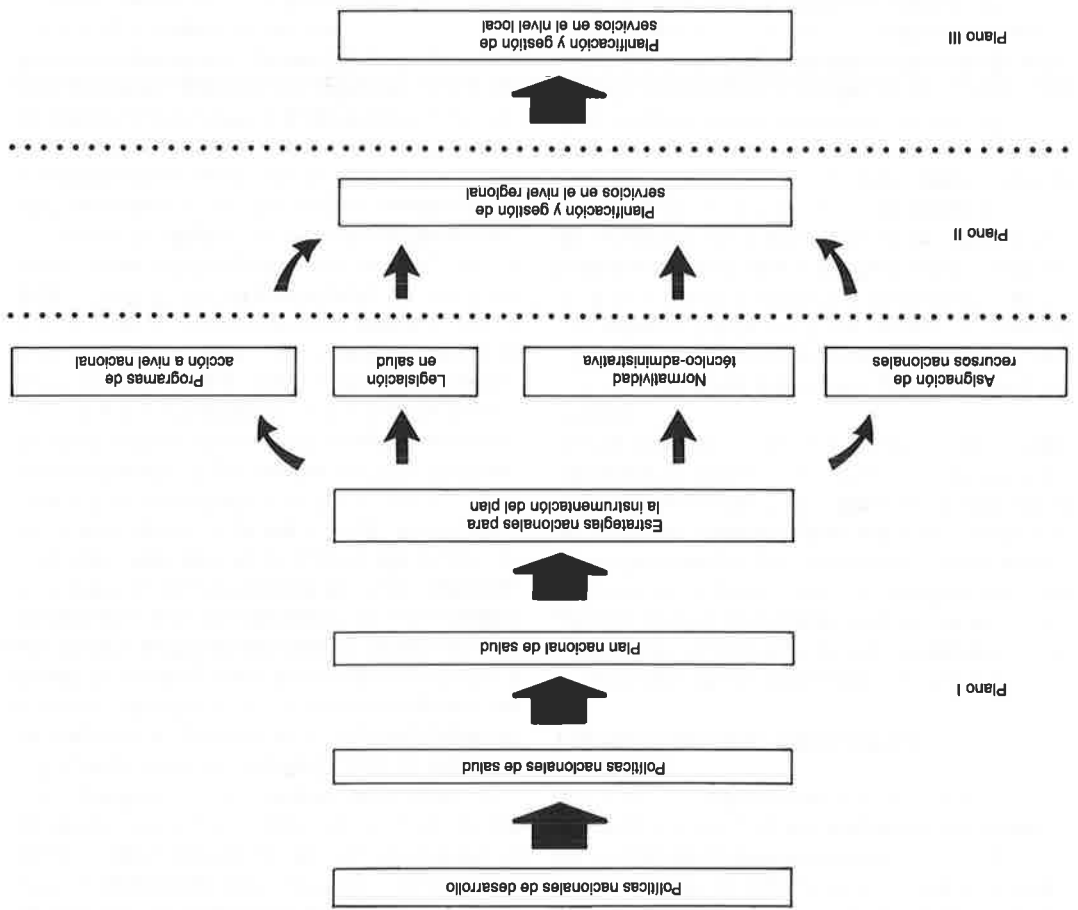
Con un nombre o con otro, programación local o planificación de programas en el nivel local, estamos hablando de un proceso secuencial de definición de problemas y necesidades no satisfechas de salud en una población determinada; de valoración de los recursos disponibles y prioridades; de establecimiento de metas prioritarias; de formulación de acciones administrativas necesarias para alcanzar las metas programáticas y de evaluación de los programas mismos (8).

Cabe añadir que al hablar de programas nos referimos a un conjunto preestablecido de actividades que especifica los medios necesarios para alcanzar un determinado objetivo de servicios y cuyos elementos básicos son: a) una serie de objetivos o resultados deseados; b) la precisión de actividades y recursos necesarios para cumplir los objetivos, y c) la definición de la población a la que va dirigida (9).

Se produce, entonces, la necesidad de profundizar, tanto conceptual como metodológicamente, en la forma en que el proceso de gestión, especialmente el de planificación de programas, incide, se desarrolla y cobra expresión, tanto en el nivel intermedio, como en el local. Esta es, quizá, una de las prioridades esenciales en las acciones de cooperación técnica para el desarrollo de sistemas de salud.

La Figura 2, busca ilustrar las posibilidades de

Figura 2. La articulación del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud en los distintos niveles administrativos del sistema de salud.



que se ha puesto en práctica la política de descenso de vitalización.

Por consecuencia, resulta de vital importancia el desarrollo de los procesos de planificación y programación en este nivel, con el propósito de establecer un tránsito fluido entre el plano I y el plano II, de manera que la cascada de mecanismos y puntos de referencia emanados del nivel central, entran y ordenan un proceso ampliamente autónomo de toma de decisiones y conducción de servicios de salud en el ámbito intermedio o regional. De lo contrario, puede llegar a producirse una brecha de desarticulación entre los niveles regionales o intermedios y el nivel central, particularmente si los primeros tienen un alto grado de autonomía.

Esto exige un replanteamiento de la organización de los SIOS, no como unidades nuevas, sino con la base en la división administrativa existente, pero dirigidas al desarrollo de la capacidad de planificación y gestión de los recursos locales. El propósito de ello es obtener una capacidad básica de respuesta en materia de atención a la salud, tanto individual, como colectiva, para una población objetivo bien delimitada geográficamente.

Definiciones y criterios básicos

Los SIOS se definen, entonces, como el núcleo esencial de la administración de servicios de salud para la población residente en un área geográfica determinada, cuyas necesidades de salud, definidas en términos de daños y riesgos, deben ser atendidas con el objeto de prestar y coordinar servicios de salud con equidad, eficacia y eficiencia en el ámbito local.

No es una institución, entidad o establecimiento nuevo en el sistema de salud, sino simplemente una forma de organización administrativa que se basa en un enfoque destinado a solucionar problemas de salud detectados.

Los criterios de caracterización de los SIOS están dados por la mínima capacidad administrativa que le permita una adecuada prestación de servicios para un tamaño definido de población, que corresponde a un área geográfico-política.

Los componentes definitorios de la capacidad administrativa de los SIOS (tal como muestra la Figura 3) se basan en los siguientes criterios:

- a) un sistema de información que permita recopilar datos sobre situación de salud y presta-

articulación del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud en los distintos niveles administrativos del sistema. Esto implica, tal como se muestra en ella, la caracterización de tres planos bien definidos en los que, de distinta manera, se llevan a cabo tareas, hasta cierto punto fusionadas, de planificación y de programación.

El plano I, que se refiere a lo que acontece en los niveles centrales de gobierno, comprende la formulación de políticas nacionales de salud que se desprenden de los grandes lineamientos trazados por las políticas nacionales de desarrollo; abarca la elaboración de un plan nacional de salud que representa la concepción global mediana de la cual el país busca dar cumplimiento a las políticas formuladas; e incluye las estrategias de carácter nacional que persiguen instrumentar el plan de acción para el país en su conjunto.

La acción central tiende a expresarse sobre las regiones, provincias, departamentos o estados mediante cuatro grandes vertientes que son:

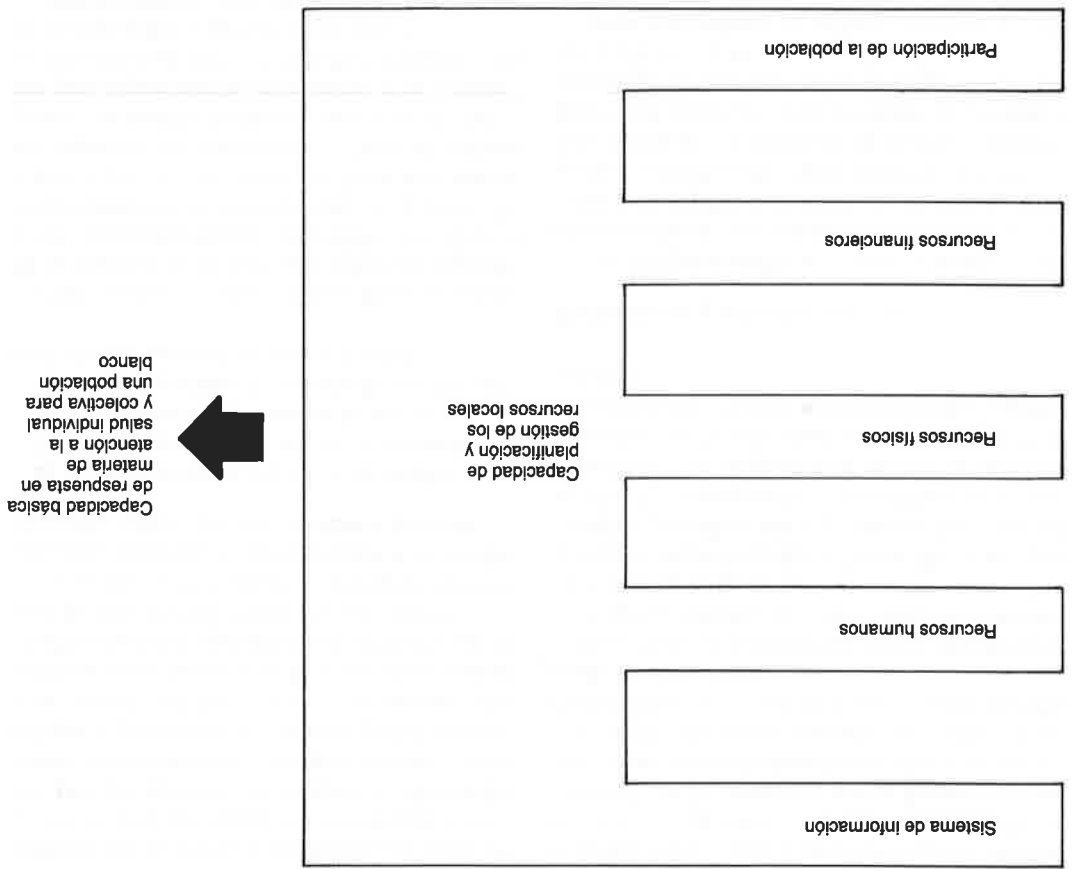
- a) La asignación de recursos nacionales.
- b) La normatividad técnico-administrativa.
- c) La legislación en materia de salud; y
- d) Los programas de desarrollo de infraestructura que tiene un alcance nacional.

Pero, dichas vertientes solo cobran sustancia en la realidad si se expresan sobre un segundo nivel, suficientemente articulado con ellas y consolidado en su interior, que es el plano II, conformado por las instancias distritales, estatales, regionales o "intermedias", las cuales deben poseer un ámbito territorial, una serie de recursos para la producción de servicios y un conjunto de mecanismos más o menos desarrollados para la planificación y gestión de la salud.

Habitualmente, este plano tiene correspondencia con las divisiones político-administrativas del país, en cuanto a provincias, departamentos y estados y, por lo mismo, suelen tener características demográficas no uniformes. De hecho, en ocasiones, constituye, tanto en salud, como en otros sectores, un ámbito de gobierno con amplio grado de autonomía con relación a las instancias centrales o nacionales.

Es, precisamente, en hacer este plano que han venido dirigiéndose en los últimos años la mayor parte de los desplazamientos y transferencias en la toma de decisiones, en la distribución de recursos y en la asignación de los recursos disponibles y en la asignación de los recursos de los sistemas de salud latinoamericanos, en los

Figura 3. Componentes defintorios de los sistemas locales de salud.



ca los factores de riesgo vulnerables asociados a intervenciones en función de los factores de riesgo, que toma en consideración el contexto de las culturas locales y que valora el impacto de las intervenciones (10).

Objetivos

Los objetivos que persigue el proceso de programación local de los servicios de salud son los siguientes:

- Definir las necesidades no satisfechas de salud en la población de la Unidad Básica Administrativa.
- Contrastar los recursos disponibles y potenciales con las necesidades definidas.
- Establecer metas programáticas prioritarias.
- Formular acciones administrativas necesarias para alcanzar las metas programáticas.
- Evaluar los resultados obtenidos con los cursos de acción llevados a cabo y efectuar un escrutinio permanente de la situación de salud y de su modificación por las intervenciones efectuadas.

Caracterización de las etapas metodológicas que componen la programación local

El proceso de planificación y gestión de los SILOS puede caracterizarse por cinco etapas, tal como lo muestra la Figura 4, y que son:

- a) Análisis de situación.
- b) Establecimiento de prioridades.
- c) Diseño de estrategias y programación de actividades.
- d) Ejecución.
- e) Evaluación.

La etapa de análisis de situación tiene que tomar en consideración tres grandes aspectos que son: el análisis de situación de salud, el análisis de la estructura y el funcionamiento de los servicios de salud, y la definición de grupos humanos prioritarios en función de los dos primeros. Para cada uno de estos tres aspectos de la primera etapa, resulta necesario contar con instrumentos metodológicos simplificados. La Figura 5, ejemplifica las posibilidades de articular los sistemas de información y la ejecución de programas para ge-

ción de servicios, que incorpore la posibilidad de análisis estadístico, epidemiológico y administrativo de esa información y que utilice el análisis elaborado para el proceso de gestión;

- b) un conjunto mínimo de recursos humanos, adecuadamente adiestrados, que permita cubrir los siguientes tipos de actividades: administración, atención médica, sistema de información, servicios de salud pública y servicios de apoyo;
- c) una dotación básica de recursos físicos e insumos críticos que permitan ejecutar las actividades arriba mencionadas;
- d) una capacidad de asignar recursos financieros para el desarrollo de actividades a nivel local; y
- e) una capacidad de articularse con el proceso de organización de la población para la promoción de la salud en el área.

El término *capacidad básica de respuesta* incluye el conjunto de programas y actividades que se utilizan para la solución de un problema de salud prioritario y cuyo resultado se medirá con el impacto demostrado sobre el problema de salud. El término de *intervención* es más específico y significa un programa, una actividad o una acción de los servicios destinada a corregir un factor de riesgo. La suma de intervenciones examinadas a contener con diferentes factores de riesgo dentro de un problema de salud, será la capacidad de respuesta a dicho problema. Estas consideraciones deben quedar enlazadas con el concepto de cobertura funcional, con el fin de dar una respuesta a los problemas de salud de los grupos humanos más necesitados y de reorganizar los servicios con base en los problemas prioritarios de salud.

El eje de la capacidad de respuesta reside en la aplicación del enfoque epidemiológico, que permite conocer el estado de salud de la población en términos de problemas prioritarios de salud identificados por la selección y análisis de factores de riesgo.

La utilización programática de los servicios surge de la relación entre el problema de salud prioritario y las respuestas que dan los servicios en términos de intervenciones. Este aspecto debe dar lugar a una información constituida por indicadores que demuestran el impacto de las intervenciones de los servicios sobre los factores de riesgo. Para esto, se utiliza el enfoque de riesgo que es un método que permite establecer problemas prioritarios que deben ser abatidos, que identi-

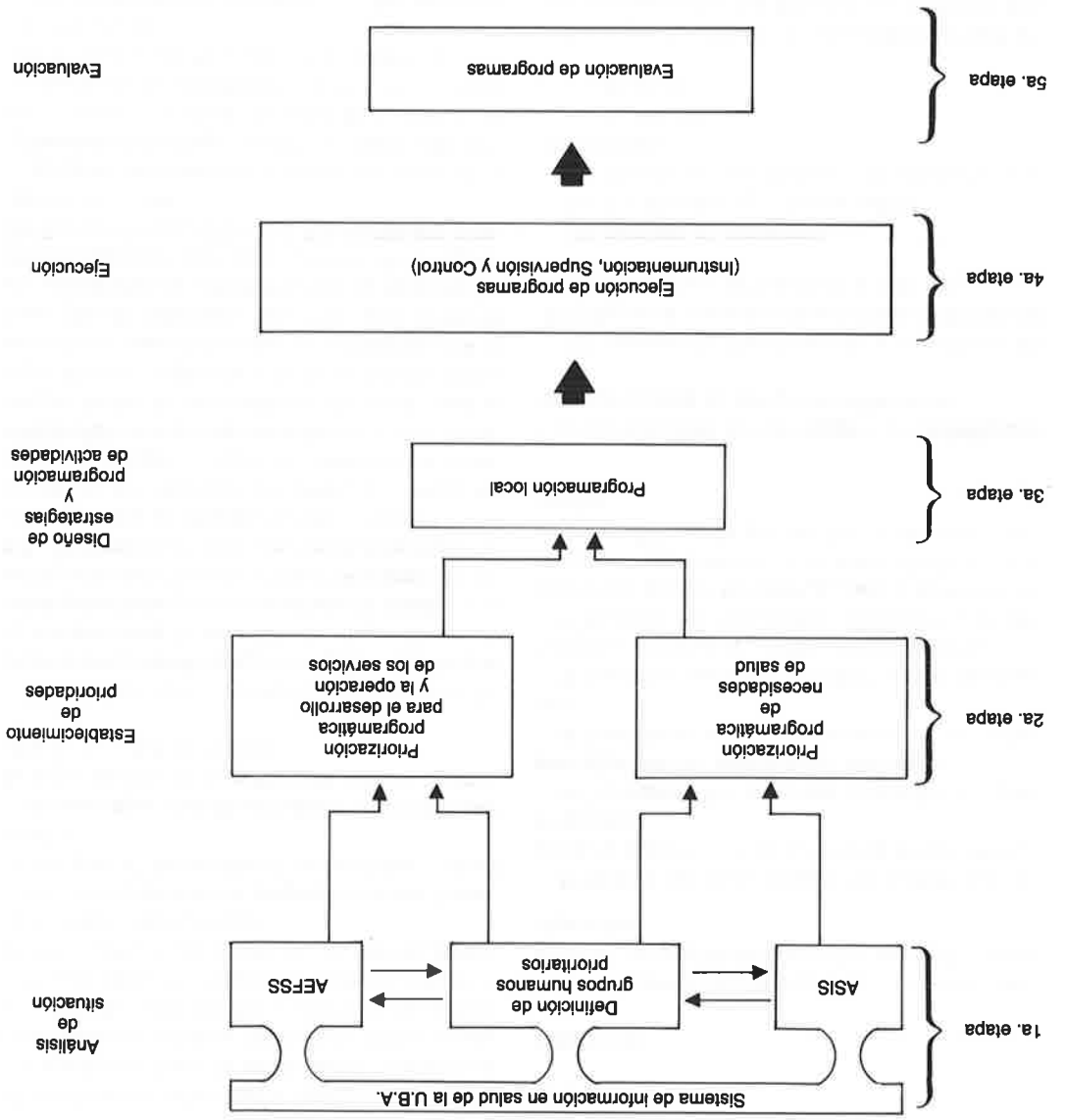


Figura 4. La programación local dentro del proceso de planificación y gestión de los SHLOS.

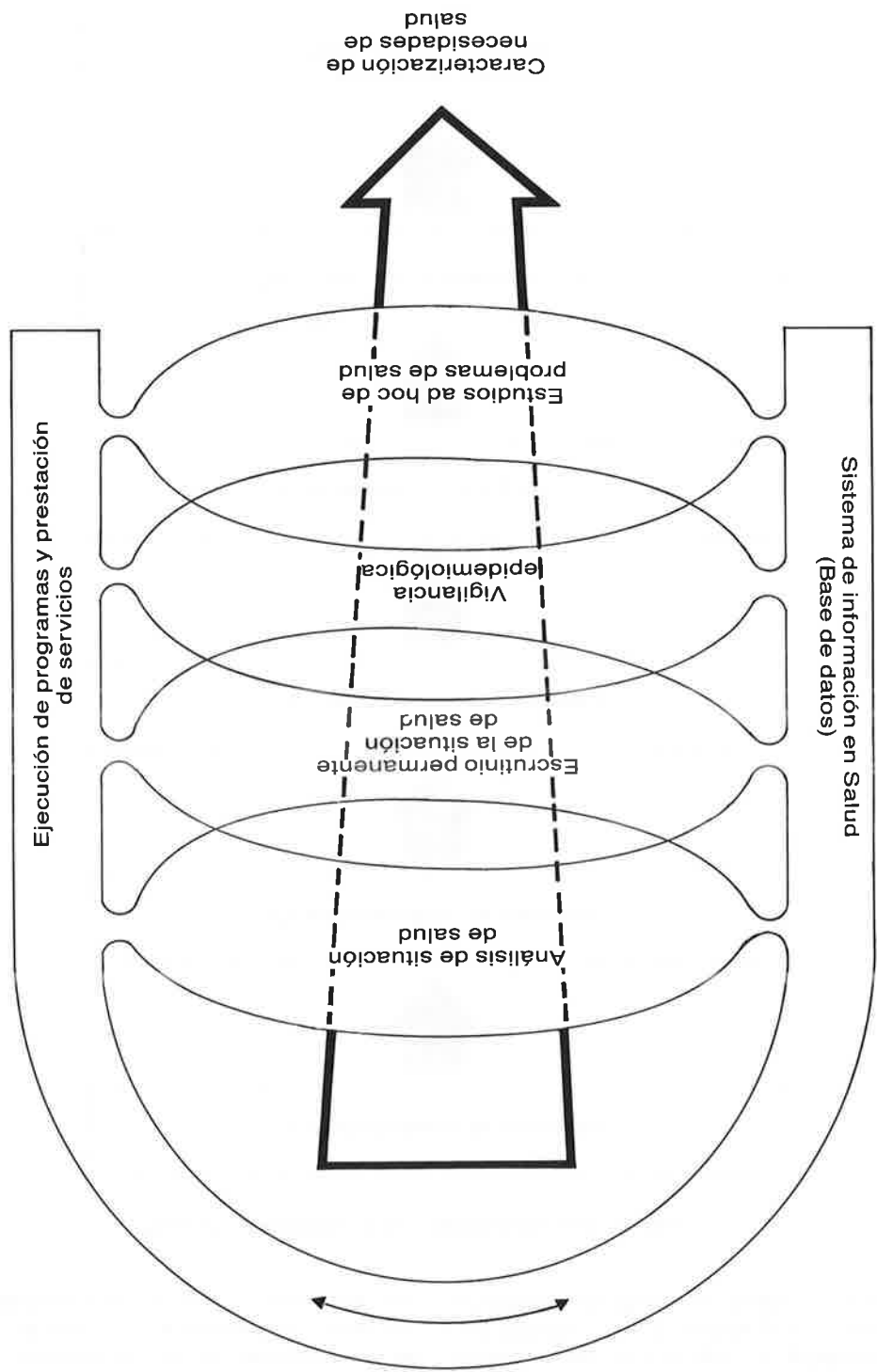


Figura 5. Proceso de caracterización de las necesidades de salud.

nerar una adecuada caracterización de las necesidades de salud. De la fase antes mencionada, se transita hacia una segunda etapa destinada a establecer prioridades, producto de la confrontación entre un proceso de priorización programática de necesidades de salud y un proceso de priorización programática de necesidades de salud. La tercera etapa constituye una síntesis de ambas formas de priorización, con el propósito de diseñar estrategias y programar actividades, lo cual conforma el ámbito de la programación local propiamente dicha. La Figura 6, muestra las

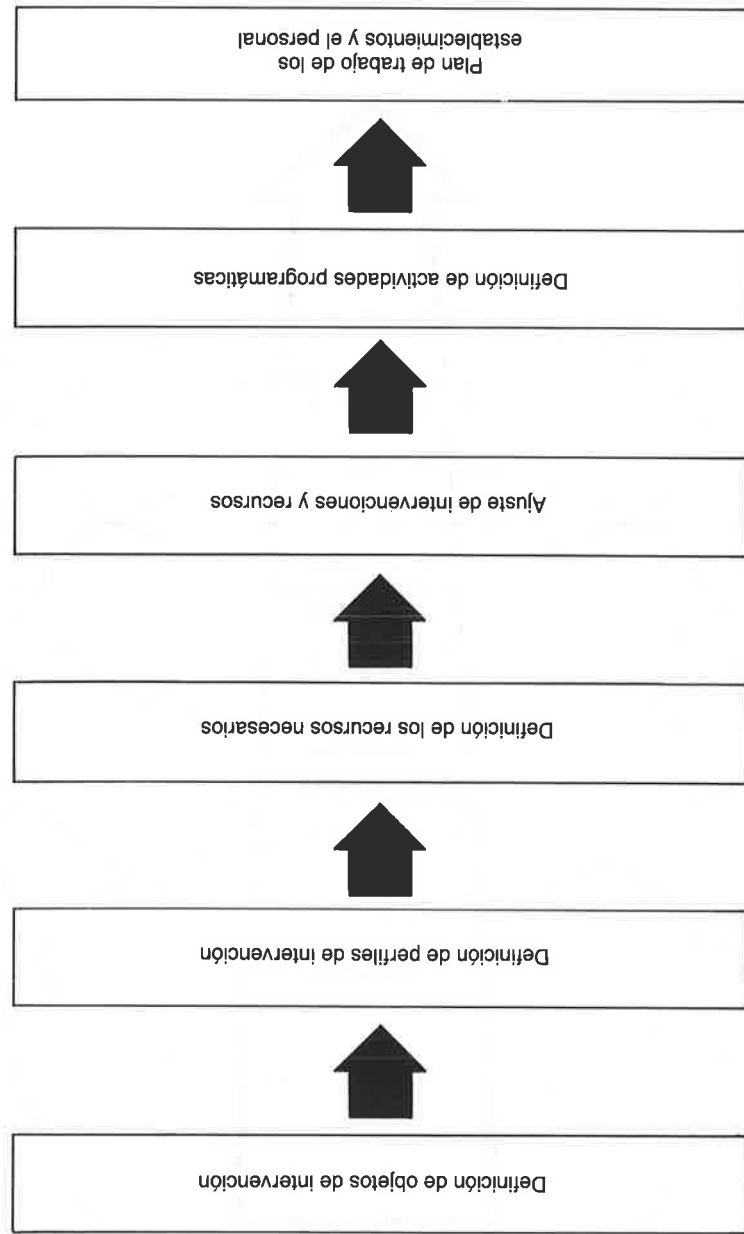
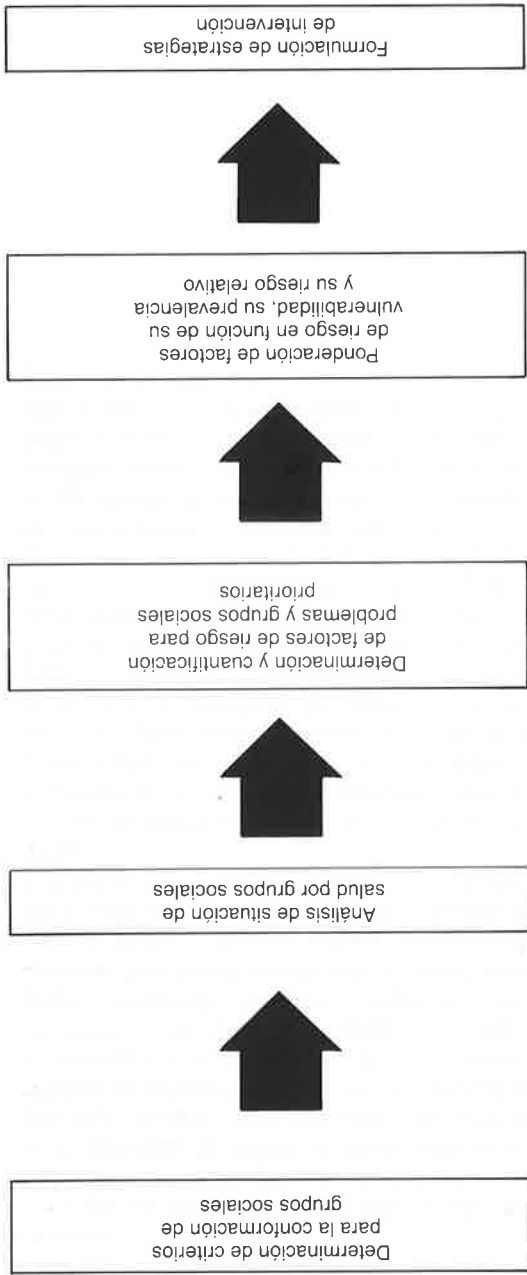


Figura 6. Las etapas de la programación local (3a. etapa).

Figura 7. Los componentes de la programación programática de las necesidades de salud.



diferentes etapas que deben cumplirse como parte del proceso de programación local.

La cuarta etapa está caracterizada por la ejecución de los programas, con sus componentes de instrumentación, supervisión y control.

Finalmente, la quinta etapa del proceso de planificación y gestión esta dada por la evaluación de los programas.

Dentro de la programación programática de necesidades de salud que se produce en la segunda etapa de planificación y gestión, es importante incluir una serie de componentes generales que se muestran en la Figura 7.

El primero de ellos, tiene como propósito definir grupos sociales que sirvan como unidad de análisis epidemiológico, en los que se puedan concentrar intervenciones posteriores. Para este fin, debe echarse mano de indicadores indirectos de fácil acceso, que permitan caracterizar apropiadamente los estratos sociales en la población del área. Estos indicadores podrían ser del tipo de:

- a) Ingreso.
- b) Nivel de escolaridad de los padres.
- c) Disponibilidad de agua potable.
- d) Características de la vivienda.
- e) Acceso a servicio de disposición de excretas.

No necesitan incluirse todos ellos, sino únicamente los que estén disponibles y resulten relevantes. Con todo esto se puede construir índices que permitan arribar a una definición de la población por estratos o clases sociales.

Lo que se busca con este componente de la programación programática de necesidades de salud, es identificar dentro de cada SILOS los estratos sociales que compartan condiciones de salud similares. Con ellos se pueden construir mapas de estratos sociales, para las diferentes zonas de los SILOS, que permitan focalizar territorialmente los grupos sociales vulnerables y que facilitan los sub-siguientes componentes del proceso.

Para poder arribar a la definición de grupos sociales vulnerables es preciso avanzar en el segundo componente de la programación programática de necesidades de salud, que consiste en efectuar análisis de situación de salud por grupos sociales. De esta manera puede contarse con perfiles de daños a la salud en cada uno de los estratos previamente definidos.

A este respecto, cabe destacar la importancia

La información requerida para esta etapa del proceso debe reunir las siguientes características: para cada problema y grupo prioritario de salud debe elaborarse una lista de factores de riesgo a partir del conocimiento científico disponible sobre el problema de salud en cuestión.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*. Ginebra, 1981.
 - (2) Organización Panamericana de la Salud. *Seminario/Taller sobre descentralización y administración local de sistemas de salud*. Querétaro, México, 26-30 de noviembre de 1984. Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud. Washington, D.C., 1984.
 - (3) Organización Mundial de la Salud. *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*. Ginebra, 1981. Pág. 22.
 - (4) Organización Mundial de la Salud. *La programación general como parte del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales*. MPNHD/81.3. Ginebra, diciembre 1981. Pág. 8.
 - (5) Organización Mundial de la Salud. *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*. Ginebra, 1981. Pág. 40.
 - (6) Organización Mundial de la Salud. *La programación detallada como parte del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*. MPNHO/81.4. Ginebra, diciembre 1981. Pág. 9.
 - (7) Clemenhagen, C. y Champague, F. *Program planing in a small community health care setting*. Health Care Management Review, 1982; 7:47-55.
 - (8) Clemenhagen, C. y Champague, F. Op. cit.
 - (9) *Ibid.*
 - (10) Backett, E.M.; Davies, A.M., y Petros-Barvazian, A. *The risk Approach in health care*. With special reference to maternal and child health, including family planning. Public Health Papers No. 76. World Health Organization. Geneva, 1984.
- Una vez que se cuenta con la información de-
sagregada de problemas de salud por grupos so-
ciales y por grupos de edad, se debe pasar al
tercer componente del proceso que consiste en
determinar y cuantificar los factores de riesgo
para problemas y grupos sociales prioritarios.
Cabe anotar aquí, que la información con la que
suele contarse está referida a daños a la salud en
términos de mortalidad, morbilidad e invalidez;
pero, habitualmente no se dispone de informa-
ción recabada rutinariamente sobre factores de
riesgo. De ahí, la importancia de arribar primero
a la determinación de problemas y grupos priori-
tarios, para concentrarse, entonces, en la genera-
ción de información sobre riesgos en estos sub-
grupos de la población.
- Es precisamente, en estas unidades subgre-
gadas de la población que tiene sentido el proce-
so de selección de problemas prioritarios de sa-
lud, para lo cual deben aplicarse una serie de
criterios de complejidad creciente en función de
la información disponible. Es decir, se pueden
establecer prioridades en los grupos sociales y
grupos étnicos seleccionados a propósito, con la
información sobre daños a la salud, con informa-
ción de daños y riesgos, o bien incorporando
datos sobre daños, riesgos, impacto potencial de
la eliminación de riesgos y eficacia de las inter-
venciones.

LA PLANIFICACION SITUACIONAL EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Sonia Obregón y Leonardo Montilva

BREVE INTRODUCCION A LA PLANIFICACION ESTRATEGICO- SITUACIONAL

Para facilitar la comprensión global de la propuesta teórica y metodológica de la planificación estratégica-situacional conviene hacer una breve enumeración y síntesis de los principios que la sustentan:

Primero

La planificación estratégica identifica dirección con planificación, pues, en última instancia, quien planifica es quien hace el cálculo último de síntesis que precede y preside la acción y ese cálculo permanente se hace contemplando múltiples factores y recursos, donde el recurso económico es solo uno más de los recursos escasos. En consecuencia, planifica quien gobierna, quien tiene la responsabilidad de conducir y la capacidad de decidir, aunque sea en un ámbito restringido. La planificación no es una tarea asignada a un técnico llamado planificador, sino un cálculo situacional que combina una variedad de recursos, que busca hacer una media-ción entre el conocimiento y la acción. Para que este cálculo sea potente y eficaz, debe ser sistemático, articular distintos horizontes temporales y, en última instancia, ser hecho por quien gobierna.

Segundo

conjunto de operaciones que identifican un responsable para su diseño, ejecución, control y revisión. Cada operación es una misión encargada a alguien que controla un medio organizativo de producción y el conjunto de operaciones que conforman el plan, constituye una opción de organización global, una distribución de funciones y de responsabilidades de acción y coordinación, y un ordenamiento de la asignación de recursos.

Tercero

Quien planifica, además, está inmerso en la realidad planificada y en esa realidad coexiste con otros sujetos que también planifican y cuyos planes pueden o no estar en conflicto. Por consiguiente, ningún actor social tiene de antemano asegurada la capacidad de controlar la realidad planificada, pues no controla todas sus variables. Las variables que no controla un actor, muchas veces las controla otro y así, la realización del plan propio se enfrenta con otros planes y otros actores interesados en realizarlos u observarlos. Solo en casos excepcionales la planificación se hace en situaciones de poder absoluto, normalmente se hace en situaciones de poder compartido a partir de distintos grados de gobernabilidad del sistema.

Esta afirmación no contradice, sin embargo, la importancia de contar con un buen equipo de planificación que apoye técnicamente ese cálculo complejo; pero la responsabilidad de conducir recae en forma indelegable sobre quien tiene la capacidad decisoria. De allí la inseparabilidad entre planificación, dirección y gerencia como condición para que la primera funcione prácticamente. La planificación tiene que responder a las necesidades de quien gerencia, por ello el plan situacional se concibe como un cálculo y una organización para la acción, y se concreta en una

La consecuencia inmediata de la coexistencia de varios actores en la realidad, con capacidades diferenciadas para la planificación, es la variedad de explicaciones de la realidad que haría cada actor en función de su inserción particular en la realidad. No existe, pues, una explicación única, verdadera y objetiva, sino una explicación situacional que hace cada actor. La explicación del otro forma parte de la realidad y si reconozco la existencia de ese otro, al que debo enfrentarme, debo intentar colocar-me en su autorreferencia para comprender su explicación distinta a la mía y, en definitiva,

planificación situacional opera en cuatro instancias temporales articuladas y formalizadas:

- Planificación en la coyuntura, para intentar sistematizar en el día a día, el cálculo que precede y preside la acción y que, para ser racional, requiere de planes a más largo plazo. Así, el cálculo de la coyuntura debe validarse en la planificación anual.

- Planificación anual operativa o plan de acción anual, que constituye la referencia direccional de la planificación en la coyuntura; pero, a la vez, requiere de referencias direccionales más distantes. Así, el plan anual debe validarse en el cálculo de mediano plazo.

- Planificación a mediano plazo, como guía para la planificación anual y en la coyuntura. El plan de mediano plazo se valida en el cálculo de largo plazo, y

- Planificación a largo plazo, como anticipación del futuro que queremos construir y faro direccional de la planificación a mediano plazo. El cálculo de largo plazo se valida en relación a nuestra ideología y a nuestro dominio sobre las ciencias.

El plan de más corto plazo es la medida de la acción concreta que permite evaluar la ejecución de los planes a plazos más extensos y estos últimos, constituyen la medida del valor direccional de los primeros.

Obviamente, en la medida que los plazos se alargan los objetivos propuestos son más estables, mientras que en el corto plazo son más cambiantes.

Sexto

La planificación no supone intentar advinar el futuro, ni descansar únicamente en nuestra capacidad de predicción. Debe considerar la incertidumbre generada por la diversidad de actores sociales que pretenden realizar sus propios planes y actúan, en consecuencia, cambiando permanentemente la realidad por las perturbaciones que el escenario externo ejerce sobre ella y, en definitiva, por la existencia de variables que escapan a nuestro control. Pero, más que reconocer la incertidumbre, el planificador debe lidiar con ella y de allí la necesidad de construir escenarios de cálculo que articulen variantes, es decir, disyuntivas sobre las cuales el actor no tiene posibilidad de elegir con opciones que son alterna-

comprender que la acción de los otros se cumple en función de su explicación. Por consiguiente, en cualquier problema de salud la explicación sanitaria es solo una de las perspectivas de análisis que debe considerarse.

Los actores sociales no solo se comportan, también crean posibilidades en un sistema social que solo en parte sigue leyes. De allí la imposibilidad de identificar planificación con predicción en base al descubrimiento de las leyes que siguen el sistema y la necesidad de incluir la categoría de juicio estratégico o cálculo interactivo, propia de la reciprocidad entre actores sociales, para dar cuenta de la acción humana intencional y reflexiva, mediante la cual el productor de la acción espera lograr determinados resultados. Surge, entonces, la necesidad de la simulación humana para comprender y proyectar acciones estratégicas y acciones de comportamiento.

Cuarto

La planificación no puede identificarse con la norma, con el debe ser, con el mero diseño normativo, aunque este sea parte fundamental de la planificación.

La existencia de otros actores con distintos planes nos lleva a plantear el problema de vencer o sortear la indiferencia, o la resistencia de ellos al plan propio y de allí, a cubrir en el cálculo el esbozo de parte del proceso estratégico que articula la existencia de otros actores con distintos planes, viabilidad y operacionalidad.

Quinto

La planificación, además, se refiere al presente, no es solo un diseño sobre el futuro. Las exploraciones que se hagan hacia el futuro adquieren sentido si orientan la acción de hoy, pues solo se puede actuar en el presente; aunque lo que ocurra después, es lo que da eficacia a la decisión de hoy. Lo que se hace hoy abre o cierra oportunidades, crea problemas, o nos prepara con anticipación para enfrentarlos o para aprovechar oportunidades que de otro modo pasarían. La planificación se confunde, entonces, con el cálculo que precede y preside la acción en la coyuntura, hecho por quien intenta gobernar un proceso por medio de su capacidad de acción.

Sin embargo, es indispensable simular el futuro en distintos plazos para dar racionalidad a nuestras decisiones en el presente; por eso, la

de problemas y oportunidades como módulos explicativos en la planificación situacional.

La planificación situacional concibe al plan como una estructura modular, cuyos componentes o módulos particionales son:

- a) módulos explicativos: problemas y subproblemas enmarcados en distintos espacios* que dividen el plan en áreas de conocimiento y juicio valorativo para la acción;
- b) módulos de acción: operaciones, acciones y subacciones, que dividen al plan por agrupaciones articuladas de acción en relación a los problemas. El concepto básico es el de operación que, en términos generales, se puede definir como un conjunto de recursos escasos de toda índole que se aplican en la situación para lograr como resultado un cambio en la misma;
- c) módulos O-P.: que son ámbitos de responsabilidad que articulan un conjunto de operaciones con un conjunto de problemas. Un módulo O-P es un subplan y en la planificación situacional completamente el concepto de sector.

Más adelante, en su oportunidad, profundizaremos en la definición y operacionalidad de estos módulos particionales del plan. Por ahora conviene resaltar la razón y utilidad de esta concepción modular.

Ya hemos dicho que la planificación no se refiere a intentar adivinar el futuro, pero sí debe trabajar considerando la incertidumbre de posibles variantes que escapan a nuestra voluntad y poder; lo que nos lleva a la necesidad de prever escenarios de cálculo que se ubiquen dentro de los extremos aparentemente posibles. Si el plan tiene una estructura modular frente a cambios en sus escenarios de cálculo, podemos, según el caso, introducir, sacar o redimensionar los módulos que la integran (operaciones) y modificar su estructura sin correr el riesgo de desmontarla por completo o quedarnos sin plan.

Además, la modularidad alcanza también al diseño mismo de las operaciones, para permitir su redimensión de acuerdo a las variantes previas, esto es, la utilización de más o menos recursos según la situación lo exija o permita. Obviamente, aquí nos encontramos ante la alternativa de diseño rígido o flexible de la operat

* El concepto de espacio se precisa más adelante, ya que tiene una importancia especial en la rigurosidad del análisis de problemas.

tivas, donde el actor que planifica puede elegir. El planificador debe prepararse de antemano para actuar mediante la formulación de planes alternativos para cada uno de los escenarios que razonablemente prevea. Si no lo hiciera, si solo formulara un plan, correría el riesgo de quedarse sin plan y recurrir a la improvisación si se alteran las circunstancias en las cuales ese plan podía realizarse. Además, es necesario estar preparado para las sorpresas.

Séptimo

La planificación es un cálculo situacional complejo afectado por múltiples recursos escasos que cruzan muchas dimensiones de la realidad. Quien hace ese cálculo tiene que considerar no solo la escasez de recursos financieros, sino, también, la escasez de recursos de poder, que viene dada por la existencia de otros que controlan variables que nosotros no controlamos. Estas limitaciones de recursos pueden referirse a capacidades de tipo institucional organizativo, disfuncionalidad de valores, creencias y expectativas, conocimientos y técnicas y, en fin, una amplia gama de recursos de todo tipo, que se nos presentan como restricciones o como potenciales para la acción. Asimismo, la variedad de recursos escasos conduce a una multiplicidad de criterios de eficacia que pueden estar en conflicto. Quien hace el cálculo, en última instancia está obligado a considerar en su decisión esa multiplicidad de criterios.

Por esta razón, la planificación situacional utiliza como categoría central la categoría de situación, que se define como la apreciación de conjunto, hecha por un actor en relación a las acciones que proyecta producir para preservar o alterar la realidad en que vive. Esta categoría permite al hombre de acción tratar sus problemas en su propia especificidad; pero, relacionados con otros ámbitos y representar la realidad común en la que está inmerso y lucha por alterar. También, las categorías de problemas y oportunidades son esenciales a la planificación situacional. El hombre de acción enfrenta cotidiana-mente problemas que se le presentan como una discrepancia entre el es, o la posibilidad de ser y el debe ser, y considera oportunidades que debe aprovechar. Para que la planificación presida con eficiencia a la acción tiene, necesariamente, que respetar la forma en que el hombre de acción ve la realidad. Por esta vía, surgen las categorías

ción, pues su estructura teórica parte, precisamente, de considerar la existencia de más de un actor que planifica y su práctica es accesible a todas las fuerzas sociales cualquiera sea su magnitud y su poder.

Ciertamente existen distintos grados de complejidad en los procesos sociales que cada actor pretende gobernar con su acción. Es evidente que para el actor que planifica desde el gobierno del Estado el grado de complejidad es mucho mayor que para aquel que lo hace en un ámbito más reducido, pues las variables que intervienen son mayores en cantidad y complejidad, pero esto no significa que no sea necesario hacer un cálculo sistemático, que preceda y presida la acción, solo que ese cálculo se hace más complejo y requiere un instrumental más sofisticado a medida que aumenta el grado de complejidad del proceso social en el cual se realiza.

El concepto de situación, categoría central de la propuesta, ayuda al entendimiento de la posición de los otros, desdramatiza y facilita la comunicación y la participación.

Los problemas y oportunidades son conceptos accesibles a casi toda la población; más aún, a todos los actores se les presentan problemas y oportunidades que deben enfrentar y aprovechar. La explicación situacional por problemas y oportunidades es pertinente en cualquier ámbito de acción y sus características fundamentales se producen en todos los niveles de desagregación del plan. Además, permite la integración de las distintas visiones que sobre cada problema tienen los actores sociales que intervienen en el proceso social.

El presente documento se refiere a la futura práctica de la planificación situacional en los SILOS. Por ello, en las páginas que siguen queremos destacar la necesidad de dotarlos de un método de planificación eficiente y adecuado a sus particularidades y necesidades y mostrar, a grandes rasgos, la contribución que este método de planificación puede dar al desarrollo de los SILOS.

La idea fundamental sobre la cual descansa la propuesta de los SILOS es la descentralización, entendida como un proceso de reestructuración del poder y división del trabajo en el sector salud y en la sociedad en su conjunto. Pero, no es posible hablar de descentralización y acción sin atribuir al ente descentralizado cierto grado de autonomía decisoria en su ámbito específico. En ese ámbito, delimitado según los criterios que hemos señalado anteriormente, el equipo directivo del SILOS tiene la responsabilidad y la potes-

LA PLANIFICACION SITUACIONAL EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

ción de acuerdo al carácter prioritario o no, que se le asigne; pero, en todo caso, el diseño modular de la operación permite ajustarlas en función de la realidad que se nos presente, sin recurrir a recorres que afectan indistintamente a todas las operaciones del plan cuando las circunstancias de estrechez de recursos así lo exijan.

Octavo

De todo lo dicho se deduce que la planificación no es un monopolio de una fuerza social ni de un solo actor. La planificación desde el Gobierno del Estado es solo un caso, muy relevante por cierto, pero no es el único actor que planifica. Ciertamente, el espacio o ámbito más o menos restringido donde es pertinente la acción del actor que planifica impone ciertas diferencias en la práctica de la planificación y sus alcances, pero no se puede negar de antemano ni desconocer la capacidad de planificar en los otros actores sociales, sino, más bien, reconocer que pueden hacer una explicación situacional, es decir precisar la realidad a partir de nuestra visión, sino también a partir de la visión de "los otros", pues esa visión es también parte de la realidad y es su explicación y no la nuestra la que condiciona y da sentido a su acción.

Además, reconocer que los demás actores pueden tener planes en conflicto con los nuestros supone entender que la resistencia al plan propio no es siempre pasiva. Por el contrario, la lucha de los actores sociales por imponer sus planes genera cierto grado de conflicto. Por ello es erróneo identificar la planificación con el diseño normativo; el plan exige un momento estratégico en el que el actor analiza la forma de levantar las restricciones de toda clase y conseguir la mayor suma de fuerzas para realizar su propio plan. Aquí se destaca, nuevamente, la necesidad de comprender la visión del otro, pues ello permite determinar las posibilidades de ganar alianzas o negociar con ellos.

Obviamente esto no siempre es posible, en algunos casos será necesario imponer acciones conflictivas utilizando los recursos de poder disponibles, pero en esos casos también es necesario calcular las consecuencias de tal imposición y construirle viabilidad con una adecuada relación de fuerzas.

Noveno

La planificación situacional es una propuesta democrática descentralizadora de planifica-

lad de conducir al sistema mediante un proceso continuo de toma de decisiones y producción de acciones, apoyado en un cálculo sistemático que lo precede y preside.

La planificación situacional se constituye en un instrumento importante para reforzar la capacidad gerencial del equipo directivo de un SILOS, pues:

1. Es un método concebido para actuar en el complejo social donde múltiples fuerzas generan procesos creativos. Al reconocer la existencia de una multiplicidad de actores sociales, que con distintas capacidades y desde distintas posiciones, planifican y actúan, en consecuencia, da cuenta de esa complejidad.
2. En cualquier sistema local de salud coexisten una multiplicidad de actores: la comunidad, las instituciones gubernamentales, los gremios empresariales, partidos políticos, iglesias, sindicatos, gremios profesionales, etc., cada uno con motivaciones, intenciones, objetivos, ideologías y visiones distintos, que actúan de acuerdo con estos elementos y con sus acciones alteran consistentemente la situación. Cuando el equipo directivo de un SILOS explica la situación de salud debe considerar cómo esas acciones la alteran en sentido favorable o desfavorable para su propia acción y cómo esos actores pueden facilitar u obstaculizarla. La planificación situacional le brinda para ello, potentes herramientas de cálculo; en la instancia explicativa, con las técnicas propias de la explicación situacional; en la estratégica, con el análisis de viabilidad; y en el momento de acción en la coyuntura, con sistemas de dirección estratégica.

3. La planificación situacional resuelve el problema de la articulación entre planificación y el proceso de toma de decisiones a través de la propuesta de un sistema de dirección que denomina estratégico, el cual puede desarrollarse en grados de sofisticación acordes con las necesidades de cada actor y la complejidad de los procesos que pretende conducir. Este sistema de dirección es coherente con los postulados fundamentales y las categorías centrales de la planificación situacional.

Las operaciones que constituyen los módulos de acción del plan situacional representan una opción de organización global y son compromisos de acción cuya ejecución o coordinación es responsabilidad de alguien en particular. Entre los requisitos que debe cumplir el diseño de una operación figura, precisamente, el de establecer un responsable bien definido en su ejecución. Desde el momento en que se le asigna a un centro que controla algún medio de producción institucional la responsabilidad por la ejecución o coordinación de ciertas operaciones, se sientan las bases del sistema de *Gerencia por Operaciones y de Petición y Rendición de Cuentas*, los cuales serán explicados, con mayor detalle, en su oportunidad.

Para apoyar el cálculo en la coyuntura y la toma de decisiones en el día a día, propone un sistema de planificación en la coyuntura, donde convergen las instancias, explicativa, normativa y estratégica, hacia el cálculo que precede y preside la acción en la coyuntura.

En los sistemas locales de salud bien puede desarrollarse ese sistema de dirección estratégica en forma progresiva, por supuesto adaptando la propuesta global a sus características, capacidades tecnológicas y necesidades, las cuales difieren de un SILOS a otro; pero que, en todo caso, están referidas al grado de autonomía que se les confiera.

Pero la práctica de la planificación situacional

prometidos con las acciones diseñadas para enfrentarlos y con ello el plan gana viabilidad. Dependiendo, en todo caso, del grado de apertura que se quiera y pueda dar a la participación social en el proceso de planificación en cada SILOS.

Además, la categoría de problema cruza los sectores tradicionales de la planificación. En su explicación y en las acciones que se diseñan para enfrentarlo intervienen elementos de diversa naturaleza: económicos, políticos, culturales, ambientales, sociales, etc. Así, su utilización como módulo explicativo favorece la multifactorialidad en el abordaje de un problema de salud y multifactorialidad e intersectorialidad en el diseño de las operaciones para enfrentarlo.

En la medida en que los representantes de los actores sociales relevantes participan en la explicación de los problemas, se sentirán más comprometidos con ellos los distintos actores involucrados que le den a cada uno de ellos los distintos actores involucrados. En la medida en que los representantes de los actores sociales relevantes participan en la explicación de los problemas de salud que en un momento dado se todos sienten y sufren, en mayor o menor medida, pues el concepto de problema es común a todos y la acción del plan, el cuerpo médico y la colectividad, entre el equipo técnico responsable por la formulación del plan, el cuerpo médico y la colectividad, el plan favorece la participación de amplios sectores de la población y facilita la comunicación entre el equipo técnico responsable por la formulación del plan, el cuerpo médico y la colectividad, pues el concepto de problema es común a todos y todos sienten y sufren, en mayor o menor medida, los problemas de salud que en un momento dado se presentan en un SILOS, aunque difiera el valor que le asignen y la explicación que le den a cada uno de ellos los distintos actores involucrados.

2. La planificación situacional propone, como forma de abordar la realidad planificada, la explicación situacional por problemas y oportunidades. Así, los problemas de salud actuales o potenciales que se detectan en el área geográfica y conjunto poblacional correspondientes a un SILOS, son los módulos explicativos del plan del equipo médico del SILOS. La utilización de la categoría de problema como módulo explicativo del plan favorece la participación de amplios sectores de la población y facilita la comunicación entre el equipo técnico responsable por la formulación del plan, el cuerpo médico y la colectividad, pues el concepto de problema es común a todos y todos sienten y sufren, en mayor o menor medida, los problemas de salud que en un momento dado se presentan en un SILOS, aunque difiera el valor que le asignen y la explicación que le den a cada uno de ellos los distintos actores involucrados.

En la medida en que los representantes de los actores sociales relevantes participan en la explicación de los problemas, se sentirán más comprometidos con ellos los distintos actores involucrados que le den a cada uno de ellos los distintos actores involucrados.

otros que, sin embargo, están siempre presentes para apoyar el cálculo correspondiente.

El tratamiento separado que damos, en el presente documento, a cada uno de los momentos del proceso de planificación no significa que uno precede al otro, ni que comiencen y terminen en un tiempo preciso, ni que abran o cierran el proceso de planificación y mucho menos que se agoten en una sola instancia y queden atrás definitivamente. La razón de ese tratamiento separado es pura y simplemente para facilitar y ordenar la exposición de cada uno de ellos con sus propias especificidades.

Los momentos del proceso de planificación son cuatro:

● *Momento Explicativo* (M1): predomina el

fin, es y tiende a ser.

● *Momento Normativo* (M2): es el momento

del diseño, donde se destaca el debe ser.

● *Momento Estratégico* (M3): que trata de la

articulación entre el debe ser y el puede ser, y

● *Momento Táctico-operacional* (M4): que

se refiere, principalmente, al hacer.

La Figura 1 muestra cómo esos momentos

constituyen un circuito donde cada uno de ellos

se encadena con el otro y se refuerzan mutuamente.

En una coyuntura determinada el proceso de

planificación contiene aspectos propios de todos

los momentos, pues para cada uno de los proble-

mas puede que el momento dominante sea distin-

to. Es decir, para el problema 1, puede que el

momento dominante sea el explicativo, mientras

que para el problema 2, sea el estratégico y, así

sucesivamente.

Al mismo tiempo, en cada problema los mo-

mentos no siguen una secuencia perfectamente

lineal. Si bien uno de ellos es dominante, los

demas están presentes.

Supongamos que en una coyuntura determina-

da el problema X pasa por el momento normati-

vo, vale decir, este es el momento dominante en

esa circunstancia para ese problema. El actor

diseña el contenido propositivo del plan para en-

tentar dicho problema en función de una norma;

pero el diseño normativo debe cubrir, además,

cómo debe ser la estrategia (M3), cómo debe ser

la decisión y ejecución del plan (M3) y cómo

debe ser la norma de referencia para explicar la

situación (M1).

En síntesis, los momentos del proceso de pla-

nificación tienen las siguientes características:

a) No siguen una secuencia lineal establecida.

b) Conforman una cadena continua.

c) Cuando uno de ellos es dominante, contiene

a los demás como apoyo a su cálculo.

no solo constituye un factor de apoyo a la capacidad gerencial de los SILOS, también es un instrumento para el desarrollo de la propuesta misma de los sistemas locales de salud, como vía para la operacionalización de la estrategia de atención primaria de salud en la forma que indica

la OPS.

En efecto, la estructura modular recursiva del

plan que propone la planificación situacional,

permite que los problemas de salud sean aborda-

dos y atacados en el espacio local donde cada

SILOS ejerce su autonomía relativa, pero al mismo tiempo, permite integrar los macroproble-

mas y proyectos de acción en el espacio nacional

con los microproblemas y acciones en los espa-

cios locales.

Así, se respeta el grado de autonomía decisoria

que constituye la esencia de la descentralización,

se realiza el principio de la división del trabajo que

subyace en la propuesta de los SILOS y se consi-

gue la necesaria articulación entre los elementos

que componen el sistema nacional de salud, bien

sea entre el nivel central y los sistemas locales, o de

estos entre sí.

Pero, además, la realización misma de la pro-

puesta de descentralización de los sistemas de

salud nacionales, que se expresa en la creación

de los SILOS con las características que se pro-

pone la OPS, es un proceso complejo en el cual

intervienen variables de orden eminentemente

político, por cuanto implica una reestructuración

y redistribución del poder en el sector salud y en

la sociedad en su conjunto. Ese cambio profundo

y trascendental en los sistemas de salud naciona-

les tiene, necesariamente, que ser planificado

con un método que de cuenta de toda su comple-

jidad. En ese proceso, bien puede recurrirse a la

planificación estratégica situacional como méto-

do para planificar el desarrollo de los sistemas

locales de salud.

EL PROCESO DE PLANIFICACION EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

El concepto de momento

El proceso de planificación es continuo. No

puede decirse que tiene un comienzo ni un final

claramente diferenciados, ni perfectamente defi-

nidos; pero pasa por distintas instancias, ocasio-

nes o coyunturas. Por esta razón, la planifica-

ción situacional utiliza el concepto de *momento*,

en lugar de etapa, para referirse a las distintas

instancias u ocasiones por las que pasa el proceso

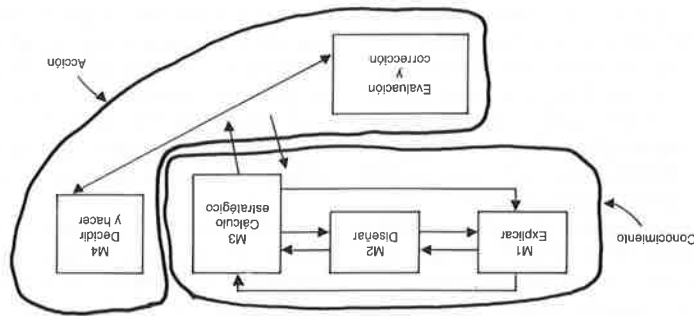
de planificación.

Pero, ese paso del proceso de planificación

por los distintos momentos es en realidad un do-

minio transitorio de cada uno de ellos sobre los

Figura 1. Momentos del proceso de planificación.



(d) Se repiten constantemente, aunque con distinto contenido.
 (e) En una fecha determinada, los problemas del plan se encuentran en distintos momentos.
 (f) Cada momento tiene sus herramientas metodológicas pertinentes, pero ninguna de ellas es exclusiva de un momento específico.

Momento explicativo

Todo proceso de planificación se inicia en el momento en que un actor social, inserto en una realidad, sintetiza algunos de sus elementos o hace una apreciación de la misma. Esta apreciación de la realidad hecha por un actor en relación a las acciones que proyecta producir para preservar o alterar la realidad en que vive, es lo que constituye para él una *situación*.
 Precisemos algunos conceptos. La realidad es independiente de la "conciencia humana", existe aunque los actores sociales estemos o no conscientes de ella. En otras palabras, existen realidades de las que no tenemos conciencia a pesar de haber contribuido con nuestra acción a construir las.
 El hombre con su trabajo transforma la naturaleza, crea los bienes necesarios para su reproducción y controla las fuerzas naturales para construirse un ambiente donde pueda reproducirse y desarrollarse integralmente. En ese proceso el hombre despliega toda su potencialidad vital, pero no separada de sus rupturas negativas. El proceso salud-enfermedad representa una unidad dialéctica determinada históricamente.
 Ese proceso salud enfermedad existe en la realidad social, aunque no sea identificado por los actores sociales, pero, como cualquier hecho social, puede ser aprendido y explicado con una perspectiva individual o colectiva. Asimismo, la sociedad genera respuestas al proceso salud-enfermedad en lo que se denomina prácticas médicas, las cuales, al igual que el proceso salud-enfermedad, forman parte de una realidad que es objeto de nuestro conocimiento. La descripción y explicación de esa realidad, por parte de un actor social, es lo que se denomina "situación de salud"; esa situación no es independiente de quién y desde cuál posición describe y explica.
 La categoría "situación" comprende un explicado y un explicando. El explicado puede ser precisado como una divergencia o discrepancia entre el ser y la posibilidad de ser, o el debe ser que un actor asume como evitable e inaceptable. De esta manera, un actor social distingue uno o varios problemas en su apreciación situacional de la realidad.
 El concepto de situación es una categoría analítica capaz de expresar la complejidad dimensional de la realidad que el actor desea modificar y da cuenta de la mediación subjetiva que tiene toda explicación sobre la realidad. Toda explicación y toda selección de problemas se hace por alguien a partir de un punto de vista específico. La situación, como la totalidad que nos interesa, no es una totalidad extensiva, sino una selección del todo que contiene aquellas dimensiones de la totalidad que son relevantes para la acción, sin descuidar las relaciones entre el aspecto seleccionado con el sistema relevante al cual pertenece. Esa selección-explicación es hecha por un actor desde el interior de la realidad en contrándose en ella es la forma de conocer el hombre de acción".
 Como se señaló anteriormente, la categoría situación contiene dos instancias. La primera de ellas es el explicado, que precisa la descripción del problema, donde el actor enjuicia la realidad

cas, de acuerdo a la inserción de los diferentes actores sociales en la totalidad. En un plano muy general y para desarrollar una aproximación progresiva al concepto de problema de salud, se puede señalar que el proceso de salud-enfermedad es la representación, en la totalidad orgánica biológica-social del individuo o grupo social, de sus procesos de reproducción social, expresadas en sus condiciones objetivas de existencia. Como se puede apreciar, el proceso salud-enfermedad, como categoría inmersa en la totalidad social y componente casi total del bienestar humano, tiene como rasgos característicos la complejidad e historicidad, tanto en el momento del ser, como del debe ser y, por ende, se podría concluir que las discrepancias entre esos dos momentos, o sea los problemas de salud, resultan complejos, interdependientes y difícilmente estructurables*.

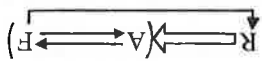
La otra instancia que integra la situación es la explicación o explicando; el por qué del ser de los problemas. Esta explicación se da, desde la perspectiva de un actor social y en función de sus determinantes generales, sus condiciones particulares y singulares. Esto plantea que todo problema de salud cruza los espacios en que es percibido (espacio general, particular, singular) y puede ser explicado mediante un complejo causal articulado.

El concepto de explicación situacional (Figura 2) supone distinguir entre planos situacionales y espacios situacionales. Los planos de la explicación situacional consisten en distinguir tres tipos de elementos causales:

- a) las reglas del sistema.
 - b) las acumulaciones sociales, y
 - c) los flujos sociales, o el movimiento de los hechos que hacen cambiar las acumulaciones.
- Por su parte, los espacios de la explicación situacional pueden distinguir:

- a) el espacio de las determinaciones generales.
- b) el espacio de los condicionantes particulares.
- c) el espacio de los condicionantes singulares.

El proceso de reproducción social puede apreciarse con distinta amplitud en cualquiera de estos espacios, y consiste en una variedad de posibilidades del circuito, en el cual se puede distinguir que las reglas del sistema (R) determinan



* El concepto de problemas estructurados y cuasiestructura- dos se explica más adelante.

como una discrepancia entre el ser y una necesidad de ser. En el caso específico de la salud nos encontramos ante limitaciones epistemológicas importantes para delimitar conceptualmente lo que se podría denominar problema de salud, ya que una precisión clara de este concepto tendría que tomar en cuenta gran cantidad de variables, tanto cuantitativas como cualitativas, y esa selección de variables será siempre una visión de un actor social.

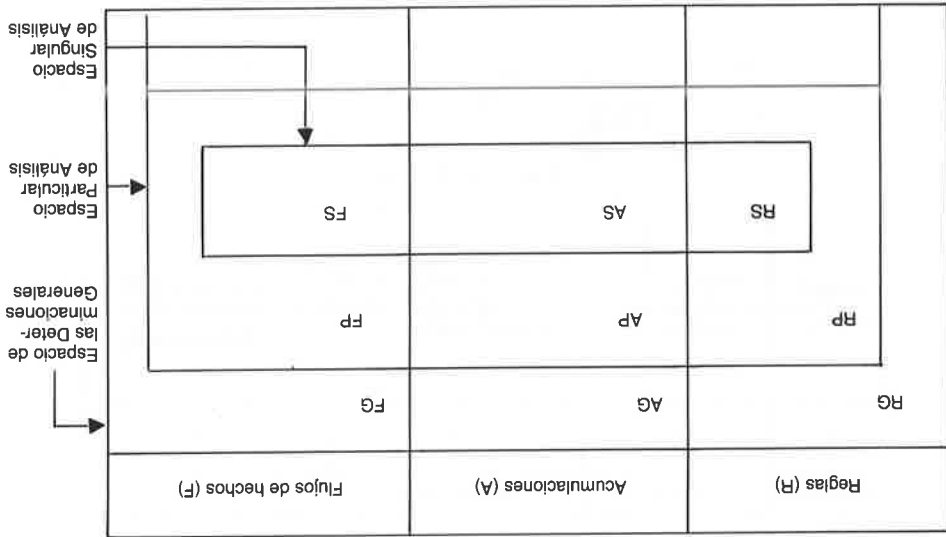
Si partimos de la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud, que considera a la salud como el completo bienestar biológico, psicológico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, la norma de cotejo con la realidad nos conduce a un *deber ser* utópico. En efecto, cualquier discrepancia individual o colectiva con ella podría ser caracterizada como un problema de salud. Desde una perspectiva axiomática estaría claro ese deslinde; pero cabría preguntarse qué es el completo bienestar biológico, psicológico y social. Como puede apreciarse, la respuesta a esa pregunta es altamente compleja, ya que, por una parte, el concepto de salud señalado es muy amplio e incluye aspectos referentes al trabajo, la vida, la educación, el transporte, entre otros; y, por otra, no es fácil delimitar lo que es bienestar en lo biológico, psicológico y social, cuando los criterios pueden diverger ampliamente. De hecho, parece evidente la necesidad de llegar a criterios convencionales para establecer ciertos parámetros que, aun cuando sigan teniendo un sesgo importante, permitan actuar en la realidad.

Otra limitación importante, para adoptar el *deber ser* que expresa la definición de la Organización Mundial de la Salud como referencia para definir un problema de salud, es la visión utópica y de radical aislamiento entre salud y enfermedad que ella envuelve, cuando en la realidad existe una integralidad particular en el individuo y, sobre todo, en las colectividades. La salud y la enfermedad no son excluyentes, se puede evidenciar como un grupo de individuos puede contribuir a la dimensión de un proceso patológico determinado y, a la vez, ellos mismos contribuyen a la potencialidad de salud en otros aspectos o según los distintos criterios con los que puede ser evaluada la salud de una comunidad.

Por último, la definición de la OMS etíde el aspecto situacional del concepto de salud, es decir, su carácter relativo a la posición de cada actor. Lo que es salud o enfermedad no es un concepto absoluto, sino relativo a la posición e interés de quien los define.

Es por ello que resulta importante analizar la salud-enfermedad como un proceso en permanente transformación susceptible de ser observada y explicada desde muchas perspectivas u ópti-

Figura 2. Planos y espacios de la explicación situacional.



En este caso las reglas básicas determinan (1) la capacidad de producción general del SILOS, la cual condiciona (3) la producción y distribución de raciones alimenticias con un impacto (5) débil sobre los descriptores de la desnutrición infantil. Pero el SILOS, en base a sus propias capacidades puede reorganizarse (6) y aumentar (7) su capacidad de producción. Aún más, si el SILOS tiene suficiente poder puede alterar (2) las reglas del sistema.

Si, en cambio, queremos analizar el problema de desnutrición infantil en el espacio de determinación general del sistema, los planos situacionales son los mismos; pero el contenido de los elementos es muy distinto. Una caricatura hiper-simplificada del mismo problema en el espacio general, podría ser lo que muestra en la Figura 4.

En ese ejemplo puede apreciarse cómo las reglas cumplen la misma función de determinación en cualquier espacio de análisis; pero su contenido es completamente distinto en el espacio singular que en el espacio general, mas siempre el espacio general determina los procesos en los otros espacios.

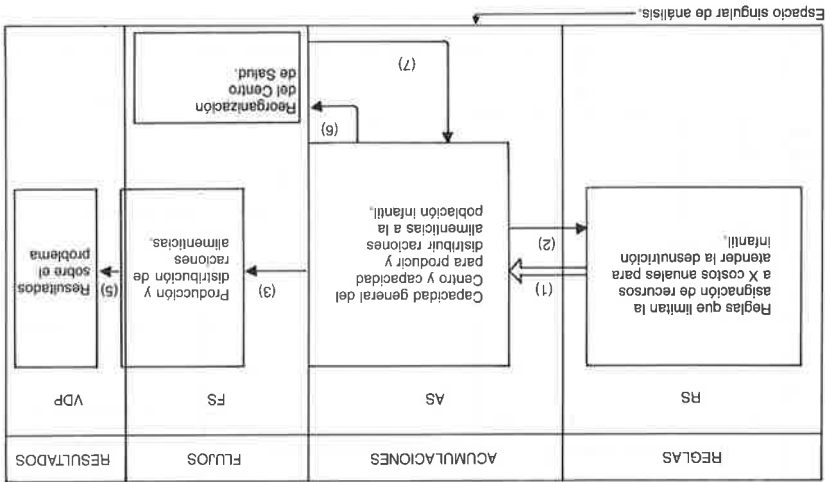
EG ← (BP) ← (ES)

Y, de esta manera, las reglas del espacio general RG, determinan las reglas del espacio singular RS.

nan la variedad posible de las acumulaciones sociales y estas acumulaciones (A), incluidos los actores sociales, constituyen la capacidad de producción de hechos, bienes y servicios en el sistema que condiciona la producción de los mismos (F). Este proceso se da en todos los espacios del sistema social, pero con distinto contenido de las reglas, las acumulaciones y los flujos de producción.

Distinguir los planos situacionales de una explicación es extremadamente importante, porque ello permite, por una parte, descubrir la lógica del proceso de producción social y, por la otra, reconocer la distinta dificultad y peso que significa actuar sobre nudos causales de un problema que está ubicado en el plano de las reglas de las acumulaciones y los flujos. Por ejemplo, asumamos que el espacio singular de análisis coincide con las fronteras de un centro local de salud y queremos analizar allí el problema de la desnutrición infantil. Aquí, el sistema opera con ciertas reglas muy distintas que en el espacio general del sistema social (Figura 3). Allí, la regla básica consiste en que todo debe realizarse a partir de una asignación presupuestaria ya determinada en otro nivel. Cambiar esa regla básica (RS) es más difícil que organizar mejor el centro de salud, para que opere al máximo de sus capacidades (AS) y por esa vía prestar un mejor servicio de entrega de raciones alimenticias complementarias (FS).

Figura 3. La explicación y sus planos situacionales.



La distinción de estos espacios y planos situacionales permite comprender el proceso de enfrentamiento de problemas que se gesta en el movimiento social. Así, el problema de desnutrición infantil puede ser enfrentado en el espacio singular mediante operaciones complementarias, o disolverse en el espacio general del sistema mediante una reforma social que mejore la distribución del ingreso.

El espacio de las determinantes generales se refiere al conjunto de leyes y reglas naturales y sociales, acumulaciones y hechos que rigen en el ámbito de la situación general; pero que se expresan con otro contenido también en lo particular o singular. Este conjunto de determinantes explica el porqué de las condiciones objetivas de existencia de la sociedad como un todo, que en el caso de la salud se expresa como perfil epidemiológico de esa totalidad social y de las prácticas médicas al interior de ellas. Dentro de las categorías que componen este conjunto de determinantes podemos señalar:

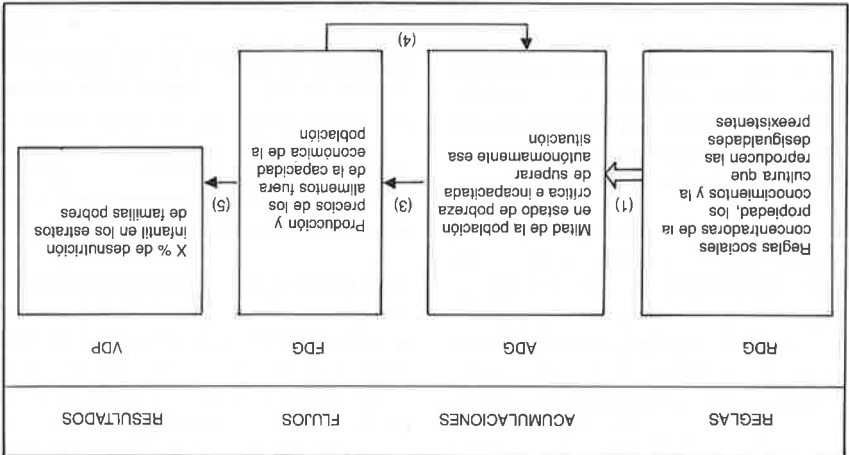


Figura 4. La explicación y sus espacios situacionales.

Elementos típicos del espacio de determinación general

DETERMINANTES	DETERMINANTES
A) Estructura política B) Estructura política C) Estado. Políticas. Sociales D) Relaciones de poder de los diferentes actores sociales. E) Su expresión en la gestión estatal F) Organización de la sociedad civil G) Estilo de gobierno H) Valor de la salud I) Formas organizativas del sector. J) Modelo asistencial K) Relaciones entre sector público y privado L) Determinantes geográficos-naturales	1) Desarrollo de la capacidad de producción de bienes y servicios 2) Relaciones de producción 3) Formas de organización de la producción y distribución 4) Relación sector productivo-Estado-ambiente 5) Relaciones economía nacional-internacional C) Determinantes demográficos 1) Población, estructura y dinámica 2) Distribución espacial, densidad, grado de urbanización 3) Movimientos migratorios 4) Natalidad-mortalidad. Crecimiento vegetativo
1) Disponibilidad de recursos naturales 2) Organización del espacio comunicación 3) Clima 4) Potencialidad de catástrofes	1) Población, estructura y dinámica 2) Distribución espacial, densidad, grado de urbanización 3) Movimientos migratorios 4) Natalidad-mortalidad. Crecimiento vegetativo

La dinámica de movimiento del proceso social se expresa, por un lado, como relaciones entre reglas, las acumulaciones y los flujos, y por otro, como interacción de las variables del espacio de determinación general con los espacios particular y singular. En ese movimiento puede distinguirse dos momentos: el momento productivo y el reproductivo. El primero de ellos contempla fundamentalmente el proceso de trabajo y cómo, de acuerdo a las particularidades que tiene ese proceso para un grupo social específico, establece riesgos laborales, relaciones con materias y medios de producción y una determinada organización del acto de trabajo. A su vez, este momento que contempla una transacción económica expresada en salario, condición económica expresada en salario, producción formas concretas del momento reproductivo. En este momento, donde se recupera el desgaste laboral y se desarrolla una nueva fuerza de trabajo, podemos distinguir varios submomentos tales como, el de la reproducción biológica y el de las relaciones sociales-comunitarias y ambientales.

Se debe indicar que aun cuando estos determinantes sociales y naturales generados en el sistema social se presentan como un listado secuencial, ellos adquieren una determinada estructura de interrelaciones, donde el peso de cada uno de ellos en la explicación situacional general es diferencial y no igualitaria. Lo que está en juego no es el establecimiento de una visión causal explicada en forma cuantitativa, sino fundamentalmente cualitativa, donde el peso e inserción en la totalidad de cada una de esas categorías probablemente varíará en la óptica de cada actor social.

En el espacio de variedad particular o singular que permiten las determinantes generales se conforman y acumulan relaciones sociales que conforman y explican los problemas, ya no en el todo social, sino en los ámbitos y grupos sociales específicos que lo conforman.

Este conjunto de condiciones particulares que explican las situaciones objetivas de existencia de los diferentes grupos sociales, así como de los estilos de práctica médica utilizados, se encuentran en el marco de determinación de lo ge-

A. CONDICIONANTES EN EL MOMENTO PRODUCTIVO
1) Procesos de trabajo 2) Organización de los actores de trabajo 3) Materias y medios de producción utilizados 4) Normas de seguridad 5) Características del ambiente laboral 6) Salarios

B. CONDICIONANTES DEL MOMENTO REPRODUCTIVO

<p>B1. Submomento reproducción biológica</p> <p>1) Características genéticas 2) Inmunológica 3) Fecundidad 4) Nutrición</p>	<p>B2. Submomento reproducción social ambiental</p> <p>1) Nivel de consumo determinado por el salario 2) Cultura de consumo 3) Educación 4) Organización y participación social 5) Conductas individuales y grupos 6) Recreación 7) Utilización del espacio residencial y urbano 8) Calidad ambiental-agua, excretas, aire y otros servicios</p>
--	---

Al igual que en los determinantes generales, estos condicionantes particulares adquieren una estructura interna y una forma particular de relaciones con las instancias generales y singulares.

Los condicionantes singulares se refieren al conjunto de reglas, acumulaciones y hechos en el espacio singular de un problema de salud, ya sea en una persona, en un grupo específico de población, o en una localidad. Este es el caso de las particularidades biológicas laborales educativas, recreacionales, etc., que se da en individuos o grupos específicos. Estas variables también se encuentran en el marco determinístico y probabilístico de lo general y lo particular. Un SILOS opera en un espacio singular del sistema social. Como se ha venido señalando, la situación de salud está compuesta por un conjunto de particularidades de la realidad social descrita y analizadas por un actor social. Tanto el explicado como el explicando pueden ser colocados en términos de problemas cuando surge una discrepancia, siempre tan humana, entre el ser y lo que se quiere ser. En base a esa discrepancia se justifica la necesidad de cambio de la realidad en forma planificada (presidiendo y dirigiendo la acción).

Se puede apreciar, además, que los problemas pueden ser de diferente naturaleza y ubicarse en diferentes planos con su espacio y su tiempo propio. De allí surge la siguiente tipología de problemas:

A. Tipo de problemas

1. Problemas actuales o potenciales. Esta distinción es muy relevante porque de ella parte la concepción de planificación preventiva. Los problemas actuales son problemas vigentes, se nos presentan como discrepancia entre el ser y el *debe ser*, entre la situación inicial y la situación-objetivo que nos hemos fijado como norma.

Por ejemplo, si el equipo médico del sistema local de salud constata, en su ámbito de acción, un alto porcentaje de la población infantil que presenta las características y síntomas de la desnutrición y considera que esta situación, que juzga contraria al completo bienestar físico, psicológico y social de la población que se ha propuesto como norma, es inaceptable y evitable, se hallará frente a un problema actual, que definirá como desnutrición infantil en el ámbito local específico.

Los problemas potenciales, por su parte, se nos presentan como amenazas futuras probables, que apuntan hacia un resultado que calificamos como inaceptable y evitable. Es, entonces, una discrepancia entre el *tende a ser* que deducimos y el *debería ser* que nos hemos fijado como norma. Los problemas potenciales pueden ser conocidos o nuevos, puede que se presenten como el resultado previsible de suspender determinadas acciones que, si bien no atacan un problema creado actual, lo previenen.

Por ejemplo, si el área geográfica donde se encuentra un sistema local de salud presenta condiciones que hacen previsible la reaparición de alguna enfermedad erradicada si se suspenden las acciones orientadas a prevenir dichas enfermedades, se hallará frente a un problema potencial (la reaparición de la enfermedad en cuestión) conocido. Se encontrará frente a un problema potencial nuevo cuando, por ejemplo, se observe que la instalación de una nueva fábrica contamina en la zona, puede dar lugar a la aparición de ciertas afecciones de las que no se conocía ningún caso en la zona.

La esencia de la planificación preventiva es tratar con problemas potenciales, de allí la im-

Por ejemplo, si en un sistema local de salud se presentan brotes de alguna enfermedad prevenible con la vacunación y se concluye que para evitar esa manifestación basta administrar dicha vacuna a un número de personas mayor al que actualmente alcanza, será más fácil atacar ese problema que el de la desnutrición, donde se identifica la fuerte concentración del ingreso en pocas manos como el elemento causal que, en última instancia, hay que atacar para resolverlo.

En el primer caso, bastará un proyecto de alcance sobre los flujos (fenoproducción) —vacunar a x número de personas en un periodo determinado— si se cuenta con los recursos necesarios para hacerlo; pero el segundo caso requeriría alterar la distribución de la riqueza (fenoestructura) o las reglas de propiedad de los medios de producción (genoestructura), lo cual supone capacidades de producción de acciones muy superiores a las que tiene normalmente el equipo de salud.

4. Problemas de alcance nacional, estatal y local.

Los problemas pueden ser de alcance nacional, estatal o local. Se trata de problemas con la misma denominación; pero, cuyo contenido adquiere ciertas particularidades de acuerdo al espacio geográfico o al espacio de acción social del actor en cuestión. Por ejemplo, la mortalidad neonatal precoz puede ser un problema nacional; pero en un determinado sistema local de salud puede ser porque la tasa es superior al promedio nacional, o porque en su proceso causal aparecen elementos peculiares a la región donde esté ubicado; ese mismo problema puede adquirir connotaciones distintas a las que presenta como problema nacional.

Al mismo tiempo, pueden existir problemas exclusivos de una región que no necesariamente tengan expresión, ni importancia nacional. Este sería el caso de la insuficiencia o inexistencia de una red de clínicas en determinada ciudad, el cual es un problema de la mayor importancia en su ámbito específico, pero a nivel nacional no representa un problema de envergadura. Esta distinción importa si se piensa en la planificación como un proceso descentralizado y creativo que se realiza a todos los niveles. Obviamente, los problemas estrictamente nacionales o locales presentan menos dificultades para la coordinación, que aquellos que cruzan todas las distinciones señaladas con distinto contenido. En estos últimos casos será necesario buscar un equilibrio entre descentralización y creatividad,

portancia de considerarlos y de incluirlos en el archivo de problemas del plan.

2. Terminales e intermedios.

Los problemas terminales son disconformidades que se manifiestan directamente en la relación esencial del actor con los resultados del sistema en que está inserto y que califica como insatisfactorias. El problema intermedio está oculto detrás de la relación del hombre con las cosas.

Un problema se califica como terminal o intermedio de acuerdo con el espacio en que se ubica el actor que explica. Sin embargo, existen problemas que son terminales para todos los hombres, los que se refieren a sus necesidades básicas en la sociedad. En este último caso se ubican claramente los problemas de salud, pues la salud es un valor social y su protección es una necesidad básica de todo ser humano, no solo de un grupo determinado de personas.

En nuestro caso, podríamos decir que la lucha interna entre los integrantes del cuerpo médico del sistema local de salud por ocupar los cargos directivos es un problema intermedio para la población, que puede incidir en el problema terminal de la baja calidad o insuficiente cobertura de los servicios asistenciales, el cual constituye un problema de carácter terminal.

3. Problemas genoestructurales, fenoestructurales y fenoproducción.

Esta clasificación se hace de acuerdo al plano de la realidad en que es necesario actuar en última instancia, para alterar la situación.

Los problemas cruzan todos los ámbitos de la producción social y los tres planos de la realidad: las genoestructuras, que se refieren a las reglas básicas del sistema, las fenoestructuras o las acumulaciones de capacidades de producción y la fenoproducción o los flujos de producción. El análisis de los problemas, según la técnica que explicaremos más adelante, nos revela en cual de estos planos de la realidad se ubican los condicionantes que son indispensables de atacar, para modificar el vector de resultados insatisfactorios que hemos identificado.

Como veremos después, a medida que se avanza hacia las reglas, la dificultad para atacar los problemas se hace mayor y se requiere sumar mayores recursos en términos de fuerza para producir las acciones que se requieren para enfrentarlos.

tan dentro del espacio, bien sea recibiendo condiciones o condicionándose. Estos últimos tienen un doble alcance práctico:

- a) Interrumpir la explicación en los nudos de contacto inmediato con ellos.
- b) Constituir eslabones de análisis con otros problemas, lo cual permite, a partir de ellos, construir el flujoograma situacional de síntesis de un conjunto de problemas. Ese conjunto de problemas puede abarcar todo el ámbito de la salud.

Entre los nudos explicativos del problema existen algunos donde se entrecruzan y concentran tramas explicativas, son estos los nudos críticos que serán seleccionados por el actor para atacarlos con las operaciones que diseñe en el momento normativo, pues la importancia y el número de condicionamientos que parten de él, lo señalan como un punto especialmente relevante que es necesario atacar, para modificar los hechos terminales identificados en el vector de definición del problema.

Para seleccionar los nudos críticos es necesario contestarse a la pregunta: ¿En cuánto cambian los descriptores del VDP del problema si cambiamos las características de los nudos explicativos del flujoograma? Si la respuesta es 'mucho' o 'significativamente', estamos en presencia de nudos críticos, es decir subproblemas que es necesario enfrentar para atacar el problema. El siguiente ejemplo puede ilustrar lo explicado hasta este punto: Supongamos que en un determinado sistema local de salud el equipo médico selecciona la elevada mortalidad por sarampión en menores de cinco años como uno de los problemas del plan y asumamos que el mismo equipo médico dio la siguiente explicación al problema señalado:

- a) Pese a que existen programas de vacunación contra el sarampión tanto a nivel nacional como local, en este último la cobertura es insuficiente, tal como lo son todos los programas preventivos a nivel primario.
- b) Las operaciones de vacunación contra el sarampión tienen baja cobertura, porque los recursos humanos y materiales con que cuenta el SILOS son insuficientes y, además, el nivel central del Ministerio de Salud no suministra al SILOS los insumos necesarios para realizar las operaciones en cuestión.
- c) La población asume una actitud pasiva frente a las operaciones de vacunación, pues esta

disuelve en este último, pues no conserva una entidad propia y diferenciada en el espacio mayor que lo comprende.

El explicando de los problemas está representado por una "red de argumentos" que constituye un nudo *explicativo*. Cada nudo se define como el conjunto semántico preciso que constituye la unidad modular de descripción de un proceso, o de una cadena de hechos en una explicación situacional. Para que un nudo explicativo sea un conjunto semántico preciso se requiere:

- Que tenga una expresión cualitativa distinguible de otras aproximadas o similares.
- Que tenga una expresión cuantitativa pertinente, significativa y exacta.
- Que tenga un sentido desprovisto de ambigüedad, lo cual resulta de la combinación de los dos elementos anteriores.

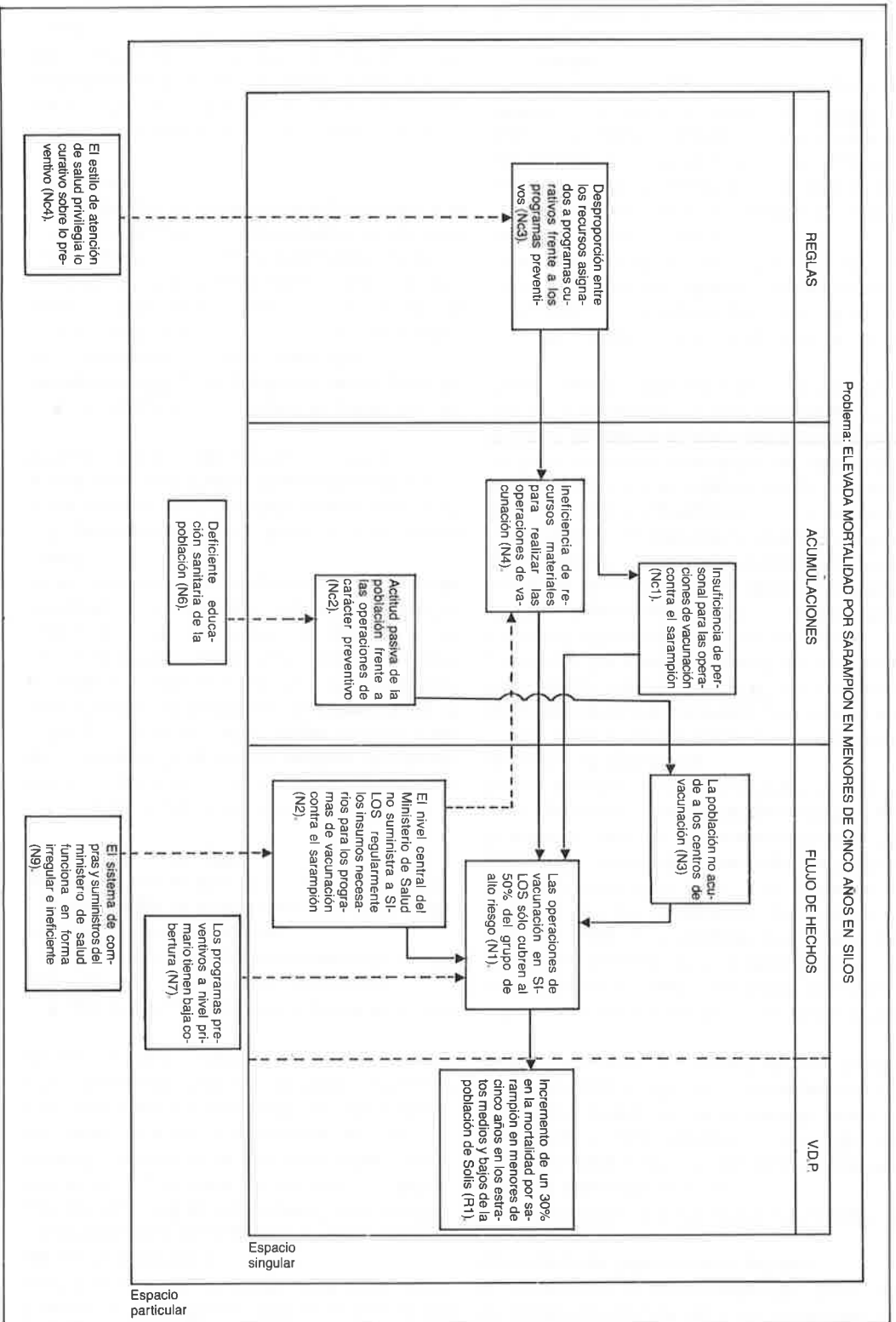
Los nudos explicativos son argumentos que se ubican en los distintos planos situacionales, dentro o fuera del espacio de análisis delimitado como pertinente para el actor que explica. Cada nudo explicativo constituye un subproblema en relación al problema explicado, en consecuencia, si su complejidad lo exige, puede ser analizado con el mismo método de análisis de un problema. Las relaciones que existen entre los nudos explicativos configuran una implicación causal.

La precisión de un problema en la forma descrita se presenta en un instrumento denominado Flujoograma situacional (Figura 5) que constituye un sistema de implicaciones explicativas donde:

- El explicado es el vector de definición del problema (VDP), integrado por un conjunto de descriptores que expresan resultados.
- El explicando es una red de explicaciones causales entre nudos explicativos que cruza los distintos planos situacionales (reglas básicas, acumulaciones y flujos de producción social).
- El explicado y el explicando son relativos al espacio que se delimita como pertinente a la explicación.

Los nudos explicativos que pertenecen al espacio (ES) del problema deben recibir condiciones y, a su vez, condicionan a otros nudos dentro del mismo espacio. Los nudos explicativos que se encuentran fuera de ese espacio sólo requieren articularse con los nudos que es-

Figura 5. Flujoograma situacional.



Sin embargo, la construcción de un flujo-gra-ma situacional en forma correcta y libre de ambi-güedades, requiere la capacidad de construir un modelo explicativo del problema, el dominio de la técnica del flujo-grama, la cabal comprensión del significado de cada uno de los planos en que esta dividida la explicación y una alta capacidad de abstracción y síntesis. De lo contrario, toma-ría mucho tiempo la discusión sobre en cual de los tres planos señalados debe ubicarse cada uno y se correría el riesgo de sacrificar la rique-za de la explicación en beneficio de la rigurosi-dad formal del instrumento. Por esta razón, en los sistemas locales de salud puede utilizarse un instrumento alternativo y más simple, mientras se acumula el conocimiento y la experiencia que demanda la elaboración de un flujo-grama.

Este instrumento alternativo es el árbol expli-cativo del problema (Figura 6) donde los ele-mentos del vector de definición del problema se relacionan directa y unidireccionalmente con los nodos críticos. En la construcción del árbol ex-plicativo del flujo-grama que se muestra en el gráfico anterior se enumeran, en primer lugar, los elementos que describen el problema expli-cado. A continuación se listan las causas princi-pales que se relacionan con el problema. A partir de estas ideas, enunciadas por los integrantes del equipo constituido para explicar el problema, es que se construyó el flujo-grama situacional.

La ventaja de expresar gráficamente la expli-cación de un problema en un flujo-grama situa-cional, está en que facilita la distinción entre los nodos explicativos que pertenecen al espacio del problema, de los argumentos explicativos que están fuera de ese espacio. Además, permite juz-gar, casi a simple vista, sobre el carácter feno-productivo, fenomenológico o genoes estructural del problema, de acuerdo a la mayor o menor concentración de nodos críticos en cada uno de los planos situacionales, y de allí determinar la potencia de las operaciones requeridas para en-frentarlos.

(d) Existe una desproporción entre los recursos asignados a operaciones de salud de tipo curativo y los recursos asignados a operaciones de carác-ter preventivo, lo cual es reflejo de la prioridad que se les asigna a aquellas en las políticas de salud nacionales.

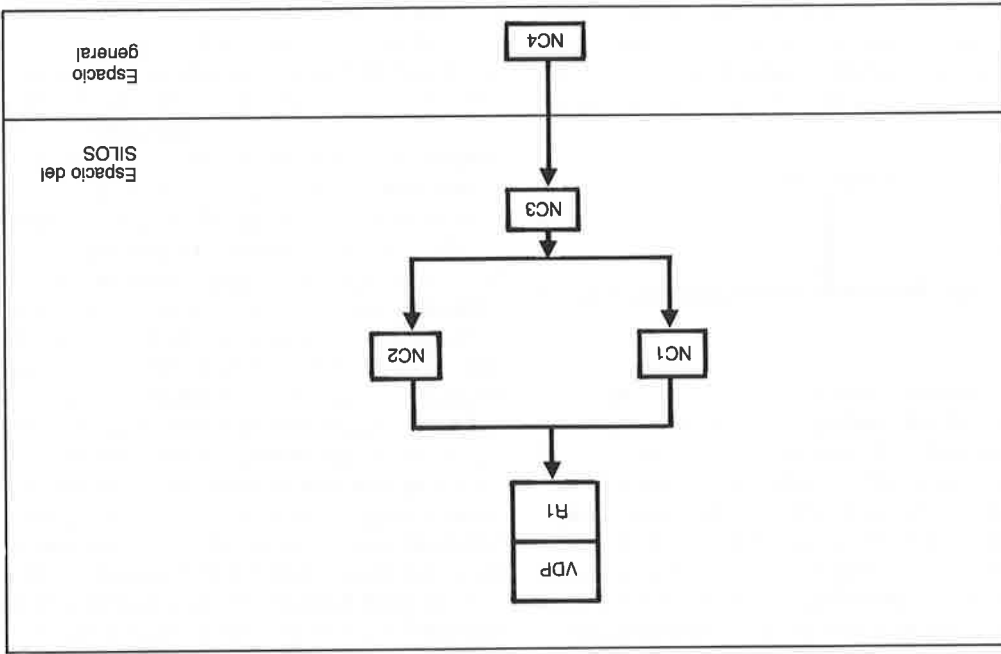


Figura 6. Árbol explicativo del problema.

pales que, a juicio de quienes hacen la explicación, producen los resultados descritos como VDP del problema. A su vez, se enumeran las causas de las causas, es decir los nudos críticos que condicionan a los nudos críticos más directamente relacionados con el VDP del problema.

C. Verificación del valor de los argumentos del flujoograma situacional

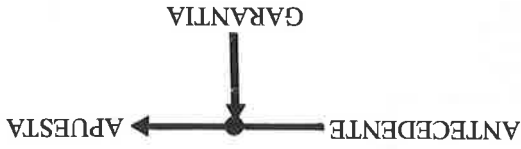
La explicación situacional es autorreferencial, pero ello no implica que carezca de solidez, pues la eficacia de las operaciones que se diseñen para enfrentar los problemas depende de la rigurosidad de la explicación que las fundamentan. Por esta razón, quien hace la explicación debe buscar su rigurosidad a través de la validación de:

- a) Los argumentos explicativos resumidos en los nudos que conforman la red de implicaciones causales, especialmente los que se han seleccionado como nudos críticos.
- b) Las relaciones de causalidad entre los nudos explicativos del problema.

Si consideramos que los argumentos son en muchos casos no decidibles entre verdadero o falso en el momento del plan, ya que constituyen en cierta forma apuestas causales, surge la pregunta siguiente: ¿Como se puede verificar el valor de una apuesta? La respuesta a esta pregunta es que la apuesta debe ser valorada según la fuerza del argumento que la soporta. Pero esto, a su vez, nos lleva a otra pregunta: ¿Como podemos valorar la fuerza de un argumento? Para responder a esta última pregunta, el esquema de verificación desarrollado por Stephen E. Toulmin (Figura 7) en "The Uses of Argument" (Cambridge, England, Cambridge University Press, 1958) es especialmente útil. Este esquema es hoy de amplio uso en el análisis de políticas (véase William Dunn, "Public Policy Analysis: An Introduction", Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1981 y Richard O. Mason and Ian Mitroff, "Challenging Strategic Planning Assumptions", Wiley Interscience, 1981); por consiguiente puede ser una herramienta de análisis de planificación situacional.

Supongamos que en la explicación del problema de la desnutrición infantil, se argumenta que "la disminución del porcentaje de niños que presentan desnutrición de segundo y tercer grado se

Una garantía generalmente toma la forma de una proposición hipotética universal. Simbólicamente, una garantía puede ser representada como A-B (que se lee A implica B).



En el ejemplo propuesto, la afirmación puede tener como antecedente los registros estadísticos de los últimos diez años sobre los grupos de alto riesgo nutricional, identificados en los estudios epidemiológicos realizados por el equipo médico. Dicho registro muestra una tendencia decreciente. Este es el antecedente de la apuesta.

● *Garantía* que se refiere a las reglas, principios, premisas e inferencias que actúan como puente entre los antecedentes y la apuesta. La garantía es una justificación para interpretar los antecedentes como soporte de la apuesta.

debe a que las operaciones de complementación dietética han cubierto un porcentaje significativo del grupo de alto riesgo nutricional".

Toulmin plantea verificar la fuerza o el mérito de un argumento distinguiendo las siguientes categorías:

● *Apuesta* (claim en el lenguaje de Toulmin), que es el resultado o conclusión de un argumento cuyos méritos se quiere establecer. Una apuesta no puede ser una verdad con absoluta certeza. Solo tiene una posibilidad de acierto. Es controlada por una afirmación "se prevé una tendencia decreciente de la desnutrición infantil", es una proposición debatible. El dirigente o el gerente que erran demandan razones o fundamentos de tal afirmación. ¿Es una apuesta con una probabilidad razonable de resultar exitosa?

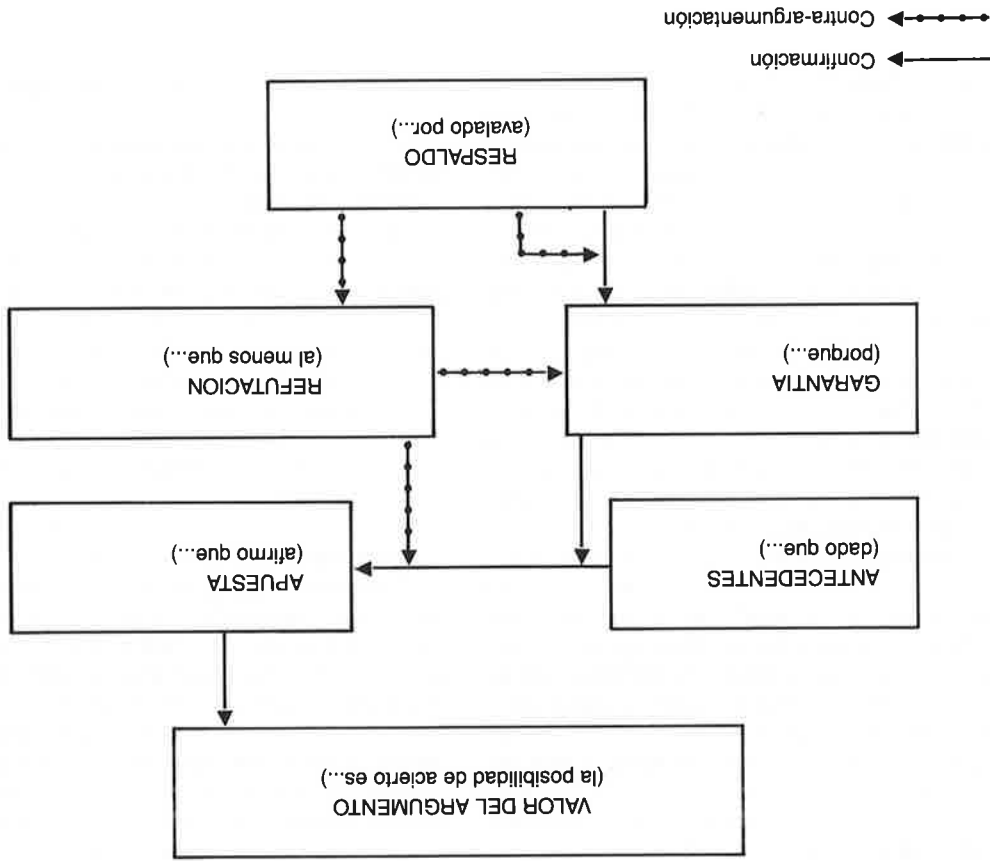
● *Antecedentes*, que consisten en los elementos de evidencia factual con que el defensor, un actor o un apostador apoya la apuesta debatida. Estos antecedentes pueden ser hechos, declaraciones, aserciones o apuestas de otros argumentos. Por ejemplo, pueden ser registros contables, resultados de encuestas, descubrimientos científicos, testimonios, reportes analíticos, citas de autoridades, etc. Son los datos de un argumento que comienza con las palabras "dado que...".

Esta implicación asume que si los antecedentes son verdaderos, entonces la apuesta también es verdadera, porque "...". Por ejemplo, la garantía implícita en la afirmación señalada reside en que "las tendencias del pasado continuarán riendo para el futuro". Este "porque" del argumento se hace generalmente en forma implícita. Por consiguiente, la garantía debe ser inferida o hecha explícita por la persona que analiza el argumento. Detrás de la garantía hay un juicio de experto, una teoría estadística, una regla lógica, una regla de experiencia, etc.

● *Respaldo*, es el soporte que subyace detrás de la garantía y esta siempre pronto para acudir en defensa de ella. Cualquier garantía, no importa cuán fuerte pueda aparecer en la superficie, siempre descansa en algunos "datos por supuesto", autoevidencias, verdades no cuestionadas o supuestos bien aceptados. Un respaldo alude, generalmente, a algún planteamiento o creencia que "las tendencias del pasado continuarán riendo para el futuro". Este "porque" del argumento se hace generalmente en forma implícita. Por consiguiente, la garantía debe ser inferida o hecha explícita por la persona que analiza el argumento. Detrás de la garantía hay un juicio de experto, una teoría estadística, una regla lógica, una regla de experiencia, etc.

● *Respaldo*, es el soporte que subyace detrás de la garantía y esta siempre pronto para acudir en defensa de ella. Cualquier garantía, no importa cuán fuerte pueda aparecer en la superficie, siempre descansa en algunos "datos por supuesto", autoevidencias, verdades no cuestionadas o supuestos bien aceptados. Un respaldo alude, generalmente, a algún planteamiento o creencia

Figura 7. Categorías según Toulmin que verifican la fuerza del argumento.



← Confirmación
 ← Contra-argumentación

● *Refutación*, que es una contrarargumentación que sirve a dos propósitos:

Primero, es una válvula de seguridad, ya que la refutación lista las condiciones bajo las cuales la garantía, el respaldo, o la apuesta pueden resultar fallidas o erróneas, e irrelevantes los antecedentes. Por ejemplo, la refutación puede decir que "la garantía es válida al menos que...". Así la refutación establece contingencias de invalidez. Segundo, la refutación indica los principales desafíos y objeciones contra el argumento que provienen de otras fuentes, tales como: oponentes del argumento, promotores de otras políticas u otros apostadores.

problemas que pretende atacar el equipo de salud en los sistemas locales, es necesario contar con algunos criterios para guiar esa selección pues, obviamente, no podrá atacarlos todos a la vez, ni podrá darle prioridad a la solución de todos. Es cierto que no existe una receta, ni un conjunto de reglas previamente establecidas que señalen cuáles problemas preferir frente a otros, pero sí podemos indicar un conjunto de criterios que el equipo de salud puede aplicar para realizar la selección y jerarquización de los problemas que enfrentará el plan. Básicamente, la selección de los problemas del plan y la jerarquización de los mismos se puede hacer según tres criterios fundamentales:

- a) El valor de los problemas para el actor que planifica.
- b) La eficiencia y eficacia con que puede enfrentarlos, y
- c) La posibilidad y oportunidad de enfrentarlos con éxito, lo cual depende del valor que tienen esos problemas para el resto de los actores relevantes ponderado por la fuerza de esos actores.

1. El valor de los problemas. El valor de un problema para un actor es la posición que aquel ocupa en la escala de prioridades para su remoción. Es, en todo caso, una apreciación subjetiva que está influida por varios elementos, entre los que se cuentan la tasa psicológica de descuento sobre el tiempo que hace el actor (relevante en el momento en que se enfrentan problemas potenciales a problemas actuales); la relación frontal o velada que tenga con el problema y su ideología, creencias, valores y expectativas.

En el área de salud, sin embargo, la valoración de los problemas adquiere cierta connotación especial, pues, como hemos dicho, los problemas de salud se refieren a un valor social que, por lo menos en sus respectivos discursos, es altamente apreciado por todos los actores sociales, lo cual dificulta la preferencia de un problema sobre otro a la hora de hacer la selección. No obstante, existen elementos de orden cuantitativo y cuantitativo que pueden llevar al equipo médico de un sistema local de salud a valorar algunos problemas más que a otros, en una situación dada. Desde el punto de vista cuantitativo, el criterio de la magnitud del problema, es decir su contribución a la morbilidad o mortalidad en una colectividad y perodos dados, constituye una referencia útil para seleccionar aquellos problemas

D. Selección de problemas de salud

Los problemas de salud tienen en la sociedad una connotación especial, pues la salud es un valor fundamental y una necesidad básica del ser humano, lo cual le confiere una categoría relevante dentro del conjunto de problemas, que en un momento determinado son identificados por algún actor social.

Sin embargo, al momento de seleccionar los

El plan incluye como problemas aquellas áreas

representan para un actor social.

por la magnitud y valor de la insatisfacción que

de la realidad que merecen una reflexión especial

Los problemas de salud tienen en la sociedad

una connotación especial, pues la salud es un

valor fundamental y una necesidad básica del ser

humano, lo cual le confiere una categoría rele-

vante dentro del conjunto de problemas, que en

un momento determinado son identificados por

algun actor social.

problema. Esto es, frente a problemas igualmente vulnerables y valorados, los esfuerzos deben dirigirse al control de aquel que con la menor aplicación de recursos se obtengan mejores beneficios.

3. Posibilidad y oportunidad de enfrentarlos con éxito. Ahora bien, para seleccionar los problemas del plan de salud es necesario combinar los criterios señalados y ponderarlos por un tercer criterio: la posibilidad y oportunidad para enfrentarlos con éxito, que en mucho depende del valor que les asignen a los problemas seleccionados los demás actores relevantes.

Cada actor social tiene un determinado espacio direccional, donde se define lo que es admisible para él en función de su ideología, creencias e intereses dominantes. El espacio direccional es lo que, en definitiva, delimita las fronteras entre lo que el actor califica como problemas y lo que considera realidades inevitables; es el espacio de las acciones que estima admisibles y pertinentes para enfrentar los problemas y de los objetivos que se propone. Nótese que a veces existen grandes problemas que los actores sociales consideran como parte del paisaje.

El valor que les asigna cada actor social a los problemas que él y los otros identifica en una situación dada, está de acuerdo con su espacio direccional y en función de este, los jerarquiza en una escala que va desde la declaración valorativa más enfática hasta la rotunda negación al reconocimiento de una realidad como problema. En esa escala, los niveles de valoración afirmativa, desde la declaración más fuerte hasta la más débil, constituyen el espacio direccional del actor. Entre la escala de valor afirmativa y las declaraciones negativas, se halla una zona donde se ubican las declaraciones de duda, que bajo determinadas circunstancias pueden llegar a convertirse en afirmativas, por lo que ese nivel valorativo aparece como un espacio de negociación con otros actores.

En una situación dada, los actores fijan posición acerca de los problemas en debate y hacen declaraciones explícitas o implícitas acerca del valor que les asignan. Con esas declaraciones es posible conocer el espacio direccional de los diferentes actores y las intersecciones de distinto valor entre ellos.

Conocer estas variables ayuda al actor a determinar las posibilidades de cooperación o conflicto con otros; así, intersecciones de alto valor

cuyo enfrentamiento será prioritario. La magnitud de los problemas se aprecia en términos absolutos o en términos relativos, bien sea en referencia o magnitudes nacionales, o por comparación con áreas similares.

Sin embargo, el criterio de magnitud no puede ser el único que oriente la selección y jerarquiza- ción de los problemas en salud; pues, aunque sirve para mostrar los problemas entre los cuales se establecerán las prioridades, presupone que todos los problemas tienen una entidad cualitativa uniforme.

De allí que la magnitud del problema deba ser completada con el criterio de trascendencia del problema, que puede definirse como el grado en que se valora la permanencia, control o remoción del problema. Dicha valoración surge de consideraciones de carácter médico, económico, ético o político.

Por ejemplo, es obvio que el catarro común tiene mayor magnitud que el polio; pero en el momento de asignarle prioridad al control de alguna de estas enfermedades, la trascendencia del problema nos llevaría a preferir el segundo, pues, aunque el catarro común genera un ausentismo laboral significativo y, por tanto, pérdidas económicas, el polio ataca fundamentalmente a la población infantil y deja secuelas irreparables en las personas que la han padecido.

2. La eficiencia y eficacia con que el actor puede atacarlos. Este criterio se fundamenta en la restricción de recursos de toda clase que tiene un actor para enfrentar los problemas que identifica, frente a la posibilidad real de atacarlos con eficiencia y eficacia, es decir la vulnerabilidad del problema. En este concepto están envueltos los elementos siguientes:

- a) De carácter científico-técnico; la posibilidad de enfrentar con eficacia un problema depende del conocimiento científico que se tenga del mismo y de los medios potentes para enfrentarlos.
- b) De carácter institucional-organizativo y financiero, se refiere a los recursos de este tipo que tiene o puede generar el actor para enfrentar los problemas identificados.
- c) De carácter cultural, que incluye las resistencias de esta naturaleza a determinados procedimientos médicos o el desconocimiento de las prácticas adecuadas para prevenir o curar.

Además de su vulnerabilidad se debe considerar la relación costo-efecto que supone atacar un

- 1) Desnutrición infantil.
- 2) Baja cobertura de los programas preventivos del sector asistencial.
- 3) El tamaño de las familias en los estratos más bajos, es excesivo en relación a su posibilidad de alimentarlos, educarlos y darles salud.

Supongamos que, para el equipo médico de un SILOS, los dos primeros problemas tienen el mayor valor, pero encuentra que puede ser más eficiente en el ataque al segundo, pues el primero es un problema genoestructural cuyo enfrentamiento requiere aplicar recursos que escapan a sus posibilidades. Para atacar el tercero, advierte y prevé una fuerte resistencia de la población por razones de tipo cultural, además le asigna valor, pero en menor grado que a los otros.

Supongamos, además, que los dos actores de mayor relevancia para este SILOS son el nivel central del Ministerio de Salud y la comunidad organizada; y que la matriz actores-problemas relevantes en la situación inicial del plan, es la siguiente:

Cuadro 1. Matriz de actores comprometidos y problemas identificados en un sistema local de salud.

Problemas	Problema 1 Desnutrición infantil	Problema 2 Baja cobertura de los programas preventivos del sector asistencial	Actores	3	2	0
			Cuerpo directivo del SILOS	3	2	1
			Nivel central del Ministerio de Salud	3	2	1
			Comunidad organizada	3	2	0

En una escala de orden descendente, donde el valor tres (3) representa la declaración afirmativa más fuerte y cero (0) una declaración de duda, se observa que el problema de mayor valor para todos los actores es el de la desnutrición infantil, seguido por el de baja cobertura de los programas preventivos. Se advierte, además, que en ambos casos la valoración tiene el mismo signo. En este caso, el cuerpo directivo del SILOS podrá incluir los tres problemas identificados en su archivo de problemas del plan; pero le dará prioridad al primero, pues, a pesar de las dificultades que aprecia para enfrentarlo, prevé grandes posibilidades de obtener el apoyo de los actores que le son más relevantes y porque la postergación de ese problema frente a los otros, le acarrearía un juicio negativo por parte de estos a su gestión.

El momento normativo es la instancia de diseño del contenido propositivo del plan, que precisa cómo debe ser la realidad en contraposición a los problemas presentes. El diseño normativo implica, además, cómo debe ser la estrategia y el control y la evaluación. Podemos apreciar así, que en el momento normativo, también, están presentes los otros momentos.

Desde que se inicia el proceso de selección de problemas se colocan en juego un conjunto de criterios valorativos que son, básicamente, normas sobre lo deseable y que en alguna forma se contrastan con la realidad actual o previsible. Es, prácticamente, imposible para un actor social te-

ner conciencia de la situación actual y seleccionar problemas sin tener en ese momento una "visión inicial" del debe ser o, en otros términos, de la situación y la imagen-objetivo.

Al interior del momento normativo podemos distinguir varios submomentos, que responden, en esencia, a diferentes grados de generalidad y especificidad del contenido propositivo del plan. En sentido de lo general a lo particular podemos distinguir los siguientes submomentos: programa de base, programa direccional, matriz general, problemas-operaciones, desagregación en subplanes y selección de acciones y subacciones.

Programa de base

Es el nivel más general del contenido propositivo con el cual un actor social plantea el debe ser de la realidad. En otros términos, es aquel tipo de oferta social con que los actores sociales compiten por la adhesión de una base social en el espacio y tiempo en el cual se desarrolla su propósito. El programa expresa la direccionalidad que un actor quiere imprimirle al cambio de la situación presente.

En el programa base se expresan los lineamientos más generales de la acción planificada que un actor propone desarrollar, son elementos que esbozan una situación deseada en base a los problemas identificados por un actor social, sin precisar los medios para alcanzarla. Con estos planteamientos el actor social busca acumular fuerzas para el inicio de un proyecto de transformación o desarrollo. Es el submomento adecuado para constatar la viabilidad inicial de la propuesta, así como las contradicciones internas que ella pudiera tener, pues en estos primeros movimientos pueden identificarse todavía algunas tendencias o fuerzas al interior de un mismo actor social. El nivel directivo de los sistemas locales de salud puede formular una propuesta sobre la cual es posible conocer la opinión de los diferentes actores sociales relevantes, así como el grado de consenso o diferencia que existe con respecto a ella. Sobre esta base podrá comenzar a diseñar, en forma operativa, su programa direccional.

Formulación del programa direccional

El programa direccional es el conjunto orgánico de proyectos estratégicos (operaciones, acciones, etc.), que aplicados sobre la situación inicial, la alteran en la dirección de la situación-objetivo con un grado aceptable de correspondencia y probabilidad. Este instrumento articula, en una relación de causalidad, las operaciones que se propone materializar el planificador, la situación inicial con sus problemas y nudos críticos y la situación-objetivo que se desea alcanzar con el plan. En síntesis, el programa direccional es un conjunto de medios o actos de intervención social capaces de gestar una dinámica causal de cambio situacional hacia el curso, dirección y viabilidad necesarios y suficientes para alcanzar, con buena aproximación cuantitativa y cualitativa, la situación-objetivo.

El programa direccional puede ser diseñado en diferentes niveles de agregación de la realidad, desde el enfoque de lo que podría denominarse un microproblema, hasta la síntesis global del plan.

En el área de la salud y en la sociedad en su conjunto, donde los problemas tienen un carácter, fundamentalmente, cuasistruktural, el programa direccional no puede proponer la plena seguridad de su transformación, sino que se mueve en un espacio de incertidumbre, en donde se buscará la mayor eficacia de las operaciones y acciones; pero siempre existirá una probabilidad menor a uno. En el fondo, el programa direccional es una apuesta razonada.

Vale la pena que nos detengamos un poco para explicar el concepto de problema cuasistruktural, pues se trata de una categoría muy relevante dentro de la propuesta de planificación situacional. Los sistemas que siguen leyes producen, dominantemente, problemas estructurados, los mismos que se caracterizan por que:

a) Las reglas que conforman el sistema que produce el problema y las relaciones del hombre con él son precisas, claras, invariantes y predefinidas. Estas reglas existen antes de la solución del problema y permanecen iguales después de su solución.

b) El hombre está fuera del problema y se relaciona con él, solo para intentar resolverlo dentro de las reglas predefinidas. La solución del problema no genera otros problemas relacionados con él, o con quien lo soluciona. Cuando el problema es solucionado, nadie puede dudar de la eficacia de la solución.

c) Las fronteras del problema y del sistema que lo genera están bien definidas.

d) Las reglas del sistema hacen explícitas las

posibilidades y restricciones en la solución del problema.

e) El problema está aislado de otros problemas y si conforma una secuencia con otros, su solución no afecta los siguientes.

f) El espacio y el tiempo pertinentes al problema son definidos en las reglas en forma constante o resultan de hecho constantes, para cualquier que se relacione con él.

g) Las variables que constituyen el problema están dadas, son enumerables, conocidas y finitas.

h) El problema plantea un desafío múltiple que abarca siempre el ámbito sociopolítico, aunque tenga una dimensión técnica. La objetividad no es posible, aunque debe perseguirse la rigurosidad.

i) El sistema y los problemas cuasestructurados no se prestan a la estética y la elegancia.

Cualquiera de los problemas de salud que enfrente un SILOS constituye un buen ejemplo de problema cuasestructurado.

La planificación situacional trata con problemas y sistemas cuasestructurados y sus métodos tratan de ajustarse a la realidad tal como es. Por eso, no decimos que el programa direccional es el conjunto de medios de intervención que aplicados en la situación inicial, nos conducen con certeza a la situación-objetivo, pues la naturaleza de los problemas que contiene el plan, solo permite prever que la aplicación de dichos medios gestará un cambio situacional que con grado razonable de posibilidades, nos acercará a la situación-objetivo.

El programa direccional se construye, progresivamente, por aproximaciones sucesivas, en donde se contrastan permanentemente la situación inicial y la situación-objetivo. Ya se habla señalado anteriormente que la explicación situacional no se agota en el primer momento del proceso de planificación, es necesario completarla y precisarla en el desarrollo del proceso. La direccionalidad del plan se marca con tres variables:

a) La selección de los problemas y los actores relevantes para su enfrentamiento.

b) La selección de los medios políticos, económicos y organizativos para enfrentar los problemas.

c) La búsqueda de resultados como consecuencia del uso de los medios para enfrentar los problemas.

La síntesis de estas tres variables constituye el *programa direccional*.

posibilidades y restricciones en la solución del problema esta aislado de otros problemas y si conforma una secuencia con otros, su solución no afecta los siguientes.

f) El espacio y el tiempo pertinentes al problema son definidos en las reglas en forma constante o resultan de hecho constantes, para cualquier que se relacione con él.

g) Las variables que constituyen el problema están dadas, son enumerables, conocidas y finitas.

h) El problema plantea un desafío múltiple que abarca siempre el ámbito sociopolítico, aunque tenga una dimensión técnica. La objetividad no es posible, aunque debe perseguirse la rigurosidad.

i) El sistema y los problemas cuasestructurados no se prestan a la estética y la elegancia.

Cualquiera de los problemas de salud que enfrente un SILOS constituye un buen ejemplo de problema cuasestructurado.

La planificación situacional trata con problemas y sistemas cuasestructurados y sus métodos tratan de ajustarse a la realidad tal como es. Por eso, no decimos que el programa direccional es el conjunto de medios de intervención que aplicados en la situación inicial, nos conducen con certeza a la situación-objetivo, pues la naturaleza de los problemas que contiene el plan, solo permite prever que la aplicación de dichos medios gestará un cambio situacional que con grado razonable de posibilidades, nos acercará a la situación-objetivo.

El programa direccional se construye, progresivamente, por aproximaciones sucesivas, en donde se contrastan permanentemente la situación inicial y la situación-objetivo. Ya se habla señalado anteriormente que la explicación situacional no se agota en el primer momento del proceso de planificación, es necesario completarla y precisarla en el desarrollo del proceso. La direccionalidad del plan se marca con tres variables:

a) La selección de los problemas y los actores relevantes para su enfrentamiento.

b) La selección de los medios políticos, económicos y organizativos para enfrentar los problemas.

c) La búsqueda de resultados como consecuencia del uso de los medios para enfrentar los problemas.

La síntesis de estas tres variables constituye el *programa direccional*.

Un problema bien estructurado, por ejemplo, sería el de calcular la frecuencia necesaria del mantenimiento que debe hacerse a los equipos que conforman la dotación de un hospital, para que operen eficientemente al ritmo en que son utilizados.

Por el contrario, en los sistemas creativos los hombres lidian con problemas cuasestructurados (mas o menos estructurados, en parte estructurados o deficientemente estructurados) cuyas características son:

a) El problema está determinado por reglas, pero estas no son precisas, ni invariantes, ni iguales para todos. Los hombres crean las reglas y las cambian a veces para solucionar los problemas.

b) El hombre está dentro del problema y desde allí lo conoce y explica, aun si no intenta solucionarlo. La solución de un problema genera otros problemas conexos. La eficacia de una solución es debatible o relativa a los problemas que siguen.

c) Las fronteras del problema y del sistema que lo genera son difusas.

d) El hombre crea las posibilidades de solución, ellas no existen previamente y, a veces, también crea los conceptos para comprender las posibilidades de solución y las restricciones. La principal dificultad para abordar con eficacia un problema cuasestructurado consiste en crear los conceptos para entenderlo.

básicas, las acumulaciones y los flujos que caracterizarían a la nueva situación. Las propiedades inherentes a la situación-objetivo son:

Dimensión totalizante y no incremental: La situación-objetivo debe ser concebida como una totalidad situacional imaginada. No se debe abordar desde perspectivas parciales señalando solamente cambios específicos en los problemas articulada de los diferentes actores sociales en el espacio y tiempo de la situación analizada y de la correlación de poder entre ellos, en relación a los problemas seleccionados como prioritarios u objeto de transformación. Estos primeros elementos se complementan con los aspectos más resaltantes en la explicación de los problemas y con un análisis crítico de la posibilidad de solucionarlos y de los factores que pueden obstaculizar o facilitar las acciones que se diseñen para enfrentarlos.

Potencialidad de agregación-desagregación: La situación-objetivo tendrá un carácter más general y difuso que la caracterización de la situación inicial. Pero, a su vez, el grado de especificidad o desagregación variará, tanto por las particularidades del vector de definición del problema, como por los elementos feno y genoes-structurales que lo explican.

Disyuntiva flexibilidad-rigidez: La necesidad de darle a la planificación el carácter de un proceso dinámico exige mantener una visión dinámica, a través de ajustes permanentes de la situación-objetivo. Se podrían señalar dos aspectos en los cuales es fundamental mantener esta flexibilidad. El primero de ellos se refiere al tiempo. La situación-objetivo debe mantener su carácter de guía permanente del proceso de planificación, por lo tanto en la medida que el tiempo de planificación o ejecución transcurre, tendrá que reevaluarse la propuesta situacional para mantener una distancia de la situación coyuntural. Estos aspectos dan espacio para la segunda precisión, *que se ha de hacer*. La situación-objetivo debe ser reelaborada periódicamente, de acuerdo a las modificaciones ocurridas en el tiempo y el espacio de la situación inicial, así como, del carácter específico de los problemas y sus explicaciones geno y fenoestructurales.

Como se puede apreciar, la situación-objetivo debe ser calculada y diseñada en un marco de restricciones políticas, económicas, cognitivas, organizativas, jurídicas, etc. De este conjunto de restricciones se deriva que la situación-objetivo tiene un aspecto de cálculo político-técnico y otro de diseño coherente científico-técnico. El primero de estos aspectos se refiere, fundamentalmente, al flujo de fuerzas entre los diferentes actores sociales en relación a la situación-objetivo, su visión de la misma, su aceptación y su decisión de promoverla o alcanzarla o, por el contrario, de oponerse a su realización. Este cálculo político-

El diseño del programa direccional se inicia

con la formulación o diseño de la *situación-objetivo*. Pero, como paso previo e íntimamente ligado a esta formulación se debe plantear una hipótesis de síntesis de la situación inicial que funcionalmente se comporte como un marco de viabilidad inicial en lo referente a la direccionalidad del plan. El marco de viabilidad inicial esta conformado, fundamentalmente, por una visión articulada de los diferentes actores sociales en el espacio y tiempo de la situación analizada y de la correlación de poder entre ellos, en relación a los problemas seleccionados como prioritarios u objeto de transformación. Estos primeros elementos se complementan con los aspectos más resaltantes en la explicación de los problemas y con un análisis crítico de la posibilidad de solucionarlos y de los factores que pueden obstaculizar o facilitar las acciones que se diseñen para enfrentarlos.

Tomar como referencia este marco de viabilidad inicial es muy importante en el momento de diseño de la situación-objetivo y del conjunto de operaciones y acciones del plan, pues evita su construcción en abstracto y simplifica el proceso iterativo que necesariamente se produce cuando se formaliza el análisis de viabilidad.

La situación-objetivo esta condicionada por las particularidades de la situación inicial y por las posibilidades de desarrollar las operaciones en un marco social, político, cultural y económico. Ese estudio previo de viabilidad tendrá su complemento cualitativamente superior cuando se realicen los análisis de coherencia, direccionalidad y viabilidad.

Efectuado este análisis previo es el momento de abordar la formulación de la situación-objetivo, la cual se puede identificar como guía direccional del proceso de cambio situacional y la norma con que el actor busca la adhesión, así como la alteración de las reglas básicas, acumulaciones o flujos de producción. Este proceso es el que lleva a la consecución de ciertos objetivos, que son las variables terminales que marcan la direccionalidad (qué) y el alcance (cuánto), de la situación-objetivo.

Cuando el conjunto de objetivos adquiere un rango estructurado se habla del *vector de resultados*. Este vector de resultados (conjunto estructurado de objetivos) es un componente más de la situación-objetivo, no el todo. El otro gran componente es, precisamente, el espacio general, particular o singular en donde se dan las reglas

técnico debe considerar también la modificación de la estructura de fuerzas ante modificaciones en la situación-objetivo inicialmente esbozada.

El segundo de los aspectos es el diseño coherente científico-técnico. La situación-objetivo debe cumplir ciertos criterios de coherencia interna; el vector de resultados esperados en la situación-objetivo debe ser consecuencia de las características de las fenestructuras y de las ge-noestructuras que primarán en ella. Esto permite superar las limitaciones de formular solo un "conjunto de objetivos", con el diseño de una situación objetivo.

Conflicto de valores: La situación-objetivo expresa principalmente valores que no se pueden verificar científicamente. Desde este punto de vista, la situación-objetivo expresa una propuesta política.

Con el ejemplo que desarrollamos acerca del problema de la elevada mortalidad infantil por sarampión, podemos ilustrar lo explicado con respecto a la articulación entre la explicación de la situación inicial y la formulación de la situación-objetivo.

Supongamos que el problema escogido por el equipo médico es valorado por todos los actores relevantes para el SILOS y existe consenso sobre la prioridad que se le asigna a su enfrentamiento. Ambos elementos se deducen de las aproximaciones iniciales al análisis de viabilidad ya hecho por el equipo médico. Además, se constata la posibilidad de reasignar recursos financieros y humanos entre las operaciones que realiza el sector asistencial del SILOS. Esto sugiere al equipo médico que es posible enfrentar con cierto grado de éxito el problema explicado e indica que sería posible construir viabilidad a las operaciones que serán necesarias para enfrentar lo. Hecho este primer estudio de análisis de la viabilidad, se comienza a esbozar la situación-objetivo en los siguientes términos:

- Disminuir la mortalidad registrada en menores de cinco años por sarampión. Para el primer año la disminución debe ser de un 20% y así sucesivamente, hasta que al cabo de cinco años, se elimine el sarampión como causa de muerte en el grupo etario señalado.
- Para conseguir esa alteración en el resultado se debe ampliar progresivamente la cobertura de las operaciones de vacunación contra el sarampión. En el primer año debe ampliarse hasta

● Para alcanzar las ampliaciones anuales propuestas, se requiere atacar los tres nudos críticos (Nc) identificados en la explicación del problema:

Nc1. 1: Insuficiencia de personal para las operaciones de vacunación contra el sarampión.
Nc2. 1: Actitud pasiva de la población frente a las operaciones de carácter preventivo.
Nc3. 1: Desproporción entre los recursos asignados a operaciones preventivas y curativas.

El nudo crítico 4 está fuera del espacio de los SILOS. Esta en el ámbito general que corresponde al Ministerio de Salud, por lo tanto, no entra en el espacio de posibilidades que tiene el SILOS para atacarlo. Sin embargo, es uno de los nudos críticos que aparecen en la explicación que ha hecho el Ministerio de Salud del problema de la ineficiencia de los programas preventivos de salud a nivel nacional y ha diseñado algunas operaciones para atacarlo.

En consecuencia, para alcanzar la situación-objetivo que el SILOS se ha propuesto a mediano plazo, es necesario:

- Aumentar, en x número de personas (médicos y enfermeras), el personal a cuyo cargo están las operaciones de vacunación contra el sarampión.
- Lograr que la población asuma una actitud activa frente a las operaciones de carácter preventivo y acuda oportuna y espontáneamente a los centros de vacunación.
- Modificar la proporción de los recursos asignados a operaciones de carácter preventivo, con lo cual a las operaciones de vacunación contra el sarampión se les asignarán mayores recursos financieros y humanos.

Se puede apreciar que los objetivos propuestos están interrelacionados. No es posible alterar el vector de resultados sin modificar el sistema que los produce; por lo tanto, la situación-objetivo no puede ser concebida como una serie de cambios específicos, sino como una nueva situación donde el cambio, en uno de los elementos del sistema, supone la modificación de los otros elementos relacionados con él.

En rigor, la formulación de la situación-objetivo requeriría construir un "flujograma de la

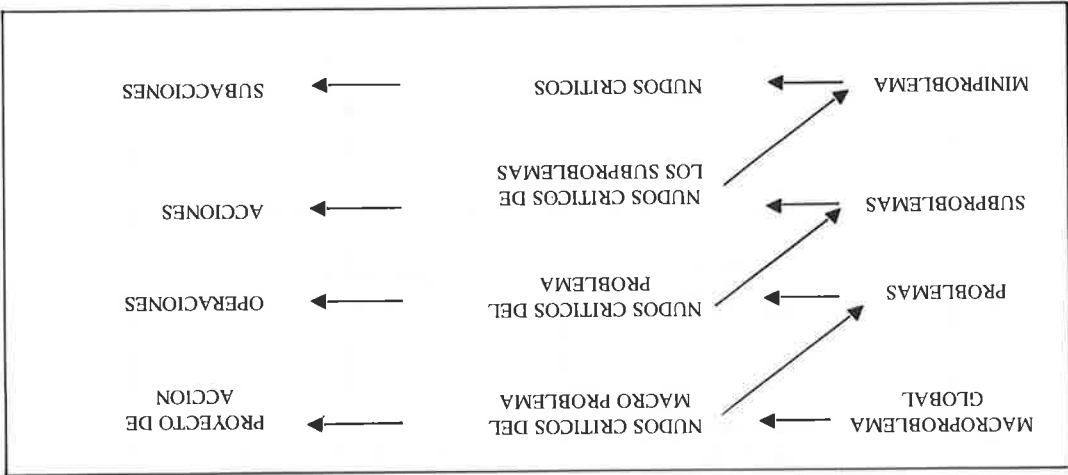
Los nudos críticos deben convertirse en centros de intervención a fin de lograr la transformación requerida. Este es el momento de diseñar los proyectos de acción que contendrán todas las operaciones y acciones propuestas para generar el cambio situacional, que es en esencia el nudo central del programa direccional. Ya se había destacado anteriormente, como uno de los fundamentos más importantes de este método de planificación, la concepción modular y recursiva del plan a fin de darle la mayor flexibilidad y potencialidad al proceso. Así, tenemos que los proyectos de acción que enfrentan a la globalidad de los problemas pueden ser desagregados en operaciones que serían las encargadas de enfrentar los nudos críticos de los problemas; pero a su vez, un problema puede ser desagregado en subproblemas, que pueden ser enfrentados por elementos más operativos de las operaciones como son las acciones. Esta desagregación puede llevarse hasta los términos más particulares o sencillos, tal como se expresa en el gráfico de:

C. Diseño de las operaciones, acciones y subacciones

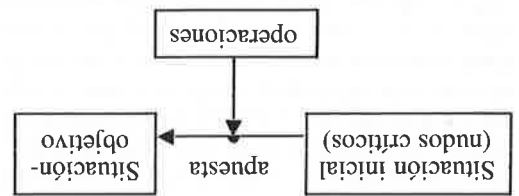
La contrastación de la situación inicial con las expectativas del actor social, permitió establecer una explicación o red causal de esa situación inicial, fundamentalmente, en la caracterización de los problemas y su causalidad (reglas) y fenomenológica (acumulaciones). En la trama causal deben identificarse los nudos críticos, o sea aquellos subproblemas o conjuntos semánticos que articulaban variables explicativas del problema, expresadas en forma cuantitativa o lingüística, que al alterarse causan, directa o indirectamente, una modificación en las características del vector de definición del problema. Esta modificación debe ser substancialmente distinta, en términos cualitativos y cuantitativos, a la que se produciría si se atacara algún otro nudo de la red causal.

La categoría central del proceso de diseño de los proyectos de acción, es la operación. Esta es

Proceso de operacionalización y concreción.



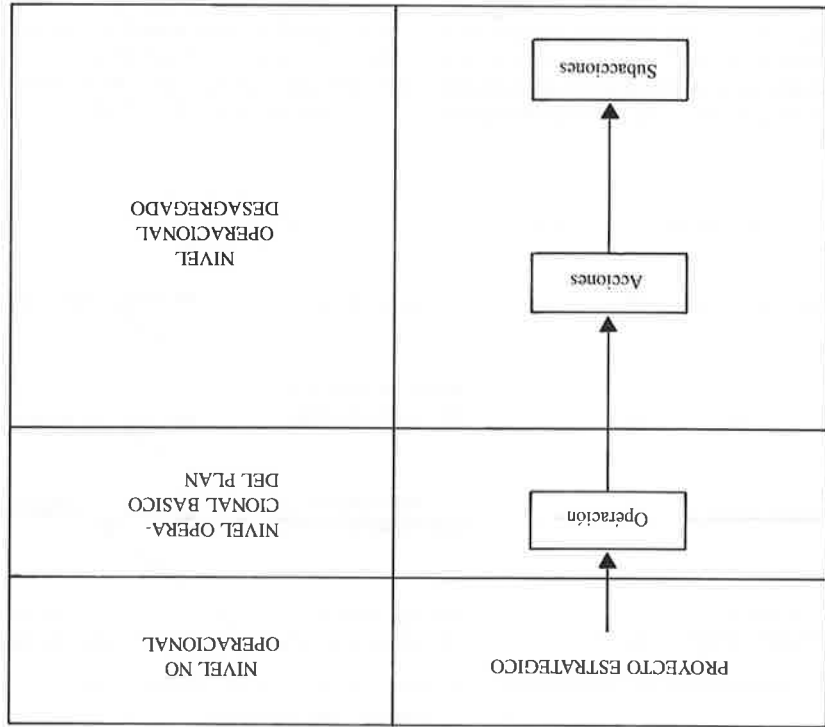
la unidad básica del plan para la asignación de recursos y para la articulación de acciones de regulación. En otros términos, se podría conceptualizar como un compromiso para producir acciones que asume un actor definido, fundado intencionalmente en una previsión de que las consecuencias imputables a los medios seleccionados coincidirán, significativamente, con los resultados esperados en el horizonte de tiempo del plan.



Se considera que la categoría operación es central, básicamente por los siguientes elementos:

- a) Es una unidad operacional de acción, con agentes organizados bien definidos para su ejecución y control. Utiliza y combina variables controlables e intenta generar un producto que tiene un resultado de impacto sobre la situación-objetivo.
 - b) Es una unidad modular, porque debe definirse considerando las opciones de dimensiónamiento y diseño que están condicionadas por variantes.
 - c) Es una unidad cuyos recursos son agregables con las de otras unidades, sin que el agregado pierda significado o se produzcan duplicaciones.
- El concepto de operación abarca al conjunto de acciones que puede realizar un actor en dos sentidos: en procesos de regulación social, donde es fundamental tener una influencia de fuerza que generen poder en favor de las regulaciones propuestas, o con acciones que impliquen la asignación de recursos de diferente orden. Las operaciones más frecuentes son aquellas en donde interactúan las dos posibilidades descritas.
- El buen diseño de las operaciones requiere que sean sometidas a diversos criterios de evaluación. A manera de ejemplo, en el Cuadro de la página siguiente se enuncian algunos de los criterios que pueden ser utilizados para hacer esta evaluación y explicita la pregunta pertinente para cada criterio de evaluación. Las respuestas que se indican son solo un ejemplo ilustrativo de las muchas respuestas que puede darse a ese conjunto de preguntas.

Componentes del proyecto estratégico y niveles operacionales.



Nótese que el concepto de operación de operación responde a la necesidad de preservar, en los conceptos, la unidad indivisible que existe en la realidad entre sus diversos dominios. De manera que en una operación entra todo tipo de recursos (poder, recursos económicos, conocimientos médicos, capacidades organizativas, etc.), y su producto genera todo tipo de efectos (políticos, económicos, sanitarios, organizativos, etc.).

El concepto de inversión es apenas un tipo de recurso o de producto que compone una operación, lo cual permite superar los criterios limitaciones, propia del ámbito de la salud, en dichas evaluaciones.

Este punto es de extrema importancia en la planificación situacional de la salud, pues permite superar la evaluación puramente económica de los proyectos de salud y destacar la eficacia propia del ámbito de la salud, en dichas evaluaciones.

Algunos criterios para evaluar operaciones.

CRITERIO	PREGUNTA	ILUSTRACION DE RESPUESTA
1. EFICACIA	?Tiene impacto sobre el VDP del problema? ?Qué nudos críticos ataca?	Cambio poco significativo en los indicadores del VDP del problema
2. EFICIENCIA	?Cómo es la relación recursos-producto? ?En qué medida se afecta el problema?	Alta producción con pocos recursos Poco, por subdimensionamiento del producto
3. POTENCIA	?Su posibilidad y resultados son muy dependientes de las variantes del plan?	Muy dependiente de la estabilidad del dólar
4. SENSIBILIDAD	?Los costos y beneficios se distribuyen equitativamente?	Favorece los grupos de menores ingresos
5. EQUIDAD	?Responde a las aspiraciones de que grupos sociales? Esta en el espacio direccional de que actores?	Es una sobreimpresión para todos
6. REPRESENTATIVIDAD	?Ofrece resultados en cuánto tiempo?	A largo plazo
7. MADURABILIDAD	?Cual es el costo de postergarla?	Bajo
8. POSTERGABILIDAD	?Es exigente en recursos muy escasos?	Exige mucho poder y pocos recursos económicos en una situación política precaria pero de abundancia económica
9. COSTO SOCIAL	?Cómo es el intercambio de problemas que genera la operación?	Positivo Negativo
10. BALANCE DE POTENCIA	?La aplicación de poder que requiere generará más o menos poder?	Desacumulación de fuerza
11. BALANCE POLITICO	?Es una operación acumuladora de conocimientos?	Innovadora/acumuladora de conocimientos tradicionales
12. BALANCE COGNITIVO	?Es rentable?	No rentable
13. BALANCE ECONOMICO	?Es acumuladora de capacidades organizativas?	De capacidades innovadoras
14. BALANCE ORGANIZATIVO		

Dado que una operación es una relación recur-

sos \rightarrow producto \rightarrow resultado \rightarrow resultado, otro de los criterios básicos que se debe tener en cuenta en este análisis inicial de las operaciones y acciones, es su eficiencia de producción y su eficacia direccional. La primera de ellas se refiere a la relación recursos \rightarrow producto, a fin de cumplir un criterio de rendimiento de los recursos aplicados en relación a los productos obtenidos. La eficacia direccional es un vector de definición del problema \rightarrow ducto \rightarrow vector de definición del problema que indica la potencia del producto de la operación, para alterar favorablemente a este último.

Como síntesis de la relación entre los problemas, los nudos críticos y las operaciones con sus acciones, se puede construir matrices (Cuadro 2), que nos permite evidenciar la forma en que cada operación afecta a varios nudos críticos; cómo cada nudo crítico es afectado por varias operaciones y cómo cada operación tiene efectos sobre varios problemas. Esto es así, porque los problemas sociales, y dentro de ellos los de salud, tienen espacios superpuestos y las acumulaciones sociales o categorías fenoestructurales y las redes o genoesestructuras explican en muchas oportunidades varios problemas a la vez. Así, al atacar un nudo crítico se puede generar una reacción en cadena con una gran potencialidad de modificación de la situación inicial.

Por ejemplo, en la trama causal del problema "Elevada mortalidad por sarampión en menores de cinco años"; propuesto como ilustración en puntos anteriores, se identificaron nudos críticos en el espacio singular del problema:

Nc1.1 : Insuficiencia de personal para realizar las operaciones de vacunación contra el sarampión.
 Nc2.1 : Actitud pasiva de la población frente a las operaciones de carácter preventivo.
 Nc3.1 : Desproporción entre los recursos asignados a operaciones preventivas y curativas.
 En esta notación, el primer subíndice indica el número del nudo crítico y el segundo subíndice el número del problema.
 Las operaciones diseñadas para atacarlos son:

01 : Aumento del personal de salud asignado a las operaciones de vacunación contra el sarampión.
 02 : Campaña masiva de educación sanitaria a la población para modificar su actitud frente a las operaciones de carácter preventivo.
 03 : Reasignación de recursos entre las operaciones que realiza el sector asistencial de SILS.

Cuadro 2. Matriz nudos críticos-operaciones.
 Problema 1: Elevada mortalidad de menores de cinco años por sarampión.

	Operaciones		
	Nc1.1	Nc2.1	Nc3.1
01	+	0	+
02	0	+	0
03	+	+	+

Nota: + = Impacto positivo; 0 = Sin impacto.

Con estos elementos se construyen las demás matrices.
 Además, se puede construir otra matriz que relacione los nudos críticos identificados en el problema singular explicado, con otros problemas del plan. Supongamos, que además del problema citado en el ejemplo (Problema 1) se seleccionaron los siguientes:

Problema 2 : Elevada mortalidad por cáncer en las vías respiratorias.

Problema 3 : Ineficiencia de los servicios de emergencia en los centros de salud.

Así, resulta la matriz (Cuadro 3) que muestra que los nudos críticos Nc2.1 y Nc3.1 son comunes al Problema 2. La matriz también indica que el Problema 3 no tiene ningún nudo crítico en común con el Problema 1.

Cuadro 3. Matriz nudos críticos-problemas.

	Problemas		
	Nc1.1	Nc2.1	Nc3.1
Pt1	x	x	x
Pt2	0	x	x
Pt3	0	0	0

Esta matriz da cuenta de los nudos críticos que son comunes a varios de los problemas del plan y permite construir otra matriz similar a la que aparece en primer lugar; pero que da cuenta de cómo las operaciones diseñadas para atacar los nudos críticos del Problema 1, influyen sobre el resto de los problemas donde se detectaron nudos críticos comunes (Cuadro 4).

Cuadro 4. Matriz operaciones nudos-críticos.

Nudos Críticos	Pr1	Nc1.1	01	+	0	+
			02	0	+	0
Operaciones	Pr1-Pr2	Nc2.1	01	+	0	+
			02	+	+	+
		Nc3.1	03	+	+	+

Finalmente, se puede construir una matriz (Cuadro 5) que relaciona los otros problemas con las operaciones diseñadas para enfrentar el Problema 1. Para esto, asumamos que los nudos críticos que no son comunes entre los tres problemas son los siguientes:

Pr2: Nc1.2 : Obsolescencia del equipo utilizado para la detección precoz del cáncer.
 Pr3: Nc1.3 : Insuficiencia de personal médico en el servicio de emergencia.

En este caso, las operaciones 01, 02 y 03 tienen efectos positivos o nulos sobre los problemas Pr1, Pr2 y Pr3, de manera que cada operación produce un intercambio positivo de problemas y cada problema es afectado solo positivamente por el conjunto de operaciones.

Nc2.3 : Excesiva demora en el otorgamiento de citas, para consulta externa.
 Nc3.3 : La población acude al servicio de emergencia en casos que son de emergencia.

Cuadro 5. Matriz problemas-operaciones.

Operaciones	01	02	03	Problemas		
				Nc1.1	Nc2.1	Nc3.1
Pr1	+	0	+	Nc1.1	+	+
	+	+	+	Nc2.1	+	+
	+	0	+	Nc3.1	+	+
Pr2	0	0	0	Nc1.2	0	0
	0	+	+	Nc2.1	+	+
	+	0	+	Nc3.1	0	+
Pr3	0	0	0	Nc1.3	0	0
	0	0	0	Nc2.3	0	0
	0	+	0	Nc3.3	+	0

Balance de los efectos del conjunto de operaciones sobre cada problema

Mide el intercambio de problemas que genera cada operación.

D. El programa direccional en diversos escenarios

En la planificación estratégica, el concepto de escenario es una herramienta para lidiar con la incertidumbre (SI) que está presente en todo proceso de planificación.

Es impensable que el programa direccional, aunque es por naturaleza un sistema de apuestas, se constituya en una apuesta ciega sobre el futuro, donde existe una sola trayectoria identificada para alcanzar la situación-objetivo (SO). Además, el contenido propositivo del plan debe expresarse en un contexto que resume las condiciones y supuestos en que el plan se sitúa.

Un escenario es, entonces, ese contexto situacional del programa direccional y, así como es posible identificar múltiples escenarios, es necesario pensar distintas trayectorias alternativas para cada uno de los escenarios relevantes que se pueda construir.

Un escenario se construye articulando variantes y opciones en el marco de las invariantes, que son variables que el actor no controla y que para los efectos prácticos de la planificación, permanecen constantes; y las tendencias largas, que es el movimiento previsible de una variable en el largo plazo. En el marco de las invariantes y tendencias largas, se explora el movimiento incierto, imaginable, probable, posible o deseable de las variantes críticas para el plan y se prevén las opciones de acción para alcanzar la situación-objetivo propuesta.

Entonces, en lugar de intentar adivinar el futuro en que han de realizarse las operaciones que conforman el programa direccional, el plan debe situarse en varios escenarios posibles y relevantes. Así, la técnica de escenarios tiene una limitación importante, cual es la capacidad restringida que tiene cualquier actor para predecir el espacio de ocurrencia de las variantes e imágenes con sentido práctico. Sin embargo, es mucho más eficaz predecir un espacio de variantes, con todas las imperfecciones que esa predicción pudiera tener, para prevenir distintos planes de contingencia y enfrentarlas, que predecir una trayectoria independiente del contexto situacional en que se ha de materializar, o bajo un solo conjunto de supuestos (Figura 8).

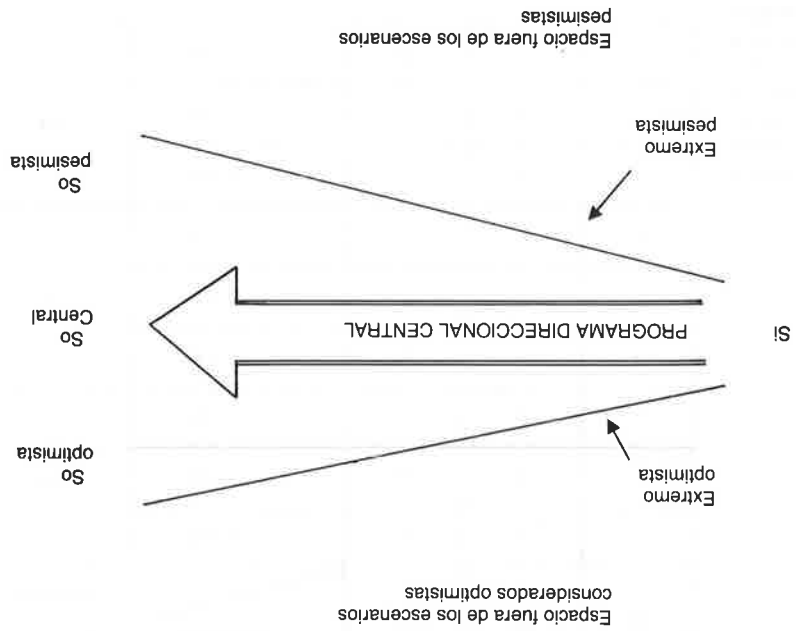


Figura 8. Programa direccional con escenarios.

Para cada escenario posible y relevante que pueda ser identificado, es necesario contar con un plan. No se trata de explorar los escenarios posibles para elegir el que más convenga o el que se crea que tiene la mayor probabilidad de ocurrencia, sino de formular planes alternativos para cada uno de los escenarios relevantes con mayor probabilidad de materialización.

El momento estratégico

El problema de viabilidad del plan está presente en todos los momentos del proceso de planificación, pero es dominante en el momento estratégico. En este momento el actor analiza las distintas formas en que parece posible sortear los obstáculos y restricciones que se oponen a la ejecución de los proyectos y operaciones seleccionados por su eficacia direccional, es decir por su potencia para alterar las características de la situación inicial. En buena cuenta, el momento estratégico articula el *debe ser* diseñado en el momento normativo, con el *puede ser*.

En las páginas que siguen, intentaremos abordar el momento estratégico de la planificación desde la perspectiva y de acuerdo con las necesidades del equipo directivo de un sistema local de salud. Esto supone dimensionar la propuesta técnica general de la planificación situacional en función de las características y capacidades propias de un sistema local de salud, para dotarlos de un instrumental y las formas de proceder que requieran para realizar el análisis dinámico de viabilidad de sus proyectos de acción.

Las estrategias posibles

Para intentar materializar el programa direccional es posible pensar en las siguientes estrategias:

- Cooptación.
- Cooperación.
- Cooperación y conflicto.
- Conflicto negociable.
- Confrontación.

La estrategia de cooptación. Es apropiada cuando la dificultad para construir viabilidad al plan reside en que el "foco de atención" del SILOS no coincide con el "foco de atención" de los actores decisivos para la realización de las operaciones. En este caso, no hay intereses opuestos sino indiferencia o neutralidad que puede ser superada por la vía de la motivación, argumentación y persuasión. De esta manera es posible sumar fuerzas al plan sin conceder nada a cambio.

De allí la necesidad de sistematizar el análisis dinámico de viabilidad como instrumento de cálculo para la acción. Lo contrario sería, por una parte, aceptar las restricciones y limitar la acción a lo que es viable hoy, o ignorar esas acciones.

que se abren en la situación para realizar esas acciones. El ingenio creativo del actor para convertir espacios de restricciones en espacios de libertades para su acción y, a la vez, estar permanentemente preparado para aprovechar las oportunidades que se abren en la situación para realizar esas acciones. Las preguntas básicas son: ¿Cómo puede un actor crear posibilidades para realizar sus operaciones? ¿Cómo puede acumular los recursos que necesita para ejecutar sus operaciones a lo largo del tiempo? Todo esto significa que la construcción de viabilidad al plan supone aplicar el ingenio creativo del actor para convertir espacios de restricciones en espacios de libertades para su acción y, a la vez, estar permanentemente preparado para aprovechar las oportunidades que se abren en la situación para realizar esas acciones. Para intentar materializar el programa direccional, sino a las posibilidades de construcción de viabilidad al plan, a partir de una situación concreta. Ese análisis de viabilidad no es estático, no se refiere a la posibilidad de ejecutar hoy las operaciones que el actor ha incluido en su programa direccional, sino a las posibilidades de construcción de viabilidad al plan, a partir de una situación concreta. Como preguntas básicas son: ¿Cómo puede un actor crear posibilidades para realizar sus operaciones? ¿Cómo puede acumular los recursos que necesita para ejecutar sus operaciones a lo largo del tiempo? Todo esto significa que la construcción de viabilidad al plan supone aplicar el ingenio creativo del actor para convertir espacios de restricciones en espacios de libertades para su acción y, a la vez, estar permanentemente preparado para aprovechar las oportunidades que se abren en la situación para realizar esas acciones.

La estrategia de cooperación. Es apropiada cuando hay intereses distintos entre los actores cuyo apoyo es necesario para la viabilidad del plan. En este caso se da un juego de suma positiva que puede ser resuelto mediante la negociación, donde todas las partes ceden algo y ganan mucho más de lo que ceden.

La estrategia de cooperación y conflicto. Es una estrategia mixta, donde algunos aspectos son tratables como un juego de suma positiva y otros, como un juego de suma cero. La negociación es aquí posible, pero más difícil.

La estrategia de conflicto negociable. Se puede dar en una situación donde los intereses son opuestos porque se trata de un juego de suma cero. De manera que lo que uno gana, el otro lo pierde; pero la alternativa de confrontación es más costosa para ambos que la negociación.

La estrategia de confrontación. Se da en un juego de intereses irreconciliables que tienen como única solución la mediación política de fuerzas. En este caso logra su objetivo el actor que tiene más peso. En cualquiera de estas estrategias se trata de un proceso de construcción de viabilidad que consiste en buscar varias trayectorias de cambio situacional que constituyan un puente posible entre la situación inicial y la situación-objetivo.

Análisis de construcción de viabilidad del programa direccional

El análisis dinámico de construcción de viabilidad consiste en simular anticipadamente el cambio situacional más probable, a partir de un ensayo de distintas secuencias de ejecución de las operaciones y de escenarios posibles, para determinar si es viable ejecutar las operaciones que integran el programa direccional en las distintas situaciones previstas. Se asume que esas distintas secuencias producen distintos encadenamientos del cambio situacional, que crean condiciones diferenciadas para la cooperación, la cooperación y el conflicto. El análisis de viabilidad no se limita a la posibilidad de tomar la decisión, se extiende también a su ejecución y a su permanencia. En consecuencia, una operación será viable si:

a) podemos decidir sobre su ejecución;

b) podemos hacer que opere eficazmente en la realidad, y

c) podemos hacer que su ejecución tenga una duración eficiente en relación a su propósito.

La respuesta a estas interrogantes abarca, al menos, tres dimensiones: la política, la económica y la institucional organizativa. Si damos por supuesta la factibilidad científico-técnica (en este caso la factibilidad médica) de las operaciones analizadas se agregaría la dimensión ideológico-cultural, entendida como las resistencias, de tal naturaleza, que se opondrían a la realización del plan y, a la vez, como elemento que en determinadas circunstancias podría favorecer su ejecución. Sin embargo, nos centramos en las tres dimensiones señaladas por cuanto son, a nuestro criterio, las de mayor relevancia. Por ejemplo, si en el problema de la identificación de los servicios asistenciales de salud se identifica como nudo crítico la insuficiencia de los horarios de consulta, para atender al público que demanda ese servicio, y se propone como operación necesaria y suficiente para atacarlo ampliar los horarios de atención al público, de 5 horas diarias a 8 horas diarias, se requiere determinar si:

a) El nivel directivo del sistema local de salud puede tomar la decisión de aumentar las horas de trabajo al personal médico que presta el servicio de consulta, mediante una instrucción dictada a tal efecto. Aquí debe tomarse en cuenta la autonomía de decisión que tiene dentro del sistema de salud, es decir si tiene la potestad de dictar normas para la organización de los servicios dentro de su ámbito, o si esa potestad solo corresponde al nivel central del Ministerio de Salud que impone normas de carácter general al respecto. Si estamos en el primer caso, el cuerpo directivo del SIILOS podría decidir ampliar los horarios de atención al público porque tiene la suficiente autonomía para hacerlo. La decisión en este caso es viable por la vía de la cooperación, la cooperación o el conflicto.

b) Pero no basta con que se pueda tomar la decisión, es necesario que se pueda ejecutar; por eso, la dirección del SIILOS tendrá que considerar elementos distintos a los de su autonomía decisoria, como son, entre otros:

● La oposición del personal médico a cumplir el horario de trabajos propuesto, pues esas horas las ocupan en consultas privadas; la fuerza con

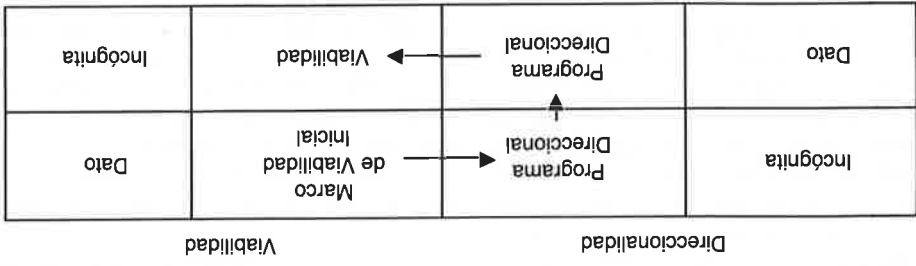
y dimensiones estudiadas en una situación concreta. Si en alguna de las instancias la respuesta es negativa, tendrá que re pensar su estrategia de acción para buscar la forma de construirle viabilidad en dicha operación, a través de un encadenamiento de acciones que modifiquen la situación hasta crear las condiciones en que pueda ser viable o rediseñarla y, en función del nuevo diseño, analizar su viabilidad.

Ahora bien, ¿Cómo se hace el análisis de viabilidad? ¿Cuáles son los elementos que debe tener en cuenta el autor para efectuarlo? ¿Cuáles son los instrumentos y procedimientos a seguir para sistematizar ese análisis?

En el caso de los sistemas locales de salud, con las características que se le atribuyen en los distintos documentos de la OPS, el análisis de viabilidad podría realizarse en la secuencia y con los alcances que a continuación pasamos a describir.

Análisis de viabilidad política. El análisis dinámico de viabilidad versa sobre el programa direccional que ha pasado el examen de consecuencia, el cual supone explicitar las consecuencias de toda naturaleza que traería la materialización del programa direccional, asumiendo que su realización es posible en los escenarios considerados. La relación entre viabilidad política y direccionalidad puede ser graficada (Figura 9).

Figura 9. Relación entre direccionalidad y viabilidad.



que cuenta para imponerles su decisión, o la posibilidad de negociar con ellos esa modificación en el horario.

● Los recursos económicos que necesita para aumentar la remuneración del personal médico en función de la ampliación del horario de trabajo y para enfrentar el incremento de los gastos de operación que conlleva.

c) Además, necesita darle a su operación la permanencia que requiere para asegurar los resultados que persigue. Así tendrá que analizar, entre otras cosas:

● Si puede mantener su decisión de ampliar los horarios de atención frente a la oposición del personal médico que, a pesar de la imposición inicial, incumpla los horarios, o si es capaz de mantener las concesiones que tiene que hacer al negociar con ellos la ampliación de los horarios.

● Si de acuerdo a sus previsiones presupuestarias, podrá mantener el ritmo de gastos que supone la extensión de horarios de trabajo.

● Si cuenta con una estructura institucional-organizativa que pueda responder a las nuevas demandas que generaría la disposición comentada.

En este caso, el cuerpo directivo del SILOS decidirá que la operación propuesta es viable, si la respuesta es afirmativa para las tres instancias

En el momento normativo, cuando se hace el inventario de las operaciones necesarias y suficientes para provocar una serie de cambios situacionales que nos aproximen a la situación-objetivos, asumimos un marco de viabilidad política inicial como un dato que comenzamos a deducir desde el mismo momento explicativo, cuando identificamos los principales actores en el proceso con sus espacios direccionales, su posición frente a los problemas en debate, sus capacidades de acción en contraste con las nuestras y, aunque de un modo grueso, las principales restricciones a nuestra acción.

Dentro de ese marco de viabilidad inicial formulamos un programa direccional compuesto por un conjunto de operaciones con una coheren-

cia y masa crítica suficientes, para lograr un cambio situacional en una dirección y alcance determinados.

En el momento estratégico, ese programa direccional pasa a ser nuestro dato, lo que no quiere decir que sea inalterable, como veremos más adelante, y sobre el practicáremos el análisis de viabilidad política.

En realidad, el análisis de viabilidad política toma en cuenta solo a los proyectos conflictivos, para cuya materialización es previsible la oposición más o menos abierta de otros actores sociales. Ese carácter conflictivo se deduce, igualmente, del momento explicativo, cuando construimos la matriz actores-problemas valorados. En aquella oportunidad señalamos que las intersecciones entre los mapas valorativos de los problemas, manifiestan las posibilidades de concertación o las potencialidades de conflicto, según las características en valor y signo de dichas intersecciones. Al mismo tiempo, precisamos que aun en los casos de intersección positiva de un mismo valor sobre un problema, podría darse conflicto si acaso el consenso no abarcara las operaciones para enfrentarlo.

Por esta vía podemos identificar, con cierta facilidad y precisión, los proyectos de acción conflictivos que serán objeto del análisis de viabilidad política. Se supone que los otros proyectos pueden realizarse mediante el consumo o la autoridad.

El análisis requiere simular las trayectorias posibles de construcción de viabilidad a los proyectos conflictivos. Para ello es conveniente cumplir los siguientes pasos:

a) Analistas de las relaciones de fuerzas e intereses en la situación inicial en relación a los proyectos de acción seleccionados. En realidad ese análisis comienza en el momento explicativo y sirve como marco de viabilidad inicial a la formulación del programa direccional. Pero, en este momento, conviene hacer explícitas algunas variables que no eran necesarias precisar con mayor detalle en los momentos anteriores, en función de nuestro programa direccional ya construido. Con los SILOS, será necesario:

● Identificar y precisar los actores implicados en la decisión, materialización y consecuencias de las operaciones del programa direccional. Esto es, precisar cuáles de los actores relevantes se opondrán o apoyarán la materialización de cada operación.

b) Analistas de la fuerza propia. Dentro de la fuerza propia (equipo médico y personal administrativo del sector asistencial de un SILOS), conviene explicitar las posiciones que posiblemente se adoptarán frente a la materialización de

ción en el momento de su decisión, ejecución o permanencia.

● Apreciar la intensidad con que se supone que esos actores rechazarán o apoyarán dichas operaciones.

● Estimar la fuerza que dichos actores tienen en la situación, tomando en cuenta la diversidad de elementos que constituyen sus capacidades de producción de acciones en ambientes bien determinados, y la instancia (decisión ejecución y permanencia) donde esa fuerza tiene mayor relevancia en relación con cada proyecto específico. La fuerza es el concepto que utiliza la planificación situacional para operacionalizar la categoría de poder. La fuerza de los actores sociales puede precisarse a través de su vector de peso, o conjunto de elementos que conforman la capacidad de un actor social determinado para producir acciones en ambientes específicos. El vector de peso de un actor está compuesto, por ejemplo, por el grado de adhesión popular con que cuenta, los conocimientos que ha acumulado, las tecnologías que domina, el grado de control que ejerce sobre las instancias decisorias, las alianzas que ha hecho, etc. La fuerza que tienen distintos actores en la situación es comparable a través de sus correspondientes vectores de peso, siempre que los elementos considerados se precisen de manera homogénea, de tal forma que sea posible compararlos.

La aplicación de fuerza no tiene siempre la misma eficacia. Es posible que un determinado actor posea una gran fuerza para producir acciones en determinado ámbito o instancia (decisión, ejecución, permanencia) y poca o ninguna fuerza en otros. Por ejemplo, un sindicato poderoso puede tener la suficiente fuerza para lograr que se apruebe un aumento salarial; pero puede tener poca o ninguna fuerza para alterar la estructura de producción de servicios de salud en un SILOS.

En el momento de analizar la viabilidad política de las operaciones diseñadas por el cuerpo directivo de un SILOS, es necesario determinar si los actores relevantes tienen la suficiente fuerza para oponerse a ellas, en la oportunidad de producir la decisión, ejecutar lo decidido y mantenerla en funcionamiento.

los proyectos. Por ejemplo, si frente a determinar nada operación el equipo médico o administrativo adoptara una actitud de oposición o si, por el contrario, actuará a favor de su producción. Esta consideración es necesaria si reconocemos que ninguna fuerza es completamente homogénea en sus intereses, propuestas, comportamientos, reacciones y distribución de poder; pues, obviamente, la cohesión interna de un actor es un factor importante en su capacidad de acción.

c) Simulación de trayectorias. Con estas condiciones, es posible abordar el estudio dinámico del cambio situacional y del cambio en las posibilidades de materializar los proyectos de acción. Para ello, es necesario identificar y simular trayectorias, tanto en sus condiciones de viabilidad como en sus condiciones de acción.

En este punto conviene que nos detengamos a explicar algunos conceptos que acabamos de introducir (Figuras 10 y 11), como son el arco de coyuntura y trayectoria.

Un *arco de coyuntura* (Figura 10) es el camino que se construye entre la situación inicial y una situación inmediatamente siguiente. Se puede graficar como sigue:

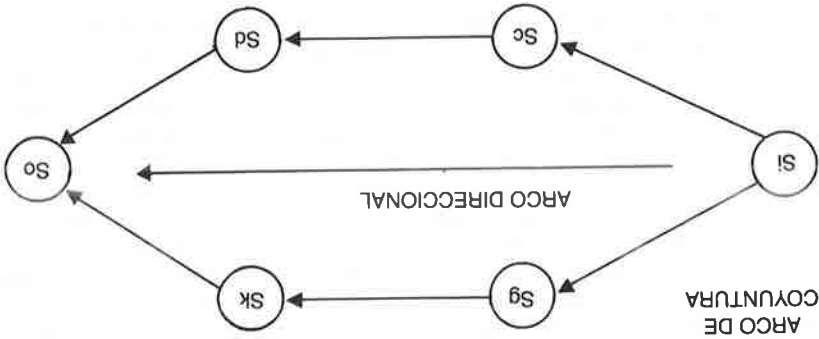


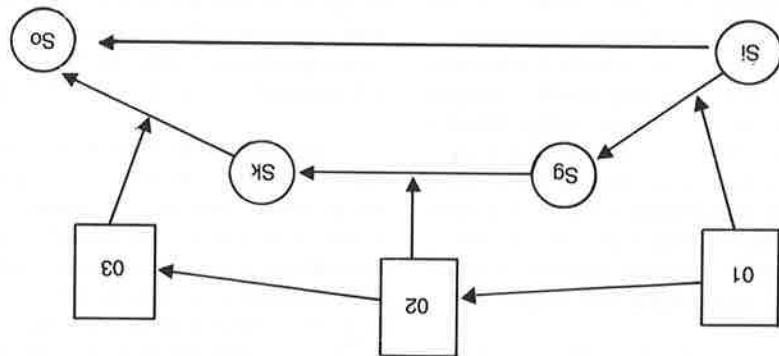
Figura 10. Arcos de coyuntura.

El *arco direccional* es el camino recto entre la situación inicial (SI) y la situación-objetivo (So). La evaluación del arco de coyuntura indica si el paso o movimiento inmediato objeto de decisión se aleja o se acerca a la situación-objetivo. Los conceptos alejarse o acercarse no tienen significado temporal, sino probabilístico. Por ejemplo, en el gráfico, si se sigue la trayectoria SI → Sg → Sk → So, cabe preguntarse si en Sg la probabilidad de llegar a So es mayor o menor que en SI. El arco de coyuntura se construye de varias formas, es decir se puede pasar de la SI a Sg, bien por acontecimientos en el escenario que nos envuelve y que son ajenos a nuestro control, o como consecuencia de la producción de las operaciones previstas en el programa direccional nuestro o de los otros. Deje-

La trayectoria es una secuencia de situaciones y operaciones que se da entre la situación inicial y la situación-objetivo. Es el encadenamiento de arcos de coyuntura que empieza en la situación inicial y termina en la situación-objetivo. La figura siguiente (Figura 11) presenta el encadenamiento entre SI → Sg → Sk → So, lo que constituye una trayectoria producida, en este caso, por la aplicación de las operaciones O1 → O2 → O3 en cada una de las situaciones. En otras palabras, la operación O1 aplicada en la SI genera un cambio situacional hacia Sg y construye el arco de coyuntura SI → Sg y, así, sucesivamente.

mos de lado, por ahora, las dos primeras causas del cambio situacional y centramos en la construcción del arco de coyuntura como resultado de la producción de acciones calculadas e intencionales.

Figura 11. Trayectoria hacia la situación objetivo.



El conjunto de operaciones del plan se puede ordenar de distintas maneras y conformar diversas trayectorias, considerando como operaciones integradas, o como operaciones desagregadas en parte. Cuando el número de operaciones es grande, el número de trayectorias teóricas puede ser tan elevado que, de antemano, desanimen cualquier intento de analizarlas y hasta de enumerarlas. Pero no todas las trayectorias teóricas son trayectorias prácticas y esta es la primera selección que debe hacer el actor.

En efecto, entre las trayectorias teóricas identificadas hay algunas que son imposibles por cuanto ciertas operaciones deben, necesariamente, preceder a otras. Por ejemplo, la dotación de equipos e instrumental médico que requiere el diagnóstico precoz de alguna enfermedad, necesariamente precede a la ejecución de un programa permanente de diagnóstico precoz de la misma enfermedad. También hay trayectorias que, si bien no presentan restricciones de orden que las hagan imposibles, su ejecución desvirtúa el propósito del actor o lo alejan de la situación-objetivo; son trayectorias inefficientes.

Con estos criterios se descarta un número importante de trayectorias teóricas y se deja para el examen de viabilidad solo las trayectorias prácticas. Una vez seleccionadas las trayectorias prácticas se examinan, una a una, según el orden de análisis que se elija. Ese orden no es arbitrario porque algunas trayectorias pueden arrojar luces sobre otras, en la medida que producen situaciones y arcos de coyuntura similares.

A continuación, el actor inicia el ensayo de cada trayectoria preguntándose por la viabilidad de la primera operación que la compone en la situación inicial. Es decir, el actor analizará si en la situación inicial puede decidir la producción de las trayectorias teóricas y se deja para el examen de viabilidad solo las trayectorias prácticas. Una vez seleccionadas las trayectorias prácticas se examinan, una a una, según el orden de análisis que se elija. Ese orden no es arbitrario porque algunas trayectorias pueden arrojar luces sobre otras, en la medida que producen situaciones y arcos de coyuntura similares.

Una trayectoria es viable si y solo si todos sus arcos son viables. Por tanto, la inviabilidad de un arco cualquiera de la trayectoria la invalida completamente.

En este análisis aparecerá la necesidad de considerar operaciones adicionales a las seleccionadas

de la operación que inicia la trayectoria, ejecución y mantenerla en el tiempo; esto es, si su fuerza para decidir, ejecutar y mantener la operación es superior a la fuerza de los actores que se oponen a su producción. Si del análisis resulta que la operación que inicia la trayectoria no es viable, toda la trayectoria será nula y se descartarán todas las demás trayectorias que se inicien con la misma operación. Si el actor encuentra que puede realizar la operación que inicia la trayectoria en la situación inicial, deberá simular los efectos del éxito o fracaso de esa operación en la conformación de la situación siguiente. En otras palabras, debe analizar si en realidad la ejecución de la operación bajo análisis cambiaría la situación inicial y hasta qué punto crearía una situación nueva.

Al mismo tiempo, debe simular cuál sería la acción más probable de los otros actores relevantes frente a la producción de las operaciones que pueden modificar la situación. Esta simulación se fundamenta en las deducciones que se puedan hacer sobre las estrategias de los demás actores, en función del conocimiento que se tenga de sus respectivos espacios direccionales.

En la nueva situación imaginable, como resultado de la aplicación de la operación que inicia la trayectoria que se está analizando y de la simulación de las acciones más probables de los otros actores, se estudiará la posibilidad de ejecutar la operación que sigue y así, sucesivamente, hasta completar el análisis de cada trayectoria.

Análisis de viabilidad económica. El análisis de viabilidad económica supone que el actor se pregunte por las restricciones de recursos de esta naturaleza que debe sortear para realizar sus proyectos de tipo económico que traerá la materialización de las operaciones que los integran.

En realidad, el análisis de viabilidad económica se centra en aquellas operaciones exigentes en recursos económicos, al igual que el análisis de viabilidad política se refiere a los proyectos concretivos. En el primer caso, el recurso escaso es el recurso económico; en el segundo se trata de la escasez de recursos de poder.

Existen operaciones cuya realización no demanda las acciones de recursos económicos, son las acciones de regulación, en cuya producción los recursos de esta naturaleza no son significativos. Pero es posible que esas acciones de regulación traigan consecuencias que alteren la situación económica en forma favorable o desfavorable para el actor, o generen a la larga necesidades de recursos económicos no previstas inicialmente. Por ello, es importante que el actor se pregunte acerca de las consecuencias económicas que razonablemente puede prever de la ejecución de sus operaciones, sean o no exigentes en recursos de tal naturaleza.

El examen dinámico de viabilidad económica supone entonces:

● El análisis de los recursos económicos y financieros disponibles para el actor que plantea, a fin de verificar si los usos exigidos coinciden con tales recursos.

● La simulación de la posibilidad de crear nuevos recursos económicos y financieros en el horizonte de tiempo del plan, a fin de equiparar los usos requeridos, o solicitar ante el espacio jerárquico superior una mayor asignación de recursos.

● El análisis de las consecuencias económicas de la materialización de las operaciones analizadas.

Estas pruebas pueden hacerse con las técnicas ya conocidas y aplicadas tradicionalmente. Lo que se destaca en la propuesta de planificación situacional es la interdependencia entre los análisis de viabilidad económica y las demás dimensiones de dicho análisis. Tal como veremos cuando nos referiramos al análisis de viabilidad de síntesis, para que se decida que un plan es viable, debe examinarse en todas sus dimensiones y pasarse dicho examen; pues si alguno de los análisis de viabilidad económica supone que el actor se arroja resultados negativos, será necesario volver a nuestro programa direccional para reformularlo.

Análisis de viabilidad institucional organizativa. En este caso el actor se pregunta acerca de sus capacidades institucionales y organizativas para llevar adelante la ejecución de su programa direccional.

En el caso de un sistema local de salud, el equipo directivo estudiará si los recursos con que cuenta su organización son los que requiere la materialización de su plan, o si son insuficientes para tal propósito. Por ejemplo, analizará si la organización actual de los servicios asistenciales le permite ejecutar un proyecto ambicioso de extensión de la cobertura de dichos servicios, o si sus capacidades lo limitan solo a mejorar la cobertura existente.

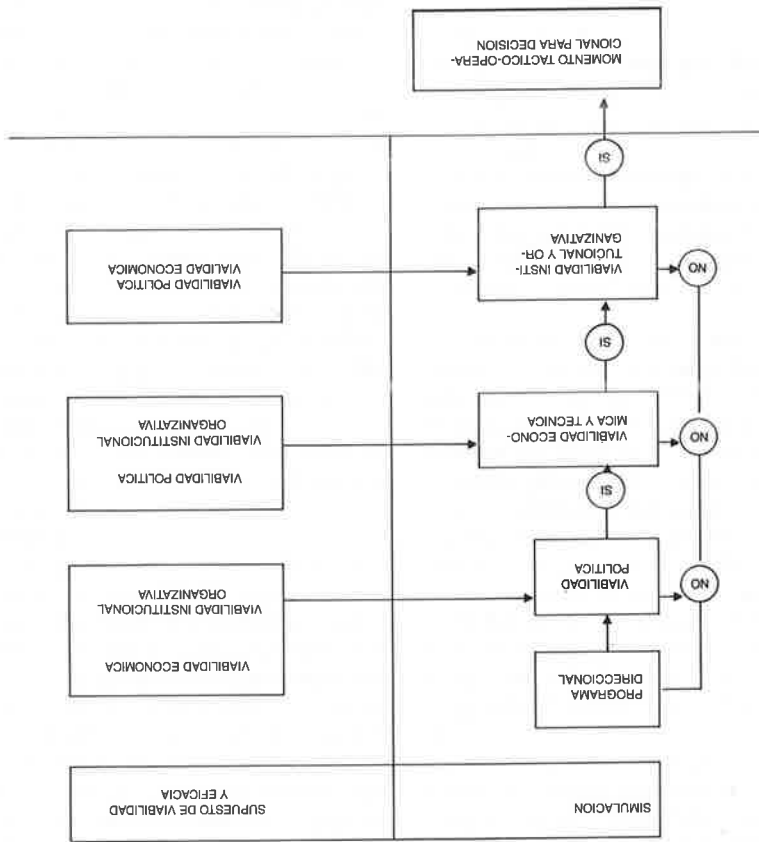
A diferencia de los otros casos, donde el análisis versaba sobre algún tipo de operación particular, el análisis de viabilidad institucional organizativa se refiere a todo tipo de operaciones, pues las capacidades de tipo organizativo influyen en todos los ámbitos de la producción del actor. Por eso, no se puede establecer de antemano sobre cuáles operaciones se realizará el análisis y, en cada caso, el actor debe decidir cuáles de las operaciones que ha incluido en su programa direccional requieren ser analizadas a la luz de las restricciones de carácter institucional organizativo que ha identificado en su situación actual.

Puede ocurrir que el análisis de viabilidad en este ámbito le revele la necesidad de incluir una operación cuyo objeto sea ampliar las capacidades organizacionales del actor. Si ello es necesario, esa nueva operación debe estudiarse en términos de su viabilidad política y económica, al igual que el resto de las operaciones que componen el programa direccional original. Por esa vía de ensayo es posible corregir el programa direccional hasta que sea política, económica y organizativamente viable.

Análisis de viabilidad de síntesis. Ya hemos dicho que las dimensiones que comprende el análisis de viabilidad están interrelacionadas, por ello, no basta con realizar los análisis de viabilidad específicos en cada uno de esos ámbitos, sino que se requiere hacer una prueba de viabilidad de síntesis y articular direccionalidad con viabilidad.

La Figura 13, recoge la secuencia del análisis de viabilidad de síntesis:

Figura 13. Secuencia del análisis de viabilidad de síntesis.



En el momento de analizar la viabilidad política se asume como dada la viabilidad económica e institucional-organizativa del programa direccional. Si ninguna de las trayectorias prácticas analizadas resulta viable, será necesario revisar el programa direccional para modificarlo y recomenzar el análisis de viabilidad política, hasta que se consiga formular un programa que pueda pasar dicho examen.

Luego se analiza la viabilidad económica, su-poniendo dadas la viabilidad institucional-organizativa y la viabilidad política probada. Si del análisis se desprende la necesidad de incluir alguna otra operación, esta deberá ser analizada en su dimensión política. Igualmente, si el programa resulta económicamente inviable, volveremos a revisarlo y a reiniciar el examen.

De la misma manera se procede en el caso de la viabilidad institucional-organizativa y, si es necesario, se harán los sucesivos ajustes al programa direccional hasta encontrar el diseño que

Hasta ahora hemos descrito el proceso de planificación en su tarea de aportar conocimientos, es decir nos hemos dedicado a lo que se refiere al conocimiento de la realidad planificada, al diseño del futuro deseado y al estudio de las posibilidades de realizar el plan. Nos queda pendiente el momento de la acción en el día a día, para completar ese proceso que, desde el principio, hemos

Momento táctico-operacional

sea, a la vez, consistente y coherente desde el punto de vista normativo y viable en las dimensiones e instancias a que nos hemos referido a lo largo de este capítulo.

Recordemos que a nivel local, todo este análisis de viabilidad puede reducirse a una forma de reflexionar las posibilidades del plan y elegir entre tres caminos: la cooptación, la cooperación y el conflicto.

definido como mediación entre el conocimiento y la acción.

Así, como el momento explicativo se concentra en el momento normativo en el que se realiza el momento estratégico en la articulación entre el momento táctico-operacional se refiere al hacer. Este es el momento de realizar el cálculo que precede y preside de la acción en la coyuntura, decidir sobre ella tanto en función de las restricciones presentes como de la necesidad de avanzar hacia el cumplimiento del plan, de verificar las consecuencias prácticas de las decisiones tomadas y precisar la nueva situación inicial.

En definitiva, es el momento en que aparece con mayor nitidez la articulación de la planificación con la toma de decisiones, mediante las cuales se conduce un proceso social.

Los sistemas locales de salud, tal como han sido definidos por la OPS, son centros con capacidad de gestión para la toma de decisiones y para la solución de problemas específicos. Esto significa que, en su ámbito geográfico-poblacional e institucional, tienen cierto grado de autonomía decisoria con respecto al nivel central, lo cual le permite hacer planes y actuar en función de ellos, obviamente, en el marco de sus capacidades y competencias, y sin constituirse en unidades dispersas y atomizadas dentro del sistema global de salud que los comprende.

Para la toma de decisiones cuenta, entonces, con un sistema gerencial institucional mas o menos desarrollado que conduce al sistema local de salud hacia objetivos creativamente seleccionados. En las siguientes líneas, intentaremos desarrollar un conjunto de herramientas y procedimientos que pueden apoyar al nivel gerencial de los SIOS en la tarea cotidiana de expresar en acciones los contenidos que le han dado a sus planes, es decir para abordar el proceso de planificación en el momento de hacer, evaluar y corregir.

Submomentos del momento táctico-operacional

Dentro del momento táctico-operacional se puede distinguir dos submomentos que están encadenados y que se necesitan y refuerzan mutuamente: el de la apreciación situacional en la coyuntura, y el de la resolución sobre problemas y operaciones.

En el primer submomento, la *apreciación situacional en la coyuntura*, se hace el juicio que permite captar y evaluar la realidad en el momento de la acción, apreciar el desarrollo inicial

de nuevos problemas y evaluar la direccionalidad del proceso. Es, además, la instancia de la postevaluación porque la apreciación situacional también es una evaluación sobre lo hecho para comparar los efectos reales de nuestras acciones anteriores con los efectos esperados según el plan.

El segundo submomento, la *resolución sobre problemas y operaciones*, es el de la preevaluación de los impactos que puede causar determinación de la acción en la coyuntura que se aprecia en el primer momento. Además, es la instancia de corrección mutua entre la realidad y el plan, sea esta direccional o coyuntural, pero siempre mediante decisiones o acciones concretas.

Ahora bien, para estructurar este sistema se requiere un principio organizador que permita al dirigente realizar eficientemente esa preevaluación y esa postevaluación que le exige el momento de acción. Ese principio organizador se construye en base a dos criterios:

- La concentración estratégica, que exige concentración en los problemas y operaciones estratégicas, lo cual implica que el sistema de conducción debe contemplar tratamientos diferenciales para los distintos tipos de problemas y operaciones.
- Las operaciones estratégicas son las que marcan la dirección del movimiento situacional. Estas operaciones reúnen las siguientes características:
 - Se refieren a problemas de alto valor para los actores sociales.
 - Inciden sobre nudos críticos que se encuentran en las acumulaciones o reglas básicas.
 - Afectan la direccionalidad del cambio situacional porque inciden sobre nudos críticos comunes a varios problemas.
 - Se refieren a problemas terminales que, por su naturaleza, no admiten soluciones normalizadas; por consiguiente, requieren juicio resolutivo de alcance estratégico para cada caso y en cada situación.

b) Flexibilidad táctica, sin perder de vista que la táctica solo es eficaz en función de una estrategia. La planificación en el presente es planificación táctica, que exige una evaluación permanente de la evolución del cambio situacional y de los resultados reales alcanzados después de cada acto de intervención, o después de algún evento no planificado o exógeno al sistema, que altera las características de la situación o su movimiento.

- De planificación en la coyuntura.
- De gerencia por operaciones.
- De petición y rendición de cuentas.
- De presupuesto por programas.
- De emergencia.

Sistema de planificación en la coyuntura. Es el principal responsable de la mediación entre el conocimiento y la acción. Se centra en los problemas y operaciones estratégicas y se interconecta con el sistema de soporte a las decisiones. Las características principales de este sistema son:

- a) Es un cálculo de síntesis donde convergen las instancias explicativa, normativa y estratégica hacia el cálculo que precede y preside la acción.
- b) Es el cálculo inmediato a la acción.
- c) Es un cálculo que se adapta a la dirección normatizada, estratégica o de emergencia*.
- d) Es un cálculo correctivo y adaptativo, donde de cada apreciación y resolución es ajustada permanentemente de acuerdo con la historia reciente y la trayectoria que aun es posible recorrer hasta alcanzar la situación-objetivo.
- e) Es un cálculo sometido a presiones porque en él se enfrentan las distintas visiones y tendencias al interior del actor que planifica y las fuerzas que coexisten conflictivamente en la situación. Ese encuentro conflictivo de visiones se da, fundamentalmente, entre:

- Los distintos criterios de eficacia de las acciones.
- Los criterios de corto plazo y los de largo o mediano plazo.
- Las tendencias ideológicas y éticas contrapuestas que inciden en una decisión.
- Las apreciaciones desde distintas perspectivas de análisis sobre la situación real, sus oportunidades de tiempo normal.

* Cuando se trata de un problema total o parcialmente estructurado, es posible diseñar algoritmos para su solución. En estos casos no se requiere el juicio resolutorio (salvo en la parte inestructurada de los problemas parcialmente estructurados), sino controlar la aplicación y adecuación del algoritmo diseñado. Esto es lo que denominamos dirección normatizada, en contraposición a la dirección estratégica que exige el juicio resolutorio del dirigente en la producción de acciones para enfrentar problemas semiestructurados o inestructurados. La dirección en emergencia es también dirección estratégica, solo que en este caso el ritmo en el que transcurren los acontecimientos es acelerado. En buena cuenta, la dirección normatizada ahorra tiempo al dirigente, pues lo releva de crear soluciones a problemas que bien pueden ser tratados con la aplicación de algoritmos y le permite concentrarse en aquellos que, por su naturaleza, no admiten ese tipo de soluciones.

Este seguimiento permite, al mismo tiempo, comparar simulación con realidad para mejorar los cálculos siguientes y revisar constantemente el plan, a fin de adaptarlo con flexibilidad cada vez que la situación cambie.

La evaluación permanente del proceso de cambio situacional supone, por consiguiente, verificar lo planificado y lo alcanzado con lo logrado en cada situación. Además, exige examinar si el curso siguiente del movimiento planificado sigue o no en la dirección correcta. Esto último supone una comparación permanente entre el arco coyuntural y el arco direccional del plan, para verificar que tanto nos acerca o nos aleja de la situación-objetivo, producir determinadas acciones, o la ocurrencia de eventos no planificados o exógenos.

Por esta razón, los procesos de planificación y toma de decisiones deben conformar un sistema articulado para evitar, en lo posible, que los arcos de coyuntura construyan una direccionalidad disminuida por las restricciones del presente. La estrategia y la práctica en la acción deben estar asociadas para que aquella no se agote en lucraciones sin contacto con la realidad y esta no se produzca, sin un cálculo que supere el inmediato-tismo.

Ese sistema debe estar preparado para actuar tanto en condiciones normales, como en condiciones de tensión situacional. Esto significa que además de responder con eficacia en la toma de decisiones bajo condiciones de normalidad, debe estar preparado para dar respuesta a las necesidades que se presenten cuando esa normalidad se rompa y se cree un estado de emergencia o de tensión situacional, que requiera modos de dirección distintos a los que se aplican cuando el proceso de toma de decisiones se da en un ritmo de tiempo normal.

Modos y sistemas de dirección

De lo dicho hasta ahora se deduce la necesidad de conformar sistemas de conducción que puedan articular la planificación y el proceso de toma de decisiones, con las características que hemos esbozado en líneas anteriores.

Obviamente, a medida que se complejiza y amplía el ámbito de acción pertinente para cada actor, ese sistema se hace más complejo; pero, sus principios básicos son aplicables en cualquier caso.

Llamemos a ese sistema de dirección que proponemos *dirección estratégica*, el cual requiere de los subsistemas siguientes:

unidades y problemas y medios eficaces para abordarlas.

La planificación en la coyuntura requiere, entonces, articular:

- El cálculo estratégico con el proceso permanente de toma de decisiones, lo cual exige concebir la planificación como un proceso incesante donde siempre hay un plan histórico para apoyar las decisiones pero que siempre está haciéndose.
- El corto con el mediano y largo plazo, a fin de dar racionalidad a las acciones presentes con el cálculo hacia el futuro y considerar las restricciones y oportunidades presentes como elementos de revisión del arco direccional del plan.
- Los procesos de prealimentación y retroalimentación en el cálculo que precede y preside la acción planificada.

Para ordenar y sistematizar la acción en horizontes temporales cortos, se propone, básicamente, articular el plan de acción anual con los planes en la coyuntura.

El plan de acción anual es un plan por problemas y operaciones que asume el dirigente como compromiso de acción anual. Tiene como referencia direccional al plan de mediano plazo y es, a su vez, la referencia direccional del plan en la coyuntura que surge en el proceso cotidiano de toma de decisiones.

De acuerdo con la naturaleza del problema tratado, el cálculo de planificación se realiza en distintos horizontes temporales. Si se trata de problemas cuya entidad demanda explorar horizontes de tiempo muy largos, la planificación anual servirá para concretar en ese plazo las acciones que se requieren producir, para recorrer la trayectoria de más largo plazo que demanda ese problema. En otros casos, el horizonte de tiempo anual es suficiente para producir las acciones que requiere su solución. Por ejemplo, frente a un problema de estrechez en la infraestructura de los establecimientos de salud, es obvio que la ampliación de dicha infraestructura requiera un plazo al menos mediano. Por el contrario, puede que el problema de la insuficiente cobertura de alguna operación de tipo preventivo puede solucionarse en un horizonte de tiempo mucho más corto.

En todo caso, la amplitud del horizonte temporal que se requiere explorar para formular el plan, depende de la naturaleza del problema y de la situación de cada sistema local de salud.

Sistema de soporte a las decisiones. Esta con-

cebido como un sistema de reposicionamiento en la coyuntura de los cálculos de planificación, hechos en arcos direccionales de mayor longitud. Se intersecta, por consiguiente, con el sistema de planificación en la coyuntura.

Puede ser más o menos sofisticado de acuerdo con las necesidades, la cantidad y complejidad de las variables que debe manejar el dirigente. Para un sistema local de salud, bastaría un nivel básico que le garantice a sus dirigentes el acceso a la información acerca de los hechos relevantes para su acción en forma clasificada y apta para su utilización en forma eficiente. Esto supone, elaborar algunas reglas de análisis de la información bruta y fijar algunos criterios para la inclusión y normalización de datos.

Este sistema debe ser diseñado de acuerdo con las necesidades y capacidades del cuerpo directivo del sistema local de salud pertinente y podrá evolucionar a medida que la experiencia y las nuevas demandas de los dirigentes lo completen y perfeccionen.

Un instrumento que puede ser útil para apoyar el sistema de soporte a las decisiones en cualquier sistema local de salud, es el que a continuación pasamos a describir.

Periódicamente, el cuerpo directivo de los SILOS debe pedir cuenta a los responsables por las operaciones del plan. Para ello se puede utilizar una hoja, como la que aparece en la Figura 14.

Spongamos que se trata de una operación de ampliación de la cobertura de la detección específica y precoz de cáncer en las mamas, que en la situación inicial llegaba a un 45% y estaba previsto alcanzar a 80% del grupo de alto riesgo, para el mes de junio de ese año y estamos en el mes de marzo.

En el recuadro superior izquierdo, aparece un gráfico con los resultados esperados según el plan y los resultados reales con las proyecciones para el resto del período. En este caso, es posible graficar los resultados porque se trata de un problema cuantitativo, si tuviera un carácter cualitativo se llenaría el recuadro con indicadores de esa naturaleza.

En el recuadro inferior izquierdo se colocan los datos numéricos (o cualitativos), que apoyan la construcción del gráfico (o los resultados cualitativos expresados).

En el casillero correspondiente a "causas de las desviaciones" se anota de manera sucinta las causas que, a juicio del responsable por la operación, determinaron las desviaciones observadas. Mientras que en el cuadro de las soluciones pro-

Figura 14

PROBLEMA: ALTA INCIDENCIA DEL CANCER EN LAS MAMAS
 OPERACION: DETECCION PRECOZ DEL CANCER EN LAS MAMAS
 UNIDAD: MEDICINA PREVENTIVA

Unidad responsable	Causas de las desviaciones	Registro estadístico: enero: 47% control febrero: 52% control marzo: 60% control
-compras - Educación sanitaria	- El equipo cuya adquisición estaba aprobada para febrero, fue recibido en marzo. - Suspensión de la campaña de información a la comunidad - Nudo crítico N.º 1: sin cambio significativo	<p>The graph shows a downward trend from 80% to 45% over six months. The 'Resultado esperado' line is a straight line from 80% to 45%. The 'Resultado real y proyectado' line starts at 80% and drops to 60% by the second month. The 'Resultado real' line starts at 60% and drops to 45% by the sixth month.</p>
- Unidad responsable	Soluciones propuestas	- Continuar con la campaña de información a la comunidad - Educación sanitaria

El sistema de gerencia por operaciones. Es un sistema de dirección y administración por objetivos, vale decir, por módulos de acción, los cuales deben corresponder con los módulos del plan.

La planificación situacional cuenta entre sus principios básicos el de la modularidad del plan. Este se expresa integradamente en módulos explicativos (problemas) y módulos de acción (operaciones, acciones y subacciones). Al mismo tiempo, los módulos de acción del plan son módulos de gerencia, puesto que uno de sus requisitos de diseño es la identificación de un responsable por su operación.

De este principio fundamental surge la propuesta de un sistema de gerencia por operaciones recursivo, que se produce hasta los niveles operativos, tanto a quien da cuenta por una operación específica, como a quien tiene bajo su responsabilidad un módulo O-P.

Este instrumento resume la información que requiere el cuerpo directivo para tomar las decisiones pertinentes del caso y puede ser utilizado por cualquier sistema local de salud. A medida que se acumula experiencia, capacidad tecnológica y aumentan las demandas del cuerpo directivo, se podrá mejorar o sofisticar. Además, sirve tanto a quien da cuenta por una operación específica, como a quien tiene bajo su responsabilidad un módulo O-P.

agregado es la operación, que se descompone en acciones y estas en módulos menores. Esta idea se vincula, necesariamente, con los modos de organizar cinco niveles donde cada uno de ellos asume compromisos de acción particionada en módulos de gerencia. Esos niveles son:

● *Nivel cinco:* Es el de la Dirección y Planificación Superior, donde se definen las estrategias, se seleccionan problemas y se diseñan operaciones. Se identifica con la cuspide directiva de una organización. Es el nivel responsable del cambio y la adaptación a situaciones cambiantes.

● *Nivel cuatro:* Es el nivel de la gerencia y organización que asume el compromiso de coordinar un conjunto de operaciones.

● *Nivel tres:* Asume la dirección de cada operación des agregada en acciones.

● *Nivel dos:* Es un nivel de control que se halla presente en todos y cada uno de los demás niveles.

● *Nivel uno:* Es el nivel operativo, encargado de la producción efectiva de acciones.

La virtud de esta concepción está en que cuenta entre sus supuestos la existencia de cierto grado de autonomía en cada uno de los niveles, en el sentido que puedan cumplir los compromisos que asumen sin recurrir al nivel recursivo superior, salvo en casos de excepción. En estos casos, cuando alguna decisión escapa del ámbito "al nivel recursivo superior". Por otra parte, de ella deriva otro sub-sistema de dirección que abordaremos a continuación: el de petición y rendición de cuentas.

Systemas de petición y rendición de cuentas. Las materias que son objeto de la rendición de cuentas por parte de los niveles inferiores hacia los superiores son, precisamente, los problemas (VDP y nudos críticos) y las operaciones o acciones por las cuales se asume el compromiso. Así, cada nivel es productor o demandante de la información que requiere para su gestión interna y para la cuenta que debe rendir al superior, la cual versa sobre los resultados obtenidos en cada uno de los módulos bajo su responsabilidad. En realidad, el sistema de petición y rendición

de cuentas es un sistema de evaluación concebido con ciertas particularidades, pues aborda la evaluación del cambio situacional según la distribución de responsabilidades institucionales y organizativas que establece la estructura modular del plan y que, de una vez, expresa las oportunidades, procedimientos y criterios de evaluación para exigir y rendir cuentas.

Subsistema de presupuestos por programas.

Formaliza la asignación de recursos económicos y presupuestarios a los módulos de planificación y es parte fundamental del subsistema de petición y rendición de cuentas, sobre todo en lo que se refiere a los criterios de eficiencia (relación recursos → producto). También es parte fundamental del sistema de gerencia por operaciones. A su vez, no tiene sentido fuera de los otros subsistemas de dirección.

En síntesis, los subsistemas de dirección descritos son necesarios para completar el ciclo que comienza con la formulación del plan estratégico (fase de conocimiento que incluye los momentos explicativo, normativo y estratégico).

Las operaciones del plan conforman un programa al que es necesario asignar recursos financieros (sistema de presupuesto por programas). Esas operaciones son ejecutadas por las unidades a las cuales se les asignó tal responsabilidad en el diseño mismo de las operaciones y, por tanto, deben dar cuenta con la información que el mismo ha producido sobre los resultados obtenidos durante el período que cubre la cuenta. Esa información permite a los directivos tomar las decisiones pertinentes del caso para corregir desviaciones, reformular el presupuesto o las operaciones y, si es preciso, revisar el plan o las estrategias definidas en una primera instancia).

Este proceso, propio del momento táctico operacional, se sintetiza en la Figura 15.

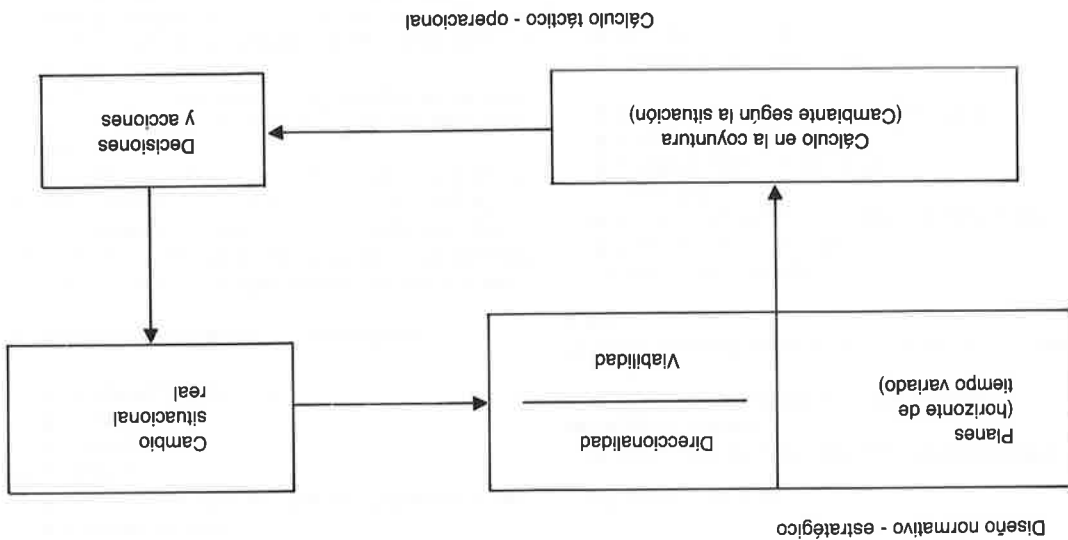
Ejemplo de la aplicación de la planificación situacional en un sistema local de salud

A través del ejemplo, que desarrollaremos a continuación, intentaremos aplicar los conceptos expuestos para un caso hipotético a partir de la caracterización global de los mismos.

Rasgos generales del sistema local de salud

Para la mejor comprensión de las características de los SILOS, en donde se va a desarrollar el proceso de planificación, se dan a continuación algunos rasgos peculiares que nos interesa conocer para desarrollar el ejemplo:

Figura 15. Momento táctico operacional.



1. Delimitación geográfica y denominante de los SILOS:

- a) Región Centro Occidental.
- b) Área geográfica: 28 000 km².
- c) Denominación del sistema local de salud: Solís.

2. Población:

- a) Total 86 679 hab. (corresponde al 0,5% de la población de la Región Centro Occidental y al 0,5% de la población nacional).
- b) Grupos etarios.

1 - año	3,000
1a - 23 m	3,000
2 - 6 años	14,000
7 - 14 años	20,000
15 - 45 años	35,000
+ 45 años	11,670

3. Características climáticas y geográficas del área:

El área donde se localiza es Solís, tiene tres ambientes ecológicos con dimensiones más o menos similares: un ambiente xerófilo macrotérmico, un valle con bosque de galerías y otro de piedemonte andino. Es un área fundamentalmente agrícola con escaso desarrollo industrial de transformación. La población se encuentra en un 50% en unidades poblacionales mayores de 5 000 habitantes. La mayor concentración de población se encuentra entre las áreas del piedemonte andino y el valle.

4. Procesos salud - enfermedad:

a) Indicadores cuantitativos.

- Mortalidad general 6%
- Mortalidad infantil 35%
- Mortalidad neonatal precoz 20%
- Mortalidad infantil específica por:
 - Área urbana 30%
 - Área rural 50%
- Hijos de trabajadores agrícolas 40%
- Hijos de profesionales 15%

b) Causas de mortalidad general.

- Enfermedades del aparato circulatorio
- Cáncer
- Afecciones del período perinatal
- Accidentes
- Diarreas agudas en menores de 2 años
- Neumonías
- Diabetes
- Anomalias congénitas
- Nefritis - nefrosis
- Sepsis

c) Primeras causas de mortalidad infantil.

- Afecciones propias del período perinatal
- Diarreas agudas
- Anoxias e hipoxias del recién nacido
- Deficiencias nutricionales
- Anomalias congénitas

d) Causas de morbilidad general.

- Catarro común.
- Infecciones dermatológicas (alergias e infecciones).
- Anemia.
- Helmintiasis.
- Síndrome diarreico.

- Dos clínicas con servicios ambulatorios y de hospitalización.
- Quince consultorios ambulatorios.

B) Coberturas de programas de salud más importantes:

- a) Sector asistencial
 - Control prenatal: 30%
 - Control de recién nacido y menores de un año: 40%
 - Control preescolar: 40%
 - Control escolar: 20%
 - Inmunizaciones (promedio): 70%

b) Sector seguridad social

- Sin información
- c) Sector privado
- Sin información

C) Relación personal de salud población (índices)

- a) Médico:
 - Urbano, 1/900
 - Rural, 1/4 000
- b) Enfermera:
 - Urbano, 1/1 200
 - Rural, 1/1 500
- c) Odontólogo: 1/8 000.

D) Actores sociales más relevantes para Solís

- Médicos de los servicios privados de salud, representados por los directores de las clínicas privadas.
- Nivel central del Ministerio de Salud.
- Un concejo municipal.
- Una universidad estatal.
- Dos partidos políticos que agrupan a la mayoría de los electores.
- Comunidad organizada.
- Dos grandes sindicatos que agrupan a todos los trabajadores de la Región.
- Cámara de Comercio.

Proceso de planificación

El equipo de salud de Solís ha decidido iniciar un proceso de planificación utilizando la teoría y método de la planificación situacional. Para iniciar este proceso han acordado convocar a una reunión con plena participación del equipo médico, a fin de seleccionar los problemas prioritarios de su área según lo propone el método de planificación adoptado.

5. Variables sociales más importantes:

a) El sector de producción económica predominante es el agrícola, el 80% de la población económicamente activa se encuentra incorporada a este proceso. En segundo lugar de importancia se ubica el sector comercial de distribución de bienes.

b) La producción interna bruta de esta área corresponde a un 0,01% del Producto Interno Nacional.

c) El 40% de la población se encuentra en estado de pobreza crítica (no alcanza ingresos suficientes para su subsistencia). Otro 40% tiene ingresos similares a los de la canasta básica y solamente, el 20% tiene ingresos superiores.

d) En lo referente a niveles educativos se puede señalar que el 15% de la población mayor de 12 años es analfabeta. De la población económicamente activa el 20% tiene educación superior, el 30% tiene educación media, y el 45% entre primaria completa e incompleta. Solamente el 30% de los trabajadores son calificados.

e) En lo referente a ciertos indicadores de calidad ambiental se puede observar: que 26% de las viviendas son rústicas, el 22% carece de sanitarios, el 23% solo tiene letrinas, al 24% no le llega agua corriente por tubería, y el 40% de las viviendas carecen de servicios de agua con conexión domiciliaria.

6. Servicio de salud:

A) El sistema local de salud en Solís, cuenta con los siguientes establecimientos de salud:

- a) Sector asistencial:
 - Un hospital I.
 - Dos ambulatorios urbano I.
 - Cinco ambulatorios rurales II.
 - Cinco ambulatorios rurales I.
- b) Sector seguridad social

No tiene establecimientos propios. Los trabajadores del área están cubiertos por servicios médicos propios de las empresas, por el sector asistencial y por el sector privado por contratos

● Elevada mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes.

B) En lo referente a la opinión de los diversos actores sociales.

a) La prensa regional, en los primeros meses de ese año, había destacado con insistencia la baja calidad de los servicios asistenciales, que se reflejaba en hechos como: desabastecimiento de los establecimientos de salud, largas esperas por cama de hospitalización y mal trato a la comunidad por parte del equipo de salud. Otros problemas destacados por la prensa son: las malas condiciones nutricionales de los niños, y la deficiente dotación de servicios básicos (aguas y excretas) en las comunidades suburbanas y rurales.

b) Los médicos del servicio privado opinan que el principal problema es la baja calidad e ineficiencia de los servicios de salud públicos que se expresa en el bajo rendimiento del personal de salud, y la escasa dotación de equipos y materiales. Propone que el gobierno contrate los servicios de salud con el sector privado como solución al problema señalado.

c) El nivel central del Ministerio de Salud opina que los principales problemas son: la insuficiente cobertura de los programas preventivos, condicionado fundamentalmente por el bajo rendimiento de las horas-médico y horas-enfermera contratadas. Así, la hora-médico en consulta preventiva, que está normada para un rendimiento de 5 c/h, sólo tienen un rendimiento observado de 3 c/h y se suma a esto la ineficiencia de los servicios del sector asistencial. También asignan un alto valor al problema de la desnutrición infantil; de hecho ese mismo problema explicado desde la perspectiva nacional, forma parte del archivo de problemas del Plan Nacional.

d) El Concejo Municipal encuentra que el problema principal es el deficiente servicio sanitario ambiental, pues un gran porcentaje de población carece del servicio de agua potable intradomiciliaria y del empotramiento de un sistema de recolección de excretas.

e) La Universidad, a través de sus programas rurales, señaló que sus estudios han establecido que el principal problema es la desnutrición infantil. Esta carencia nutricional en los niños los hace más propensos a la muerte por enfermedades infecciosas, asimismo, es un factor determinante de la prematuridad del recién nacido y, por ende, de la mortalidad neonatal precoz en forma general.

f) Los partidos políticos coinciden en que la desnutrición infantil es uno de los principales problemas, a pesar de ser una zona agrícola. Concluido el trabajo encomendado a la comi-

Luego de varias discusiones, llegan a identificar los siguientes problemas:

a) En lo referente al proceso salud enfermedad, establecen como prioritarios:

- La desnutrición infantil.
- La mortalidad neonatal precoz, fundamentalmente por anoxia e hipoxia del recién nacido.
- En lo referente a servicios de salud, se seleccionan como los principales:
 - Insuficiente cobertura de los programas preventivos.
 - Ineficiencia de los servicios asistenciales en Soñis.
 - Inadecuada distribución del personal de salud, entre el área urbana y rural.

Para confirmar esta primera aproximación hecha, fundamentalmente, a través del juicio de expertos, comisionan a un grupo técnico para que levante información que ratifique o invalide la apreciación señalada. Asimismo, se consideró recoger la visión que sobre los problemas de salud del área tenía la comunidad, usaría o no, de los diferentes servicios de salud y otros actores sociales relevantes.

Al cumplir su cometido, la comisión nombra da prescénfo ante el equipo de salud la siguiente información:

A) En cuanto a los problemas detectados por el grupo de expertos:

- a) Se confirma que la desnutrición infantil es un problema relevante por su magnitud, pues el 33% de los niños en los estratos de población con menores ingresos se encuentran con algún grado de desnutrición.
- b) Asimismo, se pudo comprobar que la mortalidad neonatal precoz es bastante elevada (20%) con respecto a los índices regionales y nacionales, y aún más si solo se toma en cuenta la rural, que es de 35%.
- c) En lo referente a servicios de salud, también se pudo comprobar que los servicios preventivos tenían un baja cobertura (prenatal 30%, preescolar 40%, escolar 20%, inmunizaciones 70%).
- El personal de salud es deficiente, tanto en las áreas rurales, como en las urbanas; aunque en estas últimas está en mejor relación cuantitativa con la población.
- d) La información recogida permitió identificar otros problemas no detectados inicialmente:
 - Elevada mortalidad infantil en el área rural, por enfermedades infecciosas.

sión, el cuerpo directivo de Solis con la asesoría de los miembros de la misma, procedió a construir una matriz de actores-problemas identificadas, a fin de recoger en dicho instrumento la posición más relevante de los actores, con respecto a los problemas considerados como de mayor valor para el SILOS. La matriz en cuestión (Cuadro 6) se construyó como sigue:

Cuadro 6. Matriz-actores problemas valorados.

Problemas	Actores	1 Baja calidad e ineficiencia de servicios públicos de salud	2 Insuficiente cobertura de los servicios preventivos	3 Deficiente servicio sanitario ambiental	4 Desnutrición infantil	3	3	3	3	3
					SOLIS	Médicos del servicio privado	Nivel central del Ministerio	Concejo municipal	Universidad	Partidos políticos	Comunidad

El análisis de la matriz revela que el problema de la desnutrición es altamente valorado por todos los actores sociales, tanto por su magnitud como por su trascendencia, pues afecta, fundamentalmente, a la población infantil, lo cual compromete seriamente el desarrollo de la zona y representa una fuerte discrepancia con los valores éticos de la totalidad de los actores. No así el de la insuficiente cobertura de los programas preventivos, al que algunos actores le asignan un valor más bajo, a pesar de identificarlo todos como problema. Con este análisis se detecta que:

a) El problema de la desnutrición es de conocimiento general y altamente valorado por todos. El problema de la baja calidad e ineficiencia de los servicios públicos de salud es altamente valorado por los actores más relevantes para el Solis; como son:

- El nivel central del Ministerio, porque aunque los SILOS son unidades descentralizadas de bien conservar una coherencia programática con los otros niveles del sistema nacional de salud.
- El problema de las deficiencias de los servicios sanitarios ambientales, también tiene un alto valor para los actores más relevantes de Solis.

En definitiva, el cuerpo directivo de Solis seleccionó los cuatro problemas señalados para integrar el archivo del problema del plan, pero los jerarquizó de la siguiente forma:

- 1) Desnutrición infantil;
- 2) Ineficiencia de los servicios públicos de salud;

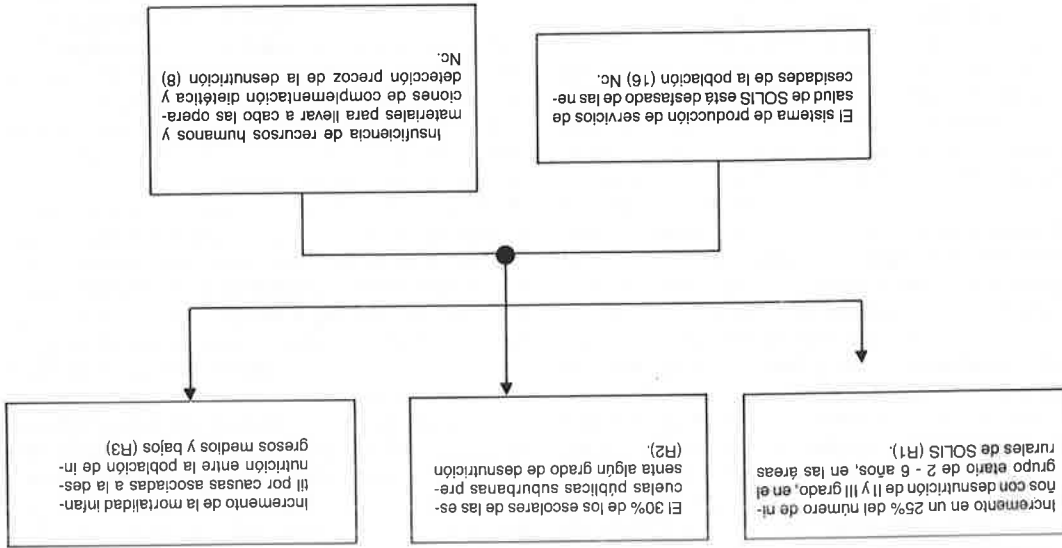
de Solís, a fin de dárles a conocer esa explicación que, en definitiva, motivaría la acción del Ministerio de Salud en relación a dicho problema.

Los integrantes del equipo que se constituyeron para elaborar el flujoograma situacional comenzaron por tratar de identificar los elementos que constituyen las manifestaciones terminales del problema y concluyeron que los hechos identificados por el Nivel Central del Ministerio se podían trasladar, con ciertas especificidades propias de la región, a Solís; por tanto, el problema podía precisarse en los siguientes hechos:

- Incremento en un 25% del número de niños con desnutrición de II y III grado, en el grupo etario de 2 - 6 años en las áreas rurales de Solís.
- El 30% de los escolares de las escuelas públicas suburbanas presenta algún grado de desnutrición.
- Incremento de la mortalidad infantil por causas asociadas a la desnutrición, entre la población de ingresos medios y bajos (R3).

A partir de estos hechos, construyeron un árbol explicativo del problema (Figura 16) de la siguiente manera:

Figura 16. Árbol explicativo de la desnutrición infantil en Solís.



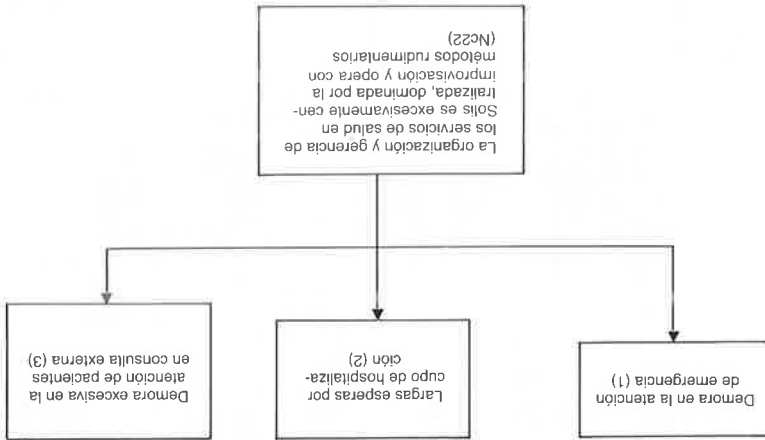
Después de haber construido ese árbol explicativo, algunos miembros del equipo, que como eran bien la técnica de los flujoogramas y la forma de construirlos que propone la planificación situacional, optaron ordenarlo de acuerdo con su ubicación en los distintos planos situacionales para enriquecer la explicación y dar cuenta del plano que era necesario atacar para enfrentar el problema; pues ello les permitiría conocer la potencia que requería la aplicación de operaciones

para alterar la situación y precisar los niveles situacionales en que se dan las relaciones establecidas entre los nudos explicativos identificados. Advertieron que los hechos que caracterizan al problema explicado, vector de resultados o vector de definición del problema (VDP), es decir los nudos 1, 2 y 3, están directamente condicionados por otros hechos que producen los distintos actores involucrados en el problema (personal médico, servicio asistencial, directivos de Solis, población, nivel central del Ministerio, etc.). Estos hechos describen en los nudos 4, 5, 6, 9, 12, 15, 18 y 19, forman parte de la explicación de los resultados insatisfactorios enumerados en el VDP y explican cómo los distintos actores, con sus acciones, contribuyen a su materialización. Se incluyen, obviamente, las acciones que en ese momento se estaban produciendo en relación al problema (operaciones de complementación dietética, operaciones de detección específica precoz de la desnutrición y programas de promoción nutricional).
 Notaron, por ejemplo, que el incremento del porcentaje de niños que presentan desnutrición de II y III grado (nudo 1) y que el alto porcentaje de escolares que presentan algún grado de desnutrición (nudo 2), podría ser explicado por el hecho de la baja cobertura de las operaciones de complementación dietética que estaba desarrollando Solis (nudo 6) y que esa insuficiente cobertura se explicaba, a su vez, por otros hechos, como son el bajo rendimiento de los recursos humanos existentes (nudo 9) y el diseño inadecuado de las necesidades de la población de los programas de complementación dietética (nudo 5). Entre estos hechos o flujos de producción existen, entonces, relaciones de causalidad.
 Otro grupo de nudos explicativos (7, 8, 10, 11, 16 y 13) identifican a los actores sociales involucrados en el problema y sus capacidades económicas, culturales, organizativas, políticas, etc., para producir los hechos identificados y colocados en el plano de los flujos. Por esta razón, los nudos enumerados se ubican en el plano de las acumulaciones, definidas tanto en términos de existencia, como de carencia, que condicionan y limitan la variedad y calidad de los hechos, es decir explican por qué los hechos que se producen son esos y no otros, y por qué se dan en esa forma y no de otra.
 Por ejemplo, al preguntarse por qué las operaciones de complementación dietética tenían una cobertura inferior a la requerida (nudo 6) encontraron que los productos de complementación dietética disponibles para llevarlas a cabo eran insuficientes (nudo 7), lo cual restringía, seriamente, la capacidad de Solis para ampliar la cobertura de las operaciones señaladas.

También, entre los nudos pertenecientes al plano de las acumulaciones encontraron relaciones de causalidad. Por ejemplo, la insuficiencia de productos de complementación dietética (nudo 7) se explicaba, en parte, por la insuficiencia de recursos humanos y materiales (nudo 8) que afrontaba Solis.
 Advertieron, además, que ciertos hechos se acumulaban, es decir alteraban en sentido favorable las capacidades de producción. En este caso se encontraban los nudos 13 y 19; el primero (reducción en la asignación de recursos presupuestarios) se estaba acumulando en insuficiencia de recursos materiales y el segundo (desvío de productos de complementación dietética hacia otros fines) reducía la cantidad de productos de complementación dietética disponibles.
 Por su parte, el nodo 22 constituye una regla básica del sistema. Es también una acumulación, pero con características que le confieren el rango de determinante última del sistema, la que define la variedad y entidad de las acumulaciones y hechos posibles en el mismo. En el espacio particular de Solis, postulado como pertinente para la explicación del problema, esa regla básica se identifica con las reglas de organización y funcionamiento del sistema de salud nacional dichas, explícita o implícitamente, por el Ministerio de Salud.
 Finalmente, identificaron ciertos nudos que están fuera del espacio situacional pertinente a Solis. Estos nudos (17, 24 y 21) constituyen factores del escenario nacional que envuelve el espacio particular del problema en cuestión, pero explicables condicionaban algunos nudos explicativos que se hallan dentro del espacio del problema y, por tanto, contribuyen a completar la explicación dada por el equipo reunido para hacerlo.
 Una vez ubicados en los planos situacionales correspondientes, examinaron los nudos explicativos, a fin de establecer cuál o cuáles de ellos podían considerarse nudos críticos en la explicación del problema.
 Fijaron su atención, en primer lugar, en los nudos explicativos de los que partía el mayor número de condicionamientos, pues eso da una idea bastante aproximada de cuáles de ellos pueden ser calificados como nudos críticos. En ese caso se encontraban los nudos 6, 8, 16 y 22.
 A continuación estudiaron la sensibilidad del vector de resultados del problema ante la alteración de las características descritas en los nudos señalados y concluyeron que las modificaciones más significativas se producirían al atacar los nudos 8 y 16. Además, advertieron que si no eran atacados dichos nudos no se lograría alterar sustancialmente la situación explicada.
 Constataron, igualmente, que por la ubicación

de los nudos críticos en el plano de las acumulaciones, se trataba de un problema fenomenológico y que los recursos que exigía aplicar para su enfrentamiento eran muchos y de muy diversa naturaleza. A continuación, procedieron a explicar el secuencial (Figuras 17 y 18).

Figura 17. Árbol explicativo de la ineficiencia de los servicios asistenciales.



Procedieron de la misma forma en que lo habían hecho para seleccionar los nudos críticos del problema de desnutrición. En este caso, identificaron el siguiente nudo crítico:

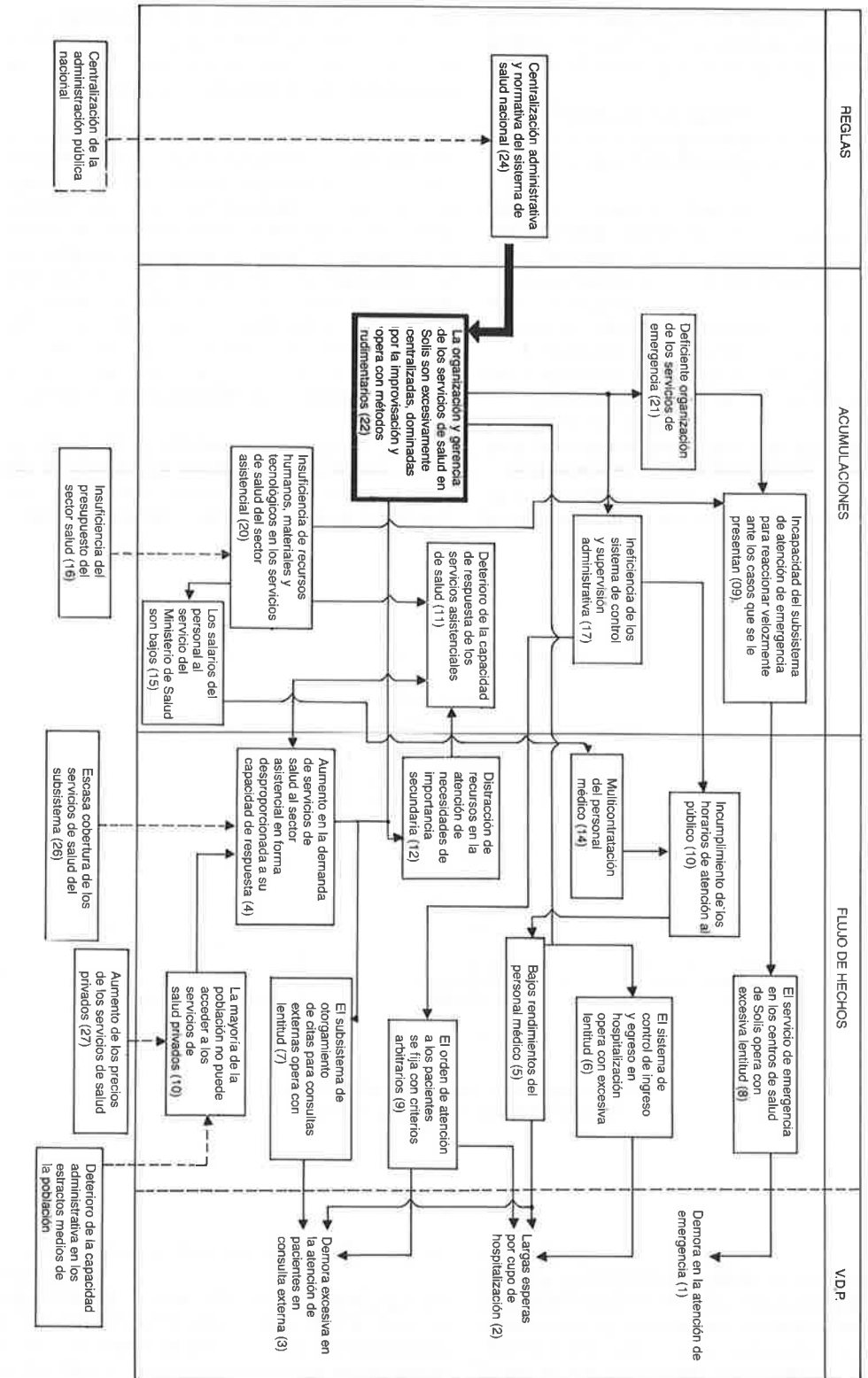
Nc22.2: La organización y gerencia de los servicios de salud en Solís son excesivamente centralizadas, dominadas por la improvisación y operan con métodos rudimentarios.

Cuando completaron y revisaron la explicación de estos dos problemas, los principales, a juicio de los directivos de Solís, se dedicaron al diseño de las operaciones para atacar los nudos críticos. Pero antes de proceder al diseño de las operaciones pertinentes, esbozaron la situación objetivo que esperaban alcanzar en el mediano plazo en los siguientes términos:

- 1) Aumentar la disponibilidad de recursos humanos y materiales destinados a las operaciones de complementación dietética.

- 2) Reorganizar el sistema de prestación de servicios asistenciales en función de las necesidades de la población que atiende.
- 1) Disminuir el porcentaje de incremento del número de niños con desnutrición de II y III grado de 25% a 10% al cabo de cinco años.
- 2) Disminuir el porcentaje de escolares que

Figura 18. Problema: Ineficiencia de los servicios de salud del sector asistencial en Solis.



02: Creación de un fondo alimentario con participación de los productores agrícolas, comerciantes y comités de salud para aumentar los volúmenes disponibles de productos de complementación dietética.
 03: Aumento en un 10% de la cuota de producción de suplementación dietética asignados a Solis (esta operación depende de la aprobación de la solicitud al Ministerio de Salud).
 Nc16.1: La estructura de producción de servicios de salud está desfasada de las necesidades de la población.
 04: Reorganización del sistema de prestación de servicios de salud.

Acción 4-1.

a) Integrar una comisión con representantes del equipo médico y la comunidad para revisar la normatividad y procedimientos del servicio de salud.

Acción 4-2.

b) Dictar reglamentos internos sobre:
 ● Horarios de atención al público.
 ● Contratación de personal asistencial.

Nc22.2: La organización y gerencia de los servicios de salud en Solis es excesivamente centralizada dominada por la improvisación y operada con métodos rudimentarios.
 05: Reorganización y modernización de los sistemas de dirección de Solis (planificación, presupuesto y control de operaciones).
 Con estos elementos construyeron las matrices de los cuadros 7, 8 y 9.

El aumento de la disponibilidad de recursos humanos y materiales en las cantidades previstas, permitiría aumentar la cobertura de las operaciones de detección específica y precoz de la desnutrición, de un 40% del grupo de alto riesgo a un 70% del mismo, lo cual es condición necesaria para alterar el vector de resultados en la forma deseada. Otro tanto ocurre con la cobertura de las operaciones de complementación dietética, que en la situación inicial solo alcanza al 60% de los grupos de alto riesgo. Para alterar el vector de resultados es necesario aumentar ese porcentaje de cobertura al 80%.

Por su parte, la reorganización del sistema de prestación de servicios provocaría cambios significativos en los elementos explicados por este nudo. En este caso, los indicadores a utilizar para evaluar ese cambio son de tipo cualitativo y no cuantitativo como era el caso anterior.

En términos generales, se planteó como situación-objetivo establecer un sistema de prestación de servicios con participación de la comunidad en su diseño y gestión.

En lo que se refiere al segundo problema, el nudo crítico que se atacaría guarda estrecha relación con la reorganización de los servicios asistenciales, lo cual agilitaría los subsistemas de organización de citas y registros de emergencia. Con este esbozo de la situación-objetivo procedieron a diseñar las operaciones necesarias para atacar los nudos críticos identificados. El inventario de operaciones es el siguiente:

Nc08.1: Insuficiencia de recursos humanos y materiales para realizar las operaciones de complementación dietética y detección específica y precoz de la desnutrición.
 01: Refuerzo del equipo asistencial asignado a las operaciones preventivas en el área nutricional.

Cuadro 7. Matriz nudos críticos - operaciones. Problema 1: Desnutrición Infantil.

OPER.	NC	NC08.1	NC16.1
01	+	+	+
02	+	+	0
03	+	+	0
04	+	+	+

Cuadro 8. Problema 2: Ineficiencia de los servicios de salud.

OPER.	NC	NC22.2
01	+	+
02	0	0
03	0	0
04	+	+
05	+	+

Cuadro 9. Matriz operaciones - problemas.

Operación	Problemas			
	P1: Desnutrición	P2: Insuficiencia de los servicios de salud	P3: Baja cobertura de programas preventivos	P4: Deficiente servicio sanitario ambiental
01	Nc08.1	Nc22.2	Nc09.3	Nc19.4
02	Nc16.1	Nc22.2	Nc09.3	Nc10.4
03	Nc16.1	Nc22.2	Nc09.3	Nc16.3
04	Nc16.1	Nc22.2	Nc09.3	Nc16.3
05	Nc16.1	Nc22.2	Nc09.3	Nc16.3

El análisis de esta matriz revela lo siguiente: Identificaron dos escenarios que son los siguientes:

Escenario I: Baja de ingresos fiscales.
Escenario II: Mantención de ingresos fiscales.

En el escenario I, encontraron que existían las siguientes restricciones para la realización de las operaciones:

1) La operación 01 no podría realizarse en la situación inicial del plan, por cuanto suponía erogaciones que si se reducía la asignación presupuestaria como consecuencia de la baja de ingresos fiscales, no podrían realizar en la situación inicial del plan.
2) Antes de realizar las operaciones de reorganización (04 - 05) debían negociar las operaciones 02 y 01.

Seguidamente, se preguntaron por la viabilidad de las operaciones y para ello iniciaron el análisis con la identificación de los actores relevantes y de la fuerza propia para materializarlas.

Con estas restricciones de orden, construyeron la siguiente trayectoria (Cuadro 10).

OPERACION	AUTORIDAD				NEGOCIACION				ESCENARIO				
	01	04	05	02	03	I	II	01	I	II	01	I	II
SI	x	x	x	x	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SJ	x	x	x	x	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SK	0.3	0.7	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
SI	0.4	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sm	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
SI	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

Cuadro 10. Trayectoria I.

El cuadro anterior se interpreta de la manera siguiente:
 Las operaciones 01, 04 y 05 suponen ejercicios de autoridad para imponerlas, mientras que las operaciones 02 y 03 suponen negociación. En la situación. Si, no es posible realizar las tres primeras operaciones sin haber completado el 50% de 02 y 03. Es decir, para construirle viabilidad a las operaciones 01, 04 y 05, era necesario completar en un 50% las operaciones 02 y 03.
 En el escenario II cambia la estrategia. En este caso, la trayectoria 2 asume que para poder realizar la operación de reorganización (05) es necesario haber completado el 50% de la operación 04. Además, para tener una posición negociada-más fuerte frente al Ministerio de Salud, para realizar la operación 03 y frente a la comunidad para realizar la operación 02, es necesario completar en un 100% las operaciones 04 y 05. El Cuadro 11, muestra esta trayectoria.

Cuadro 11. Trayectoria 2.

OPERACION		AUTORIDAD					NEGOCIACION		ESCENARIO
		01	04	05	02	03	I	II	
SI	SI	0.3	0.3	x	x	x	0	0	I
SI	SI	0.4	0.0	0.7	0.5	0.5	0	0	I
SI	SI	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0	0	I
SI	SI	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	I

El Solis debe mantener vigente ambos escenarios, ya que no se trata de pensar en dos escenarios para elegir el que más convenga, porque la dirección del Solis no puede elegir entre escenarios, pues se trata de variantes. Lo que debe hacer es formular trayectorias alternativas para cada uno de los escenarios que razonablemente prevea.
 Al transcurrir algunos meses, el Cuerpo Directivo de Solis convocó a una reunión con el equipo responsable, para la ejecución de las operaciones con el sistema de petición de cuentas que propone la metodología aplicada. De esa reunión sacaron las siguientes conclusiones:
 ● Se había ejecutado en un 50% la operación 01. En este caso, el resultado vial coincidía con el esperado.
 Este último elemento, obligó al equipo médico a revisar la estrategia originalmente pensada y a reformular la situación-objetivo. Para ello, comenzaron por revisar el flujoograma situacional incluyendo los resultados obtenidos con la aplicación de 01. En base a esa nueva explicación, revisaron el resto de las operaciones, decidieron que la operación 02 debía postergarse, recomenzaron sus trayectorias y revisaron el análisis de viabilidad.

● La operación 2, no podía ser ejecutada como había sido prevista, pues la sequía que azotaba a los campos agrícolas de Solis hacía previsible que los agricultores modificarán su actitud original de colaborar con el fondo alimentario propuesto.

BIBLIOGRAFÍA

- Matus, Carlos. *Adiós, señor Presidente*. POMAIRÉ, Caracas, 1987.
- Matus, Carlos. *Política, planificación y gobierno*. Caracas, 1988.
- Novaes de Moraes H.; Capote Mir, Roberto. *Sistemas locales de servicios como política de regionalización de la salud*. 1987.
- Organización Mundial de la Salud. *Declaración de ALMA-ATA*. Serie Salud para todos en el año 2 000, No. 1, Ginebra, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. *Descentralización de servicios de salud, el Estado y los servicios de salud*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud No. 17, Buenos Aires, Argentina. 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y al proceso de descentralización en los países de la Región de las Américas*. Washington, D.C. 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y el proceso de descentralización en los países de las Américas*. Washington, D.C. Feb., 1988.
- Tejada de Rivero, D. *Descentralización y servicios locales de salud*. Washington, D.C. Diciembre, 1987.
- PLAN. Caracas, 1984.
- Matus, Carlos. *Planificación, libertad y conflicto*. IV 1975.
- Mac Mahon, B. y Pugh. *Principios y métodos de la epidemiología*. La Prensa Médica Mexicana, 2ª edición, México, 1975.
- Centro Panamericano de la Planificación de la Salud. *For- mulación de políticas de salud*. Chile, 1975.
- cos de la programación de la salud. Caracas, 1963.
- CENDES, OPS. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Caracas, 1963.
- 1987.
- fermedad: un punto de vista epidemiológico*. Venezuela.
- Castellanos, Pedro Luis. *Sobre el concepto de salud-en- camel*. *Planificación de la salud*. Caracas, 1978.
- 1979.
- lítica. Ediciones Universidad Central de Quito, Ecuador.
- Breilh, Jaime. *Epidemiología, economía, medicina y po- zación Panamericana de la Salud*. Washington, D.C. 1987.
- primaria de salud y salud para todos en el año 2 000. Organi- implicaciones conceptuales y metodológicas de la atención Medici A. y Sonis A. *Esquema tentativo de análisis de las Barrenechea, J.; Castellano, P. L.; Matus, C.; Mendoza,*

LA PROGRAMACION LOCAL DE SALUD Y LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE ESTRATEGICO

Francisco Javier Uribe Rivera

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es contribuir a una nueva formulación del enfoque metodológico de carácter normativo que ha dominado el ámbito de los programas locales de salud, utilizando con ese fin conceptos de planificación estratégica y situacional.

El objetivo central es formular un conjunto de premisas que se traduzcan en un modelo teórico de programación distinto de un mero cálculo económico y más aproximado al concepto amplio de las necesidades de salud. Al adoptar un enfoque de ese tipo se trata de incorporar algunas contribuciones teórico-metodológicas que son importantes para el campo sectorial, tales como los últimos enfoques metodológicos adoptados por la OPS, en relación con la estrategia de salud para todos en el año 2000 y la planificación sistuacional de Carlos Matos.

En Brasil, el modelo de los sistemas unificados y descentralizados de salud (SUDS) y de los distritos sanitarios se utiliza, por otra parte, en la definición de lo que denominamos los nuevos requisitos de la programación (o sea el conjunto de premisas en que se basa un nuevo enfoque). Es necesario colocar el debate en contexto, ya que suponemos que la construcción teórico-metodológica se debe basar en el cumplimiento del principio de coherencia con la organización de los servicios (o con las propuestas de organización). Desde el punto de vista metodológico-instrumental, el objeto del trabajo es definir y explicar los problemas de salud y establecer normas al respecto. En ese sentido se pone de relieve la necesidad de puntualizar las desigualdades sociales en el campo de la salud, teniendo en cuenta los cambios que permitan hacer frente a los problemas en forma más equitativa.

Las críticas de la programación local se dirigen invariablemente al método CENDES/OPS (1) (1965), el cual tal vez sea la única expresión acabada de un enfoque normativo de los programas en el sector de salud. Sin embargo, esa crítica se debe dirigir a todas las variantes que comparten con dicho método, la visión normativa de la planificación, cuyas características limitativas se enumeran a continuación:

1. El enfoque normativo reduce la programación a la dimensión exclusiva de una técnica de estimación de recursos y de optimización económica. Esta preferencia por el criterio de eficiencia económica en la utilización de los recursos escasos (tal como ocurre en la base doctrinaria del método), aproxima la metodología de programación local al campo de los enfoques programáticos basados en la mera oferta de recursos, en perjuicio de las necesidades de salud. Esa aceptación de la programación local implica un predominio paradigmático del ideal del crecimiento y la productividad sobre la equidad, lo cual se traduce, en el plano operacional, en la utilización de indicadores de poca sensibilidad para captar las desigualdades entre los distintos grupos sociales. La relación de costo-beneficio, que constituye la base de las técnicas de programación local de tipo tradicional, abarca únicamente indicadores de los costos económicos y de los parámetros de eficacia tecnológica; como máximo, utiliza indicadores epidemiológicos relacionados con la mortalidad por trastornos específicos, sin puntualizar los grupos demográficos afectados. En consecuencia, la metodología de la programación local no ha tenido debida-

mente en cuenta las posibilidades distributivas de la reglamentación sanitaria.

2. La programación local ha sido considerada como un nivel de menor agregación de la función planificadora y en el que prevalece, casi exclusivamente, la factibilidad de los recursos. La programación local se coloca en una situación de posterioridad en la secuencia temporal que caracteriza a la planificación tradicional (posterioridad definida por una menor agregación y por la localización en un nivel institucional más bajo) y se le atribuye una función sobre todo técnica, independientemente de la viabilidad política. El aspecto político es considerado como algo que antecede y se superpone a la programación, condicionando sus parámetros. Ese reduccionismo técnico del concepto de etapa y secuencia, uso rígido de la planificación tradicional equivale a lo que en la planificación tradicional equivale a la visión de fases que ocurren antes y después, en un espacio temporal absoluto. De ello se deduce que la programación, de la misma manera que se separa de lo político, también, se separa de la genética. En conclusión, la programación tradicional considera que los datos políticos, institucionales y tecnológicos (en el sentido de la estructura tecnológica de la red y de los condicionamientos industriales), constituyen datos externos al modelo programático o de referencias preexistentes.

3. En los casos en que la programación local tradicional trata de aproximarse a las necesidades, lo hace a partir de los problemas de salud, sin prestar atención a las condiciones de vida o a los factores que determinan la reproducción de dichas condiciones, reduciendo así las necesidades al plano sectorial o de las condiciones de salud. Esa operación, que invalida la aproximación, se explica por la ausencia de un modelo de determinación causal que permita comprender la realidad por medio de niveles de determinación esencial. La permanencia de la realidad en el nivel epifenoménico permite, únicamente, que se perciban fenómenos sanitarios, pero sin conocerlos, ni explicarlos.

4. Debido a su orientación hacia recursos abstractos (la organización óptima de los recursos por medio de la aplicación de normas instrumentales), la programación local (según los lineamientos del método) promueve la eliminación de las características político-institucionales de la atención de salud. Esta visión histórica de los recursos contribuye a uniformar a priori las distintas instancias institucionales que constituyen el sistema, dificulta la explicación de su movimiento y menoscaba su eficacia.

5. Como técnica para estimar los recursos, la programación local ha sido aplicada en forma separada de la "programación regional" (o de la programación de la red); o sea, ha tenido como objeto principalmente las unidades locales de salud, en tanto que los niveles de complejidad tecnológica que componen un sistema local o regional se han abordado por separado. Como ya se señaló, esos niveles se consideraron como datos preexistentes o se hace caso omiso de ellos, lo cual podría resultar en una falta de sincronización estructural de la red (de los distintos componentes) y en una seria limitación de la eficiencia. Cuando los programas no se formulan simultáneamente en el ámbito de la red y en el de las unidades locales, la consecuencia natural es la falta de integración y la duplicación de esfuerzos.

6. La sistemática de la programación falla al concentrarse en el análisis e instrumentalización de problemas sanitarios que se pueden programar exclusivamente en el ámbito sectorial, o sea en objetos parciales susceptibles de traducirse en medidas sanitarias. El único punto de partida de la programación (o sea la apertura programática) son los criterios de morbilidad, la composición de la población (grupos por sexo y por edad) o las medidas sanitarias (bastante desagregadas). Ese punto de vista no tiene en cuenta el hecho de que los problemas trascienden los sectores y que, por lo tanto, el predominio del concepto operacional del programa sectorial, sobre el concepto ampliado de problema, omite un espacio extenso de elementos conexos que forman parte del concepto ampliado de salud.

7. La abstracción del nivel político está acompañada de una comprensión "científica" del nivel de la programación, que se expresa en un desconocimiento del papel de los actores sociales en la formulación e implantación de tal nivel. Ese desconocimiento conduce a una formulación rígida y egocéntrica de los programas de actuación que limita la viabilidad. La suposición de que es un solo actor el que programa y que ese actor lo hace basándose en la objetividad de la ciencia, lo cual provoca el alejamiento del actor respecto de la realidad que programa, resulta en un abordaje del diagnóstico y de otras "fases" de la programación, caracterizado por el monolitismo y la inflexibilidad. Esta rigidez normativa posiblemente sea la causa más importante del fracaso de los documentos de programación.

planificación normativa en conjunto. En ninguna circunstancia se justifica la separación de la planificación y programación, tal como se practica por lo general, y eso es justamente lo que se trata de poner en tela de juicio aquí. La idea de una secuencia temporal rígida y la noción de un nivel superior (atributo de la política) que predomina sobre un nivel inferior (atributo de lo técnico) en una escala jerárquico-institucional, son algunos de los fundamentos más controvertidos del discurso normativo.

LA CONTRIBUCIÓN DEL ENFOQUE ESTRATÉGICO DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 (2)

Este enfoque se introduce en el marco del presente análisis como una contribución importante a la crítica metodológico-operacional de la programación en salud y como elemento que facilita la adopción de un nuevo enfoque más próximo al concepto de necesidades sociales y de salud. El hecho de que implica un adelanto metodológico-instrumental, no significa que este exento de limitaciones, que será necesario señalar.

El enfoque en cuestión trata de aproximarse al concepto de necesidades de salud a través del criterio de las condiciones de vida, el cual se basa en una división de la sociedad en grupos humanos diferenciados, que se encuentran en distintos niveles relativos de marginación o atraso (social) y en relación con esos niveles, el enfoque atribuye máxima prioridad a los grupos más marginados. La propuesta tiene como objetivo la salud para todos en el año 2000 (con una serie de características no siempre bien definidas) y, como estrategia fundamental, la atención primaria, definida en un sentido amplio como una nueva organización de los sistemas.

La cuestión operacional más importante consiste en la identificación de los grupos humanos marginados como consecuencia de la distribución desigual del ingreso. Un intento de solución del problema presupone aceptar la idea de que existen desigualdades entre los espacios (geográficos) y entre los grupos humanos que integran una sociedad determinada, así como el hecho de que las categorías de pobreza y riqueza (como expresiones opuestas de un continuo que expresa las desigualdades en las condiciones de vida) admiten una distribución espacial característica. La identificación diferencial de los grupos humanos entraña un proceso que parte de la definición de espacios geográficos pequeños

8. La falta de definición de una intencionalidad que tenga como objetivo el sistema de servicios (justificada en gran medida por la falta de comunicación entre lo político y lo técnico, o por la separación de ambos factores), así como el uso exclusivo e implícito de una situación-objetivo en el espacio de las condiciones de salud (como ocurre con la prevención del mayor número de muertes al menor precio en conformidad con el método), obstaculizan la definición de los problemas y la asignación de prioridades, dificultando en la práctica el reconocimiento de los problemas en relación con los medios fundamentales y, por consiguiente, la introducción de cambios que permitan usar la mejora de las condiciones de salud como criterio de eficacia.

9. La excesiva centralización técnica que acompaña las experiencias de la programación es un suceso de las experiencias políticas vividas, pero puede atribuirse, también, en parte, a la metodología o al enfoque programático, ya que los enfoques tradicionales de la planificación y programación no incluyen la problemática institucional o la inclusión en forma de departamentos de planificación situados en el ápice de la organización, o sea, que no se atribuye la prioridad necesaria a la creación de un sistema absolutamente descentralizado de programación, que posibilite la participación efectiva de la población en la generación de información y el lenguaje de los programas.

10. El propio lenguaje elaborado en el interior de los sistemas de planificación, apropiado para los criterios de cantidad con que trabaja, llama la atención por la ausencia de información cualitativa o de declaraciones sobre la calidad (que trazan conceptos sobre lo político y lo social), lo cual tiende a empujarlo y desviarlo. A la centralización institucional corresponde una concentración del nivel de información en espacios "arquetípicos" ocupados exclusivamente por la técnica programática no prestó la debida atención a la exigencia de una mayor precisión del lenguaje y de su simplificación (lo cual entraña una tarea cultural), en la medida en que la planificación no se entendía como un sistema de comunicación (que abre o cierra espacios de participación y de conocimiento/acción).

Esta lista de elementos de una crítica de la programación local se podría ampliar, sin embargo, en el marco de un intento de síntesis representativa de las limitaciones, no solo de la planificación, sino también de la

explicación de los problemas que identifica el complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que dichos problemas generan.

Matus (3) utiliza en la descripción y explicación de la realidad, tres niveles o planos situacionales:

Primer plano: producción de fenómenos o de hechos; es el flujo de los hechos tal como se perciben (como fenómenos).

Segundo plano: estructuras de los fenómenos o acumulaciones en un sentido amplio (económicas, políticas, ideológicas, etc.); corresponden a las expresiones de los hechos en formas de producción de hechos (capacidad de producción); es el plano de los actores y de las organizaciones sociales por excelencia.

Tercer plano: geneoestructura o leyes básicas (en el nivel de la modalidad de producción, de la estructura jurídico-política y de las formas ideológicas) que determinan la variedad de lo posible en el primer y segundo plano.

En esta clasificación, incumbe al segundo nivel, a través de la producción de hechos, el condicionamiento y la producción de las reglas básicas (condiciones de la definición del espacio, de lo que no es posible; sentido reproductivo). Castellanos (4) propone, casi simultáneamente a Matus, una forma de aproximación a los fenómenos de salud y enfermedad, que integra tres dimensiones o espacios de definición y explicación:

El espacio singular, que expresa las variaciones de los hechos entre individuos o entre grupos demográficos por atributos individuales; es el espacio de un problema de salud.

El espacio particular, que expresa variaciones entre grupos sociales de una misma sociedad en un momento dado (grupos que difieren en sus condiciones objetivas de existencia); es el espacio de la salud correspondiente a un grupo demográfico.

El espacio general, que expresa los flujos de hechos que corresponden a la sociedad en general. El espacio de lo general incluye el espacio de lo particular, y este incluye el espacio de lo singular. Los espacios superiores tienen una rela-

ción y condicionamiento (y que trabaje con distintos espacios de definición de los problemas, tal como se postula más adelante).

Otra cuestión que se observa en cuanto a la definición de los problemas (condiciones de salud y factores de riesgo), es que no se atribuye importancia a la función que desempeñan las metas trazadas por el actor que se encarga de la planificación, en lo que atañe a la determinación de los campos problemáticos o de los fenómenos definitivos (esa determinación no es absolutamente objetiva, sino relativa, en función de los distintos actores y sus intenciones).

Sin abordar otros aspectos del enfoque que guardan relación con la implantación, con el sistema de vigilancia y evaluación estratégica y con el componente institucional e informativo (desarrollados en el plano de sugerencias por lo general bien encaminadas), es importante señalar una última contribución metodológico-instrumental del enfoque, que se expresa en la aproximación a la definición de combinaciones de actividades (función de producción) a partir de los grupos y subgrupos humanos (y de sus problemas de salud), según el grado de complejidad. El enfoque postula la necesidad de definir dicha combinación al interior del momento programático y en relación con criterios demográficos y epidemiológicos, y no en función de la oferta preexistente. La programación de las actividades seleccionadas (de acuerdo con esos parámetros), según el grado de complejidad (unidad), es el último paso de la fase de diseño propuesta. La sincronización relativa entre un tipo de programación de red y la programación por unidad constituye un adelanto en relación con las prácticas tradicionales de la programación en salud.

CONTRIBUCION DE LA EPIDEMIOLOGIA SOCIAL A LA PLANIFICACION ESTRATEGICA Y SITUACIONAL

Esta contribución consiste en los trabajos realizados en el campo de la planificación estratégica-situacional, por Carlos Matus y, en el campo de la epidemiología social, por Pedro Luis Casatellanos. Esos trabajos tienen aspectos en común en lo que atañe a la explicación de los problemas de la salud y la enfermedad, en general, y de las variaciones de la realidad, en general, y de los problemas de la salud y la enfermedad, en particular. Se establece un tipo de conexión específica en la formulación de un modelo de descripción y

ción de determinación de la variedad posible de los espacios de menor jerarquía. En el sentido contrario existe una relación de condicionamiento de producción/reproducción de los niveles superiores. El modelo de Castellanos (Cuadro 1 y 2) incorpora los niveles o planos explicativos de Matus (y viceversa) y produce la matriz explicativa definitiva, en la cual a cada espacio de definición y explicación corresponde un conjunto de acumulaciones, leyes y principios específicos o pertinentes, únicamente al ámbito de definición escogido (cada espacio tiene sus propias leyes). En el interior de cada espacio existen también relaciones de condicionamiento y de determinación con los lineamientos mencionados (de determinación, del nivel jerárquico superior al inferior y de condicionamiento en el sentido contrario).

Cuadro 1. Modelo de descripción y explicación de los problemas de salud-enfermedad*.

ACUMULACIONES	<p>Características de la sociedad que determinan los hechos generales.</p> <p>Características biológicas, ecológicas, ideológicas y económicas del grupo (que expresan las condiciones de existencia) y del tipo de relaciones con el modelo asistencial.</p> <p>Características del grupo demográfico y del modelo asistencial que condicionan los hechos del problema específico de salud (formas de vida y conducta individual - estilos de vida/grupos expuestos).</p>	<p>GENERAL</p> <p>Normas básicas generales de una sociedad en un momento dado.</p> <p>Normas de la reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de un grupo social y las normas del modelo asistencial.</p>	<p>ESPACIOS PLANOS</p>
	<p>Características de los agentes huéspedes y de los riesgos/leyes para cada tipo de patología/leyes que regulan las instituciones asistenciales.</p>	<p>PARTICULAR</p>	<p>SINGULAR</p>

* Modelo propuesto por Pedro Luis Castellanos.

El modelo completo de Castellanos fue adoptado recientemente por un grupo vinculado a la OPS, que preparó un "Esquema tentativo para el análisis de las implicaciones de APS y de SPT/2000" (5) (1987). La contribución importante de ese esquema radica en la definición y explicación de los problemas sanitarios, que se operacionaliza instrumentalmente mediante el diagrama de flujo situacional de Matus. El diagrama de flujo consiste en la definición de todos los procesos explicativos o puntos críticos explicativos de cambio (aquellos que, en caso de que

(programa con una orientación eficaz para alcanzar la situación-objetivo). Esa formulación implícita, según la planificación situacional de Matus, una determinación de los módulos de intervención (conjunto de los proyectos de acción, de las operaciones y de las acciones) con que se hará frente a los problemas.

Un vez definidos exactamente los problemas y los puntos críticos (por medio del diagrama de flujo), se pasa a la etapa de la formulación de normas o de definición del programa direccional

Cuadro 2. Modelo general de diagrama de flujo.

ACCIONES DERIVADAS	Políticas y planes/prioridades básicas de salud y del modelo	Hechos que definen el problema en términos de procesos sociales generales	Hechos que se relacionan con los hechos del VDP GENERAL (variaciones)
	Planes y programas por grupos demográficos	Hechos que definen el problema en términos de la calidad de vida de los grupos sociales	Hechos que se relacionan con los hechos del VDP PARTICULAR del problema (variaciones)
	Medidas de control de riesgos específicos/programas verticales	Hechos que definen el problema de salud	Hechos que se relacionan con los hechos del VDP SINGULAR (variaciones)
VDP*			FLUJOS HECHOS PLANOS

*VDP = Vector de definición del problema (descripciones).

La propuesta operacional de Matus consiste en bajar con matrices de operaciones/problemas y así, el reconocimiento directo de los puntos críticos, el módulo de las operaciones, facilitando con el módulo de la acción y la misma evaluación de la acción frente a cada problema.

Cuadro 3. Matriz de operaciones-problema.

	P						
O		N1 N2	N2 N3				
		P1	P2				
		Módulo O/P (subclasificación por ámbito institucional de actuación)					

Cuadro 4. Modelo de diagrama de flujo situacional.

Planes Espacios	Normas básicas	Acumulaciones	Flujos de producción	EXPLICANDO			VDP
				GENERAL PARTICULAR SINGULAR	N1 N3 N6	N2 N4 N7 N8		N5 N9
				EXPLICADO			
				R1 R2 R3			

LOS SISTEMAS UNIFICADOS Y DESCENTRALIZADOS DE SALUD, LOS DISTRITOS SANITARIOS Y LOS REQUISITOS DE LA PROGRAMACION

En Brasil, la creación del "Programa de Desarrollo de Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud" (SUDS) (Decreto No. 94.657 del 20 de julio de 1987) representó otro paso hacia la construcción del sistema unificado de salud conformado a los lineamientos preconizados por la reforma sanitaria. En varios estados ya se firmaron protocolos de intención entre el MPAS, el Ministerio de Salud y los gobiernos estatales, con el fin de llevar los SUDS a la práctica. Los documentos técnicos pertinentes consideraron la construcción operacional de los distritos sanitarios como unidades básicas, a partir de las cuales se establecerán los SUDS. Los distritos sanitarios representan, por lo tanto, los módulos básicos del proceso de planificación/programación, objeto principal de la programación local. En este espacio, el propósito es analizar algunas directrices y criterios operacionales de los SUDS y de los distritos, y establecer sobre esa base algunos requisitos que el sistema de planificación tendrá que llenar en el campo del enfoque metodológico e instrumental, a fin de rescatar el principio de coherencia básica entre el sistema de salud y metodología programática. Con ese fin se ha adoptado el documento "Subsidios para la Implantación de SUDS no RJ" (Subsidios para la puesta en práctica de los SUDS en Rio de Janeiro) (6) (1987).

Entre las directrices básicas para la puesta en práctica de los SUDS en Rio de Janeiro, cabe señalar las siguientes:

- 1) el carácter universal de la asistencia y la plena garantía de acceso igualitario;
- 2) la profundización del carácter integral y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud;
- 3) la integración, regionalización y jerarquización de todas las instituciones, conforme a las características demográficas y epidemiológicas del Estado; y
- 4) la descentralización efectiva.

La primera directriz se refiere al acceso igualitario de la población, "dando prioridad a los grupos necesitados y desatendidos" (6). Entre las hipótesis que confieren coherencia metodológica a

esa directriz, se señala que "se cree que la mejor manera de replantear el papel de los servicios de salud es a partir de los perfiles epidemiológicos de la población, lo cual permitirá estimar los recursos en función de la demanda o de las necesidades, saliendo así del falso dilema de tratar de aumentar la productividad o capacidad de resolución de los recursos, que son siempre insuficientes, para satisfacer la demanda de servicios de salud de la población" (6).

La formulación precedente indica una exigencia básica de orden metodológico, a saber, la necesidad de que la programación se base en la asignación de prioridad a los grupos necesitados. El marco de referencia de esta postulación incorpora la necesidad de definir grupos demográficos prioritarios a partir de sus condiciones de vida y de reproducción social (espacio de lo particular, de los grupos sociales) y del perfil epidemiológico respectivo.

La segunda directriz, que guarda relación con la profundización del carácter integral, debe entenderse también como un carácter integral extrasectorial, dentro de los límites del concepto ampliado de salud. En cuanto al análisis de las características de los distritos, el documento en cuestión aclara que "como consecuencia de una interpretación amplia del concepto de salud, el distrito de salud desempeñará no solo funciones médico-asistenciales, sino que deberá constituir también un lugar privilegiado para intervenir en los factores causales o asociados de los riesgos para la salud de los habitantes de la zona" (6).

Esta segunda directriz nos remite a las limitaciones de la actuación sectorial, y nos coloca frente a la necesidad de trabajar con problemas que trascienden los sectores y que no se reducen a los simples programas de salud. El problema mencionado de la causalidad impone el desafío metodológico de puntualizar las redes de causalidad (sobrentendiéndose un modelo causal) y, por otra parte, el desafío de una programación integral que trascienda los límites del sector.

La tercera directriz—la integración intrasectorial—se complementa con las directrices específicas de la "integración de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación" (6), con la "regionalización del SUDS/RJ, de manera tal que se definan la capacidad de resolución, las referencias y las funciones técnico-administrativas de cada una de las unidades que lo integren" (6). Por consiguiente, el distrito sanitario, como objeto de programación social y unidad básica del

“El objetivo de las estrategias es, básicamente, trabajar con los distintos actores sociales a fin de possibilitar los cambios” (6).
 “El proceso de programación debe ser flexible y requiere nuevos mecanismos de vigilancia y evaluación permanentes que permitan corregir las metas o modificar los recursos” (6).
 Estamos de acuerdo con esos requisitos en la medida en que forman parte de una crítica de la planificación normativa, y se los debe tener en cuenta en la formulación de una nueva epistemología de la planificación y de la programación, así como de un nuevo enfoque metodológico resultante de la misma.
 No estamos de acuerdo, sin embargo, con la separación que se hace en el documento entre planificación y programación sobre la base del carácter eminentemente político del primero y el carácter técnico-administrativo del segundo (6). Ese desacuerdo se explicará de inmediato al puntualizar las premisas de un nuevo enfoque de la programación local.

ALGUNAS SUPOSICIONES EPISTEMOLOGICAS Y METODOLÓGICAS DE UNA NUEVA PROPUESTA

1. En un principio, la programación se define como un espacio de la planificación que se explica en función de una menor agregación de su objeto (geográfico y de información), por su localización institucional en la periferia y por el menor alcance temporal de su propuesta. Por otra parte, la programación debe entenderse como un momento de la planificación (con aquel espacio simultáneamente y de que se procesa produciendo simultáneamente, en un movimiento cíclico, en un movimiento incesante de producción y reconstrucción. Al ser un momento de la planificación, es inadmisiblemente que la programación tenga el dominio exclusivo de los aspectos técnico-administrativos, teniendo en cuenta que todo sistema de planificación es un sistema de naturaleza política. Por lo tanto, no se puede admitir que la programación sea un espacio sin actores sociales y que pueda hacer caso omiso de la cuestión de la viabilidad política. Es preferible considerar la programación como un momento táctico o “arco coyuntural” del programa estratégico que constituye un plan.

sistema, se deberá abordar como parte de una red que tendrá que ser programada simultáneamente, en lo que atañe a sus distintos niveles de complejidad. El documento, en la parte relativa al sistema de programación, es bien explícito: “Uno de los requisitos de la programación es la formulación de un modelo de programación regional y local que permita homogeneizar el proceso en las regiones de salud y en los distritos sanitarios” (6).
 El requisito mencionado es el de la sincronización entre programación regional y local que, según la crítica de la programación local, se omite en esta.

Sin embargo, “de acuerdo con las características demográficas y epidemiológicas del Estado” (6) de la tercera directriz, se debe complementar con una propuesta sobre el perfil de las actividades que los distritos sanitarios deberán llevar a cabo: “Sobre la base del razonamiento adoptado en este documento, es evidente que el perfil específico de cada distrito sanitario se deberá definir en función de la realidad epidemiológica con que deba enfrentarse” (6), o sea la definición de la combinación de actividades según el grado de complejidad deberá ser el resultado del análisis del perfil epidemiológico de los grupos sociales identificados (de un carácter lo más homogéneo posible).
 La directriz de la descentralización nos remite a las críticas novena y décima, e indica requisitos inversos en el campo de la gerencia, la planificación y el manejo de la información.
 A continuación se citan algunos pasajes relativos al sistema de planificación y de programación que conllevan requisitos precisos:

“El modelo de SUDS es una estructura ideal y no normativa, es siempre un punto de llegada que orienta la acción; sin embargo, no debería convertirse en una imposición normativa. Es un objetivo que, al ser contrapuesto con la realidad, permite identificar el rumbo que hay que tomar para cambiar el sistema de salud existente en un momento dado” (6).
 “Todo diagnóstico es una evaluación del pasado en la medida en que en él se incluye un juicio, y toda evaluación es un diagnóstico que puede servir de fundamento para las intervenciones que permitan modificar la situación detectada” (6).
 “Forman parte del diagnóstico... los actores sociales que participan en el sistema, la red de intereses y el poder que detentan” (6).

2. La programación debe tener una orientación y esa orientación no es impresa desde fuera por ningún nivel superior. La programación participa desde su espacio en la definición de la orientación (que es el producto de actores sociales que ocupan los distintos niveles institucionales), pudiendo en ese proceso entrar en conflicto con los otros espacios. Una vez definida, la orientación es el marco de referencia esencial para la definición de los problemas, ya que estos se expresan en los grados de desviación que los hechos presentan en relación con las referencias de la primera. De esta manera, la selección de los problemas, así como todo el proceso de descripción y explicación, es una operación de carácter funcional o instrumental. Ello equivale a afirmar que, junto con la planificación estratégica y situacional, no existe un diagnóstico universal, y que la forma de explicar depende del punto de vista de un sujeto que vive en una situación y que tiene un proyecto. Al haber varias formas de explicar la situación, el sujeto que se encarga de la programación debe tener en cuenta las explicaciones de los demás, no para cambiar su opinión, sino a fin de dominar el proyecto de los otros.
 3. La programación debe trascender los límites de los fenómenos y penetrar en la red de causalidad más profunda a fin de definir y explicar mejor los problemas. La búsqueda de un espacio y de un plano de definición de indole más jerárquica, constituye una necesidad imperiosa que deriva de la necesidad de definir los puntos críticos y de facilitar el cambio de las características de los problemas. Esa recomendación lleva a trascender los límites de lo sectorial y, en el caso específico de la salud, a asignar prioridad a los problemas (en el sentido amplio), y a los programas y modalidades asistenciales de grupos demográficos definidos en el espacio de lo particular (condiciones de reproducción de las condiciones de existencia). La programación a partir de las acumulaciones definidas en un espacio de este tipo, satisfará el requisito de una aproximación más rigurosa al enfoque programático basado en las necesidades de salud, teniendo en cuenta la equidad y el carácter integral del suministro de servicios de salud.
 4. La programación local y regional debe participar en el mismo movimiento operacional (de comparación y síntesis), a fin de garantizar el cumplimiento de la directriz de integración institucional y programática.
 1. Definición de los grupos demográficos, respetando el criterio de homogeneidad social.
5. La programación local debe entrañar un movimiento de descentralización del aparato institucional que garantiza la participación eficaz de la población en la planificación.
6. Los sistemas de planificación y de programación deben estar regidos por las premisas básicas de la planificación estratégica, a saber:
- La indisolubilidad de la planificación, la programación y la gerencia.
 - La redefinición constante de metas y trayectorias.
 - La creación de un sistema de evaluación y de mecanismos permanentes de vigilancia estratégica.
 - La búsqueda activa de la viabilidad por medio del análisis de los actores y sus proyectos, etc.
7. La programación local debe entenderse como un enfoque metodológico de tres niveles:
- Primer nivel: determinación de los problemas, de los puntos críticos de los problemas y de la responsabilidad institucional por medio del abordaje de los problemas y de las operaciones necesarias (traducidas en acciones).
 - Segundo nivel: determinación de la complejidad a partir de los grupos demográficos y sus problemas de salud.
 - Tercer nivel: programación de actividades por unidad, característica de cada grado de complejidad.
- Estos niveles constituyen procesos conexos de un mismo modelo teórico, en el cual se rescata una macrodefinición (fidel a la definición del primer supuesto) y se incorpora, sin embargo, el requisito de sincronización entre programación regional y local.

ASPECTOS METODOLÓGICO-INSTRUMENTALES

Primer nivel. Explicación y formulación de normas

Existen distintos criterios específicos de instrumentación, pero cabe destacar aquellos que están situados en el espacio particular de análisis.

- Espacio geográfico (el menor espacio de homogeneidad social).
- Indicadores o formas de descripción de las condiciones de vida o de reproducción social.

- Grupos o categorías ocupacionales.
- Condiciones de morbilidad y mortalidad.
- Clasificación por sexo y por edad.
- Accesibilidad y capacidad de resolución.

2. Definición de los grupos prioritarios o determinación de las zonas geográficas prioritarias, en función de su composición social. Esta definición supone una valoración social y política de cada grupo (trascendencia social) y un tipo de cálculo que comprende los cuatro criterios más importantes del punto primero.

- Población (por grupo social) x trascendencia social x morbilidad (por grupo) x accesibilidad/capacidad de resolución = Pn (prioridades de grupos o zonas).

3. Definición y selección de los problemas prioritarios. La definición presupone lo siguiente:

- Una descripción de los problemas (VDP) al interior de los grupos sociales.

- Una comparación de los VDP con las metas (que corresponden a la orientación) y determinación de los grados de desviación.
- La identificación de la viabilidad política, económica e institucional, implícita en el abordaje de los problemas; y
- La selección de los problemas a partir de lo señalado en los puntos anteriores.

4. Análisis o explicación de los problemas en función de los grupos humanos, lo cual supone:

- Una definición del espacio explicativo.
- La preparación de un diagrama de flujo sistémico.
- La definición de los puntos críticos; y
- La definición del espacio institucional de resolución del problema.

5. Definición de las operaciones o medidas de índole intrasectorial y extrasectorial para hacer frente a los problemas y a los puntos críticos:

- Definición de las medidas en función de los problemas.
- Identificación de los puntos críticos teniendo en cuenta las distintas medidas.

La definición de las medidas en función de los problemas, presupone la elaboración de una matriz (Cuadro 5):

Cuadro 5. Matriz de definición de las medidas en función de los problemas.

MEDIDAS		Intrasectoriales		Extrasectoriales	
Grupos sociales (subgrupos)	Problemas de salud	Puntos críticos	Prevenición	Cura	Sociales
			A1, A2	Sector 1	Sector 2	Sector 3
GI	P1, P2	N1, N2, N3	A1, A2		An

La identificación de los puntos críticos supone una matriz/módulo de medidas/problemas en la cual el contenido corresponde a los puntos críticos respectivos (Cuadro 6):

P	A	A1	A2	A3	A4	An
P1		N1, N2				
P2						
P3						
PN						

Cuadro 6. Matriz módulo de medidas-problema.

Segundo nivel: Determinación de la combinación de actividades por grado de complejidad y grupos sociales: formulación de normas

El primer nivel de macroprogramación aporta al segundo nivel insumos básicos, tales como: los problemas prioritarios por grupo social, las medidas necesarias en el sistema y los puntos críticos a los cuales van dirigidas esas medidas.

El segundo nivel debe organizar esas medidas en función del criterio relativo al grado de complejidad tecnológica (función de producción) y del criterio epidemiológico (VDP en términos de indicadores epidemiológicos), lo cual presupone una programación en el espacio específico del sector (menos jerárquico).
El objetivo del segundo nivel es establecer una distinción entre las medidas del sistema según el grado de complejidad, partiendo de los grupos humanos y sus problemas definidos o descritos en términos de un vector epidemiológico y, teniendo como insumo el punto de vista de la oferta, una predefinición de los grados de complejidad, que forma parte de la definición "a priori" de las metas (esta predefinición podrá cambiar en función de los vectores epidemiológicos).
Una recomendación importante, que ya se mencionó, es que aunque el ámbito de la programación local esté restringido a un nivel determinado de complejidad, dicha programación debe- rá penetrar en los demás niveles a fin de lograr la integración programática. Como instrumento de programación (en el segundo nivel) se propone el esquema del Cuadro 7:

Cuadro 7. Esquema de instrumento de programación.

Grupos sociales (Subgrupos)	Población prevista en cada grupo y subgrupo	3	2	1	Contenido programático según el subgrupo humano y el grado de complejidad			Contenido según el grado de complejidad y por grupos y problemas
					2	3	4	
Problemas de salud (VDP epidemiológico)		NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	ACTIVIDADES SEGUN EL GRADO DE COMPLEJIDAD		

REFERENCIAS

(1) Organización Panamericana de la Salud. *Programación de la salud. Problemas conceptuales y metodológicos*. Pub. Científica No. 111, CENDES/OPS. 1965.
(2) Organización Panamericana de la Salud. *Notas sobre las implicaciones de la Meta SPT/2000*, la Estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados, para la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud. Documento inédito, 1981-1984.
(3) Matus, C. *Política y plano*. Ediciones IVEPLAN Coordinan, Venezuela, 1987.
(4) Castellanos, P.L. *Sobre el concepto de la salud - enfermedad: Un punto de vista epidemiológico*. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia, julio 1987.
(5) Castellanos, P.L., Mendes, E., Sontz, A., Suárez, R. *Esquema tentativo para el análisis de las implicaciones de APS y de SPT/2000*. Doc. Preliminar. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. abril de 1987.
(6) Chorny, A. *Subsidios para a implantação do SUDS no Estado do Rio Janeiro*. Secretaria do Estado de Saúde, CISA/RJ, agosto, 1987, págs. 2, 6-7, 14, 23-24.

Tercer nivel: Programación de actividades por unidad

Una vez definidas las medidas en el segundo nivel, el tercer nivel realizará el cálculo económico clásico de los recursos a partir de las normas.

En el caso de la programación local, se deberá poner de relieve (pero no conceder exclusividad) a los niveles primero y segundo de complejidad. En el documento sobre SUDS que hemos utilizado, los cuatro niveles de complejidad podrán ser los siguientes:

- primer nivel: Unidad Básica de Salud (UBS) (+ + +);
- segundo nivel: Distrito Sanitario (DS) (+ + +);
- tercer nivel: Región de Salud "A";
- cuarto nivel: Región de Salud "B".

LA RED DE SERVICIOS EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Programación y diseño

Tabaré Gonzalez Vásquez, Santiago Horjales y Hugo Villar

PROGRAMACION

Proceso de Programación

mas complejo, a lo que debemos adicionar que cada vez se dispone de mayor información. Esta información está dispersa, desorganizada, y la dificultad de recopilación está muy lejos de las posibilidades de un solo individuo. Vivimos la era de la información; necesitamos ordenarla para hacerla manejable.

Proceso general de programación de una instalación de salud

El proceso de programación es una parte de un proceso general que reconoce como antecedente el rol de la unidad y como subsecuente la construcción de la obra. Así, la planificación del sistema de salud y sus actividades debe preceder a la de los edificios y locales a ellos destinados (3). Actualmente se están construyendo y reconstruyendo instalaciones de asistencia sanitaria en forma deficiente, por falta de planificación y/o planificaciónes con la especialización correspondiente en programas de salud. La especialización creciente de los técnicos no es suficiente si no se tiene un lenguaje común, para lo cual es recomendable la elaboración de un *glosario* de términos a nivel de los países o por lo menos, a nivel de los equipos multidisciplinarios de trabajo.

El esfuerzo por simplificar la tarea de programación exige una adecuada calificación del equipo y debe ser una de sus metas.

Si bien cualquier unidad de servicios debe ser programada, cumpliendo la totalidad de las etapas descritas, es necesario tener el criterio de que la complejidad de la gestión de un proyecto debe guardar relación armónica con la complejidad del mismo. Así, la calidad del resultado del proceso de programación estará en función del:

- Desarrollo de una metodología sistemática.
- De la comprensión cabal o conceptual de

Todo objetivo que se intente alcanzar en el mundo contemporáneo, cada vez más afectado por hechos complejos y en constante cambio, exige con antelación un proceso de programación conducente al mismo. El lograr o no el objetivo depende del juego de intereses afectados directa o indirectamente, los cuales representan a los distintos sectores de la sociedad. En el caso que nos ocupa—programación de salud—la finalidad de la programación es una finalidad social y, como tal, tiende a satisfacer los requerimientos de la población. Programación es: Planificación más organización.

Se define a la planificación como: "El proceso que partiendo del análisis actual y pasado de un sistema y luego de una evaluación de fines y medios, define objetivos a alcanzar, políticas a seguir y normas de ejecución y control". A la organización se la define como: "La forma de relacionar un grupo de personas, para llevar a cabo actos complejos de manera consciente, racional y coordinada, con la finalidad de alcanzar objetivos previamente definidos" (1).

La Programación y la Arquitectura

La función ordenadora está en la base misma del quehacer arquitectónico y el *analysis* y la *synthesis* son los dos pilares de toda actividad ordenadora (2). El estudio o la investigación sistemática de los procesos analíticos y sintéticos de la Arquitectura, según esto, la más eminentemente tarea a realizar, con vista a una racionalización del *diseño*, a una cuantificación de toda una serie de variables que hasta hoy se han empleado intuitivamente. En Arquitectura, el proyectar se hace día a día

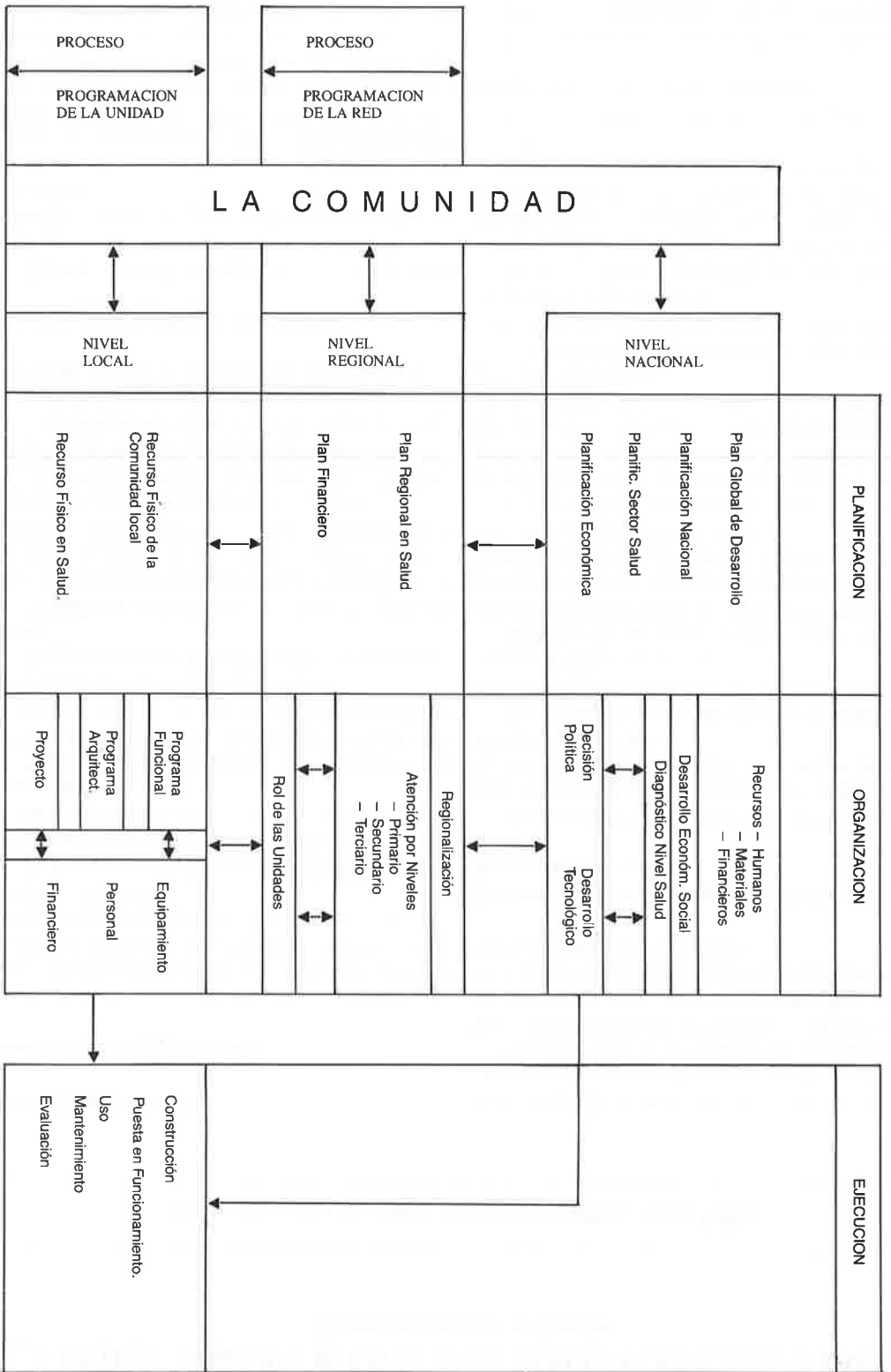


Figura 1. Proceso general de programación de unidades en sistemas locales.

Objetivos específicos

- Ubicar y calificar a la unidad dentro del sistema de salud definiendo el tipo de establecimiento y su rol a largo alcance.
- Determinar el programa inicial a ser considerado, priorizando los servicios específicos que funcionarán en la unidad y la oferta de los servicios de la misma.
- Definir su estructura organizativa con indicación de los sistemas operativos y la tecnología a utilizar.
- Identificar las funciones principales y las actividades a desarrollar en tipo y cantidad.
- Establecer los requerimientos de equipo, personal, espacio y recursos financieros necesarios para la realización de las actividades.

Proceso de análisis de la programación funcional (4)

Programa de largo alcance. En el programa de largo alcance deberá especificarse cuál es el "destino final" que se presume deberá tener la unidad de atención que se programa. Este destino no es arbitrario, sino que se formula en función de una imagen perspectiva del desarrollo del sistema de salud, en un tiempo de no menos de quince a veinte años.

Esta imagen perspectiva, "previsión de alter-nativas que pueden ocurrir en un tiempo dado", identifica una imagen, objetivo u horizonte con mayor o menor claridad, y que previsiones posibles permitirán definir con mayor nitidez. Es indispensable como guía para los planes de corto y mediano plazo, así como elemento modelador de los planes de desarrollo de la unidad ya en operación.

Deben tenerse en cuenta las tendencias del desarrollo socio-económico, de los factores demográficos—concentración y migraciones—del nivel de salud, del desarrollo del personal de salud, de cambios tecnológicos y del modelo de atención.

Programa inicial. Es la definición del tipo de atención a brindar, especificando el grado de complejidad a adoptar dentro del nivel de atención definido; estará en relación con las necesidades y los recursos requeridos para los programas prioritizados a nivel nacional y local.

Lo importante, tanto a nivel de programa de actividades del SILIOS, como del hospitalario, es que se aborden la totalidad de los componentes

todos los integrantes del equipo de dicha metodología del trabajo.

- De la calidad técnico-científica y la experiencia de los integrantes del equipo.

Todo esto es necesario, pero no suficiente. Para llegar al logro del objetivo se requiere también:

- El conocimiento adecuado de la realidad local en que se va a actuar.
- El compromiso personal con el proyecto, expresado a través del aporte creativo al equipo que integra.

Programa Funcional

Propósito

La definición del sistema local de salud en función de las directrices del Plan Nacional de Salud; de la política de regionalización y descentralización; de los programas de atención definidos, sus normas de organización por niveles, sus metas de cobertura y su concentración; de la cuantificación y calificación de la población a servir; deben precisar el tipo de unidad o unidades a instalar su lugar en el sistema local y las funciones y actividades principales (rol de la unidad).

A partir de esas definiciones e informaciones y en relación al desarrollo de los programas de atención, educación e investigación y los de apoyo, se debe realizar el proceso de programación funcional.

En el debemos identificar el tipo y cantidad de unidades de organización (servicios) y dentro de ellos, las actividades principales (unidad funcional básica) que con las actividades de apoyo (áreas complementarias) constituyen una unidad funcional principal (3).

En suma, es la etapa de análisis realizada a nivel de cada unidad de atención dentro del marco referencial establecido por el plan nacional y la programación local, la cual partiendo de un rol asignado, permite concretar una propuesta organizada, con opciones de tecnología y modalidad operativas, cuantificada e instrumentada en sus requerimientos de equipos y personal, del total de las actividades principales.

El *Programa Funcional* es el antecedente principal del Programa y Proyecto Arquitectónico y de Ingeniería; pero, además, es el punto de partida de el mismo, donde se desarrollan los proyectos de equipamiento, de recursos humanos y el proyecto financiero.

prioritarios de los programas, calificando pro-
gresivamente su tratamiento mediante la incor-
poración de recursos humanos y materiales de
mayor calificación y en mayor cantidad. Esta
línea de desarrollo y profundización de la oferta
de servicios coloca en el proceso de programa-
ción del recurso físico una primera exigencia de
flexibilidad.

**Estructura de organización y modalidad op-
rativa.** Se deberá analizar cada programa, sub-
programa y componentes, las características de
la unidad de organización (servicio) responsable
de las mismas, así como la estructura de organi-
zación general de la unidad.

En cada servicio se identificarán los objetivos
específicos, su estructura, la unidad de medida
de su producción y su modalidad operativa.
Estas definiciones van conformando los ma-
nuales de organización y de técnicas y procedi-
mientos.

Funciones y actividades. Como corolario de las
fases precedentes, es posible identificar las fun-
ciones representativas de cada servicio y las
funciones de apoyo, precisando que actividad-
des son las que permiten el cumplimiento de las
mismas.

Estas actividades se deben identificar en el
tipo de acciones principales y de apoyo, y la
cantidad de las mismas.
Es necesario tener en cuenta que el número de
actividades es muy importante para adoptar una
opción tecnológica, así como para asignar un
espacio específico y exclusivo.

Cuando las actividades son poco frecuentes o
esporádicas, el espacio puede ser compartido
con las actividades que presentan similares ca-
racterísticas.

Recursos. La actividad es el eje del proceso de
programación de los recursos materiales y huma-
nos y, como consecuencia, financieros.
Cada actividad implica procedimientos ma-
nuales y/o instrumentales durante un tiempo
dado. La conjunción de equipos, instalaciones e
insumos materiales, más la acción de operado-
res, exige un envolvente físico y una relación
definida en materia de espacio.
Por tanto, surge de este proceso una serie de
insumos para continuar la programación de la
unidad:

- Una identificación de necesidades espacia-
les caracterizadas por la actividad que se desa-
rollará en ellas y con las dimensiones y delimi-
taciones que equipos, personas y actividad
condicionan. Este es el mismo principio del pro-
grama arquitectónico.
- Un listado de personal necesario para la
producción de un monto determinado de activi-
dades de acuerdo con los programas.

Este personal estará identificado en tipo (se-
gún las normas de atención) y en cantidad (según
normas de rendimiento); aparte de apoyar el Pro-
grama y Proyecto Arquitectónico, la base funda-
mental del Programa de Recursos Humanos y del
Programa Financiero.

- Un listado de equipos, también, identifica-
dos en tipo y cantidad, con precisiones en mate-
ria de producción y de complejidad tecnológica.
Este listado es elemento de referencia para los
demás programas y la base del Programa y Pro-
yecto de Equipamiento.

La identificación de los requerimientos de es-
pacio, las necesidades de personal y de equipos,
enmarcados en una precisa caracterización de
complejidad funcional, organizativa, tecnológi-
ca y física, permite formular estimaciones finan-
cieras en materia de costos de programación, de
ejecución de obra física y de equipamiento y
operación.

Programa Arquitectónico/Ingeniería

Es el antecedente principal en que se basa el
equipo diseñador para la elaboración del proyec-
to y marca las pautas generales en que se debe
desarrollar la futura obra (5).
Debe incluir:

Datos generales

- Quiénes son las entidades gestoras.
- Quiénes son los responsables de la formu-
lación.
- Quiénes son los beneficiarios de la obra.
- Qué se pretende obtener con el proyecto.
- Recomendaciones generales.
- Características generales del terreno.

Componentes funcionales

- Características generales de los servicios a
implantar con sus áreas correspondientes.

función de los requerimientos del mismo. Su superficie surge de su función teniendo en cuenta:

- a) La actividad que se desarrolla en ella.
- b) El equipamiento.
- c) Las instalaciones.

De la organización de estas variables en el espacio se deben considerar:

- a) La secuencia de tareas (personal en actividad).
- b) Las relaciones con el equipamiento.
- c) Las áreas de circulación.
- d) El movimiento del equipo y su mantenimiento.

Así queda conformada la unidad desde el doble aspecto:

- a) Organización funcional.
- b) Dimensiones.

Áreas complementarias. Se debe establecer que áreas complementarias dependen directamente de una determinada Unidad Funcional y cuáles extienden su área de actuación sobre todo el servicio.

Para su cuantificación se procede de igual manera que con las Unidades Funcionales, apoyados por códigos y normas de edificación que nos dan pautas de utilización y dimensionados máximos y mínimos.

Circulaciones por servicios. Las circulaciones internas de cada servicio deberán calificarse y podrán acortarse de acuerdo a: su uso, su dimensión y su grado de restricción.

Otras áreas. Todos los elementos definidos, además de sus propias áreas tienen otras exigencias propias de su conformación física (espesores de muros) y relativas a la ubicación de instalaciones y ventilaciones (ductos y conductos).

Superficies por servicio. La participación de cada servicio en la superficie de la unidad surge de la sumatoria de las áreas de acuerdo a cada funcional básica (una o varias de acuerdo a cada servicio), las áreas complementarias, las circunlaciones de las unidades funcionales principales y las definidas como otras áreas.

● Características generales de las unidades funcionales básicas y sus áreas complementarias:

- Cuantificación de estos componentes.
- Intrelaciones, tipos y calidades.

Mediante el programa se define el curso físico en salud como el hecho arquitectónico donde se desarrollan las actividades de salud, constituyendo la envolvente física de las actividades.

Esta caracterizada por su relación con el medio:

Físico: Clima - Suelo

Social: Cultural - Económico

El equipo programador, a partir del programa funcional, debe reconocer actividades principales y actividades de apoyo en que se disgrega cada servicio:

- **Unidades funcionales básicas** son los espacios donde se desarrolla o efectúa la función específica a través de la actividad principal.
- **Áreas complementarias** son los espacios donde se desarrollan las actividades de apoyo y complemento de la actividad principal.

A partir de estos elementos el diseñador debe conformar un sistema indeterminado, que permita definir una tipología funcional dentro de cada servicio (Unidad Funcional Principal). Este sistema debe ser indeterminado desde el punto de vista de la delimitación espacial, pero determinado funcionalmente.

El eje de esta tipología estará definido por el envolvente de las actividades características que representan las funciones principales (unidades funcionales básicas) y las actividades de apoyo (áreas complementarias) (2).

El análisis de las interrelaciones entre las unidades funcionales, partiendo del programa funcional, permite identificar:

- a) Una trama circulatoria.
- b) Una organización estructural.
- c) Una organización de las instalaciones dentro de cada servicio.

Calificación y cuantificación

Unidades funcionales básicas. Las unidades funcionales varían dentro de cada servicio en

Intervenciones espaciales de los servicios

La interrelación entre los distintos servicios deberá darse en el programa como un conjunto de relaciones de proximidad.

Para lograr esto en forma ordenada se recomienda la utilización de una Matriz de Asimov, en la que se consignarán todos los servicios y la simbología estipulada.

Asimismo, es de gran importancia la utilización de diagramas de conexiones funcionales y los diagramas que expliciten los análisis de secuencias de interrelaciones.

Cuantificación de la inversión

Será establecida desde el Programa de Arquitectura, a los efectos de actuar como antecedente para la elaboración del Programa Financiero.

Se hará a partir de los valores totales de super-ficies calculadas para cada servicio, aplicándose costos unitarios diferentes según los servicios en análisis.

Es decir que el costo de la unidad de salud no será calculado según valores promediales, sino que para cada servicio se deberá estimar el correspondiente valor de inversión.

Resolución del terreno

Para la elección del terreno y luego de haber seleccionado el área local de ubicación del servicio de salud, debemos tener en cuenta:

- Proximidad con los destinatarios.
- Accesibilidad desde arterias de tránsito principales.
- Accesibilidad desde los transportes colectivos.

a) Localización y accesibilidad.

b) Dimensiones.

- Proporciones.
- Porcentaje de ocupación que permita adecuado crecimiento, porcentaje de áreas verdes, porcentaje de áreas de estacionamiento.

c) Orientación.

- Que tenga en cuenta los vientos principales y el asoleamiento.

d) Servicios públicos.

- Abastecimiento de agua: público, natural.
- Disponibilidad de luz, fuerza y comunicaciónes.
- Abastecimiento de gas.

e) Topografía y naturaleza del suelo.

- Drenaje natural fácil.
- Altimetría y planimetría.
- Tipo de suelo.

d) Plan Director de la ciudad

ANTEPROYECTO - PROYECTO

Hemos visto que los servicios de salud no pueden ser pensados como la sumatoria de obras civiles aisladas, sino como planes de salud a nivel nacional. Por lo tanto, los proyectos de esos servicios deben ser realizados e integrados a los programas generales como parte del proceso de desarrollo.

El o los proyectos de estos servicios son un conjunto de recaudos que permiten, mediante su interpretación, evaluar el costo de las obras a construir en todos sus detalles.

Esto se consigue mediante un proceso de diseño que va de lo general a lo particular y va llegando cada vez a un mayor grado de definición a partir del programa arquitectónico ya definido (6).

Podemos así distinguir las siguientes etapas en el proceso hacia el proyecto.

Croquis preliminares

Es la fase donde los criterios e ideas rectoras desarrolladas en la etapa de programa, se expresan en esquemas y planos de zonificación en los cuales se establecen las normas generales:

- a) De circulaciones.
- b) Ubicación de servicios a partir de un conjunto de programas y subprogramas preestablecidos.
- c) Instalaciones.

Se establece lo que se conoce como el *partido arquitectónico* y es la base de los diseños posteriores, por lo que su evaluación es muy importante. A partir de él, se desarrollarán los aciertos o los errores en las fases futuras.

Con el conjunto de la información contenida en los recaudos descriptivos, nos es posible realizar los primeros estudios de cómputos y presupuestos.

Proyecto arquitectónico y de ingeniería

Definimos como al conjunto de documentos (planos y escritos) que permiten la construcción de la obra en todos sus detalles. Se compone de los siguientes documentos básicos:

Planos

- de mensura;
- de ubicación e implantación;
- de cortes, plantas y fachadas;
- estructurales;
- de instalaciones;
- de aberturas.

Memorias

- Memoria descriptiva. Se definen componentes y equipos, sus tipos y calidades.
- Memoria constructiva. Se definen procedimientos.
- Pliego de condiciones. Se definen las normas que regulan la relación entre las partes intervinientes en el proyecto y su ejecución.

Plantillas y gráficos de tiempo - obra

- Diagramas de Grant;
- Camino crítico.

Política de acopios

Estudios de costos

Esquema financiero

Como vemos, se trata de un proceso complejo donde cada etapa debe ser evaluada adecuadamente antes de pasar a la siguiente. Es muy posible que de esa evaluación surja la necesidad de revisar lo actuado, debiendo repensar la etapa. Esta evaluación debe ser realizada por la totalidad del equipo, especialmente por aquellos integrantes de él que son capaces de analizar el proyecto en su conjunto funcionando como un sistema; no es suficiente, aunque si necesario el

Es en esta etapa en la que se definen los criterios de diseño que van a sistematizar el proceso, disminuyendo el componente intuitivo.

Diseño general - Coordinación modular

Los conocimientos científicos modernos y sus complejas técnicas de aplicación están en continuo cambio y, en consecuencia, proyectar un edificio de salud nos enfrenta con el problema de proyectar para el cambio.

Para ello es indispensable revisar los esquemas funcionales y las técnicas constructivas tradicionales.

La posibilidad de cambio en el destino de los locales y, por lo tanto, en su equipamiento; la expansión y/o modificación de un servicio; un nuevo aparato que es necesario instalar; nos lleva a la creación de edificios que sean constructivos teniendo en cuenta los principios de flexibilidad, adaptabilidad, crecimiento y adecuación a nuevas funciones.

Para todo ello es imprescindible proyectar sistemas que permitan coordinar los distintos componentes del edificio, construidos en obra con los componentes que llegan a ella y terminados para ensamblarse.

La coordinación modular nos permite resolver este problema mediante una coordinación de las dimensiones del edificio de todas sus piezas componentes, a partir de una unidad básica llamada *módulo básico*.

“La coordinación modular sirve de guía dimensional al fabricante, que ofrece a la industria una serie de tamaños coordinados preferidos, y al diseñador que ofrece un módulo de diseño” (3). Por otra parte, la planificación puede simplificarse y hacerse más clara, si se utiliza una trama o cuadrícula con el módulo básico, como la distancia entre líneas para realizar los diseños.

Anteproyecto

En esta etapa los croquis se convierten en *planos*.

Esta compuesto por un conjunto de anteproyectos de distintas disciplinas: albanilería; estructura, e instalaciones. Estos planos deben estar ya interrelacionados entre sí, de modo de crear un todo armónico. En esta etapa se definen también: materiales, sistemas, tecnología.

análisis parcial que puede realizar un determinista o especialista integrante también del equipo. Este complejo proceso implica tiempos mínimos para cada etapa; debemos evitar la tentación, por demás común, de que una vez tomada la decisión de construir, se apresuren los plazos. Los principales defectos que aquejan a los proyectos, surgen por:

- Encargos sin tiempo suficiente.
- Proyectos incompletos o insuficientemente detallados.
- Escasez de colaboraciones interprofesionales.

- Desconocimiento de los profesionales actuantes, de las complejidades de la tramitación exigida.
- Ausencia de un sistema de control de calidad de los proyectos (evaluaciones).
- Definición exacta de las calidades de los materiales, componentes y equipos.

Es necesario, por lo tanto:

- No emprender un proyecto sin contar con toda la información previa necesaria y suficiente mente evaluada.
- Comprobar que la tecnología proyectada se adecua a las características de la obra y a los posibles procesos de ejecución.
- El proyectista debe ser el nexo entre el programa-proyecto y entre el proyecto-ejecución;

Condiciones del diseño

Adecuación ambiental y social

El diseñador ejerce una acción sobre el medio exterior o medio ambiente, consistente en la creación de objetos que antes no existían.

La acción del *diseñador modifica el entorno*. Es muy común enfocar la obra arquitectónica aislada del entorno en que va a ser implantada, pensando solamente en el *usuario directo*, sin tomar en cuenta que la obra, con la modificación del entorno que produce, afecta a los usuarios indirectos (que son a su vez usuarios directos de los edificios vecinos).

Por lo tanto, este impacto debe ser tomado en cuenta como un condicionante del *diseño*. Las exigencias que la adecuación ambiental impone, están poco desarrolladas. A nivel estatal se debe regular en la materia en forma amplia, incorporando

rando a los códigos y normas de construcción que tiendan a regular el *entorno*. Casi todos los códigos mencionan como exigencias, la seguridad, funcionalidad y durabilidad de la propia construcción, pero ninguna (salvo en forma parcial) se refiere a que tales requisitos deben conseguirse sin afectar la seguridad, funcionalidad y durabilidad de las construcciones vecinas.

La adecuación ambiental debe tenerse en cuenta desde el principio del proceso de construcción (promoción/planeamiento) ya que la etapa de diseño puede resultar tardía.

Tenemos, de algunos países, ejemplos puntuales que tienden a regular el impacto ambiental de las nuevas construcciones, a fin de mantener el carácter de algunas zonas de la ciudad (vieja, barrios, jardines) que exigen un estudio previo del impacto ambiental.

El *diseñador* no necesariamente prevé este impacto, por no haber realizado un estudio de todos los factores que inciden en el problema planteado (planes pilotos, planes de urbanización, etc.) (6).

Materiales

Los materiales, componentes o equipos son un factor importante de las construcciones, tanto por su costo, como por su calidad.

Considerar la existencia de materiales locales es muy importante no solo por razones de economía, sino porque facilitan el uso de la mano de obra y tecnología local, el mantenimiento y, a su vez, la inserción de la unidad en el medio. Ambos elementos deben ser tomados en cuenta cuando se toma la opción a nivel de anteproyecto y también, debe planificarse el proceso de adquisición.

El control de calidad de materiales, componentes y equipos debe comenzar con un control de producción en fábrica y completarse con un control de recepción en obra. La mayoría de las empresas en el área de la construcción, fabrican sin control de calidad; otras, las menos, lo practican, pero se encuentran con que su calidad no es apreciada en un mercado de gran competencia en el que solo parecen contar los precios y no las calidades.

La crisis agudiza la presión sobre los precios en detrimento de la calidad. La norma, si existe, en algunos casos es más bien orientativa y no obligatoria.

Por otra parte, son muy pocas las posibilidades de controles por no existir laboratorios especializados en el tema, y los que existen están localizados, básicamente, en las capitales. La posibilidad de ensayo de materiales está limitada a laboratorios de las Facultades de Ingeniería o Arquitectura y a algún laboratorio privado. La costumbre indica algunas formas de ensayo cuyo resultado se obtiene luego de la puesta en obra, sirviendo solo de verificación, dado que el proceso ya fue consumado y el material se encuentra incorporado a la obra. Por lo tanto, consideramos que la calidad de los materiales componentes y equipo debe estar definida en los pliegos de condiciones que forman parte de los documentos del proyecto. Esta definición debe estar dada por especificaciones, tanto para los productos, como para los procesos. De igual manera deben estar definidas las normas o procedimientos que aseguren el control de recepción.

Tecnología

La tecnología aplicada a una determinada obra está en relación con las posibilidades del país, con las posibilidades de la industria de la construcción, sin descuidar el desarrollo de la tecnología local. La construcción es una de las actividades más antiguas y complejas, con una gran inercia a cambios y transformaciones. En general, se sigue más la rutina que las nuevas técnicas de métodos de trabajo y controles; sin duda, no solo por inercia sino, también, por la baja calificación de gran parte de la mano de obra. Por ello, la formación técnica permanente es absolutamente necesaria a todos los niveles. En el nivel profesional se debe fomentar la realización de cursos generales de reciclaje y cursos específicos de posgrado. En el nivel del personal técnico deben ejercerse acciones formativas, incluyendo el sentido de responsabilidad que contribuya a una mayor fiabilidad y una mejora en la productividad. La clasificación de las empresas se basa principalmente en criterios económicos y en ella no intervienen requisitos técnicos concretos como medios humanos, maquinaria, equipos, etc. Debemos tener en cuenta que la edificación es un acto de producción como otro cualquiera, y que como tal, no se libra de ciertas reglas económicas que rigen los procesos de producción en el marco de nuestra organización social. Es necesario repetir hasta el cansancio la conveniencia de utilizar los conocimientos y materiales de construcción locales disponibles y propicios a la participación de la comunidad en los proyectos. Pero debemos pensar que significan estos planes. Utilizar el sistema de la autoayuda sin planificar la intervención del destinatario, no solo en la obra, sino que en su ocupación específica, puede significar una sobre-explotación de su capacidad de trabajo. Debemos requerir especialización y promover nuevas técnicas de construcción que permitan hablar propiamente de la construcción como una industria. Esto no quiere decir que debamos renegar de los sistemas tradicionales, sino que estos deben ser repensados a la luz que nos arroja la metodología de los procesos industriales y la prefabricación. Sistematizando los procesos tradicionales, podemos obtener sistemas constructivos con las ventajas de estos, pero sin los inconvenientes de los procesos artesanales. Por otra parte, al referirse a la prefabricación, estamos pensando en la prefabricación a pie de obra, como sistema que permite racionalizar los sistemas tradicionales. Los grandes sistemas de prefabricación total solo son posibles si se posee la infraestructura industrial apropiada.

Proceso de producción

Hemos visto la necesidad de sistematizar el diseño a fin de complementar los procesos intuitivos. Es en la etapa de diseño donde deben tomarse las opciones tecnológicas para llevar a cabo la realización de la obra. Estas posibles opciones nos condicionan el diseño. Sabemos que la construcción es un proceso "sintético", un proceso en el cual son ensamblados cierto número de componentes para obtener un nuevo producto. Muchos de estos materiales se fabrican fuera de la obra, otros se fabrican en la obra misma. Por otra parte, los factores de producción, mano de obra, materias primas y equipo se combinan en diferentes proporciones dependiendo esta de los sistemas constructivos a emplearse.

El costo y la calidad del producto acabado (edificio) dependerá de que diseño y tecnología sean compatibles, o dicho de otra manera, que durante el proceso de diseño se hayan tenido en cuenta la conveniencia de emplear los factores de producción en una proporción determinada, así como materiales y tecnología local. Esta proporción no puede ser un capricho del diseñador, sino que debe estar de acuerdo con el medio económico, social y técnico-científico al que está dirigido el producto final.

Durabilidad y vida útil

La situación crítica de la economía ya no ad-

mite el uso de materiales y/o procedimientos que no garantizan una larga vida útil de los productos que surgen del proceso constructivo.

Un alto porcentaje de los recursos destinados a la construcción son para tareas de reparación y mantenimiento de edificios existentes, tanto en obra civil, como en instalaciones.

Así, en América Latina vemos con estupor que se construyen viviendas para sectores de bajos recursos de duraciones increíbles (menos de cinco años).

Cada material debe cumplir una función y le es exigido que se desempeñe para esta; es decir, que bajo las condiciones de uso, ofrezca una resistencia al deterioro que llamamos *durabilidad* (decentos).

Con el transcurso del tiempo y bajo los agentes a que está expuesto pierde propiedades que lo habilitan para desempeñar dicha función (Figura 2).

Al momento en que el elemento deja de cumplir estos requerimientos funcionales a los que se le destina, se le llama *desempeño mínimo*.

Así, podemos graficar la *vida útil* (Figura 3) de un material componente o edificio y definirla como la medida cuantificable (en años) de la durabilidad, que crea una calidad del material.

La vida útil de un elemento es prolongada por nivel de desempeño del elemento, que hace que se recupere el

Este proceso tiene como límite la *línea de desempeño mínimo*; a partir de ese momento el mantenimiento se convierte en *restauración*.

El cumplimiento de los requisitos de desempeño de un elemento debe hacerse a un costo más bajo que cualquier sustituto. Si mantenerlo en uso significa desventajas frente a otra alternativa, su vida útil está terminada.

Debemos tener en cuenta que a pesar de no

estar terminada su vida útil, un elemento puede necesitar ser sustituido por razones tecnológicas. Un objetivo debe ser prever la vida útil de un elemento (ensayos de envejecimiento) o métodos estadísticos. Esto nos da datos seguros para actuar. En el caso de edificios, las partes estructurales deben tener una vida útil similar a este (es imposible sustituirlos); las no estructurales pueden ser sustituidas. Así, los aspectos de transformabilidad, flexibilidad y ampliabilidad surgen una vez más, como herramientas para prolongar la vida útil del edificio.

Producto terminado - uso mantenimiento

Un establecimiento de salud es una construcción física que contiene locales donde se suministran diferentes tipos de servicios.

Dentro de esa construcción encontramos equipos, instalaciones, mueblería, sistemas de comunicaciones, que integran el proyecto arquitectónico, de ingeniería y de equipamiento.

Al entrar en funcionamiento un equipo, un local o una instalación, comienza un proceso de desgaste que requerirá mantenimiento.

Con este conocimiento, al realizar los programas arquitectónicos, de ingeniería y de equipamiento, es necesario tener en cuenta que el futuro mantenimiento es hoy una condicionante importante del diseño (7).

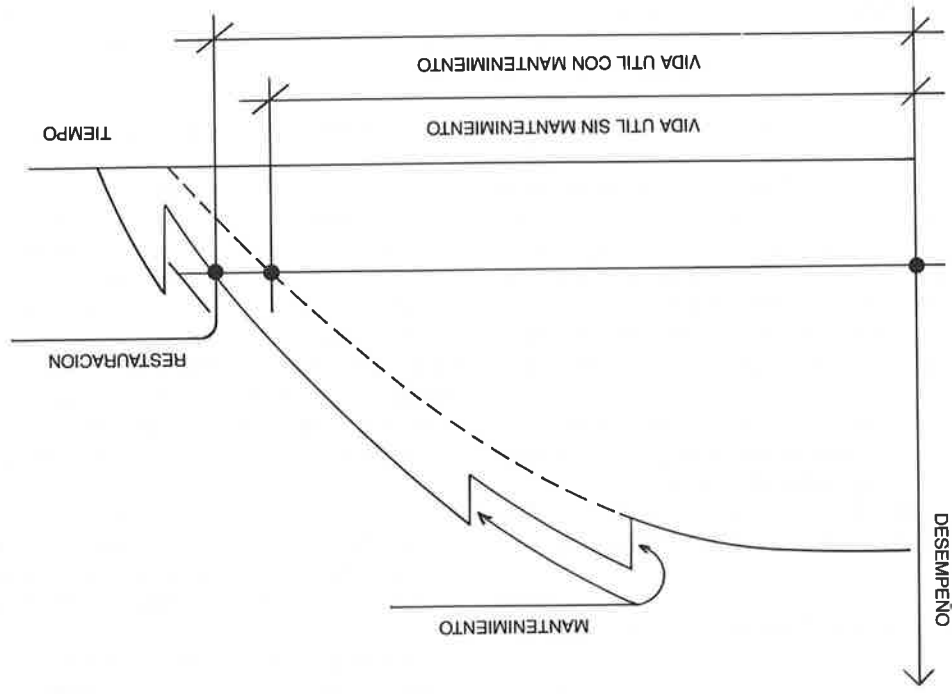
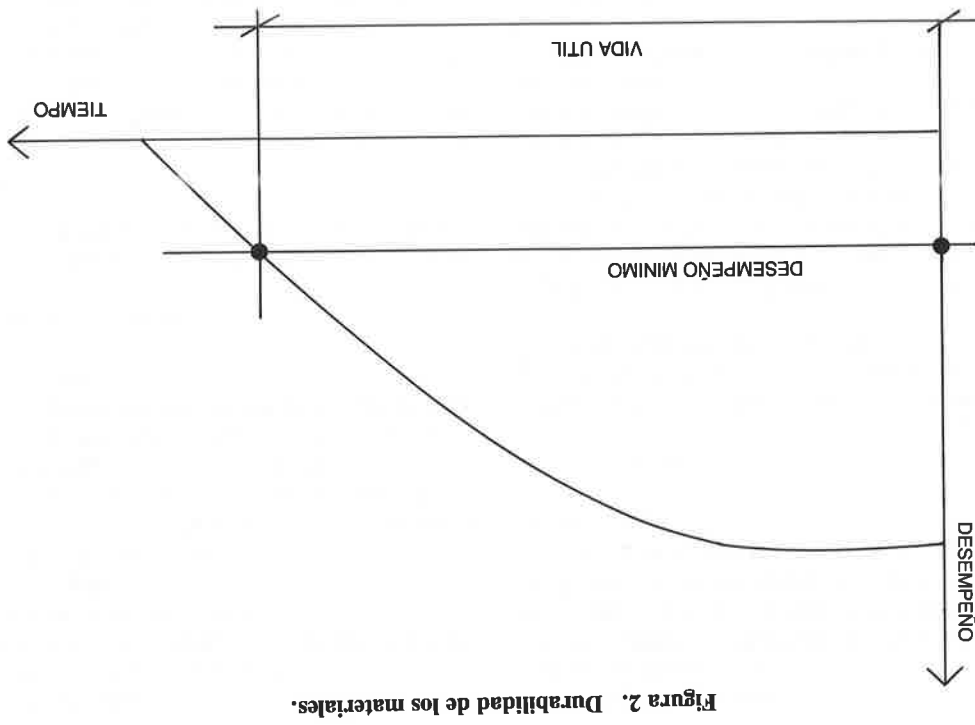
Se debe así, diseñar conjuntamente con el *programa arquitectónico un programa de mantenimiento* que debe especificar:

- que se debe mantener;
- cómo se va a mantener;
- con qué recursos - materiales, humanos y financieros;
- con qué organización.

¿Qué se debe mantener?

Un establecimiento de salud debe mantener todos los equipos, instalaciones, muebles y edificios. Para ello, en el momento de decidir su compra y/o construcción se debe haber pensado en su uso y mantenimiento, para lo cual es imprescindible:

- a) Especificaciones claras:



- del equipo
- del uso que va a tener
- b) Solicitar los manuales de operación y mantenimiento que deben estar:
 - duplicados y
 - archivados adecuadamente
- c) Los equipos deben haber sido ensayados y probados de acuerdo a las instrucciones del fabricante antes de su puesta en servicio.
- d) Comprar por calidad y no solo por precio.
- e) Manejar criterios de sistemas y no de equipos aislados.

¿Cómo se va a mantener?

Requisitos generales. Al proyectar una instalación se deben tener presentes tres pautas fundamentales:

- **Información:** Se deben elaborar planos y detalles que permitan identificar perfectamente todos los elementos del proyecto.
- **Estandarización:** Usar en lo posible elementos de una misma especie, lo que trae consigo facilidad de mantenimiento, menor stock de repuestos e información.
- **Accesibilidad:** Los elementos a mantener deben ser accesibles en sus partes fundamentales y la tarea de mantenimiento debe poder realizarse con comodidad, para lo cual es necesario prever espacios adecuados para el trabajo del personal.

Formas de realizar el mantenimiento. El mantenimiento comienza con la primera etapa del proceso de producción y debe estar presente en todo este proceso.

- **Mantenimiento operativo:** Es la acción que realiza el usuario de un equipo, local o instalación durante su servicio diario. De la forma como se use va a depender su vida útil y por lo tanto el usuario debe tener los conocimientos básicos de equipo, local o instalación, a fin de operar de manera adecuada.
- **Mantenimiento técnico:** Este mantenimiento lo realiza personal técnico especializado y podemos distinguir distintas formas:

a) **Correctivo.** Es la acción técnica y administrativa que se lleva a cabo cuando ha ocurrido una falla en un equipo, local o instalación que ocasiona un paro indefinido o mal funcionamiento.

Da lugar a una reparación.
Se actúa frente a la falla.
b) **Preventivo.** Es la acción técnica y administrativa que se lleva a cabo para impedir la ocurrencia de una falla en un equipo, local o instalación. Se actúa cuando la rutina junto a la experiencia lo indican.

¿Con qué recursos?

● **Humanos.** Se puede realizar el mantenimiento con el personal propio, contratado externamente o ambas formas a la vez.

- a) **Personal propio:** Debemos evaluar en la etapa de programación la cantidad y calidad de este personal, a fin de incorporar a los programas los recursos físicos correspondientes.
- Por otra parte, debemos definir las formas de contratación a fin de poder evaluar sus conocimientos, habilidades y destrezas para el cargo que ocuparán.
- b) **Personal contratado:** Se debe tener en cuenta en los planes de mantenimiento que el personal contratado realiza parte de su tarea en el edificio, compartiendo responsabilidades con el personal propio. Se debe delimitar perfectamente el área de responsabilidad de cada equipo, a fin de que ésta no se diluya y se pierdan las formas de control.

● **Materiales.** Definimos por recursos materiales:

- a) **Área física:** donde instalar los talleres que tengan una medida adecuada a los tipos de destino.
- b) **Los materiales y repuestos:** Se debe prever lugar y forma de almacenamiento.
- c) **Las herramientas e instrumentos.**

● **Financieros.** El Programa de Mantenimiento no solo debe prever la compra e instalación de los equipos locales e instalaciones, sino que se deben establecer los recursos necesarios para el funcionamiento del edificio. Así, las autoridades competentes deben elaborar planes de financiamiento de estos recursos e incorporar al presupuesto general del edificio una partida para gastos de funcionamiento.

¿Con qué organización?

El mantenimiento se debe hacer en forma eficiente para lograr los objetivos planeados en el

Para ver las posibilidades de adaptación al nuevo programa y exigencias de uso e higiene. Se debe analizar.

a) Funcionamiento: tipo y número de locales (unidades funcionales básicas y áreas complementarias) y sus interrelaciones.

b) Dimensiones: (altura, largo y ancho) y proporciones de las unidades funcionales, las áreas complementarias y las circulaciones.

c) Posición relativa de las áreas complementarias.

d) Intercomunicación de las unidades funcionales, las áreas complementarias y las áreas complementarias.

e) Afectaciones del predio: retiros, ensanches, alturas, factor de ocupación del suelo, etc.

f) Infraestructura que sirve al predio: características urbanas, Plan Director, etc.

● *Análisis constructivo.*

a) Sistema estructural: se debe realizar un exhaustivo estudio de la estructura teniendo en cuenta su diseño, las cargas actuales y futuras, y los agentes exteriores como las cargas térmicas y el viento. Es el factor más restrictivo del reciclaje.

b) Cimentación: si bien es parte integrante de la estructura, merece, por su carácter fuertemente restrictivo, un estudio especial conjuntamente con el terreno y sus capacidades.

c) Otros componentes: se deben estudiar por separado entresijos y cubiertas, muros y tabiques, aberturas, pavimentos, revocos y revestimientos, cielorrasos, azoteas.

d) Instalaciones: se debe analizar la existencia o no de ellas. En el caso de su existencia, realizar un diagnóstico completo de cada una de ellas y sus posibilidades de desarrollo.

Programa de equipamiento

En primer lugar, debe desecharse la idea predominante de que la tecnología cuanto más sofisticada, mejor. Se podría decir que no hay una correspondencia muy clara entre complejidad tecnológica y su inserción en el campo de la atención y el impacto en el nivel de salud. Por supuesto, que ello no debe llevarnos a dejar de lado los avances que la ciencia y tecnología ponen a nuestra disposición (8). Se debe buscar ampliar una tecnología apropiada.

programa de trabajo, para lo cual debemos establecer la serie de actividades administrativas que le permitan:

- Establecer un centro de información y documentación.
- Ordenar y mantener el stock de materiales y repuestos.
- Instituir un sistema de órdenes de trabajo.
- Supervisar los trabajos.
- Instaurar fichas y gráficos de procedimientos de operación.
- Organizar el control de costos.
- Programar sistemas de mantenimiento.
- Disponer formas de dar de baja a los equipos o instalaciones nuevos.
- Procesar los datos.

Reciclaje - nueva vida para la vieja arquitectura

El reciclaje consiste en la revitalización y/o transformación de los componentes espacio-funcionales de un edificio mediante la intervención física, con el objeto de satisfacer las exigencias que le impone un nuevo ciclo de vida. Para el desarrollo de los sistemas locales de salud, enmarcado en una verdadera ofensiva del sector a nivel de los países, no solo debe pensarse en la construcción de nuevas unidades. Una buena parte del esfuerzo por satisfacer las necesidades estará basada en el reciclaje de edificios de variada vida, que pueden revitalizarse en la misma función o adecuarlos a una nueva.

Condiciones para el reciclaje

- Sistema constructivo que admite cambios, modificaciones y/o reparaciones.
- Adaptabilidad a las nuevas condiciones programáticas.
- Existencia de un valor destacado que interesa preservar.

Factibilidad

El estudio de factibilidad de un edificio consiste en la verificación de sus posibilidades de diseño (o rediseño) reunidas en dos grandes categorías:

● *Análisis espacial.*

piada, para lo cual hay que profundizar la búsqueda de información, afinar la selección e impulsar la innovación.

Al normatizar el listado de equipos que surge del Programa Funcional, se debe tener en cuenta no solo la función a cumplir por el equipo, sino también sus antecedentes y desempeño en el mercado nacional y local; las exigencias en materia de operadores calificados y, en particular, los aspectos vinculados al mantenimiento del mismo y la disponibilidad de repuestos (9).

Con estos factores en cuenta, y debidamente asesorados, se establecen las especificaciones catalogando equipo por equipo.

En esta etapa, y antes de proceder a la licitación de los mismos, se deben ajustar las especificaciones y las listas con el anteproyecto arquitectónico, realizando el estudio ambiente por ambiente y discutiendo con el equipo los aspectos vinculados al sistema de instalaciones y todo lo que tiene que ver con los requerimientos y comités de los equipos.

La licitación debe efectuarse de forma que su desarrollo se acompañe adecuadamente con el cronograma de ejecución de la obra. Debe especificar los plazos y condiciones de la recepción de los equipos, así, también, la instalación y puesta en funcionamiento de los mismos.

El proveedor deberá asegurar la provisión de los manuales técnicos, de operación y de mantenimiento de los equipos, así como brindar capacitación al personal seleccionado. Se debe incluir en la lista de licitación la compra de los repuestos más habituales para asegurar el funcionamiento ininterrumpido de los equipos.

La instalación de los mismos exige en muchos casos la preparación de acometidas o despegues, los que se realizarán de acuerdo a los planes de preinstalación que presentará el vendedor, quien deberá aprobar la instalación previamente a la instalación del equipo.

Programa de recursos humanos

La identificación en tipo y cantidad de las actividades, realizada en el Programa Funcional de personal, la identificación de las necesidades de personal. Esta información básica debe integrarse en forma de un programa específico que debe cumplir distintas instancias que aseguren que la ejecución del proyecto, en obra física y equipamiento, se acompañe con la incorporación progresiva del personal necesario para la puesta en operación de la unidad.

Con la definición de puestos y la matriz de cargos se definirán los métodos de selección y el

Definición de los puestos de trabajo

Constituye una actividad fundamental que es necesaria para la selección, capacitación y, durante la operación, para la supervisión y evaluación del personal.

Esta definición debe precisar los siguientes aspectos (10):

- **Nombre del cargo**
- **Propósito**
- **Requisitos del cargo:** físicos, habilidades mentales, intereses especiales, personalidad.
- **Calificaciones:** educación, experiencia y entrenamiento.

● **Interrelaciones jerárquicas:**

- a) Por quién es supervisado.
- b) A quién(es) supervisa.

● **Funciones y actividades**

● **Régimen de trabajo:**

- a) Horario.
- b) Remuneración.

● **Duración del cargo**

● **Criterio de selección**

Organización de los equipos de trabajo

Las necesidades de personal y las definiciones de puesto, con la estructura de organización de la unidad, permiten integrar los equipos de trabajo a su modalidad laboral y definir la plantilla de cargos necesarias para cumplir con las exigencias de los distintos programas.

Esta plantilla debe expresarse en la matriz de cargos, por servicio y por tipo profesional o nombre de cargos.

Selección de personal

cal, las agudas diferencias en cuanto al valor de las retribuciones, así como las disposiciones fiscales, pueden generar variaciones importantes de los costos, sin contar las variantes en la complejidad de las unidades que se están proyectando (11).

Elaboración del presupuesto

Deben analizarse las actividades y los recursos de cada etapa.

● *Estudios preliminares:*

Toda la información que posibilite la formulación de planes nacionales y locales, tiene un costo de muchas veces no considerado en el total de la inversión necesaria para construir una unidad de salud. Por supuesto, todos los recursos destinados a la planificación y organización de un sistema local no deben cargarse a cada unidad de la red, pero tampoco pueden omitirse en su consideración financiera.

● *Programación funcional y arquitectónica:*

Aquí los recursos son específicamente identificados. Están compuestos por el valor de las horas/hombre necesarias de los integrantes del equipo, tanto en los especialistas dedicados a tiempo completo al proyecto, como los que se necesitan por períodos parciales. La magnitud de estos costos puede estimarse para proyectos de complejidad intermedia en el orden de las 2000 horas/hombre. A ello debe adicionarse no menos del 20% para los materiales necesarios para el trabajo del equipo de programación.

● *Proyecto arquitectónico:*

El equipo requerido es mayor en composición y el tiempo necesario, también, es mayor. Los diseños preliminares, el anteproyecto y los proyectos arquitectónicos estructurales y de instalaciones requieran, con criterios similares al punto anterior, de un monto del orden de las 8 a 10 000 horas/hombre. El costo de los materiales solicitados para esta etapa puede llegar al 35% del total del presupuesto destinado a esta. En términos generales, se puede estimar que toda la etapa de programación incide en el costo

cronograma de incorporación del personal en las etapas de desarrollo del proyecto. Por supuesto que las formas de selección deberán cumplir con las disposiciones institucionales respectivas; pero siempre deberán ser presidas por la definición del puesto, lo que dará mayor objetividad a dicha selección y mayor calificación al reclutamiento.

Orientación y adiestramiento

El personal seleccionado debe ser orientado y adiestrado oportunamente para garantizar su mejor desempeño.

Programas de orientación: Todo trabajador debe recibir una doble orientación: una general, donde se le informe de la doctrina, propósitos, objetivos específicos, estructura, funciones, actividades y metas de la unidad en la que va a trabajar y el sistema del que forma parte; y otra particular, o sea el servicio y área específica en que va a trabajar. Esta orientación debe abarcar los aspectos físico-funcionales.

Programa de adiestramiento: Todo el personal debe recibir adiestramiento en el uso y manejo de sistemas generales de la unidad, de programas de seguridad y ante situaciones de catástrofes colectivas. A su vez, debe recibir adiestramiento específico en la realización de procedimientos manuales y/o instrumentales. Todo operador de equipos debe recibir información y adiestramiento en el uso y mantenimiento preventivo de los mismos.

Programa financiero

Los costos constituyen un punto clave de todo proyecto; es materia de la etapa de programación y la de ejecución, pero también durante la operación. El programa financiero debe ser la expresión económica de todo el proyecto, analizada en cada una de las fases del proceso. La estimación de los costos es un problema complejo, y si bien hay mucha información y antecedentes a nivel internacional, se debe resistir la tentación de simplificarlo a la aplicación de indicadores de precios por metro cuadrado de construcción, o por cama. Estos indicadores pueden tener un valor de orientación, pero las realidades del mercado lo-

total, entre el 10% y el 13% del costo total del proyecto; estos montos pueden reducirse en parte cuando se usan planos tipos o modelos estándar, con peligros que no siempre compensan la economía realizada.

● *Presupuesto de ejecución:*

Debe incluir el costo del terreno, los gastos de acondicionamiento del mismo, más los gastos de construcción de la obra civil, las instalaciones y el equipamiento. Estos dos últimos aspectos pueden significar hasta un 40% del costo total de la construcción.

● *Presupuesto de gastos complementarios:*

Deben incluirse los costos de acondicionamiento exterior, así como todos los gravámenes fiscales para la aprobación de planos e inspecciones y seguros.

● *Presupuesto de operación:*

Es importante su definición temprana, para posibilitar la incorporación progresiva de personal que es conveniente que se integre y conozca el proceso de construcción (por ejemplo: equipo de dirección y de mantenimiento). Además, se debe tener en cuenta que en determinadas unidades (hospitales de mediana complejidad) el costo anual de las actividades significa un tercio del costo total de construcción.

Costo del ciclo de vida

Es oportuno analizar el costo de vida útil de una unidad en el momento de evaluar las opciones posibles que puede tener el proyecto, definir alternativas de materiales, de diseño o la adquisición de edificios y sus componentes. Para ello, se deben estudiar los componentes del costo en tres grandes grupos: inversión inicial, costo de funcionamiento y conservación, costo del reemplazamiento y renovación.

Control de calidad

Un proyecto de construcción abarca la totalidad del proceso, que va desde que surge la idea de construir hasta el edificio terminado y en uso. El control de calidad tiene como fin entregar al usuario un producto de calidad que cumpla los requisitos básicos de seguridad, funcionalidad,

durabilidad, economía y belleza. Esto es un derecho del usuario.

El control de calidad es un eslabón en la cadena de acontecimientos de que se compone el proceso productivo y se obtiene por la regulación total del proceso (control de calidad integral) (12).

Debemos dejar de lado la aparente contradicción que existe entre cantidad y calidad: estas no deberían ser incompatibles. La experiencia nos dice que a veces hemos obtenido cantidad en detrimento de la calidad y esto trae consigo graves consecuencias de insatisfacción y costos adicionales de reparación muy importantes. El Estado debe hacer suya la necesidad de la aplicación obligatoria de *normas técnicas* de control. Es evidente que una intervención administrativa como la propuesta, requiere y origina mayor gasto público.

La decisión de gastar más deberá sopesarse, sin olvidar que la rentabilidad se mide en la doble vertiente económica y social.

Podemos definir así, que el *control de calidad integral* es la aptitud de uso del producto final construido y surge por la regularización total del proceso.

Existe una *calidad industrial* que resulta del proceso de fabricación que es exterior al edificio y una *calidad funcional* requerida por el comportamiento de las unidades construidas que es exigencia propia del mismo.

La industria de la construcción es una de las más importantes en todos los países, pero sus características especiales hacen que su calidad esté por debajo de lo que correspondería; al menos en varios de nuestros países.

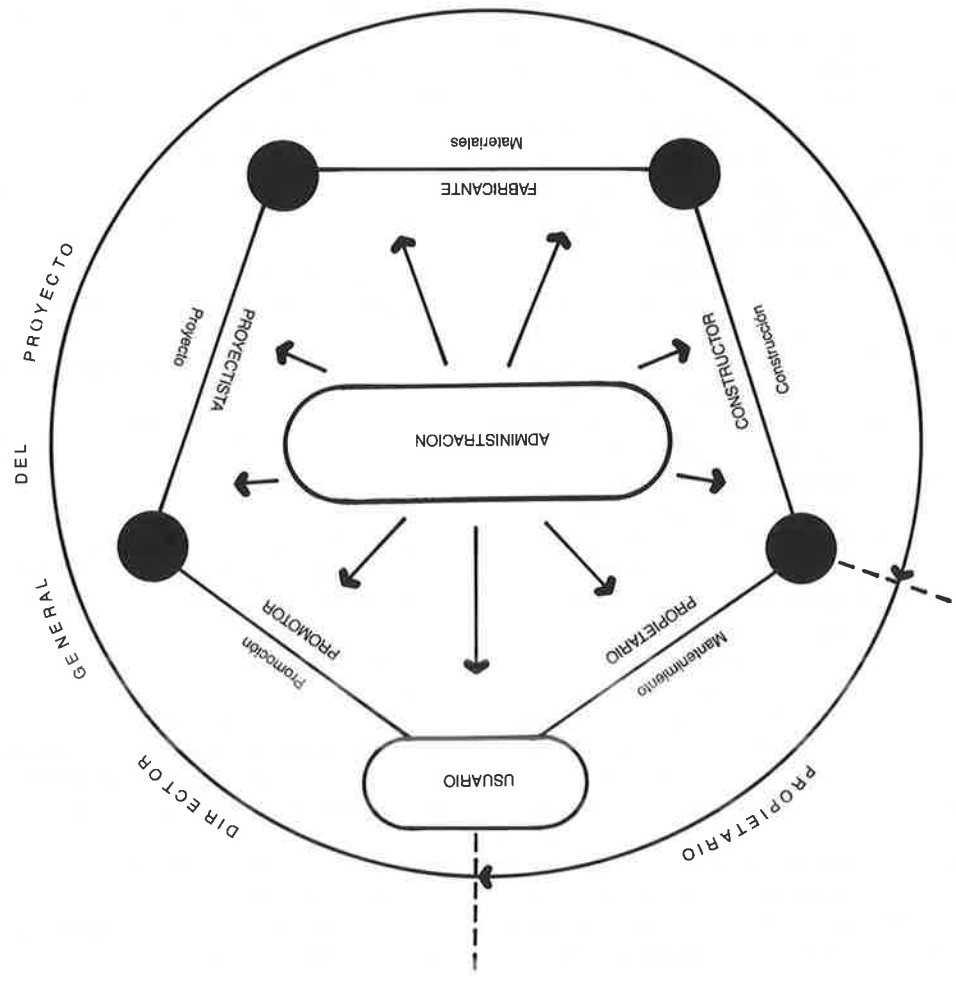
- La construcción es una industria de mercado de carácter nómada.
- En general crea productos únicos. La repetición de elementos es baja.
- No es aplicable la producción en cadena, sino la producción concentrada.
- Es muy tradicional y por ello dotada de una gran inercia.
- Utiliza gran cantidad de mano de obra poco calificada.

- Trabaja por lo general a la intemperie.
- Emplea especificaciones complejas.
- Las responsabilidades están poco definidas y aparecen dispersas.

El proceso de construcción puede esquematizarse en cinco actividades principales: Promo-

ción, Diseño-Proyecto, Materiales, Ejecución y Uso-Mantenimiento (Figura 4).
 El proceso comienza por el promotor (o usuario) y termina con el usuario, que es el que se beneficia con el bien construido.
 Se debe entender por usuario, el directo y el indirecto, tal cual lo definimos en el capítulo de *Adecuación Ambiental*.
 El concepto general es considerar las tres actividades centrales del proceso de construcción, dejando de lado las dos que enlazan el proceso con el usuario en promoción y el mantenimiento.
 El control de calidad se organiza mediante un doble mecanismo, articulado entre sí y constituido por dos tipos de controles: el control de producción y el control de recepción. El conjunto de ambos constituye el control de calidad.
 El control de producción lo efectúa, dentro de cada lado del pentágono, el sujeto que ejerce la actividad correspondiente; es un control interno. Por su parte, el control de recepción se lleva a

Figura 4. Actividades del proceso de construcción*.



* Esquema elaborado por el Ing. O. GARCIA MESEGUER

cabo en los vértices del pentágono, es decir, en el paso de una actividad a otra, donde se da una transferencia de responsabilidades. Este control es llevado a cabo por quien recibe el producto de la actividad anterior. Se trata por ello de un control externo.

En el lugar central del proceso constructivo, la administración vigila las diferentes fases del mismo, con especial énfasis en los vértices de transferencia.

El objetivo que se busca con el control de producción es ofrecer la calidad pactada al menor costo posible, mientras que en el control de recepción se busca comprobar con el menor margen de error posible, que se recibe la cantidad pactada.

Pero, la calidad debemos:

Usuarios

Analizaremos a continuación las características que debe cumplir cada integrante en particular.

- ¿Quiénes deben integrar este equipo? Se debe integrar con los usuarios, los técnicos especialistas en salud, los arquitectos y los ingenieros.
- ¿Cuálquiera de estos técnicos está capacitado para la integración del equipo? No, todos los especialistas deben tener formación previa de trabajos de salud y preparación para integrarse a un equipo.

Tradicionalmente los trabajos de programación se han desarrollado a criterio exclusivo de los programadores, pretendiendo estos detectar los problemas y proponer las soluciones correspondientes (14).

Para tener un conocimiento de la opinión del usuario, generalmente se utilizan métodos de participación de tipo *passivo*, se incluyen censos o muestreos socioeconómicos que pulsan la opinión pública para conocer las necesidades y aspiraciones de la comunidad.

Generalmente esta información se utiliza en la primera etapa del plan y depende de la sensibilidad con que la toma el programador.

Es evidente la necesidad de la participación *activa del usuario*, que pueda intervenir en todas las etapas de un plan como parte integrante del mismo, que pueda ejercer su derecho natural de participar en la cosa pública y trabajar por los intereses comunitarios.

Podemos distinguir dos tipos de participación de la comunidad: una indirecta de tipo pasivo (periódicos, publicaciones especializadas, radio, televisión) con que normalmente se dan, o pueden darse las actividades de planeamiento. La otra directa, es la deseable, ya que permite a la población manifestarse por su propia opinión; generalmente se da por *entidades sociales* que a nivel local y/o nacional hacen sentir sus problemas y aspiraciones a las autoridades y son cogestoras del proceso, en este caso, de atención a la salud.

Es fundamental que los mecanismos de participación funcionen en forma continua y siste-

EQUIPO DE PROGRAMACION

Integración del equipo

El programa funcional es el documento que transmite la información del usuario al diseñador (13).

La calidad de esa información hace posible que de las manos del diseñador salga una solución que sirva a los intereses buscados.

Vimos la necesidad de recabar, procesar y ordenar la información y cómo esta tarea, compleja en programas arquitectónicos simples, se torna de alta complejidad en programas de salud. Vimos, también, que esta tarea escapa a la capacidad de un solo individuo y que debía recaer en un equipo integrado por sujetos provenientes de

La experiencia profesional de los mismos permite calificar los resultados del proyecto.

Arquitectos

En general, la formación curricular de los arquitectos tiende a que estos puedan encarar el diseño de cualquier programa arquitectónico. Sin embargo, algunos programas, por su complejidad, exigen conocimientos previos especializados. Los programas de *Arquitectura de la Salud* se encuentran entre ellos, siendo conveniente que el arquitecto tenga una formación previa que lo capacite para integrarse a un equipo fundamentalmente formado por trabajadores de la salud.

Creemos que la Arquitectura de la Salud debe ser una especialidad, dado que maneja una serie de conocimientos específicos y un lenguaje particularizado. Así, se le reconoce en algunos países donde se desarrollan cursos de posgrado a los efectos de formar especialistas en *diseño de edificaciones de salud*; inclusive cursos de internado, para esos efectos.

El *arquitecto*, conjuntamente con el *administrador de servicios de salud*, debe integrarse al equipo planificador desde la *promoción* del programa. Su grado de responsabilidad en el equipo varía durante el proceso, partiendo de una tarea de apoyo y aprendizaje durante la promoción, adquiere su mayor grado de participación en la etapa del diseño.

Durante el proceso debe:

- Definir y exigir los niveles mínimos de calidad con que se va a trabajar en cada etapa.
- Participar en la formulación de la infraestructura del sistema. Diseño de la Red.
- Colaborar en la formulación de los programas funcionales de las unidades.
- Intervenir en la formulación de los programas arquitectónicos.
- Realizar los anteproyectos y proyectos.
- Ser el nexo de unión con los especialistas.
- Supervisar la ejecución cuidando que no haya desvíos de los recaudos.
- Realizar estudios de costos de obra y su seguimiento.
- Controlar los llamados a precios, realizan-do los informes técnicos correspondientes a los efectos de la adjudicación.

matizada, para lo cual se debe legislar a esos efectos.

Así, la *población* (comunidad) presentará sus problemas y aspiraciones con un sentido social,

comprendiendo que las medidas generales producen siempre beneficios individuales; el *planificador*, que debe estar al servicio de la comunidad, contará no solo con los conocimientos técnico-científicos, sino que incorporará desde el principio del plan las aspiraciones de la comunidad elaborando planes realistas, seguros, y evitando el rechazo que los planes populares producen.

La autoridad estatal tendrá siempre a la mano la información actualizada y ordenada con que alimentar sus programas de desarrollo comunitario.

Administrador de salud

Su papel es fundamental en el equipo multidisciplinario; tiene que reunir y organizar las necesidades de la comunidad y de todas las profesiones y especialidades que componen el equipo de atención a la salud. Juega un doble papel de "cliente", pues esta comprometido con la gestión del proyecto, los contenidos del plan de salud, de la programación funcional y física, y en la etapa de ejecución. Luego es responsable de la operación de la unidad, de su conservación y desarrollo.

La sola idea de esta responsabilidad indica que es necesaria la participación de un equipo de administradores de salud entre los que sería conveniente, en proyectos de grandes unidades, la participación de quien será su Director. Su actividad abarca entonces desde las etapas iniciales de la idea, hasta la puesta en marcha y la operación de la unidad.

Otros miembros del equipo de salud

Médicos, enfermeras, nutricionistas y otros profesionales de la salud tienen una responsabilidad marcada en el proceso de programación. Dada su proporción en la información y asesoramiento en la formulación del programa funcional, en particular en el análisis de servicios, en la definición de las modalidades operativas, la identificación de las actividades y la precisión de los equipos y personal necesario para su ejecución. Son apoyos sistemáticos en todas las fases de evaluación, tanto de los programas, como de los anteproyectos.

del proceso. Eso significa que se debe analizar cuál es la situación de cada uno.

Los usuarios tienen muchas veces visiones de-
formadas de cuál es la respuesta adecuada a las
necesidades y presionan para que se desarrolle
una unidad sofisticada y compleja o, por el con-
trario, tienen tan poca información que no apor-
tan elementos útiles a la programación. El desa-
rrollo de la educación para la salud, la adecuada
información sobre los conceptos de atención in-
tegral y el sistema de salud, favorecen y promue-
ven la participación y posibilitan que el usuario
actúe con capacidad.

El administrador de salud muchas veces se
enfunda en procesos tecnológicos, en planifica-
ción, perdiendo la capacidad de diálogo con los
demás, lo que estimula a médicos, enfermeras y
demás miembros del equipo de salud a encerrar-
se en su tecnicismo exigiendo soluciones que
muchas veces superan su propia experiencia pro-
fesional.

El arquitecto y los ingenieros miran frecuente-
mente la etapa de programación funcional como
un ejercicio formal que cuanto antes termine me-
jor, así entran a "dibujar" propuestas que crean
como resultado de su "inspiración", aunque en el
fondo se aproximan a modelos que vieron y les
gustaron.

El proyecto sale, la experiencia se hizo, pero
no hubo aprendizaje.
¿Es que no saben sus profesiones?
En realidad, no es fácil conformar un equipo
multidisciplinario, para un proceso cuyo produc-
to es de mucha duración y donde multitudes lo
usan y miles trabajan y, por lo tanto, está perma-
nentemente enfrentado a la valoración de la vida.

¿Cómo conformar el equipo?

Si un equipo se desarrolla en torno a un objeti-
vo común, se hace necesario priorizar desde el
inicio la necesidad de revisar colectivamente el
objeto de trabajo.
Por tanto, desde el comienzo debe estudiarse
en conjunto la formación básica que fundamente
la propuesta de instalar la unidad que hay que
proyectar.
Es también necesario analizar el proceso de
programación y comprender en conjunto los ob-
jetivos y actividades de cada fase y junto con ello
identificar el rol de cada uno dentro del equipo.
Es frecuente que por falta de formación y ex-
periencia se confundan los roles de cada uno.

● Incorporar *normas de seguridad* y procurar
el trabajo de especialistas en esta área.

● Establecer el nexo con los ingenieros de
mantenimiento.

Ingenieros

Es muy habitual que los ingenieros sean con-
vocados cuando "clientes" y arquitectos se han
puesto de acuerdo en algún diseño o anteproyec-
to, para que incorporen una estructura e instala-
ciones.

Como hemos visto en el análisis de la progra-
mación, la trama estructural y la trama de insta-
laciones deben estar planteadas junto a la trama
circulatoria y ser respuestas a las necesidades
funcionales.

Por lo tanto, los especialistas en estructura, en
instalaciones eléctricas, sanitarias, electrónicas,
electromecánicas y especiales, deben formar
parte del equipo desde el principio, participar de
la presentación y evaluación del programa fun-
cional y trabajar activamente en la formulación
del programa arquitectónico y en los proyectos
específicos que deben formularse en forma inte-
grada.

En este campo destacamos en forma especial
la integración del ingeniero de mantenimiento,
quien debe ayudar a que el proyecto prevea esta
función en todos los aspectos de durabilidad,
accesibilidad de instalaciones, así como simpli-
cidad de las soluciones de la obra civil, como las
instalaciones y los equipos.

Otros especialistas

Se requiere el apoyo de expertos en seguridad,
de decoradores, de analistas de costos, entre
otros.

Capacitación del equipo de programación

Es corriente decir que cada proyecto implica
una experiencia formativa para los integrantes
del equipo de programación.

La vida indica que esta formación no es tan
cierta y que la multiplicación de experiencias no
va acompañada de una multiplicación de recur-
sos calificados para la tarea (13).

¿Quiénes deben ser capacitados?

La respuesta es clara: todos los que participan

gramación, estimulan, por rechazo, las respuestas empíricas, la "sagrada inspiración" que aún sigue llevando a invertir mal lo poco que tenemos.

REFERENCIAS

(1) Villar, H.; Gonzales, T. e Ibarburt, D. *Programa de desarrollo del Hospital de Clínicas*. Montevideo, 1985.
 (2) Grupo de Experiencia SAP/72. *Bases para la implantación del proceso de planificación*.
 (3) Kieczkowski, B. M. y Pibouleau, R. *Criterios de planificación y diseño de instalaciones de salud*. Publicación Científica No. 379, Organización Panamericana de la Salud, págs. 382, 397 y 495.
 (4) González, T. *Guía metodológica para la elaboración de un programa funcional de un servicio de salud*. OPS/Nicaragua, 1981.
 (5) CIRFS. *Guías de programación del recurso físico de salud*. Universidad de Buenos Aires, 1984.
 (6) Jones, Christopher. *Proceso de diseño*.
 (7) Viladegut Herrera, A. *Plan quinquenal para la implementación de un sistema nacional de ingeniería y mantenimiento*. MINS/A/OPS/Nicaragua, 1987.
 (8) Organización Panamericana de la Salud. *Tecnología apropiada para la salud*. 1981.
 (9) Centro Engenharia Biomédica. *Elaboração de proyecto de aparelhamento*. Campinas, S. P., Brasil, 1986.
 (10) Villar, H.; Nowinsky, A. y Ripa, J. C. *Administración de personal*. Montevideo, Uruguay, 1969.
 (11) Villar, H. *Planamiento y construcción de hospitales*. Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales, Uruguay, 1965.
 (12) García Meseguer, O. *Control de calidad en la construcción*. Facultad de Arquitectura, Uruguay, 1981.
 (13) Kieczkowski, B. M. y Nilson, N. D. *Proyectos de instalaciones de atención de salud*. OMS, Cuadernos de Salud Pública No. 79, 1984.
 (14) Rodríguez, E. y Allende, H. *Planamiento físico y comunidad*. Revista SUMMA. Buenos Aires, 1973.

Algunos creen que se integra más fácil un equipo multidisciplinario, si se utilizan las especificaciones profesionales.
 En suma, hay tres pasos esenciales:

- a) Analizar conjuntamente la información básica de la propuesta.
- b) Identificar conceptual y concretamente las etapas del proceso.
- c) Clasificar el rol de cada uno dentro del equipo.

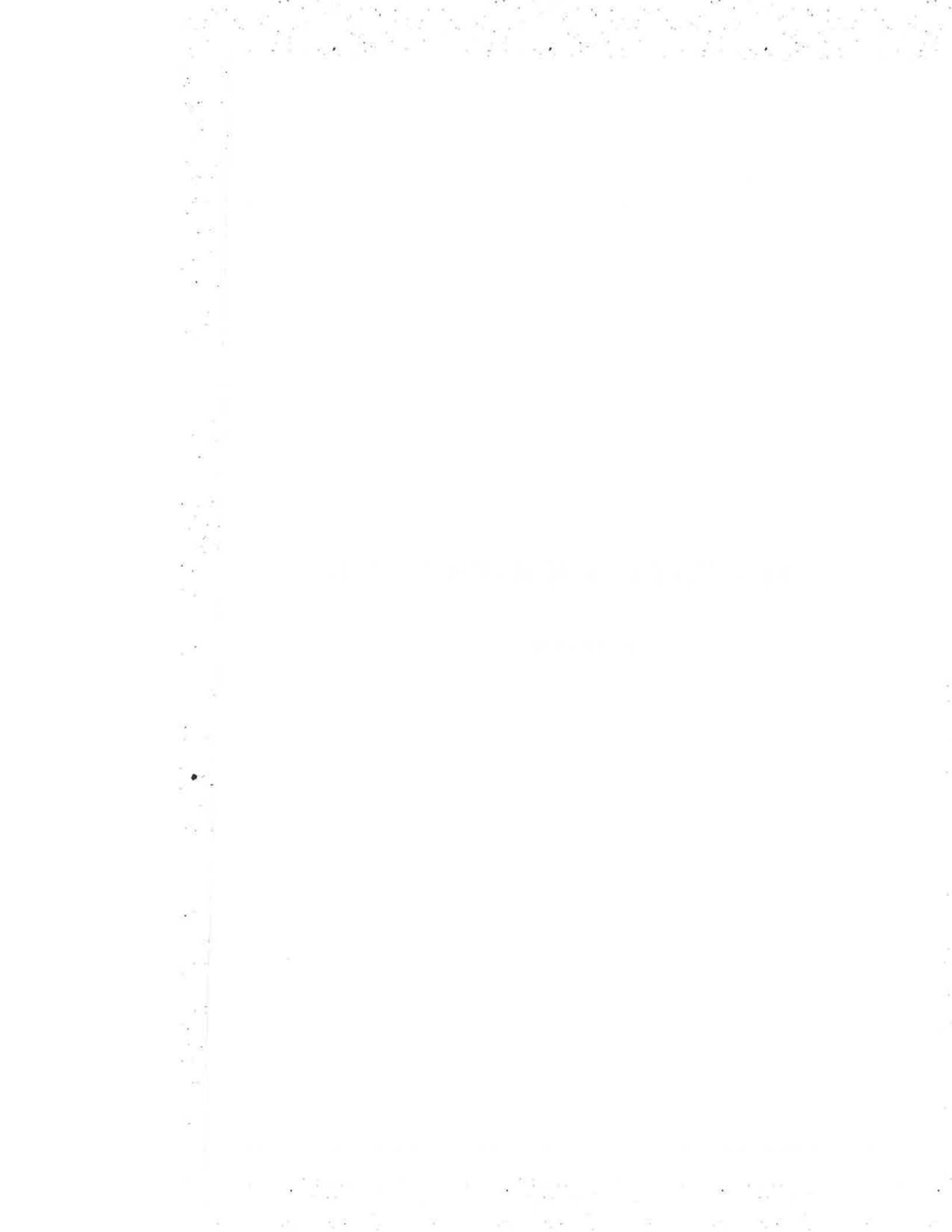
A ello hay que agregar que se debe buscar información bibliográfica y asesoramiento de profesionales que han desarrollado formación especializada en el campo de proyección de instalaciones de atención a la salud.

Papel de los especialistas

Es evidente, que cada vez es más específico el desarrollo del recurso físico en salud y, por lo tanto, se necesita más aporte en materia de investigación metodológica y de formulaciones funcionales y espaciales.
 Su papel, en la creación de criterios, normas, modelos, alternativas, es muy importante para apoyar el trabajo de programación. Esta tarea de investigación y asesoramiento debe naturalmente evitar caer en formulaciones esquemáticas y rígidas que solo sean aplicables por los especialistas del más alto nivel científico y, por ende, lejos de ayudar a sistematizar el proceso de pro-

INVESTIGACION Y EVALUACION

CAPITULO V



LA INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

Problemas actuales

Abraam Sonis

GENERALIDADES

La investigación sobre servicios de salud (ISS) resulta un elemento crítico en la estructuración de redes de servicios de salud y así ha sido entendida en todos los sectores responsables de la atención, si bien su desarrollo no ha dejado de ser polémico.

En tanto que desde un punto de vista académico se discute su naturaleza y aún su misma existencia, en la realidad, la práctica de la atención de la salud exige reiteradamente, y cada vez con más fuerza, la necesidad de disponer de un tipo de información y de conocimiento, y no solo aquello que la investigación sobre servicios de salud puede proporcionar. Y esto es válido, tanto para su definición, como para su denominación.

A poco más de 20 años del momento en que se configura como un campo específico, puede afirmarse que se ha ido generando un "espacio" de confluencia de diversas disciplinas con atinencia en la atención de la salud, al que se solicitan elementos que contribuyen a solucionar los problemas que en forma cada vez más acuciante presentan los sistemas de atención. Pero ha sido en realidad, la complejidad creciente de los sistemas y sus problemáticas, la "crisis" de la atención, la fuerza conductora del proceso.

Así pues, si bien entendemos a la ISS como la búsqueda o la producción de nuevos conocimientos sobre la estructura, los procesos y los resultados de la acción de los servicios personales de atención sobre la salud, en realidad el verdadero interés radica en la utilización de estas investigaciones, para estructurar un sistema de atención equitativo, eficiente, universal, participativo, evolutivo y eficaz que satisfaga las necesidades de salud de la población.

No se trata de restringir el sentido que habitualmente tiene en los ambientes científicos el término investigación, sino de especificar el tipo

estos años.
Por ello, a fin de proseguir en forma coherente con una línea de pensamiento de arraigo en América Latina y en tren de establecer la finalidad que deben tener estos estudios, creemos de utilidad citar para las definiciones, el documento de trabajo de un taller sobre investigación de servicios de salud realizado recientemente por el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud de la OPS, en Washington, del cual extraemos las siguientes definiciones:

"Se entiende como ISS aquel estudio que tiene como finalidad principal por lo menos uno de las siguientes objetivos:

- Determinar o identificar las condiciones históricas, sociales y económicas que llevaron a una configuración dada de las unidades productoras de servicios de salud, de sus interrelaciones y de las formas específicas que adopta este proceso de trabajo, en una realidad concreta; de manera que permita evaluar el impacto logrado sobre las condiciones generales de salud y, particularmente, en cuanto a los avances logrados, para construir un sistema de salud equitativo.

- Analizar las diversas formas organizacionales, los aspectos administrativos, tecnológicos, financieros y epidemiológicos de las redes de servicios de salud y de las unidades productoras, relacionándolas con la productividad, cobertura, impacto, accesibilidad, universalización, eficiencia, eficacia, satisfacción de la clientela y calidad de los servicios prestados, así como con otros indicadores ligados históricamente con el estudio de los servicios de salud".

De esta manera no deben preocuparnos las discusiones académicas sobre el tema, que se agitan su curso en forma permanente como en todos los campos del conocimiento. Lo impor-

ante estriba en que, en tanto sigamos configurando este "espacio" que conforma la ISS, una contribución decisiva al mismo está dada por el desarrollo de experiencias genuinas para las elaboraciones conceptuales, al tiempo que contribuyan a la solución de problemas concretos de la atención de la salud en nuestros países. Conceptualizaciones y prácticas constituyen dos caras de un solo proceso que se realimentan, y nuestra responsabilidad desde los servicios de salud es desarrollar investigaciones de terreno que constituyan la esencia del proceso. Previamente al tratamiento operativo del tema, estimamos oportuno señalar dos conceptos que consideramos básicos:

El primero de ellos se refiere a la necesidad de integrar las dos grandes vertientes que han conformado para el ISS dentro del campo científico; vertientes que se han manejado aisladamente ya que responden a líneas de pensamiento distintas o, mejor dicho, a universos que se manejan por separado.

Uno de ellos es el que se refiere a los aspectos macroambientales e institucionales de la atención (financiamiento, aspectos organizacionales, demanda), ligados tradicionalmente a la salud pública, en tanto, el otro, enfoca factores relacionados con la atención individual, tales como la eficacia de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados en la atención o en la calidad de la misma; ligados a la atención médica individual y que hoy incluimos en el campo de la epidemiología clínica.

Ambos tipos de estudios son complementarios, ya que la organización y planificación de servicios deben basarse sobre la atención personal que los mismos prestan o deberían prestar. El punto es importante, porque además de cerrar la vieja brecha existente entre la salud pública y la atención médica, que por largos años socavó la administración de salud, ubica la multidisciplinariedad que caracteriza a la ISS en sus justos términos, y esto nos lleva al segundo concepto que queremos señalar.

Como se ha indicado repetidamente, la ISS es un proceso multidisciplinario que desde su punto de partida y sin excluir los aspectos biológicos de la enfermedad y la salud, sobre los que se basa la atención médica, los trasciende largamente. Esta multidisciplinariedad que enriquece el

Desarrollar redes de atención de distintos niveles de complejidad, coordinar la actividad de

PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS

Ambito de producción de conocimientos: ¿Dónde investigar?

La multidisciplinariedad es, fundamentalmente, un equilibrio que permite la visión de un problema con un enfoque sistémico en cuyo análisis y solución utilizamos las técnicas que consideramos más útiles, provenientes de diferentes disciplinas.

La otra cara de la moneda, la patología de signo inverso, está dada por la visión de la interdisciplinariedad como una expansión del sector salud que pretende incorporar y "colonizar" otras disciplinas a las que el "poder médico" considera auxiliares, en lugar de extraer de ellas los elementos necesarios para su aplicación inteligente.

La multidisciplinariedad es, fundamentalmente, un equilibrio que permite la visión de un problema con un enfoque sistémico en cuyo análisis y solución utilizamos las técnicas que consideramos más útiles, provenientes de diferentes disciplinas.

La aplicación de los métodos de investigación utilizados por los sociólogos o los economistas en el campo sanitario llevó, en la mayoría de los casos, a analizar aquellos aspectos de la atención de la salud para los que estos especialistas disponían de técnicas adecuadas, en lugar de estudiar aspectos prevalentes del sistema de atención. La salud se constituyó así, en un campo de investigación para la sociología y la economía y no en el ámbito de aplicación de conocimientos de estas disciplinas para el planteo adecuado y la búsqueda de soluciones de los problemas prioritarios de la atención; distorsión analizada a fondo en los últimos años, inclusive por sociólogos y economistas.

La otra cara de la moneda, la patología de signo inverso, está dada por la visión de la interdisciplinariedad como una expansión del sector salud que pretende incorporar y "colonizar" otras disciplinas a las que el "poder médico" considera auxiliares, en lugar de extraer de ellas los elementos necesarios para su aplicación inteligente.

Se trata, en esencia, de utilizar y aprovechar las pasadas décadas.

Evitar distorsiones de no infrecuente aparición en campo de la salud y su atención debe, sin embargo, ser objeto de especial cuidado y de un tratamiento previo, claramente determinado, a fin de

mulación de preguntas adecuadas para un planteo que posibilite respuestas correctas.

La clave del éxito de la ISS quizás resida en esta determinación de niveles, tarea en la cual el factor humano juega un papel fundamental. La experiencia y el conocimiento de quienes tienen esta responsabilidad decidirán, a través de un enfoque adecuado, la puesta en marcha de las investigaciones apropiadas para cada caso. Y esta responsabilidad es indelegable: ni decisio- nes exclusivamente técnicas, ni computadoras que suplan este verdadero *know-how* de la inves- tigación sobre servicios de salud.

Probablemente, la formación de este tipo de personal constituya una de las principales res- ponsabilidades que deberían asumir las tradicio- nales Escuelas de Salud Pública, para adecuarse al futuro de la atención de la salud.

¿Qué investigar? Sujeto de investigación en servicios de salud:

La sistematización de los sujetos de la ISS, puede encararse desde distintos enfoques de va- lidez comparable y ligados a la formación y la experiencia de quien lo realiza. En tanto posibili- ten la visión de un panorama global y sistematiza- do, cualquiera de ellos es utilizable y operativo.

En este caso particular tomaremos como pun- to de partida el enfoque epidemiológico que basa la ISS en el análisis de tres elementos principa- les: eficacia, efectividad y eficiencia de las actividades de atención; enfoque que además de la sistematización que propone cercana a la men- talidad médica, tiene la flexibilidad necesaria para incorporar matices y elementos prevenien- tes de distintos campos de trabajo, de distintas disciplinas y de distintas ideologías.

La *eficacia* se relaciona con el establecimiento de que una forma, o una técnica dada de preven- ción, diagnóstico, intervención quirúrgica, es más útil y beneficiosa que nociva o inútil para los propósitos a que se destina, o al tipo de interven- ción a la cual reemplaza, o si es mejor o peor que no hacer nada.

Se trata, en esencia, de establecer el valor efectivo de técnicas y procedimientos utilizados en la atención de la salud, es decir, el resultado que estamos obteniendo con nuestras actividades y, si bien esta evaluación resulta fundamental para introducir nuevos tratamientos, también ad- quiere gran importancia en la determinación del

los servicios de salud descentralizándolos según variables operativas, mejorar la eficiencia y la efectividad de cada servicio en particular, cual- quiera sea el objetivo planteado en función de responder a las necesidades de salud de la pobla- ción, requiere conocimientos e información de los que carecemos habitualmente en la actualidad.

El cumplimiento de las recomendaciones de salud para todos, el dimensionamiento adecuado y la inserción de la atención primaria como estra- tegia para el reordenamiento de los servicios de atención, el funcionamiento racional de los esta- blecimientos y la atención individual eficaz y satisfactoria para el paciente, conforman un am- plio espectro de actividades, para cuyo desarro- llo apropiado se requieren conocimientos y datos que tornan imprescindibles investigaciones que los proporcionen.

En consecuencia, la pregunta relativa al ambi- to de realización de las ISS no puede tener sino una respuesta: en todas aquellas instituciones con responsabilidad en la atención, desde los niveles responsables de la elaboración de políti- cas hasta las unidades más descentralizadas y de menor complejidad donde se prestan servicios.

El punto fundamental estriba en que la ISS adquiere en cada uno de estos niveles, caracterís- ticas distintas que hacen de sus propuestas meto- dológicas, a las disciplinas que prevalecen en la investigación, al tipo de información que se re- quiere y a las técnicas a aplicar en cada caso, áreas relevantes.

La importancia de este concepto radica en que su falta de observancia y la ausencia de conside- ración de estos niveles, no solo es responsable en gran parte del fracaso de muchas investigacio- nes, sino que su confusión ha contribuido, en medida importante, a restringir un desarrollo más vigoroso de la ISS.

Si miramos el campo de la salud y su atención desde los aspectos más generales que hacen a la estructuración de sistemas nacionales de aten- ción, hasta aspectos puntuales relativos a un caso individual personalizado, pasando por los institu- cionales, encontramos distintas características que van desde situaciones y problemas bien estructura- dos y delimitados que posibilitan la aplicación de técnicas específicas y cuantitativamente regladas, hasta situaciones mal estructuradas, tal como suce- de con la mayoría de los problemas del campo sociopolítico, para los cuales no solo carecemos de técnicas eficaces para su tratamiento, sino que el principal problema reside, precisamente, en la for-

valor de la atención que actualmente se presta, tanto desde el punto de vista diagnóstico, como terapéutico y constituye un campo ineludible de investigación para todos los servicios e indudablemente, para el hospital.

¿En qué medida un hospital y cada uno de sus servicios, en particular, está siendo eficaz en la atención individual de la salud y la enfermedad? Y si es así, ¿qué medidas son aplicadas? Y si son aplicadas, ¿se cumplen realmente en todos los casos? Y si se cumplen las indicaciones, ¿qué resultados se obtienen en el paciente?

Por *efectividad* entendemos la medida en que una forma eficaz de atención ha estado o está al alcance de todos los habitantes a quienes puede beneficiar o que podrían necesitar de ellas, y esto es válido, tanto para las medidas preventivas como curativas o de rehabilitación. En su concepto más amplio, tal como es enfocada actualmente, la efectividad incluye, necesariamente, la accesibilidad a la atención, así como su aceptación por la comunidad, ya que incluye la equidad, condición básica de un sistema de atención. Si se piensa en servicios regionalizados de atención primaria y secundaria y hospitales de diversa complejidad que conforman un sistema, la efectividad debe ser medida en función de la cobertura de toda la población, mediante la reducción de los riesgos y la solución de las necesidades de la misma, visión que permite comprender la importancia que asume la investigación en la determinación de las necesidades, así como en la organización y el manejo de los servicios para responder a estas necesidades.

La *eficiencia* consiste en la más adecuada y económica utilización de recursos para obtener los mejores resultados de la atención, medidas tanto a nivel individual como comunitario. La eficiencia adquiere, pues, significación una vez establecida la eficacia y la efectividad. No se trata de eficiencia por la eficiencia misma o para reducir costos, sino para alcanzar los mejores resultados con la combinación óptima de insumos. Asignación racional de recursos, utilización apropiada de los mismos, formas innovativas de atención, combinación imaginativa de los distintos tipos de recursos, participación comunitaria en todas las etapas de la atención, constituyen caminos para mejorar la eficiencia en las cuales la investigación en servicios de salud juega un rol fundamental.

El agrupamiento de las ISS alrededor de eficacia, efectividad y eficiencia, de ninguna manera

Analisis de presupuestos y gastos en relación a la propuesta sectorial.

Adecuación a la propuesta (proyecto) nacional. El personal administrativo y su articulación para el sector.

Proceso de formación de recursos humanos evaluación.

La red (sistemas) de información y su uso en el proceso diagnóstico. Adecuación del sistema de información para el proceso decisión-acción-acción.

El proceso de toma de decisiones en sí y en relación al impacto sobre el nivel de salud poblacional. El conocimiento epidemiológico, en el sentido lato, como soporte del proceso de decisión.

La red (sistemas) de información y su uso en el proceso diagnóstico. Adecuación del sistema de información para el proceso decisión-acción-acción.

El proceso de toma de decisiones en sí y en relación al impacto sobre el nivel de salud poblacional. El conocimiento epidemiológico, en el sentido lato, como soporte del proceso de decisión.

El proceso de toma de decisiones en sí y en relación al impacto sobre el nivel de salud poblacional. El conocimiento epidemiológico, en el sentido lato, como soporte del proceso de decisión.

El proceso de toma de decisiones en sí y en relación al impacto sobre el nivel de salud poblacional. El conocimiento epidemiológico, en el sentido lato, como soporte del proceso de decisión.

Otras diferencias estriban en el tipo de manejo, de actividad que realiza, que no son exclusivamente pruebas clínicas o terapéuticas, sino que se pueden comparar formas alternativas de atención, distintos sistemas organizacionales o bien, distintos tipos de personal en una labor determinada.

En forma similar las diferencias son sensibles en lo que se refiere a las variables a estudiar, ya que a los datos clínicos del paciente agrega variables socio-personales que van más allá de la edad y el sexo; incluye el desenvolvimiento de sus funciones físicas, emocionales y psicosociales, las actitudes hacia la enfermedad y su atención, las interacciones familiares, el costo de su enfermedad, etc.

Una diferencia fundamental esta planteada por el distinto valor de las hipótesis en ambos tipos de investigación, que en la ISS encuentran su origen en los propios problemas del sistema de la atención y surgen de la observación de la realidad. Su valor no reside exclusivamente en su comprobación, sino que deben tenerse en cuenta otros valores, como el proceso de evaluación que se desencadena en los servicios, la riqueza de información sobre el proceso de atención que se obtiene a través de ella, o bien su valor puede residir, como decíamos en 1975: "en que permite la aglutinación de los recursos que concreta a su alrededor y que hacen posible el estudio; o en que puede ser utilizada para desarrollar una investigación cuyo verdadero propósito es transformar a un grupo de profesionales que trabajan en un mismo ámbito en un verdadero equipo de salud; o bien, contribuir substancialmente a arrojar luz sobre algunos aspectos e interrelaciones de variables que operan en la atención de la salud y cuyo conocimiento contribuye al perfeccionamiento de la misma".

La literatura de los años recientes confirma este enfoque metodológico especialmente en el caso de las investigaciones pluri-institucionales que se han constituido en uno de los capítulos más interesantes y prometedores de la ISS. En consecuencia, si bien se presentan problemas metodológicos en la ISS, nos animamos a afirmar que estos no constituyen una traba para su difusión y que su debilidad y la falta de aplicación de los conocimientos que genera reconocen otro tipo de circunstancias que deberán analizarse en cada caso particular, análisis que de por sí constituye un buen ejercicio y un buen punto de partida.

desarrollo de las investigaciones que posibilite la estructuración y el funcionamiento efectivo y eficiente de esta red. A sus responsabilidades asistenciales y de docencia se suma la de investigación, ya que debe servir como un recurso que promueve, diseña, colabora y supervisa los estudios correspondientes a cada ámbito a fin de posibilitar el funcionamiento armónico de la red. Esta función del hospital resulta una condición indispensable para el desarrollo de redes de atención, tal como lo demuestra la experiencia de los países que más han avanzado en esta política de descentralización y en la racionalización de sus recursos para hacer frente a las necesidades de la población.

La ISS adolece del mismo complejo de inferioridad que ha aquejado a la investigación clínica frente a las reglas del juego provenientes de la investigación de laboratorio, a la que se tomó por modelo.

Largos años llevó a la investigación clínica establecer sus propias normas y sus bases científicas independientes.

En el caso de la ISS este es un proceso aún en desarrollo, pero de ritmo creciente a medida que los estudios en distintos ámbitos se van multiplicando.

Un aspecto crucial tiene su origen en nuestra cultura científica que tiende a considerar como fidedignos, exclusivamente, a los datos duros, es decir cuantitativos, dejando de lado todas las posibilidades que ofrece la información cualitativa cuando es utilizada adecuadamente.

Los experimentos, los cuasi-experimentos y las demostraciones constituyen procedimientos utilizados en la ISS, si bien sus características y condiciones de laboratorio no se superponen con los de la investigación de laboratorio.

Hace ya más de diez años, el grupo de la Universidad de McMaster, en Canadá—sin duda uno de los líderes en este campo—señalaba las diferencias entre ambos tipos de investigación y la necesidad de la ISS de elaborar sus propias normas.

Entre estas diferencias subrayaba, especialmente, aquellas que se refieren a los sujetos experimentales, ya que estos no son necesariamente pacientes, sino que pueden ser también prácticas clínicas, registros, establecimientos, sistemas de financiamiento, por citar algunos ejemplos.

siderablemente hasta el punto que centros especializados en Estados Unidos de América han expresado la imposibilidad de abarcar, por sí solos, todo el panorama.

● En virtud de las normas de indagación con que la información sobre ISS son introducidas en los grandes bancos de datos, su recuperación resulta difícil. La información sobre ISS con-tenida en los bancos de datos internacionales es mucho mayor en comparación con la recuperada a través de las investigaciones regulares efectuadas por computación.

● Además de su número, el idioma constituye un factor que torna aún más difícil su consulta actualizada, a lo que se agrega el precio de las suscripciones.

● Las investigaciones realizadas en nuestros países, cuya difusión podría resultar de mutuo beneficio, no encuentra vías fáciles de expansión, quedando muchas de ellas relegadas a reducidos ámbitos dentro de su mismo país de origen.

● No existe en América Latina un registro de investigaciones en servicios de salud, lo cual impide en gran medida las investigaciones colaborativas, así como el aprovechamiento de los estudios realizados.

La difusión de la ISS constituye una herramienta poderosa para promover su desarrollo, por lo que se impone un esfuerzo que favorezca la actualización permanente de los profesionales de la Región, esfuerzo que debe encararse en forma colectiva por parte de las instituciones interesadas.

En forma paralela, resulta imprescindible un sistema de información que favorezca la comunicación entre los Centros de América Latina dedicados a la ISS, a fin de intercambiar sus estudios y hacer posible el aprovechamiento mutuo de sus esfuerzos.

● La información en ISS está incluida en la información sobre servicios de salud, cuya incorporación formal al campo de la información médica en los grandes bancos de datos no va más allá de un lustro o a lo sumo una década.

● Esta información está diseminada no solo en las tradicionales o nuevas publicaciones sobre el tema (Medical Care, Health Service Research, etc.), sino que aparece en las principales revistas médicas generales o especializadas (New England of Medicine, Circulation, etc.). Dado el incremento en el número de estas publicaciones, el área a investigar se ha ampliado con-

DIFUSION DEL CONOCIMIENTO

En el mismo sentido la falta de datos sobre los problemas que se desea investigar no debe constituir una traba, sino transformarse en aliciente, tanto porque orienta la búsqueda de datos realmente útiles para analizar el sistema de atención y sus problemas, como por el hecho de obligar a utilizar la mejor información de que se disponga, cualquiera que ella sea, orientando una labor de creatividad que excede el campo de la atención médica personal, para ampliar su enfoque a lo socio-personal y a lo ambiental a fin de conferir a la investigación validación intrínseca y también externa, en relación con su aplicabilidad a distintos ámbitos de aquel en que fue llevada a cabo.

La diseminación del conocimiento generado por la ISS está ligada al crecimiento que la información sobre servicios de salud ha experimentado en los últimos años, así como a la expansión que ha registrado la información médica, expansión que con razón ha sido calificada de explosiva. Una revisión sumaria nos lleva a señalar los siguientes aspectos fundamentales:

INVESTIGACION Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Adolfo Chorny, Lilia Duran, Moisés Goldbaum, Germán González y Saul Rossi

INTRODUCCION

La investigación sobre servicios de salud (ISS) adquiere cada vez más una importancia fundamental, en la misma medida en que se procuran entender los problemas que aquejan a estos servicios. La ISS debe servir como base, a partir de los conocimientos que esta genera, para la planificación, la programación, la administración, la operación y evaluación del sistema de salud, o los sistemas de salud ofrecidos al conjunto de la población. Con la incorporación y el desarrollo permanente de los campos del conocimiento que la integran, esta delimitándose un espacio científico propio que exige, por un lado, una profunda sistematización que supera y trasciende, obviamente, aquel específico de lo biológico y, por otro lado, un esfuerzo dirigido en el sentido de generar una masa crítica apta, en cantidad y calidad, para identificar, estudiar y analizar este universo.

La principal tarea planteada para el desarrollo de la ISS está referida a la necesidad de dar respuesta al componente esencial de las prioridades programáticas definidas por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana: "... la reorientación y reorganización de los sistemas nacionales de salud para alcanzar el logro de la equidad, eficiencia y eficacia en las acciones de salud, asegurando la disponibilidad de servicios para toda la población..."

Es preciso, por lo tanto, definir lo que se entiende por la ISS, a partir de lo cual se pueden formular los contenidos y los procedimientos necesarios para su implementación. Se trata de establecer, de esta manera, una concepción que dé cuenta de los múltiples ángulos por los cuales este objeto—los servicios de salud—puede ser observado.

Se define así, la ISS como aquellos estudios que tienen por objeto el sistema de salud o alguno de sus componentes o interrelaciones, con el propósito de suministrar elementos que permitan

CONCEPTUALIZACION

Considerando que uno de los postulados implícitos en la actual propuesta para la ISS es el de la democratización, tanto del conocimiento, como de su producción, se hace necesario esforzarse para no emplear jergas ni lenguajes restringidos al entendimiento de unos pocos; por eso se opta por definir el campo conceptual abarcado por la ISS a partir de la enumeración del tipo de estudios que deberían ser considerados, admitiendo que esta enumeración no es obligatoriamente exhaustiva.

Se entiende como ISS aquella investigación que tiene como finalidad principal por lo menos una de las siguientes características:

1. Determinar o identificar las condiciones históricas, sociales y económicas que llevaron a una configuración dada de las unidades productoras de servicios de salud, de sus interrelaciones y de las formas específicas que adopta este proceso de trabajo en una realidad concreta, de manera que permita evaluar el impacto logrado sobre las condiciones generales de salud y, en particular, en cuanto a los avances logrados en

1. la superestructura o suprasistema relacionada con el SILOS, entendida como el conjunto de determinaciones y condicionamientos que llevan, en una coyuntura dada, a una determinada configuración de los SILOS; estudios explicativos que al permitir una comprensión más amplia del proceso, identifican las líneas estratégicas de la política sectorial;

2. el propio SILOS considerado como una "caja negra" 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;

3. los diversos subsistemas que componen los SILOS, procurando mejorar su funcionamiento con la perspectiva de que ajustes parciales que produzcan mejoras relativas permitirán, por un proceso de acumulación, cambiar cantidad en calidad y colocar en discusión la propia lógica sectorial. Forma parte de este espacio el estudio de las interrelaciones del SILOS con la comunidad en la que éste está inserto.

Resulta evidente que de la selección del área u objeto específico de la investigación deberá surgir cuál es el sujeto de la misma y a esta reflexión se orienta el punto siguiente.

Antes de detallar los sujetos de la ISS, se mencionan algunos de los estudios que pueden ser considerados en el momento actual, como las áreas prioritarias para la investigación, según las directrices regionales.

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, condiciones y resultados. En el nivel de los SILOS y su adecuación a la evaluación de sus resultados y de su adecuación a la propuesta renovadora, algunos de los temas posibles son:

1. Organización de las diferentes redes de servicios en relación a la eficiencia y eficacia alcanzadas. Evaluación de la equidad relativa de cada red de servicios.

2. Características y organización de los subsistemas de información, por el nivel de complejidad de la red, en relación al cumplimiento de los objetivos de democratización, universalización, descentralización y aumento de la eficiencia, investigación relacionada con los SILOS;

el sentido de construir un sistema de salud equitativo.

2. Analizar las diversas formas organizacionales, los aspectos administrativos en sentido amplio, tecnológicos, financieros y epidemiológicos de las redes de servicios de salud y de las unidades productoras, relacionándolas con la productividad, cobertura, impacto, accesibilidad, universalización, eficiencia, eficacia, satisfacción de la clientela y calidad de los servicios prestados, así como con otros indicadores ligados históricamente con el estudio de los servicios de salud.

DELIMITACION DEL OBJETO

Considerando las proposiciones que definen las directivas para un programa HSD, en el período 1988 a 1991, se estima estratégico seleccionar como objeto central de la ISS los sistemas locales de servicios de salud (SILOS), o cualesquiera de las diferentes versiones que los mismos tienen en los países de la Región.

Aceptado que el objeto de la investigación es el SILOS, deberá ser contemplada la necesidad de precisar el alcance de cada propuesta de investigación en particular, ya que se admite que el SILOS es el elemento nuclear de un sistema que en sus relaciones de determinación, va a permitir el análisis de la sociedad como un todo; pero que a su vez, si se desea explorar al interior de esa "caja negra" que es el SILOS, va a conducir al análisis pormenorizado de procesos organizativos y administrativos y ponerse en contacto con la propia población y sus problemas. Por lo tanto, el mismo objeto adquiere 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 cual 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, lo que serán variables o parámetros, soluciones o restricciones, éxitos o fracasos.

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

De lo dicho, surgen por lo menos tres áreas de investigación relacionadas con los SILOS:

ganización, equipo) en las redes de servicios y en particular en los SILOS.

En relación a la gerencia y dirección de las redes de servicios de salud, la ISS debería apuntar a:

15. El proceso de toma de decisiones en sí y en relación al impacto, sobre el nivel de salud poblacional. El conocimiento epidemiológico, en sentido lato, como soporte del proceso de decisión.

16. La red (sistemas) de información y su uso en el proceso diagnóstico. Adecuación del sistema de información para el proceso de decisión-acción-evaluación.

17. Proceso de formación de recursos humanos para el sector. Adecuación a la propuesta (proyecto) nacional. El personal administrativo y su articulación con la propuesta sectorial.

18. Análisis de presupuestos y gastos en relación a: la implementación de la propuesta sectorial, del impacto de las actividades y como indicadores indirectos de intencionalidad política y de la capacidad de implementación de las soluciones al nivel de los SILOS.

19. Análisis del financiamiento sectorial en relación a los diferentes grupos de intereses que actúan en el sector. El financiamiento y su gravitación en la política sectorial y en la implementación de las estrategias.

20. El papel de la planificación y de la programación en la reorientación y en la reorganización de los sistemas de salud.

21. El papel de la población y de sus instituciones representativas en el proceso de conducción sectorial.

LOS SUJETOS

Como punto de partida se acepta que quien irá acompañando el proceso de la ISS es la institución del ámbito académico. Así, sabiendo el papel que esta vendrá a desempeñar, estará definido por el marco teórico y, en consecuencia, el área de actuación seleccionada.

Si la opción es considerar el SILOS como una "caja negra", los estudios estarán concentrados en la comparación de los resultados obtenidos por diferentes "cajas negras", incluyendo en estos estudios, evaluaciones de desempeño, impactos, etc. En un segundo momento, podrá pensarse en abrir la "caja negra" en busca de explicaciones, o buscar aquella explicación dentro de las características de la comunidad atendida. En

cia y eficacia de los recursos. Relación del subsistema de información con la "transparencia" sectorial, tanto interna, como externa.

3. Características y organización de la mano de obra en relación a los objetivos preestablecidos, en particular con referencia a la descentralización del proceso decisorio intrasectorial y al grado de compromiso de la mano de obra sectorial con las propuestas de transformación.

4. Evaluación del impacto sobre las características de salud/enfermedad conseguido por los diversos tipos de organización adoptados para los SILOS.

5. Adecuación de los diversos tipos de servicios de salud al perfil de las necesidades poblacionales, incluyendo en estos estudios a los grados de determinación y de condicionamiento originados en la estructura social.

6. Análisis de los sistemas organizacionales y operacionales adoptados para la red de referencia y contrarreferencia, así como la evaluación de los procedimientos de control y acompañamiento de dichos sistemas.

7. Definición de indicadores que permitan evaluar la cantidad y calidad de los servicios de salud en relación a los objetivos más generales de la reorganización y reorientación sectorial.

8. Elaboración, análisis y evaluación de procedimientos adecuados para la programación local según los niveles de complejidad de la red de servicios. Evaluación de la pertinencia de estos procedimientos, tomando en consideración la creación y consolidación de los SILOS.

9. Gastos y costos de las redes de servicios. Relación con los recursos sectoriales, las políticas sociales y las políticas públicas. Gastos en relación a la producción, a la productividad y al impacto.

10. Utilización de métodos, técnicas y procedimientos basados en la organización científica del trabajo, para la definición de la red de servicios.

11. Relación de los SILOS con el resto del sistema de servicios de salud y con otras áreas del sector social.

12. Definición de indicadores de cobertura adecuados a los diferentes niveles de complejidad y a las directivas generales, para la reorientación y reorganización del sector salud.

13. Evaluación de la participación de la población en la organización, evaluación y administración de los servicios de salud.

14. Identificación de tecnología (proceso, or-

LOS INSTRUMENTOS

El área de la ISS es campo de confluencia de conocimientos originados en numerosas disciplinas científicas, las que le sirven como punto de apoyo para el desarrollo de los estudios que le son propios. Se encuentra así, con un objeto (los servicios de salud) que dada su esencia, permite ser abordado desde el ángulo particular de diferentes ciencias o disciplinas. Sin embargo, se entiende que estas aproximaciones al objeto no configuran ni determinan, de por sí, una ISS. Lo que caracteriza la ISS no es únicamente el objeto común, es preciso que el abordaje de este sea realizado dentro del paradigma que define el campo de la salud colectiva. Nuevamente se resalta analizando el problema como una manifestación particular de leyes generales de mayor poder explicativo. Este tipo de investigación encontrará su apoyo metodológico básico en las ciencias sociales y políticas.

1. Desde fuera de los SILOS y desde organismos académicos o sectoriales de servicios, investigador-actor procurará en la historia sectorial y sus determinaciones los elementos necesarios para la comprensión de la situación vivida. Observese que aunque este abordaje se asemeja al anterior, se diferencia del mismo en la medida en que se parte de leyes particulares para la comprensión de lo general.

2. Desde dentro de uno o más SILOS, donde el investigador-actor procurará en la historia sectorial y sus determinaciones los elementos necesarios para la comprensión de la situación vivida. Observese que aunque este abordaje se asemeja al anterior, se diferencia del mismo en la medida en que se parte de leyes particulares para la comprensión de lo general.

3. Desde la propia población, como parte de un proceso más general de apropiación de su propia historia.

Por último, si el área de estudio es la determinada por el propio SILOS, o sea, si se acepta que este sistema local es una realidad en sí misma y que cabe al investigador contribuir a su mejora, sin colocar el problema de las determinaciones de ámbito superior, el sujeto de la investigación podría estar ubicado en cualquier nivel, aunque preferentemente debería estar en el propio SILOS. Los métodos a ser empleados son por demás conocidos y van desde la investigación operativa hasta el estudio del propio proceso de trabajo, que incluye la epidemiología y la estadística como instrumentos básicos.

Es claro que lo expuesto es solo un esquema simplificado de la compleja realidad del proceso de la ISS, por lo tanto, los esquemas reales serán híbridos de estas tres formas. Con todo, el esquema puede servir como elemento de reflexión al intentar apuntar algunas de las cuestiones básicas relacionadas con la identificación del sujeto de la investigación.

Desde la *estructura social*, se trata de un abordaje donde prima el papel de las ciencias biológicas.

- Desde la estructura social, como determinante y condicionante del desarrollo específico.
- Desde dentro del sistema de servicios, procurando entender su proceso.
- Desde un nivel particular de los servicios, en este caso particular desde los SILOS.
- Desde un SILOS hacia su interior.

cas, sociales y políticas. La medicina, la sociología, la economía y la ciencia política, serán las que deberán realizar los aportes fundamentales. A estos deberán sumarse las contribuciones originadas en el uso del método epidemiológico y de la propia epidemiología; así como del método estructural-histórico en el análisis del proceso histórico y en la identificación de los niveles y líneas de determinación que, en una coyuntura dada producen o tienen como resultado una cierta configuración del sistema de salud. Es fundamental llamar la atención por el hecho que lo que permitirá caracterizar a este enfoque como una ISS, es el de relacionar las macrodeterminaciones económico-sociales con lo específico de lo biológico, evitando caer en reduccionismos infantiles.

Desde dentro del sistema de servicios, es preciso llegar a un mayor grado de concretización ya que se trata de entender mecanismos más accesibles a la intervención sectorial. (Dicho sea de paso, en la medida que se va de lo general a lo particular se gana poder de intervención, pero se pierde poder de explicación, lo que puede, en última instancia, llevar a aplicar la solución "correcta" al problema "errado"). En este caso, las diversas teorías de la administración o de la organización, el enfoque de sistemas (o teoría de sistemas) y algunas técnicas epidemiológicas y estadísticas pueden suministrar elementos útiles. Lo que organiza este plano de entendimiento de la realidad es el paradigma que orienta el proceso de planificación sectorial, así como el desarrollo de dejar de señalarse que algunos elementos

de la investigación operativa pueden ser usados como soporte para este tipo de estudios. Se deja para lo último la mención de los análisis financieros como una de las técnicas más importantes para establecer la direccionalidad e intensidad de las interrelaciones intrasistema.

Desde los SILOS, se admiten las mismas aplicaciones mencionadas en el nivel anterior, con diferencias en el tipo de técnicas y se apunta a la epidemiología como elemento metodológico esencial para articular este nivel. Deben añadirse a los anteriores, elementos provenientes de la microeconomía y la demografía.

Hacia el interior de los SILOS, en general, se tratará de estudios de tipo cuantitativo, de bajo poder explicativo y de alto contenido de racionalización, así como la investigación operativa, análisis de costo-beneficio, costo-eficacia y otros similares.

Como corolario de esta brevisísima enumeración se hacen algunas reflexiones generales y dispersas:

- Es fundamental que un método científico oriente todo el trabajo de la ISS. Cual sea el método científico seleccionado, puede ser una opción particular, su utilización es condición necesaria para que un estudio cualquiera en el área de servicios de salud pueda ser considerado como una ISS.
- Es necesario desenvolver procedimientos que garanticen que la población pueda participar como sujeto de la ISS.
- La cuantificación no es la única y no siempre es la mejor forma de conocer la realidad.

GUIA PARA UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION Y GARANTIA DE CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE ATENCION DE SALUD*

INTRODUCCION

Esta Guía se ha adaptado del contenido de la publicación de la OMS titulada "Quality Assessment and Assurance for Primary Health Care" (Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención Primaria de Salud), a fin de proporcionar un instrumento que ayude a evaluar y garantizar la calidad (EGC) de la atención primaria de salud en los países en desarrollo. Se abordan en ella los puntos principales que probablemente han de tener en cuenta las autoridades sanitarias del nivel central y distrital al planear estos procedimientos. La guía debe verse como parte de un paquete junto con la publicación ya mencionada y con la publicación titulada "Guide on District Health Care Quality Assessment and Assurance" (Guía para la Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención de Salud a Nivel Distrital). En un contexto más amplio, se considerará que este paquete de EGC es, en sí mismo, uno de los instrumentos de la serie destinada a fortalecer la gestión de los sistemas de salud a nivel de distrito y el apoyo prestado por los sistemas nacionales de salud. Tanto este como los demás instrumentos que se le relacionan deben, por necesidad, ser de carácter general, ya que las cuestiones referentes a la calidad estricta, normas de calidad y medidas correctivas varían de un país a otro, e incluso de una región a otra del mismo país.

¿Qué es lo que ha de evaluarse y garantizarse? Se recomienda que, por razones operativas, se defina la calidad como, la observancia de las actividades, recursos y procedimientos organizados relativos a la atención de la salud de acuerdo con las normas pertinentes. Se evitará así, la confusión con otras características de los sistemas de atención de salud como, disponibilidad de recursos, cobertura o eficacia.

¿Dónde ha de intensificarse la evaluación y garantía de la calidad? La unidad apropiada para organizar la EGC es

- El interés y capacidad del equipo administrativo.
 - La importancia de los problemas relativos a la calidad que ellos presenten; y
 - La posibilidad de lograr un mejoramiento de la calidad con los recursos existentes.
- El principio de equidad exige que las medidas para garantizar la calidad rijan en distritos enteros y que la evaluación y vigilancia de la calidad se realice en todas las unidades o, por lo menos, en una muestra representativa de estas. Al mismo tiempo que estos empiecen a llevar a la práctica la EGC, grupos de expertos del nivel central procederán a examinar las normas que más urgentemente se necesitan.

LA EVALUACION Y LA GARANTIA DE LA CALIDAD

La evaluación de la calidad puede producir alguna inquietud en el personal involucrado. Es, por lo tanto, indispensable que el personal de las unidades por evaluarse quede informado acerca del proceso y participe en él. Sería preferible que de acuerdo con la información inicial de la EGC se lleve a cabo sin la presencia de personas ajenas al distrito y, dentro de este, con la menor interferencia posible de personas ajenas a las unidades. El proceso deberá avanzar en cada distrito por etapas o ciclos. Por ejemplo, la primera etapa puede tener el objetivo de lograr que el personal de cada unidad conozca en forma colectiva los problemas relativos a la calidad que enfrentan, la importancia de las normas, las distintas maneras de medir la calidad, y que tipos de medidas pueden tomar o proponer para garantizar una mejor calidad (Guide for District Health Care Quality Assessment and Assurance).

* Organización Mundial de la Salud. Documento original en inglés, traducido por la OPS para el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, mayo 1989.

Ejemplo de proceso nacional encaminado a iniciar o fortalecer la EGC

Una vez que la autoridad sanitaria central toma la decisión de iniciar o reforzar la EGC, y después de elegirse los distritos que han de participar en la primera etapa, el paso siguiente consiste en organizar un curso que ofrezca los conocimientos básicos sobre la EGC a los equipos administrativos de salud de los distritos participantes.

En el curso se utilizará material didáctico, con ejemplos de métodos de EGC. Las variaciones dependerán de la mayor o menor necesidad de reforzar los conocimientos y técnicas del personal, relación a la programación, administrativa y vigilancia locales. Es indispensable que los participantes comprendan claramente el lugar de la EGC en ese contexto. No debe existir la impresión de que la calidad es una característica de la atención de salud, sin relación alguna con las demás características que ellos han de estar planeando y vigilando, como recursos, cobertura, costos y eficacia.

Respecto de los participantes del curso, un factor que debe considerarse es la importancia que tienen en la mayoría de los países las enfermedades diplomadas en cuestiones relacionadas con la evaluación de la calidad, y con las principales formas de velar por la garantía de la calidad, como la supervisión, capacitación en el servicio y aplicación de los procedimientos de trabajo.

Después del curso se llevará a cabo en cada uno de los distritos, un ejercicio totalmente participativo de autoevaluación de la calidad y de las propuestas de garantía de la calidad (Guide for District Health Care Quality Assessment and Assurance).

Al final del ejercicio, los equipos de EGC de cada distrito participante deberán reunirse y analizar las experiencias recogidas; primero por sí mismos, y luego con los administradores, clínicos e instructores del nivel central o regional.

Esta reunión puede dar lugar a recomendaciones para el establecimiento de procedimientos de EGC, una lista común de un mínimo de indicadores y la posible extensión de la EGC a otros distritos. Al formularse las recomendaciones, podrán tenerse en cuenta otras experiencias y sugerencias del ámbito nacional.

En la reunión mencionada, también puede recomendarse el establecimiento de órganos especiales, como el Comité de Garantía de la Calidad.

a) La formulación progresiva de normas para los diversos aspectos técnicos y administrativos del sistema, y su introducción en la práctica cotidiana de los distritos.

b) La preparación de manuales para la garantía y vigilancia de la calidad de acuerdo con las principales normas aprobadas.

c) La incorporación del contenido principal de las normas y manuales en la educación básica y permanente del personal de salud. Los métodos de evaluación de la calidad son excelentes medios educativos y deberán utilizarse como tales.

1. De acuerdo con el principio de adaptación local de los métodos y asuntos para la evaluación y garantía de la calidad (EGC), la guía debe, necesariamente, ser de carácter general. Se recomendarán, sobre todo, indicadores no específicos. Se anexa, sin embargo, una extensa lista de opciones para que el personal del distrito pueda escoger y adaptar indicadores según criterios de- terminados.

2. El primer requisito para iniciar o reanimar un proceso de EGC a nivel de distrito o sub-distrito, es la comprensión, por parte de los participantes, de los conceptos y métodos básicos aplicables en un sistema basado en los principios de la atención primaria de salud. Puede usarse con este fin el documento titulado "Quality Assessment and Assurance for Primary Health" (especialmente los párrafos 3 y 6 del capítulo I, y los capítulos III y IV).

3. Una vez entendidas e intercambiadas las nociones básicas, el personal que ha de llevar a cabo la autoevaluación inicial de la calidad en sus propias unidades (véase "Guía para la es- tructura de la garantía de la calidad de la atención primaria de salud", capítulo I, párrafo 1.1).

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD A NIVEL DE DISTRITO

Esta información que puede ser abundante de-berá examinarse y seleccionarse atentamente. El mérito del proceso de EGC radica precisamente en la producción de información que se refiere a las cuestiones más urgentes, se maneja fácilmente y se comunica en forma interrumpida y comparable, y puede llevar a que se tomen medidas concretas para mejorar la situación.

7. Puede haber áreas en las que tenga que llevarse a cabo una breve evaluación especial. Así, por ejemplo, ¿cuál es el grado de calidad de la atención de la salud materno-infantil? Para ello habría que examinar, con la persona encargada de esta área, la historia de uno o dos casos recientes de desnutrición, respondiendo a preguntas tales como las siguientes:

- ¿Fue adecuado el tratamiento de la enfermedad terminal? (esto es, ¿se observaron las normas establecidas para dichos casos?)
- ¿Fue correcto el diagnóstico?
- ¿Hubo referencia y contrarreferencia de pacientes? En caso afirmativo, ¿se hicieron en forma oportuna?
- ¿Fue adecuado el tratamiento de los episodios previos?
- ¿Se prestó atención personal preventiva adecuada (a la madre y el niño)? ¿se la prestó en forma continuada?
- ¿Se tuvieron debidamente en cuenta los factores sociales, económicos y culturales?

Esta "auditoria sociomédica", basada en un "incidente crítico" (la muerte), es el más útil de los métodos especiales para evaluar la calidad. En "Quality Assessment and Assurance for Primary Health Care" se mencionan otras técnicas. La evaluación es de valor limitado si no pueden tomarse de inmediato medidas concretas eficaces y factibles, a fin de mejorar y "garantizar" la calidad. Lo primero que debe hacerse en este sentido es averiguar si existen normas explícitas respecto de las actividades, recursos y procedimientos hallados defectuosos. En caso afirmativo, las medidas obtenidas de la (baja) calidad pueden compararse con las normas y emplear indicadores más precisos. Tal vez se encuentre que no se han formulado normas, o que éstas son inadecuadas, o que el personal no las conoce. Este tipo de situación contribuirá a la existencia de problemas locales de calidad, y parte de las medidas correctivas por tomarse sería, entonces, la formulación o difu-

regia de la EGC), puede empezar su propio ejercicio de EGC. Los diversos aspectos que figuran a continuación no son "pasos" que han de darse uno tras otro, sino componentes de la exploración racional de la situación local.

En esta etapa, el producto final es un informe muy sencillo sobre la evaluación de la calidad, y un proyecto de plan de garantía de la calidad que ha de presentarse a un grupo de trabajo para discutirlo con los demás colegas de los distritos que tienen a su cargo una misión similar.

4. Inicialmente, como marco provisional, se dará por escrito, una idea general acerca de cuáles son, en la unidad, las cuestiones y problemas más notables respecto de la calidad. Esto puede basarse en la experiencia del personal de la unidad: las preguntas se explicarán en una reunión ordinaria o especial de la unidad, a fin de que todos conozcan el ejercicio y participen en él. Puede tomarse nota de los indicadores que más probablemente sirvan para describir y medir el nivel de calidad de la unidad. Tanto la lista de las cuestiones principales como los indicadores pueden modificarse durante el curso del ejercicio.

Los criterios principales para la preselección de los indicadores serían:

a) Que reflejen directamente las principales cuestiones relativas a la calidad.

b) Que se basen en información fácilmente disponible y que sean objetivos y no subjetivos.

De preferencia deberá mantenerse bajo, el número de indicadores.

5. La información sobre la calidad puede obtenerse, sobre todo, por la observación directa y el diálogo al hacerse, por ejemplo, las visitas ordinarias de supervisión o mediante el sistema normal de registro y notificación.

6. Probablemente ya pueda obtenerse alguna información detallada sobre la calidad a través del distrito, el director de la unidad o las personas encargadas de ciertas áreas como: administración de personal, farmacia (disponibilidad y control de la calidad de los medicamentos), supervisión de enfermería, epidemiología (la calidad de las vacunas tal como se prevé de acuerdo con el desempeño de la cadena de frío, la calidad del tratamiento o el control de vectores), salud ambiental (la calidad del agua potable), los diversos departamentos clínicos (la calidad de la prevención, diagnóstico, tratamiento y observación ulterior), servicios generales (la calidad del

ción de normas apropiadas. Puesto que la aprobación de nuevas normas, a nivel nacional, tomará cierto tiempo, podrían proponerse normas provisionales para el distrito.

9. El funcionario que realice esta EGC preliminar, tal vez considere tomar medidas del siguiente tipo:

a) Capacitación de un tipo determinado.

b) Supervisión específica.

c) Ajuste de los procedimientos de organización y administración, como una mejor programación para la disponibilidad oportuna de recursos (logística).

Siempre resulta tentador sugerir que se aumente la disponibilidad de recursos como solución para el mejoramiento de la calidad. Pero las sugerencias deberán quedar dentro de los límites que impone la restricción de recursos. Además, el aumento de recursos no garantiza una mejor calidad; la disponibilidad de más medicinas no significa mejor tratamiento si el personal encargado no sabe cómo prescribir o no pide a tiempo lo que se necesita, o deja que se administran ciertas medicinas ya vencidas, o si no se obtiene el consentimiento del paciente.

10. Al acercarse el plazo acordado para finalizar los primeros ejercicios de EGC, se preparará un informe sobre los resultados y las medidas propuestas para presentarlo a un grupo de trabajo, compuesto por todo el personal encargado de realizar ejercicios similares en el distrito. Ese es el momento final de la primera etapa y el comienzo de nuevos ciclos de EGC que con la ayuda de otros niveles del sistema comprendería la aplicación de las medidas correctivas propuestas y la verificación de los resultados.

EJEMPLOS DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Indicadores para verificar la calidad de determinados componentes de la atención primaria de salud

Calidad de la atención prenatal

Se medirá en primer lugar la cobertura de la población de mujeres embarazadas con atención

prenatal. Esta cobertura puede expresarse como proporción de todas las mujeres embarazadas que han tenido por lo menos una consulta prenatal. Luego surgen las siguientes preguntas: ¿Cuál es el grado de calidad de esta cobertura? ¿Qué clase de servicio se está prestando? Podrían ser ejemplos de indicadores para medir las características pertinentes de la atención prenatal:

- Para la *frecuencia* de atención: el porcentaje de mujeres atendidas que han tenido al menos tres consultas antes del parto.
- Para la *oportunidad* de la atención: el porcentaje de embarazadas que comenzaron a atenderse a las dieciséis semanas o menos.

- Para los *elementos* de la atención: el porcentaje de mujeres atendidas a las que se les tomó la presión sanguínea por lo menos x veces, y se les hizo un análisis de orina por lo menos x veces, durante el embarazo.

- Para los *envíos* a un médico: el porcentaje de mujeres atendidas que se remitieron a un médico entre todas las que lo necesitaban (por hemorragia, hipertensión, edema, proteinuria, ictericia o historia de ictericia temprana en las criaturas anteriores).

- Para la *indicación de parto en el hospital*: el porcentaje de mujeres que necesitan atención hospitalaria (por sus antecedentes obstétricos, morbilidad actual, edad, talla o tipo de presentación) y que tienen reservados esos servicios.

Estas son las características de la *labor* de atención prenatal. Puede ser útil evaluar también la calidad de los *recursos* con los que se lleva a cabo esa labor. Son ejemplos de indicadores de esa calidad:

- Para el *personal* que presta atención prenatal: el porcentaje de empleados que han recibido al menos x meses de capacitación en obstetricia entre los que se ocupan de la atención prenatal en cada área geográfica determinada.
- Para la *calidad* de los recursos materiales empleados en la prestación de atención prenatal en cada zona: porcentaje de dispensarios, puestos o centros de salud en los que hay un espacio libre para examinar privadamente a las pacientes y el equipo mínimo necesario (mesa de exploración, varilla y cinta métrica, estetoscopio, manómetro BP, medidor de hemoglobina, elementos para detectar proteinuria) y suministros (como sales de hierro, toxoide tetánico, penicilina).

Los indicadores del resultado del embarazo —supervivencia materna y fetal/neonatal, peso de nacimiento— deberán medirse, en lo posible, en toda la población, como parte del plan general de vigilancia y evaluación del sistema de atención de salud. Pero, en esos resultados influyen varios factores, además de la calidad de la atención prenatal, los cuales no siempre son indicadores válidos de la calidad.

Es posible imaginar muchos otros indicadores de la calidad de la atención prenatal. Por ejemplo, la calidad de los envíos de pacientes puede describirse mejor por la proporción de mujeres entre todas las remitidas, cuyo envío se justifica desde el punto de vista técnico. La calidad del personal podría determinarse por la relación entre el número de supervisores obstétricos idóneos y el número de empleadas que prestan atención prenatal en el nivel primario, en cada zona geográfica determinada.

Pero, es probable que en la práctica solo algunos de los indicadores mencionados puedan utilizarse realmente, y aun con estos pocos indicadores con las actividades y uno o dos relacionados con los recursos; y aun con estos pocos indicadores habrá que encontrar los métodos más económicos de medición.

Para los elementos restantes de la atención primaria de salud solo se mencionará una selección de indicadores ilustrativos. Los lectores pueden fácilmente idear nuevos indicadores, o adaptar otros de la literatura cuando realmente los necesiten.

Calidad de la asistencia en los partos

Entre los indicadores que determinan la calidad de esta actividad pueden mencionarse los siguientes:

- Para la oportunidad de la asistencia: el porcentaje de casos en los que la asistencia comenzó durante la primera fase del trabajo de parto.
- Para los elementos de la atención: el porcentaje de casos en los que se efectuó un examen físico inicial, y se controló el pulso, presión sanguínea, frecuencia de las contracciones, dilatación del cuello uterino y los latidos del corazón fetal.
- Para la atención del recién nacido: porcentaje de casos en los que el recién nacido se examinó con prontitud y manos limpias; el cordón umbilical se envolvió en vendas asépticas; se

En este caso, un simple indicador puede ser la frecuencia media de los contactos de cada niño atendido con los agentes de salud de la comunidad o el personal de los servicios de salud. Otra forma es el porcentaje de casos en los que el examen contiene ciertos elementos normales mínimos.

La vigilancia de la nutrición puede evaluarse mediante el porcentaje de niños asistidos:

- a) Quiénes fueron correctamente pesados y se trazó el peso correcto en el diagrama del "camino a la salud".
- b) Quiénes fueron objeto de indicadores estandarizados apropiadas en relación con el peso, las cuales se entregaron a la madre.

Otro indicador de la calidad de las actividades relativas a la atención y la nutrición infantil en general será el mejoramiento del estado nutricional de la población infantil atendida, determinada por el mayor porcentaje de niños que llegan a tener un peso o talla normal para la edad, o un perímetro braquial normal, especialmente si se excluye el papel de otros factores.

La calidad de las inmunizaciones depende en gran medida de la calidad de los recursos empleados. La inmunización no resultará eficaz, a menos que se administren vacunas activas. La mejor manera de controlar la actividad de las vacunas es mediante un control sistemático, que asegure

Calidad de la vigilancia epidemiológica y control de enfermedades epidémicas y prevalentes

Los indicadores de la calidad pueden referirse aquí a:

- El porcentaje de casos de determinadas enfermedades que se notificaron a la unidad epidemiológica más cercana, al cabo de un cierto tiempo después de sospecharse el diagnóstico.
- El porcentaje de casos de determinadas enfermedades en las que se confirmó el diagnóstico inicial.
- El porcentaje de brotes de enfermedades determinadas, en los que se tomaron las medidas estándares prescritas al cabo de un número de días de la notificación inicial.
- El porcentaje de una muestra de viviendas rociadas con insecticida, en las que el rociamiento se realizó de acuerdo con la técnica estándar prescrita.
- La proporción de casos de tuberculosis que completaron el tratamiento prescrito, entre todos los diagnosticados con esa enfermedad.

Calidad del tratamiento de las enfermedades comunes frecuentes y provisión de medicamentos esenciales

En el caso de ciertas enfermedades comunes como diarrea, infecciones de las vías respiratorias superiores, caries dentales, enfermedades cutáneas o problemas oculares, lo siguiente puede ilustrar los posibles indicadores de la calidad de la atención:

- Porcentaje de casos de diarrea infantil en los que se investigó y trató la deshidratación.
- Porcentaje de niños con infestación de parásitos intestinales que no han sido tratados.
- Porcentaje de casos con enfermedades cutáneas en los que se hizo un diagnóstico correcto y se administró tratamiento adecuado.
- Proporción de visitas a los servicios periféricos de una zona en la que se encontró que faltaba o había vencido un cierto medicamento esencial (como las SRG o la pomada con la tetraciclina oral/mica); este es un indicador de la calidad de los recursos.
- La proporción de habitantes que viven a una hora de viaje de un lugar donde siempre hay una provisión mínima de medicamentos esenciales (según la definición del Ministerio de Salud);

que se emplean solo vacunas que satisfacen los requerimientos de la OMS y que la cadena de frío está intacta. Podrían llevarse ampollas de vacuna antipoliomielítica y antitetracampionosa del lugar donde se usan para realizar las pruebas de actividad. Estas son las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización, menos estables y más fáciles de someter a prueba. Los casos de enfermedades que se tratan de combatir en los niños vacunados, deberán investigarse para determinar si la eficacia de la vacuna se ajusta al nivel previsto. La medición de anticuerpos en los vacunados es por lo común engorrosa y lenta, y no se trata de un procedimiento corriente. La cadena de frío puede inspeccionarse mediante monitores de tiempo y temperatura, habitualmente provistos por UNICEF y la OMS, con las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización y determinadas que proporción de heladeras se hallan en buenas condiciones de funcionamiento, y cuáles se usan de acuerdo con las normas técnicas existentes. La reducción de la incidencia de enfermedades es el mejor indicador general de la calidad del programa, y se verifica más fácilmente en el caso del sarampión, la poliomielitis y el tétanos neonatal. Pueden obtenerse estimaciones a través de los informes nacionales corrientes, los sitios censales elegidos y las encuestas sobre incidencia de enfermedades.

Calidad de la educación sanitaria

Una posibilidad consiste en medir el porcentaje de personas expuestas a actividades relacionadas con la educación sanitaria, según una sencilla prueba, han entendido una determinada parte de los elementos educacionales y los encuentran aceptables. Pueden tomarse pruebas sencillas a niños y adultos en cuestiones tales como el agua apta para beber, alimentos nutritivos, inmunizaciones, insectos vectores de enfermedades y demás.

Calidad de las actividades en favor de la salud ambiental

Un ejemplo es el porcentaje de muestras de agua que satisfacen los criterios establecidos respecto del índice de E. coli, salinidad y otras características locales importantes. El porcentaje de muestras de agua con concentración adecuada de flúor puede ser un importante indicador en algunas zonas.

como lo prueba la supervisión y la ausencia de informes negativos de parte del personal y los pacientes;

- Relación entre las actividades de reparación y mutilación de caries dentales.

Calidad de la atención familiar y autocuidación

Los posibles indicadores de la calidad comprenden los porcentajes de visitas domiciliarias en las que:

- Se encontró que los utensilios para alimentar a los menores de cinco años eran de tipo adecuado, y se habían limpiado correctamente.
- No se veían insectos en la habitación donde dormían los niños menores de cinco años.
- Se guardaba el agua en recipientes bien tapados.
- Los menores de cinco años estaban al alcance de la vista o del oído de los adultos.
- El fuego o los fogones encendidos estaban fuera del alcance de los niños menores de cinco años.

Indicadores para verificar la calidad de la atención de salud en los distritos

En primer lugar, habrá que evaluar los aspectos generales de la calidad de la atención local que se relaciona con los principios de la estrategia de atención primaria de salud.

Algunos de esos aspectos y sus posibles indicadores son:

- La proporción de las zonas locales en las que las actividades se programan localmente;
- La proporción de actividades realizadas en zonas definidas con fines preventivos;
- La proporción de zonas locales en las que todos los elementos de la atención primaria de salud se llevan a cabo en forma ininterrumpida (atención integrada);
- La proporción de tiempo que los agentes de salud de ciertas categorías dedican a las visitas domiciliarias y a la labor de salud comunitaria; la proporción de condiciones (como embarazo, malnutrición, tuberculosis) que se detectaron mediante la búsqueda activa de casos en la comunidad;
- La proporción de zonas locales en las que el

● La frecuencia media de las visitas de supervisión del nivel del distrito a gran parte de los servicios más periféricos de cada distrito.

En segundo lugar, los administradores de los servicios de salud pueden examinar la calidad de las actividades y procedimientos más comunes, empleados en los múltiples elementos que componen la prestación de la atención primaria de salud: consultas, visitas a domicilio, hospitalización en instituciones del distrito, etc. Estos funcionarios podrán medir, por ejemplo, la proporción de *consultas* en las que:

- Se anotó la historia del paciente de acuerdo con las normas previstas.
- Se efectuó el examen físico de acuerdo con las normas.
- El paciente recibió por lo menos x minutos de servicios.
- Se hizo un diagnóstico correcto.
- Se administró tratamiento de acuerdo con las normas.
- La persona que atendió al paciente era la misma de la consulta previa (continuidad).
- Por lo menos una proporción x de pacientes comprendió las prescripciones y consejos que se le dieron.
- Se indicaron, en efecto, los envíos necesarios y los exámenes especiales.
- Los envíos y exámenes especiales pedidos se justificaban.
- El tiempo de espera no pasó de x minutos.

En cuanto a la calidad de la *hospitalización* en instituciones del distrito, tanto con fines curativos como preventivos, podrá medirse según la proporción de hospitalizaciones en las cuales:

- La historia y el examen físico del paciente se efectuaron de acuerdo con determinadas normas.

- Se llegó a un diagnóstico seguro antes de darse de alta.
- El tratamiento se administró de acuerdo con lo requerido en las normas.
- La observación y atención de las enfermeras fue correcta.
- La cama del paciente y el ambiente inmediato se limpiaron como es debido.
- Se dispuso constantemente de atención de urgencia.
- En la esfera de las medidas de los "resultados" se encuentran indicadores sencillos y útiles de la calidad de la hospitalización. Los siguientes son ejemplos bien conocidos: el porcentaje de casos curados, el porcentaje de casos que fallecieron en el hospital, el porcentaje de complicaciones postquirúrgicas.
- En el caso de los *procedimientos comunes*, como inyecciones y vendajes, los indicadores de la calidad pueden ser del siguiente tipo:
 - Porcentaje de visitas a los servicios en los que se observó que las agujas estaban correctamente esterilizadas.
 - También es importante evaluar la calidad de los recursos que sirven para prestar servicios de atención general de la salud en zonas locales. Los siguientes son algunos ejemplos de indicadores que pueden resultar apropiados en los países en desarrollo:
 - a) Para el personal:
 - La duración de la preparación básica de determinadas categorías de personal.
 - La proporción de una lista mínima de conocimientos técnicos definidos, impartidos a determinadas categorías de personal.
 - La frecuencia y duración medias de los períodos de capacitación en el servicio.
 - La proporción de técnicos de laboratorio por millón de habitantes.
 - b) Para los establecimientos, instalaciones y equipo:
 - Un puntaje para determinar el estado de los edificios en los que se prestan servicios de salud, en una zona determinada.
 - Un puntaje para determinar la limpieza del local.
- Un puntaje para determinar las condiciones de seguridad de los edificios.
- El porcentaje de camas nosocomiales que tienen colchones y sábanas limpios y no más de un ocupante.
- El porcentaje de salas de consulta y salas de hospital que tienen un laboratorio en buenas condiciones.
- El porcentaje de establecimientos con un generador de emergencia en buenas condiciones.
- El porcentaje de establecimientos de agua potable en el edificio.
- El porcentaje de establecimientos con inodoros limpios y en buenas condiciones para uso de los pacientes.
- La proporción de establecimientos con al menos un manómetro para medir la presión sanguínea, balanzas para adultos y lactantes y una varilla y cinta métricas (u otro equipo considerado esencial).
- La proporción de hospitales y centros de salud de distrito con un laboratorio básico en funcionamiento.
- La proporción de hospitales y centros de salud de distrito con la cantidad de vehículos en buenas condiciones, según establecen las normas nacionales.
- La proporción de puestos de salud (las unidades más periféricas) que siempre tienen fácil acceso a un teléfono o a un transmisor/receptor de radio.
- c) Para los suministros esenciales:
 - La proporción de suministros, de una lista estándar, encontrados en existencia durante las visitas de supervisión, en una determinada categoría de establecimientos.
 - La proporción de esos suministros correctamente almacenados, según las normas existentes.
 - La proporción de medicamentos esenciales en uso, cuya actividad e inocuidad han sido comprobadas (esto puede ser un indicador para los niveles nacional, pero tiene aplicación para los usuarios de todo el país).
- La calidad de los indicadores enumerados en este anexo son meros ejemplos. Pero estos ejemplos y cualquier otro que pueda sugerirse deberán ser objeto de estudio, selección y elaboración por medio de los mecanismos apropiados del sistema de atención de salud.

EVALUACION DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Néstor Rodríguez Campoamor

INTRODUCCION

El desarrollo de sistemas locales de salud, con el enfoque consecuente al marco doctrinario surgido de las resoluciones de los cuerpos directivos de la Organización Panamericana de la Salud (1 y 2), determina ciertas exigencias en el proceso de evaluación de la organización y funcionamiento de los SILOS, que no están suficientemente contempladas en las modalidades habituales de la evaluación de servicios.

El enfoque de los SILOS (3, 4, 5 y 6) comprende un espectro de objetivos, actividades y recursos enveñados en su desarrollo, para los que son necesarios fundamentos teóricos e instrumentos de diversas disciplinas de las ciencias sociales, presentados de una manera articulada, complementaria y con sinergias o exclusiones temporarias, que demanda la obtención de equilibrios circunstanciales, en procesos de por sí desequilibrados, frecuentemente, por razones sutérgicas o de coyuntura. Estos fenómenos superan y adquieren mayor importancia real, que los propuestos desarrollos en forma armónica, simétrica y de sistemas equilibrados a los que pretendían llegar los enfoques anteriores. Asimismo a evaluar situaciones de este tipo exige el empleo de variados instrumentos y criterios de oportunidad para su aplicación, lo que se trata de presentar en este documento.

En la redacción de esta presentación se usarán indistintamente las denominaciones de proyecto y programa, dado que en esta etapa inicial de implantación del enfoque de los SILOS, la mayoría de las experiencias se efectúan bajo la forma de proyecto, mientras que, por otro lado, es habitual que se expresen las actividades como programación de un SILOS. En realidad el proyecto de desarrollo de un SILOS comprende varios programas que tendrán una duración variable e independiente de la establecida para el proyecto. También puede ser necesario evaluar un programa aislado de un SILOS, aunque esta eventualidad puede soslayar lo sustantivo de un SILOS, tal como son las interrelaciones entre los programas.

El desarrollo de los SILOS se efectúa desde diferentes puntos de partida en cuanto a la situación sanitaria y social de una comunidad, razón por la cual es el análisis situacional inicial el que suministrará los elementos fundamentales a evaluar en el proceso y en el tiempo. Por consiguiente la evaluación se basa no solo en el análisis de los indicadores numéricos y sus valores instrumentales, sino también en el de indicadores numéricos constituidos por una descripción de acuerdo a criterios preestablecidos de variables no cuantificables, tales como la definición o de políticas, estrategias, factores favorables o desfavorables, y otros aspectos para los que se emite un juicio de valor. El análisis es esencialmente conceptual y lógico, requiere la aplicación de enfoques, tales como el epidemiológico, el económico, histórico, y procura lograr la mayor comprensión del significado y validez de las cifras y de las explicaciones, así como la interrelación entre indicadores numéricos y descriptivos de diversa naturaleza. Frecuentemente la interpretación de resultados estará sujeta a criterios lógicos y conceptuales, los que en todo momento primarán sobre consideraciones de índole matemática o estadística.

La evaluación se basa no solo en el análisis de los indicadores numéricos y sus valores instrumentales, sino también en el de indicadores numéricos constituidos por una descripción de acuerdo a criterios preestablecidos de variables no cuantificables, tales como la definición o de políticas, estrategias, factores favorables o desfavorables, y otros aspectos para los que se emite un juicio de valor. El análisis es esencialmente conceptual y lógico, requiere la aplicación de enfoques, tales como el epidemiológico, el económico, histórico, y procura lograr la mayor comprensión del significado y validez de las cifras y de las explicaciones, así como la interrelación entre indicadores numéricos y descriptivos de diversa naturaleza. Frecuentemente la interpretación de resultados estará sujeta a criterios lógicos y conceptuales, los que en todo momento primarán sobre consideraciones de índole matemática o estadística.

CONCEPTOS GENERALES

te, en esta evaluación los criterios valorativos de transformaciones primarias sobre aspectos de tipo cuantitativo. Se ha expresado que es indispensable efectuar análisis situacionales interrelacionados y rápidos para ejecutar los programas de acción. En el proceso de evaluación adquiere gran trascendencia la aproximación a la realidad que suministra este análisis rápido e interrelacionado. ¿Fue satisfactoria la intención en identificar lo relevante? ¿Se hizo adecuadamente? ¿La velocidad del análisis y la presentación de proposiciones fue oportuna y adecuada? ¿Qué grado de participación existió en la identificación de problemas y en el análisis intencionado?

La fuerte tentación de evaluar el desarrollo de un SIOS partiendo de una serie de requisitos pres establecidos, que pueden usarse con gran riesgo de equivocación para afirmar que es o no un SIOS, constituye una fuente restrictiva y permiciosa, ya que lo trascendente es evaluar como un SIOS se orienta en el alcance del horizonte definido por las características de participación social, intersectorialidad, descentralización, red de servicios de salud, etc. (1, 2, 3, 4, 5 y 6).

Monitoria: consiste en una serie de actividades diseñadas para el seguimiento de un programa o proyecto, relacionándolas con lo que se prevé que aconteciera. Es una vigilancia que detecta los desvíos a un proceso que se ha definido previamente (10).

La distinción entre monitoria y evaluación está en la profundidad de los análisis. La monitoria está más orientada a observar periódicamente la marcha de las acciones y a detectar las situaciones críticas para su análisis y corrección. La evaluación se enfoca fundamentalmente sobre el impacto de las acciones y la eficacia y eficiencia de los procedimientos empleados.

Evaluación: enfoca el examen de qué es, o qué posiblemente debe ser. Se circunscribe al aquí y ahora. Es la respuesta a las preguntas: ¿qué es?, ¿qué podría ser?, y ¿qué debería ser? (11)

Evaluación ex-ante: consiste en analizar y comparar lo deseable de un proyecto, y compararlo con los méritos de otro. Su utilidad está en el de ser fundamento para aceptar o rechazar un proyecto (12) o seleccionar una alternativa. En la evaluación ex-ante se hacen comparaciones especulativas sobre situaciones con proyectos o sin ellos, fundadas en las previsiones

esperadas por la intervención del proyecto, bosquejando la situación a diversos horizontes de tiempo. Permita justificar el beneficio adicional neto, resultante de la ejecución del proyecto o programa, de la manera más independiente de los factores del entorno que puedan influenciar. En esta evaluación importa utilizar el llamado costo de oportunidad, basado en los usos alternativos de recursos destinados a satisfacer necesidades que el proyecto o programa pretende atender. Es un instrumento valioso de la predicción, y de su elaboración se desprende su grado de pertinencia teórica, es decir la consistencia entre los fines propuestos y los medios seleccionados. En la evaluación ex-ante puede incluirse el análisis de la consistencia y coherencia de los diversos componentes de un proyecto. La validez de los objetivos en cuanto a los problemas, la consistencia entre objetivos y actividades y de esta con los recursos previstos, etc.

El empleo de la evaluación ex-ante en el desarrollo de los SIOS, es aconsejable en la etapa de preparación del proyecto, buscando la coherencia entre las diversas estrategias que se emplearán, y el grado de complementariedad y oportunidad de unas y otras.

En la evaluación ex-ante, adquiere preponderancia la articulación del proyecto con otros que puedan estar formulándose en diferentes sectores sociales o económicos.

Evaluación ex-post: pretende establecer el cambio ocurrido como consecuencia del desarrollo de un proyecto o programa. Es lógicamente post-decisional, y se refiere a la pertinencia real, es decir al impacto logrado por el proyecto y a las restricciones identificadas surgidas durante su desarrollo.

También en la evaluación ex-post se incorporan los estudios sobre los efectos de otros factores ajenos al proyecto y que no fueron ponderados, estimándose la contribución que suministraron al cumplimiento de los objetivos.

Este aspecto de la evaluación es sustancial en la evaluación de los SIOS, particularmente en cuanto a los aspectos del contexto social y político, que pueden ser por sus transformaciones lo más trascendente del proceso de desarrollo de un SIOS. La evaluación de estos aspectos tiene como dificultad la intangibilidad y la gran subjetividad, estando obligado a obtener opiniones por consenso, para lograr cierto peso en la evaluación.

También, y en este mismo sentido, pueden

desarrollar un SILOS es de por sí un impacto político fundamental.

En estas situaciones puede ser más importante el beneficio político o el desarrollo creciente de conciencia y movilización social, que los resultados en cuanto a volumen y calidad de servicios en un momento dado.

En la evaluación del impacto habrá que tener en cuenta si este alcanza a la población total, a la población objetivo, o a la población beneficiada, dadas las diferentes magnitudes de estas.

La evaluación centrada en el utilizador o consumidor merece un comentario especial, dada su importancia en la evaluación de los productos de los sistemas abiertos, que funcionan en situación de incertidumbre y turbulencia. Esta evaluación se la considera como de racionalidad limitada, y se postula que la misma tenga mayor desarrollo con la participación de los tomadores de decisión, los representantes de la comunidad y los usuarios. Comprende, entonces, aspectos fuertemente participativos en los cuales la comunidad está involucrada. La satisfacción de los usuarios es un ejemplo de esta racionalidad limitada, que debe ampliarse con la opinión de técnicos y administradores. Mirando al futuro, en la medida que la descentralización y la participación social se fortalezcan, el control social de gestión será otro elemento fundamental para el conocimiento del impacto en sus vertientes de satisfacción, uso adecuado de recursos y movilización social.

Evaluación táctica: Esta evaluación se efectúa, por una parte, sobre los componentes del programa, y por otra, sobre las interrelaciones entre estos componentes. La aplicación de la evaluación táctica crea problemas de diferenciación con la estratégica, aunque se asuma que la táctica, enfoca los aspectos de uso de instrumentos y de sus combinaciones, sea en organizaciones, tecnología o funciones de producción. Es decir, analiza las diferencias entre la concepción del programa y su ejecución. Juega entre objetivos específicos y resultados alcanzados, servicios en particular y satisfacción lograda, actividades realizadas y servicios producidos, recursos requeridos y recursos movilizadores, organización y eficiencia. De donde surge la evaluación de resultados, de procesos y de estructura (13).

Es conveniente desarrollar más las diferencias entre la evaluación estratégica y la táctica; la segunda está supeditada a la primera, es más

haber surgido cambios en otros sectores, que hubieran influido fuertemente en los servicios de salud o en la salud de la población, y que no estuvieron considerados en el proyecto original, aunque pueden haberse incorporado durante su desarrollo (como consecuencia de la monitoría).

MOMENTOS DE LA EVALUACION

Con fines expositivos pueden considerarse diferentes momentos o tiempos de la evaluación, que son o pueden ser secuenciales y/o complementarios.

Evaluación estratégica: Trata sobre la correspondencia entre los objetivos de un proyecto y los problemas que pretende solucionar. En sí misma, busca adecuar los objetivos de un proyecto a los problemas y a las políticas para las cuales fue concebida. Efectúa preguntas tales como:

- El proyecto es coherente con las políticas formuladas?
- Se corresponden los objetivos del programa con los problemas identificados y definidos y con las prioridades?
- ¿Cuál puede ser la contribución del programa a la solución de los problemas identificados?

La evaluación estratégica comprende dos grandes aspectos: la concordancia política y la pertinencia teórica entre el enfrentamiento de un problema y el planteo de los cursos de acción para su solución.

La evaluación estratégica y la evaluación política tienen una distinción de nivel. La estratégica es más específica y vinculada a la organización y al uso oportuno de los medios, a la selección de instituciones y lugares de desarrollo y orientadas a la evaluación política es global y orientada a la evaluación de la direccionalidad dada por un proyecto nacional, a la disminución de la turbulencia o del conflicto; es en sí una evaluación de la viabilidad entre los momentos en que se formuló el proyecto, los momentos del proceso de ejecución y el momento en que se evalúa.

La evaluación del impacto requiere acotar qué tipo de impacto se pretende reconocer; por consiguiente será diferente la evaluación del impacto político o del impacto estratégico, aunque en este campo no se dispone de la precisión suficiente para superar las diferencias conceptuales que se trata de realizar. No obstante, la continuidad y el esfuerzo persistente de la comunidad en

detallada y no tiene como objeto consideraciones de tipo político o de relaciones entre lo político-técnico-administrativo.

Evaluación de la estructura: Es parte de la evaluación táctica. Plantea preguntas relativas a la organización para la administración de la cantidad, calidad y disponibilidad de los recursos humanos, físicos y financieros. Trata entonces de la organización, la administración, los niveles de decisión, las funciones de producción del equipamiento; los recursos humanos, la tecnología, etc.

En síntesis es un análisis de relaciones entre recursos, procesos y producción.

Evaluación económica: Pueden reconocerse dos grandes clases: la de servicios producidos versus recursos consumidos (productividad); y la de los efectos logrados versus recursos consumidos (costo-eficacia o en términos monetarios costo-beneficio).

En uno de los aspectos anteriores está incluido el concepto de rentabilidad económica, o sea los efectos obtenidos según los recursos consumidos sea en términos monetarios o reales.

Se emplean varios términos en la evaluación económica, tales como:

- **Costo-eficacia:** es la relación entre los efectos y los recursos. Los efectos se registran en términos de indicadores sanitarios, y los recursos en esfuerzo consumido (cobertura, concentración de actividades, tecnología empleada). Si se hiciera en términos monetarios sería costo-beneficio.
- **Costo-beneficio:** donde la relación es entre valores monetarios, de los cuales se collige que los valores mayores de uno dan rentabilidad.
- **Costo-utilidad:** es un concepto ajustado a la satisfacción del usuario.
- **Costo-eficacia potencial:** es la relación entre la eficacia real observada y la eficacia potencial que se había estimado.

ESQUEMA ORIENTADOR PARA UNA EVALUACION DE SILOS

1. *La jurisdicción de los SILOS es la apropiada?*

Consiste en un análisis de la jurisdicción en cuanto territorio, población, autoridades administrativas, polos económicos y sociales de gravitación en relación a la sede administrativa de

los SILOS. Los aspectos legales y reglamentarios.

2. *El análisis situacional intencional y rápido se hizo con oportunidad y suficiencia?*

Consideraciones en cuanto al equipo que participó: local, regional y central. La participación social, sea de organizaciones, informantes claves, técnicas de consenso, etc. La suficiencia que tuvo, o sea las limitaciones que se observaron en el proceso y en la evaluación por no haberse considerado factores que luego fueron trascendentes; o por no haber involucrado a otros sectores y organizaciones; o equivocaciones en la identificación de problemas, sean de estado de salud o de disponibilidad y suficiencia de recursos; o por subestimaciones, o sobrestimaciones de capacidad tecnológica; o limitaciones de asistencia prevista y no lograda; etc.

Fuentes de información. Elaboración de cuadros, selección de indicadores y análisis de tendencias.

3. *La programación local fue enfocada con participación y enfoque de riesgo?* Las normas, metas, definición de actividades y recursos fueron un proceso solidario de agentes de los servicios locales, comunidad y asesores externos a los SILOS?

Selección de los instrumentos de programación: adecuación, empleo, modificaciones durante su aplicación. Sistema de supervisión y monitoria. Proceso de agregación y desagregación de información, según requerimientos de la programación-administración.

4. *La administración fue organizada y perfeccionada constantemente en cuanto sus diversas subsistemas?* Los niveles de decisión, información y asesoria fueron los adecuados? La descentralización-desconcentración fue efectiva? En qué grado? Cuales fueron las restricciones más evidentes?

5. *Como se establecieron las redes de servicios?* Se consideraron economías de escala? Como se organizaron los escalones tecnológicos de referencia y contrarreferencia? Qué artificios legales, administrativos y técnicos se convirtieron entre los SILOS y otros niveles, para complementar e incrementar la eficiencia?

6. *Que programas se han derivado del funcionamiento de los SILOS?* De inversiones? De recursos humanos? De información?, etc.

(2) Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y al proceso de descentralización*. Documento Interno HSI/HSD. Washington, D.C., 1987.

(3) Organización Panamericana de la Salud. *Descentralización y SLOS*. Documento interno del programa de desarrollo al servicio de salud. Washington, D.C., 1987.

(4) Organización Panamericana de la Salud. *Taller sobre sistemas locales de salud*. Informe final. Pittsburgh, 1988.

(5) Organización Panamericana de la Salud. *Reunión sobre descentralización*. Buenos Aires, Argentina, 1987.

(6) Rodríguez, N. *Los sistemas locales de salud*. Santo Domingo, 1988 (mimeo).

(7) Lauffer, A. *Assessment Tools*. Sage Publication. Beverly Hills, 1982.

(8) Organización Mundial de la Salud. *Measurement in health promotion and protection*. 1987. European Series No. 22.

(9) Pineault, R. y Daveluy, C. *La Planificación Sanitaria*. Masson, S.A. Barcelona, 1987.

(10) Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción*. Documento Oficial No. 179. Washington, 1983.

(11) *Ibid* (7).

(12) Faruge, Rashid. *Analyzing the impact of health services*. Working Papers No. 546. World Bank. Washington, D.C., 1982.

(13) Organización Panamericana de la Salud. *Discusiones técnicas sobre evaluación*. México, 1988.

(1) Organización Panamericana de la Salud. *XXII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Documento Oficial No. 209. Washington, D.C., 1986.

REFERENCIAS

7. ¿Que expresiones de organización, administración, programación conjunta y monitoria compartida se observaron con otros sectores? La articulación intersectorial tuvo manifestaciones claras?

8. ¿Cuál ha sido la repercusión en el campo político? La salud se convirtió en foro de discusión y acuerdo para las diferentes orientaciones políticas? Se puede afirmar que se dieron impactos políticos, sea para el partido gobernante, o por organizaciones comunitarias que adquirieron mayor predicamento? o, ¿por qué las organizaciones de la comunidad alcanzaron mayor capacidad de expresión, participación y reclamo (incluido el control social de gestión)?

9. *Conclusiones y recomendaciones* para los momentos estratégicos y tácticos.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD Control y evaluación

Roberto E. Capote Mir

INTRODUCCION

pos, de movimientos, asignar y delegar funciones y otros,

Formar personal, incluyendo la planificación, selección, preparación, desarrollo de personal en las diferentes categorías, y la evaluación del desempeño,

Dirigir, incluyendo la toma de decisión en diferentes contextos y escenarios políticos, económicos y con diferentes situaciones higiénico-epidemiológicas: la motivación, la estimulación y los diferentes elementos del proceso de comunicación y liderazgo,

Controlar, tomando en consideración los diferentes aspectos de la regulación de los sistemas, tales como la información, los órganos sensoactivadores, la retroalimentación y otros aspectos relacionados con el control de la calidad de los servicios.

Estas funciones dentro de la ciencia de la administración toman el rango de categorías científicas, y son guías para la organización del trabajo.

CONCEPTOS DE CONTROL

Al conceptualizar o definir el control, diferentes autores han expresado opiniones que son complementarias, como las siguientes:

- El control como activador del traspaso de un sistema anterior a uno nuevo, actuando sobre sus distintas variables (2).
- El control como un subsistema, al igual que otros conceptos cibernéticos, no puede llevarse a cabo sin analizar las propiedades y características que lo distinguen como un todo (3).

El control como una de las funciones de dirección y gobierno, como el proceso de funcionamiento de un objeto de dirección (sistema local de salud) donde se analizan: el sistema de observación y comprobación de resultados, el análisis de los resultados, la influencia de los sujetos (equipos de dirección, comunidad/usuarios) sobre el objeto de gobierno (unidades, servicios, análisis de flujos de procesos, de tiempos, estructuras y procesos de producción de servicios

El presente trabajo tiene por objeto realizar una revisión de las acciones del control como función principal de la administración y, además, como parte fundamental de la dirección y gerencia en los sistemas locales de salud. Se explicarán sus principios y se detallarán las estructuras de los subsistemas de control. Así mismo, se presentarán los elementos o partes de los sistemas de control en los sistemas locales de salud (las señales, los mecanismos y los programas de control). Se podrá identificar la relación dialéctica entre información, organización y control. El trabajo concluirá con una explicación sobre los diferentes tipos de control. A continuación se describen los siguientes:

Observación, inspección, auditorías, supervisión, evaluación, control continuo, verificación, control por excepción, control por área específica, rendición de cuentas y otros (1)

Se definirá el alcance de cada una de las categorías mencionadas, se señalarán los problemas que acarrea su mal uso dentro de los sistemas y servicios de salud, enfatizando las ventajas que representa su uso adecuado en los sistemas locales de salud.

Debemos plantear el control como una parte de los procesos de dirección en general y de los servicios de salud en particular. Algunos autores citan diversas funciones, pero en todos los casos se encuentran siempre las siguientes:

Planificar, incluyendo pronosticar, prevenir, formular políticas, asignar recursos, confeccionar planes y formular proyectos,

Organizar, considerando además, estructurar órganos de dirección, identificar y poner a punto estructuras y procesos de producción de servicios de salud, análisis de flujos de procesos, de tiempos,

de los SILOS y su credibilidad en y por la pobla-

ción que atiende.

● Medir hasta qué punto se han cumplido los

objetivos y metas operacionales (incluyendo la

capacidad de resolver los problemas).

● Descubrir las fallas de que puede adolecer

un plan o programa con el propósito de modifi-

carlo o reorientarlo.

● Buscar evidencias que sirvan para demos-

trar eficiencia de las actividades realizadas, que

permitan la discusión con las autoridades y la

población, para la solución de los problemas y

de salud.

● Justificar ante los niveles superiores y la

comunidad el costo de los planes y programas.

● Acumular conocimientos que permitan el

mejoramiento de los servicios y la preparación

de los recursos humanos.

Al desarrollar lo anterior vemos que una vez

que se ha obtenido la información, el siguiente

paso consiste en comparar el funcionamiento con

el plan o norma existente, ya que con esto se evalúa

el desarrollo actual de los procesos; cuando hay

diferencia entre ambos, suele requerirse de crí-

terios y/o investigaciones para establecer su impor-

tancia. Las desviaciones que son relativamente

pequeñas, no ameritan la detención del funciona-

miento de algunas actividades, en tanto que en

otros casos, una ligera desviación puede ser grave.

El o los funcionarios a cargo del control deben

analizar, sintetizar y evaluar los resultados como

parte bien definida del proceso de control. Debe-

mos destacar el papel fundamental de la investi-

gación de servicios de salud (ISS) en el proceso

de evaluación y control de los SILOS. Es indis-

pensable tener identificado el papel de la investi-

gación para la toma de decisiones y como parte

del proceso de control. De no realizarse, dicho

proceso se convertiría en un proceso empírico,

donde los mecanismos de prueba y error aumen-

tarian de forma notable los costos de operación.

Autores que han escrito sobre el tema, recalcan

la necesidad de reorientar y desarrollar metodo-

logías adecuadas a estas (11, 12).

PRINCIPIOS DEL CONTROL

Las formas de pensamiento constituyen uno

de los factores o medios cognoscitivos del razo-

namiento humano. Por medio de él, identifica-

ción de salud, o en su conjunto, el sistema local de

salud, y la identificación de las desviaciones habi-

das respecto a las orientaciones y planes de la di-

rección de los servicios de salud y de las necesi-

dades expresadas por la población, la que no es

solamente objeto, sino como sujeto para la solu-

ción responsable de sus necesidades (4).

Al revelar las desviaciones y sus causas, el

control determina, para algunos autores, las ma-

neras de corregir la organización del objeto de

gobierno y, también, los modos de influir en el

sujeto con el fin de solucionar las desviaciones y

suprimir los obstáculos que entorpecen el fun-

cionamiento óptimo del sistema (5).

● La verdadera prueba de la calidad de un

dirigente o de un funcionario, individualmente o

del equipo de dirección y gerencia de los SILOS,

de los servicios de salud o de la sociedad como

un todo, es el logro alcanzado; sus esfuerzos de-

ben producir el impacto deseado (6). Para lograr

esto se necesitan criterios por medio de los cua-

les se puedan medir los resultados y adoptar me-

didias correctivas para alcanzarlos (7).

● Otros autores señalan que la medición de la

calidad no es ya más una razón puramente de

satisfacción de las necesidades profesionales,

sino una necesidad pública para la defensa de

todo el sistema y para asegurar su credibilidad (8).

Con todos estos aportes podemos intentar de-

finir el control de la siguiente forma:

“Control es el proceso para determinar lo que se

realiza, valorizando, comparando con lo previs-

ta y aplicando las medidas correctivas, de forma

tal que los objetivos/resultados se alcancen de

acuerdo con lo planeado” (9).

Es importante destacar que el control incluye

la vigilancia activa de un proceso o resultado

para mantenerlo dentro de los límites fijados;

este proceso debe terminar con el comienzo de la

nueva etapa de planificación y así cerrarse el

círculo del proceso administrativo (10).

FINALIDAD DEL CONTROL

La finalidad del control se puede resumir de la

siguiente manera:

● Evaluar el grado de impacto de las acciones

4. El diseño de actividades para el control debe ser un reflejo del objetivo deseado.

Este principio destaca que el conjunto de actividades de los sistemas de control debe ser un reflejo del resultado que se espera. Recordemos que las personas son estimuladas por el control y que este al realizarse en actividades no esenciales para alcanzar los resultados esperados, originará una distorsión, ya que los recursos se dirigirán a las actividades que se están evaluando y no a los objetivos del plan, porque estos pasan a un lugar secundario. Las personas hacen las cosas que se les piden y no las que se les dice que deben hacer. Es importante subrayar este papel del control (14).

5. Las actividades al ser controladas deben ser dirigidas a las que han tenido cumplimiento excepcional por exceso o por defecto.

Al comparar el funcionamiento, el control debe ser dirigido hacia los puntos que se destacan por defecto o por exceso en la producción de servicios. Cuando el funcionamiento iguala o se aproxima a los resultados esperados, no se requieren esfuerzos de control inmediato; en cambio, aquellos que se identifican en forma extraordinariamente positiva o negativa requieren toda nuestra atención.

Tal el caso de un cumplimiento extraordinario que permita identificar una innovación tecnológica, o un defecto de planeación que necesite la atención inmediata y de toma de decisiones para optimizar el proceso.

6) Las actividades deben ser jerarquizadas para su control, de acuerdo a su importancia para alcanzar los resultados esperados (eslabón fundamental) (15).

Las innumerables tareas de cualquier sistema local de salud impiden el control de cada una de ellas. Los intentos de incluir todas las facetas de una organización en un sistema de control, da como resultado numerosos formularios, cifras y documentos para controlar y cuidar, lo que hace que esta función administrativa sirva para burocratizar los sistemas locales de salud. La solución eficiente es limitar el control de las actividades alrededor de los puntos claves (eslabón fundamental). Los puntos por seleccionar varían con los tipos de sistemas locales, ya sean

1. El control es solamente un medio para alcanzar los propósitos deseados.

Este principio destaca la importancia del control para conseguir que los planes y programas en los sistemas locales de salud, alcancen el impacto esperado. El control no es una actividad más del trabajo o de las funciones de los dirigentes, no es ni debe ser una formalidad, es la acción que al realizarse producirá el estímulo necesario en el lugar oportuno y, así, alcanzar el impacto esperado. No se debe controlar para conocer el pasado e identificar responsables de los errores (esto produce especialistas en errores), sino se debe controlar para buscar mejores soluciones futuras, controlamos para alcanzar los resultados esperados y no para realizar acciones detectivas en el pasado. Es más importante controlar los resultados que las fallas (13).

2. El control no puede ni debe ser más costoso que los errores que evite.

En este principio se destaca el hecho de la racionalidad económica *per se* del control. También va dirigido a contabilizar todos los costos de tiempo, financieros, humanos y monetarios—dentro del análisis de costo/resultado—y teniendo en cuenta el enfoque epidemiológico que justifique la necesidad de cualquier actividad de control en los sistemas locales de salud.

3. El control se basa siempre en el principio sistémico de la retroalimentación.

El sistema de control no puede tener más calidad que la información que recibe. Es imposible que el sistema de control de los servicios en los sistemas locales de salud sea eficiente, si la información que debe procesar no es suficiente, oportuna y veraz. Un sistema de control al funcionar hará que el sistema de información sea más útil, en la misma medida que sea capaz de analizar la información existente y demandar con más precisión la que necesite.

MECANISMOS, SEÑALES Y PROGRAMAS DE CONTROL

Los SILOS deben ser capaces de modificar sus actividades como respuesta a diferentes acciones que tienden a variar los resultados a obtener por el sistema, logrando que sea más eficiente y equitativo. A estas acciones modificadoras las denominaremos *señales de control* y el conjunto de elementos del sistema que elaboran las señales de control constituyen *los mecanismos de control*; cuando se tiene conocimiento del comportamiento requerido por los sistemas locales de salud, recursos, condiciones de trabajo, propiedades de su estructura organizativa, ambiente, nivel de salud, planes y programas, podemos formar una secuencia de acciones que sean capaces de llevar señales correctoras. A esta secuencia la denominaremos *programa de control*.

Al conjunto de señales, mecanismos y programas de control los denominamos *sistema de control*, el cual forma parte de la programación en los sistemas locales de salud. Para diseñarlo se deberá tener en cuenta lo siguiente:

El estado del sistema: se refiere al nivel de desarrollo de los servicios, de las relaciones intersectoriales, del nivel de recurso físico y de la tecnología disponible.

Los procesos: se refieren a las diferentes acciones como las que ocurren en la oferta de los servicios a las personas y al medio, por ejemplo pueden ser, la organización de los servicios, la formación de personal y el flujo de producción.

La entrada: se refiere al diseño de formas para medir los condicionantes, los insumos, la información (decisiones, tecnología) y otros.

La salida: se refiere al diseño para realizar las mediciones de la eficiencia. Para ello utilizaremos los productos finales, intermedios y los desechos. Los elementos a tener en cuenta son las inmunizaciones, la disminución de mortalidad infantil, la disminución de un daño o su erradicación, como puede ser polio, sarampión y otros.

La finalidad: expresada como la satisfacción de las necesidades de la población que forma parte del sistema local de salud.

Los factores exógenos: son aquellos que no están dados por la configuración del sistema local de salud, pero sí, en el lugar en el cual este debe desarrollarse; ejemplos serían, la crisis económica, el déficit de divisas convertibles y otros

urbanos o rurales; las necesidades y recursos disponibles; pero deberán ser, en toda circunstancia, aquellas actividades que agrupen o sean representativas de otras anteriores, o de los resultados esperados y sean fundamentales al proceso de producción de servicios de salud. Se debe tratar de que los puntos claves escogidos expresen, de forma breve y eficiente, un panorama rápido, preciso y significativo de una situación administrativa dada. Estos puntos claves deben ser capaces de ofrecer alternativas eficientes para la toma de decisión efectiva, para alcanzar los objetivos como fueron planeados y con el impacto esperado.

DE CONTROL Y EVALUACION CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS

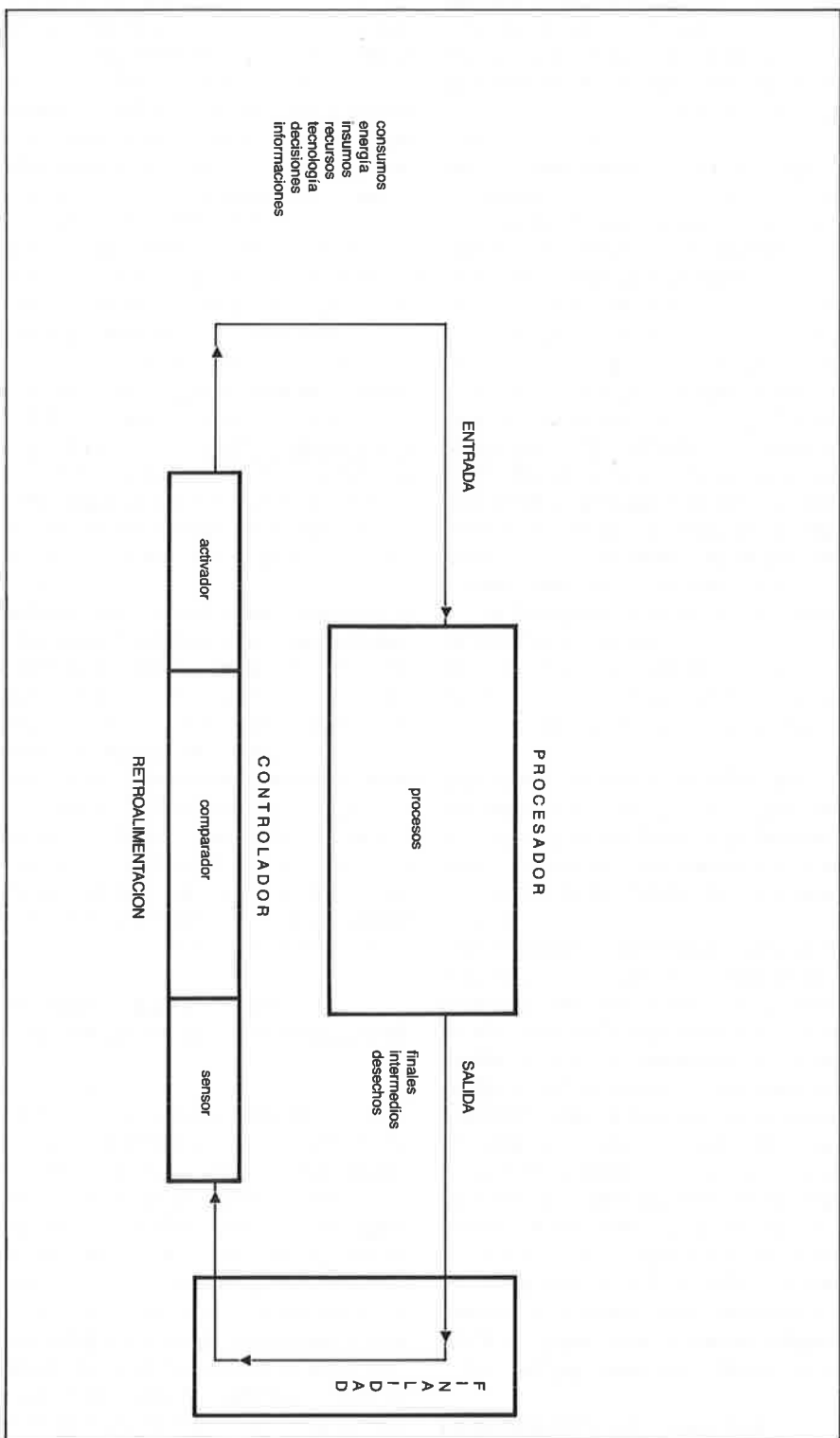
Entre las características de los sistemas de control y evaluación (Figura 1) están la existencia de un procesador con entrada y salida, una finalidad y un controlador unidos por canales de información. Al aplicar el enfoque sistémico al control, encontramos que está dentro de los procesos que realiza el controlador, al que también se le denomina subsistema rector.

Llamamos *sistema de control y evaluación* en los sistemas locales de salud (SILOS), al conjunto de subsistemas rector de los SILOS; es decir, nos referimos a las direcciones, departamentos de supervisión y evaluación, contabilidad, estadísticas y otros.

El carácter dinámico, su posibilidad de cambiar de estado, el autodesarrollarse, son características que definen a los sistemas de control; lógico es que si el sistema únicamente un solo estado, no habría posibilidad de hablar de control en él. El control en los sistemas locales de salud es un proceso selectivo de las acciones que influyen en el sistema, para lo cual se seleccionan aquellas más significativas para diseñar un sistema de control. Considerando esto se podría llegar a la conclusión de que las acciones que deben ser controladas son las esenciales y en las que sus resultados sean significativos.

Uno de los puntos más importantes dentro de las organizaciones es el sistema de control, donde gerentes, directores y dirigidos, se controlan mutuamente. Las organizaciones usan una variedad de controles, por ejemplo, estimular al personal con premios, con remuneración, y otros, son elementos que deben estar presentes en todo sistema de control (16).

Figura 1. Estructura de los sistemas.



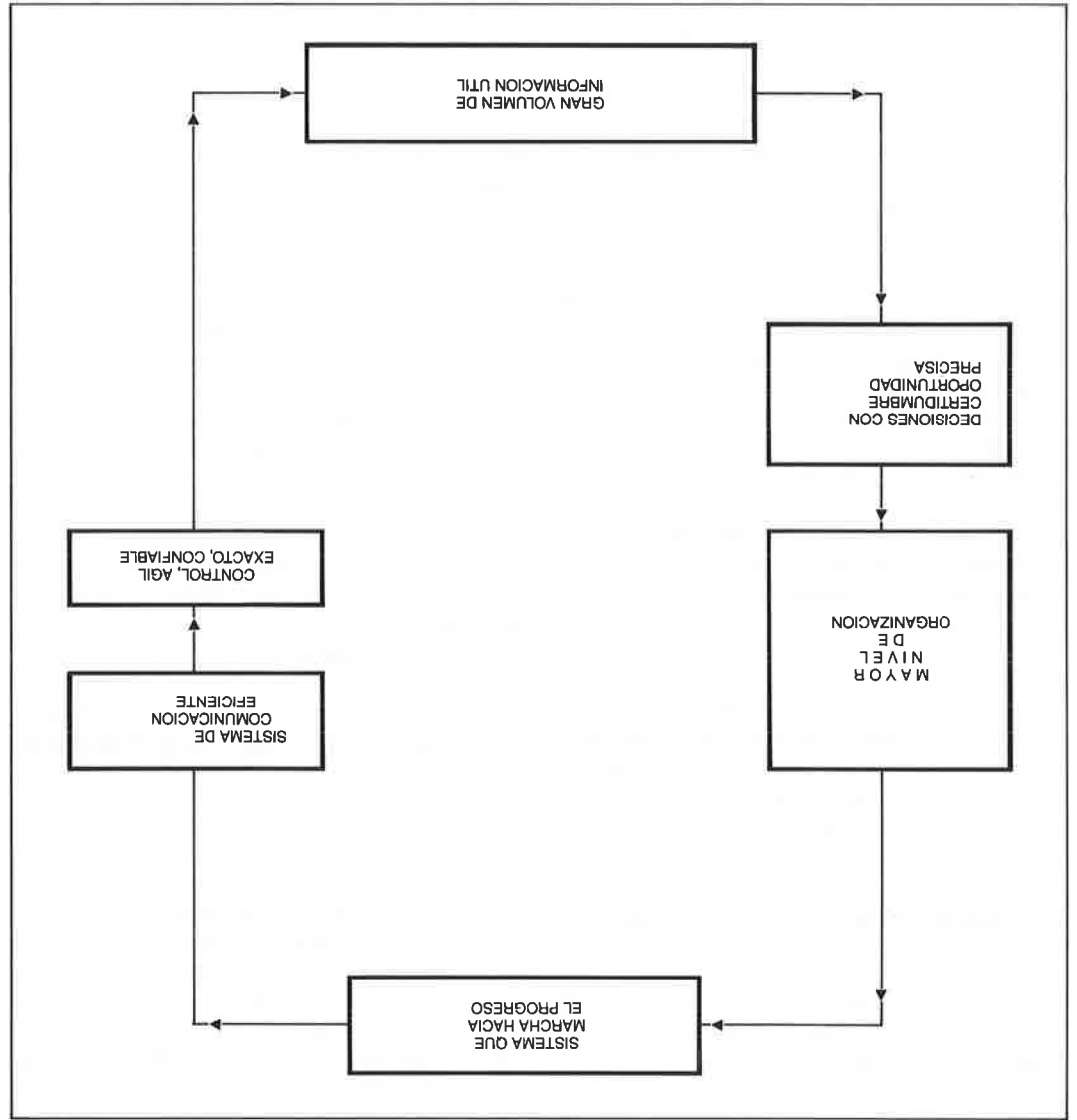


Figura 2. Relación entre organización, comunicación y control confiables.

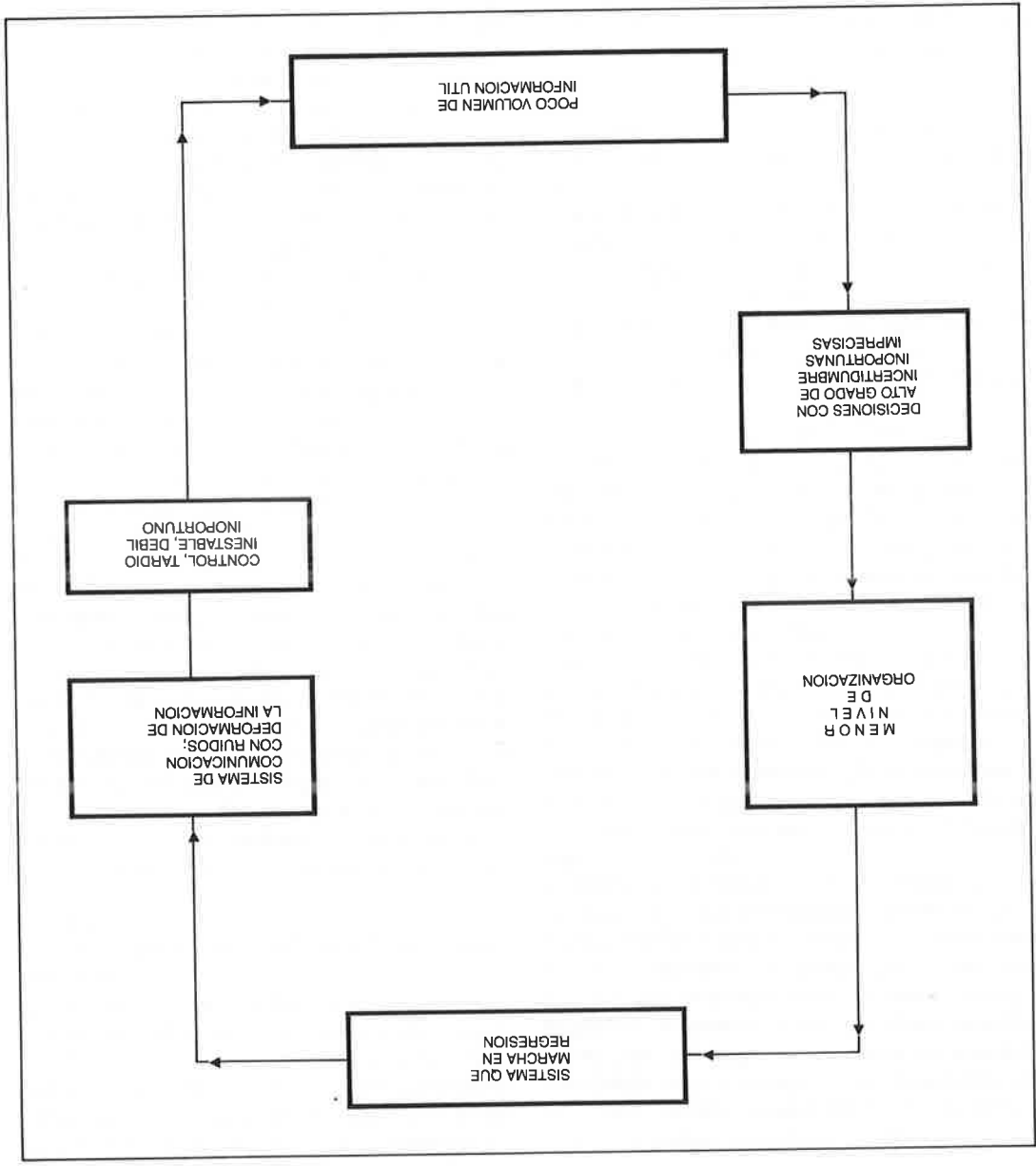


Figura 3. Relación entre organización, comunicación y control erráticos.

mento de la cantidad de usuarios de agua intradomiciliaria y, como consecuencia, la disminución de las enfermedades por transmisión hídrica. Perfeccionamiento del control de las enfermedades transmitidas por vectores; aumento del uso de los servicios preventivos como resultado del aumento de conocimientos en salud, por la población; mayor participación de la población en la evaluación de los servicios que recibe y expresión de su responsabilidad, aumento de la satisfacción de la población por los servicios recibidos, y otros.

Para medir utilizaremos las siguientes categorías:

a) Cantidad: expresión de medida cuantitativa que permite la comparación más concreta. Hay la creencia de que cuando se mide cantidad no se mide calidad, lo cual es incorrecto, pues cada medida cuantitativa expresa también una calidad. Por ejemplo, cuando decimos una cama hospitalaria, esta expresa un artículo que no es solamente cama, sino que conlleva todos los servicios que tiene el hospital. Por ello es indispensable aclarar las medidas cuantitativas, que es lo que realmente se quiere medir. Algunos autores se oponen a la cuantificación porque consideran que es costificar. Sin embargo, en nuestra opinión, esta categoría es imprescindible en el diseño de cualquier sistema de control y evaluación. Contar no es costificar, sino medir lo que se hace o se quiere hacer. Esto permite construir indicadores que sean relevantes si se relacionan con población u otro denominador que se estime útil o necesario.

b) Calidad: medida que se refiere a las propiedades, características y percepciones sobre los procesos o acciones en los SILOS, que sirven para prevenir, mantener y recuperar la salud de personas, familias, colectivos de trabajo y comunidades, de acuerdo a su situación de ambiente económico, natural y social. El llevar estas calificaciones a formas cuantitativas se denomina "discretizar". Se ha convertido en una característica fundamental de la medicina de la atención médica. Como ejemplo citaremos, entre otras, la discusión de fallos, las auditorías de la calidad del registro clínico, la acreditación de hospitales y otras.

c) Tiempo: medida que constituye una categoría, cuya característica principal es que siempre avanza. Puede ser expresada en cualquiera de las formas calendarias, o en horas, minutos o sus fracciones. Puede relacionarse con las anteriores.

- Representatividad, entendiéndose con ello la capacidad de expresión de la realidad.
- Flexibilidad para adaptarse a circunstancias de tecnologías en continuo cambio.
- Sensibilidad, para reflejar con rapidez los cambios que ocurren en la realidad.
- Sencillez, para facilitar su elaboración e interpretación.
- Precisión, forma de evitar interpretaciones diferentes por observadores diferentes.

Las actividades del control tienen cuatro fases: en la primera fase se determinan las áreas de control y se fijan los propósitos; en la segunda se desarrollan las normas con las que se juzgará la ejecución; en la tercera se realiza la medición y se construyen las técnicas que se necesitan para que ellas tengan sentido; y la fase final del proceso consiste en establecer las reglas que determinarán los tipos de medidas correctivas, así como

res, para elaborar indicadores de proceso. Unidad al estudio de movimientos y a los análisis de flujos de producción de servicios, constituye una herramienta poderosa para la organización científica del trabajo.

d) Costo/gasto: medida que se refiere a la relación entre unidades monetarias y las actividades o impacto en la solución de los problemas de salud. Son muy útiles; pero, deben ser siempre analizadas utilizando el enfoque epidemiológico, pues una actividad puede aparecer con eficiencia económica, mas desde el punto de vista epidemiológico puede conducir a decisiones erróneas. Son imprescindibles para los análisis económicos y financieros y los proyectos de colaboración externa.

e) Necesidad y demanda: la primera se refiere a la percepción de problemas de salud por la población, los funcionarios, el personal científico-técnico o las fuerzas políticas existentes. La segunda es una parte de la necesidad, pues mientras más crece el prestigio y la credibilidad en los servicios de salud, estas categorías tienen una clara tendencia a converger.

Debemos destacar que cada actividad que se produzca en el sistema local de salud no tiene que evaluarse necesariamente en cada una de las categorías anteriormente explicadas, pero deben estar presentes alguna de ellas. El uso de estas categorías permitirá el uso de indicadores que deben satisfacer las siguientes características (17):

establecer las medidas de rutina para las desviaciones menores. Cuando el control entra en su fase correctiva se convierte en el paso inicial de una secuencia control-planeación-organización. En los sistemas abiertos, como son los sistemas locales de salud, el juicio se convierte en una variable crítica que determina no solamente qué es lo que se debe de hacer, sino cuándo se debe hacer. Esto lo determinan los integrantes del equipo de dirección y gerencia, incluyendo la participación social. Los juicios para corregir las normas o los resultados serán elaborados de forma heurística, en base a criterios individuales y por los participantes en el proceso de control y evaluación (18).

TIPOS DE CONTROL (19)

Existen diversas opiniones sobre cómo denominar los controles que se realizan; muchos autores han expresado esto de distinta forma y a la misma palabra le han dado distintos significados, trataremos aquí de ofrecer una clasificación; expresaremos, además, en forma breve, algunas ventajas y desventajas en su uso.

Observación: esta forma consiste en detectar problemas existentes en los sistemas locales de salud, a través de otras actividades de la administración o de la vida cotidiana, las cuales pueden ser fortuitas o planificadas. Esta forma de control está unida a las visitas periódicas efectuadas a las unidades y servicios que por diferentes razones el equipo de dirección debe realizar. En el momento de la visita, por simple observación se pueden detectar errores, o trabajos en los que se desarrolla alta excelencia técnica. Como este tipo de control se realiza con actividades dirigidas a otros fines, y como el tiempo que se dispone para su análisis es corto; podrá conducir a formas rutinarias de control y dirección. Para que no ocurran estas superficialidades se debe acompañar este tipo de control con investigaciones realizadas. Debemos insistir que en este tipo de control no se deben tomar decisiones precipitadas, pues, generalmente, lo que se ve es la parte superficial del problema y no la esencia de lo que está sucediendo.

Inspección: es la comprobación del cumplimiento de normas, reglamentos, circulares, disciplinaria laboral y otros; puede ser avisada o sorpresiva. Su abuso puede promover efectos "boomerang" en los subordinados, por desarrollarse sensaciones de persecución, represión, temor, desconfianza y, en consecuencia, una disminución de la eficiencia, así como datos falsos por temor a reconocer el error. Esta forma de control, al estar relacionada a reglamentos o leyes, puede conducir a sanciones a los infractores por el carácter legal de los documentos.

Auditoría: se refiere al control que se realiza teniendo como base los documentos administrativos o científico-técnicos (auditorías de alcancen, cajas chicas, historias o registros clínicos); pueden ser sancionables. El exceso de utilización de esta forma tiene los mismos defectos de la descrita anteriormente, su falta produce descontrol administrativo y científico. Se utiliza para la medición de la calidad de la atención médica en los comités de evaluación de historias o registros clínicos, discusión de fallecidos, evaluación de protocolos de investigación y otros.

Supervisión: sinónimo de enseñar, educar, brindar la experiencia (asesoría) del personal más capacitado a todos los niveles de los servicios locales de salud; jamás debe ser sorpresiva y debe ser realizada en equipo. Es importante que todo grupo de supervisores sepa que no solamente ellos enseñan y evalúan a los supervisados, sino que estos, a su vez, también lo hacen. Si la supervisión no es efectiva, el equipo de dirección y gerencia pierde credibilidad y respeto. Es la forma más costosa de control por la cantidad de personal calificado que involucra. Su abuso hace perder la eficacia por rutinización, porque sustituye el trabajo del equipo de dirección de los supervisados y encarece los costos de operación de los servicios en los SILOS.

Evaluación: significa medir sistemáticamente tanto cantidad como calidad en el cumplimiento de los objetivos e impacto del plan en los sistemas locales de salud. También se evalúan la eficiencia, eficacia y equidad. El exceso de evaluación nos lleva a formas burocráticas de control por el aumento de formularios. Sin embargo, el realízarla es fundamental para alcanzar credibilidad por los distintos grupos sociales que se encuentran en los SILOS y nos permite saber por dónde andamos y qué resultado hemos alcanzado. Debemos destacar que si no se acompaña de las otras formas del control, se convierte en un ejercicio vacío lejos de la realidad.

Control continuo (Monitoreo): es el tipo de

control que se realiza sobre actividades de suma importancia, de corto plazo y de poca predictibilidad en sus resultados, lo que produce la necesidad de observación continua, para la rápida toma de decisiones. El exceso de este tipo de control o el alargamiento en el tiempo de su realización, conduce a la rutinización de las tareas, haciendo que se pierda atención del personal sobre problemas importantes. Esta actividad es indispensable ante procesos de nueva implantación que necesitan de adiestramiento continuo. Debemos recalcar que este tipo de control conlleva toma de decisiones rápidas y precisas.

Verificación: visita que se realiza para comprobar el cumplimiento de orientaciones o recomendaciones en cualquiera de las formas anteriores de control.

Control por excepción: por su importancia esta forma de control constituye en sí uno de los principios ya explicados anteriormente.

Control por área específica: se refiere a la especialización del control con objeto de profundizar su análisis; por ejemplo, el control de actividades que se realizan con poblaciones específicas, como la madre y el niño, atención a la tercera edad y otros.

Control de calidad: se refiere a los controles que se realizan para identificar el grado de calidad de las actividades de atención médica, las cuales se pueden medir indirectamente; por ejemplo, el número de infecciones hospitalarias indica el grado de calidad del servicio hospitalario general o por servicios.

Rendición de cuentas*: esta forma de control consiste en la información pública por parte de los servicios de salud y su discusión con la comunidad para la obtención de resultados y la satisfacción de las necesidades. Al recibir información esta es valorada por la población y el equipo de salud, interactuando mutuamente, modificando el proceso de desarrollo de los SILOS, perfeccionando el impacto de los servicios de salud y haciendo válida una de las características de ellos, la participación social (20).

Si nos preguntan ¿cuál de estos tipos de control es el mejor?, tendríamos que responder que ninguno en particular; pero que todos y cada uno de ellos deben ser aplicados de acuerdo con las *relación con el objeto/sujeto de control. Si se*

* En inglés se traduce por "accountability".

● De su finalidad que se identifica en los sistemas locales de salud como los problemas a resolver.

● Del tipo de instituciones o programas que se requiera controlar y evaluar.

● De la capacidad del personal que ejecuta las tareas y de las especialidades de los integrantes de los equipos de control.

● De la fase de la programación que se necesita controlar.

● De la calidad y disponibilidad de la información y de los medios para ser procesada.

● De la capacidad de mantenimiento y conservación del sistema de control diseñado.

La falta de control produce:

● Funcionamiento al azar y con alto grado de incertidumbre.

● Modificación de normas, metodologías, y procesos de forma impulsiva e improvisada.

● Desintegración y parálisis de la organización.

● Sentimiento de frustración, insatisfacción, falta de motivación.

Con ellos aparecen costos erráticos, falta de impacto de los planes y programas en los niveles de salud, gastos injustificados, tareas que no se realizan, objetivos que no se alcanzan, falta de credibilidad e impacto político. Esto en los períodos de bonanza pasa muchas veces inadvertido, pero este derroche de recursos conduce, más temprano que tarde, a la crisis en las organizaciones.

CONCLUSIONES

El pasado está fuera de nuestro control; su conocimiento solo sirve para pronosticar el futuro anticipando acciones oportunas. El control concebido no como un método de construcción, sino de guía racional y facilitación de la acción precisa, estimula a los profesionales, a los técnicos,

- (3) Albers, H. H. *Principios de organización y administración*. Serie teoría de la administración, Editorial Limusa, Wiley S. A., México, 1968.
- (4) Afanasiev, V. G. *Dirección Científica de la Sociedad*. Editorial Progreso, Moscú, 1976.
- (5) Capote Mir, R. *et al. La administración como un sistema cibernético*. Rev. Cub. Adm. Salud 1(3), 4) La Habana, 1975.
- (6) Venev, J. E., *et al. Evaluation and decision for health services programs*. Prentice Hall, pag. 7, New Jersey, USA, 1984.
- (7) Terry, G. *Principios de administración*. Editorial Continental CECOSA, 9ª impresión, México, 1978.
- (8) Porterfield III, John D. *To the defense of the system*. Hospitals, 48:47, March 1, 1974.
- (9) Carnota Laussan, O., *Administración para dirigentes*. Capítulo: Las funciones de la administración. Editorial FAR, La Habana, Cuba, 1977.
- (10) Hutchinson, J. G. *Organizaciones, teoría y conceptos clásicos*. Serie administración básica, págs. 141-143. Compañía Editorial Continental, México, 1971.
- (11) Gales, B. L. *Social program administration: The implementation of social policy*. Serie in social work practice, USA, 1980.
- (12) Venev, J. E., *et al.*, Op. cit., pag. 8.
- (13) Scanlan, B. K. *Administración, curso para nuevos gerentes*. Serie Administración de negocios, págs. 98 y 99, Limusa, México, 1979.
- (14) Vanev, J. E., *et al.* Op. cit., págs. 4 y 5.
- (15) Carnota Laussan, O. Op. cit., capítulo: *Las funciones de la administración*.
- (16) Woolf, E., *et al. Organization and management*. M & E. Professional Studies, pp 99, Macdonald & Even, Great Britain, 1985.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. Informe final de la reunión sobre el tema: *El hospital y la red en los SILOS*, Reunión de descentralización de los servicios de salud, Buenos Aires, Argentina, 1987. Serie HSD No. 21.
- (18) Hutchinson, J. G. Op. cit., pag. 143.
- (19) Capote Mir, R. *Los sistemas de control, concepto y estructuras*, op. cit.
- (20) Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*, Washington, D.C. 1989, pag. 20.
- (1) Capote Mir, R. *Los sistemas de control, conceptos y estructuras*. Rev. Cub. Adm. Salud 3(1) La Habana, 1977.
- (2) Bueno, E. *Los sistemas cibernéticos de control*. Pensamiento Crítico No. 47, Dic. 1970, La Habana, Cuba.

REFERENCIAS

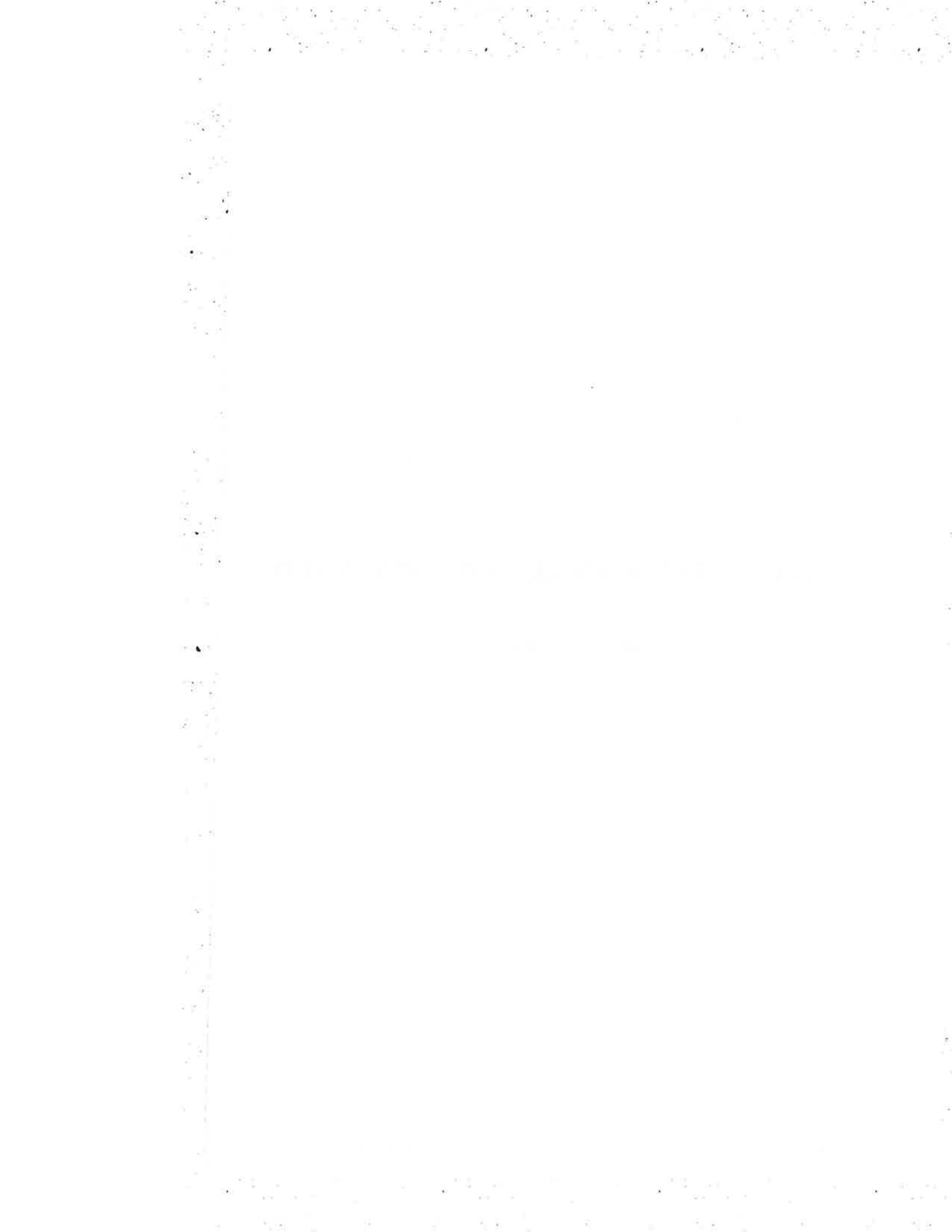
cos, a los trabajadores de los servicios de salud y a la comunidad, a realizar sus tareas dirigidas a resolver los problemas de salud en la forma más correcta y constructiva. Un buen sistema de control debe producir ese estímulo en el lugar en que se va a realizar la acción. El control debe ser sistemático, o sea, a través de mecanismos que lo simplifiquen y lo uniformenten, facilitando la gestión de los procesos de desarrollo de los SILOS. Pero, también, es indispensable para las actividades de control y evaluación que los planes y programas reflejen con objetividad los problemas a resolver, es decir, la realidad, identificando claramente los centros responsables de la ejecución de las tareas, elaborando objetivos claros, precisos, mensurables y alcanzables que permitan un sistema de control eficiente.

Debemos destacar que el control y la evaluación son responsables de todos los dirigentes y funcionarios de una organización, de los usuarios y de sus organizaciones; es una actividad en la que todos tienen tareas precisas que cumplir.

El control y evaluación constituyen parte de los elementos organizativos fundamentales en los sistemas locales de salud. El concepto, los principios, los mecanismos y los tipos de control a ser utilizados, deben contribuir a perfeccionar las bases para la confección de los planes y programas de implantación y desarrollo de los SILOS.

LOS SILOS Y LOS PROGRAMAS DE SALUD

CAPITULO VI



LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LAS ACCIONES INTEGRADAS DE SALUD*

José María Paganini

EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA FORMULACION DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

Los sistemas locales de salud deben ser vistos como una estrategia fundamental para reorganizar y reorientar el sector salud, con el objetivo de lograr la equidad, eficacia y eficiencia en base a la estrategia de atención primaria.

La programación local, con el enfoque de riesgo, es un componente indivisible en este concepto. Significa el ordenamiento y la integración de programas y actividades, tanto para la atención al individuo, a la familia y a la comunidad, como la atención al medio de una manera coherente, armónica y lógica en relación a las verdaderas necesidades de la población.

La definición de sistemas locales de salud y de programación local lleva implícita, por lo tanto, la superación de esfuerzos aislados—ya sean actividades destinadas a poblaciones según grupos de edades, por patologías o por acciones preventivas o curativas—y el desarrollo de actividades en todo el sistema de salud, para organizar sus recursos y acciones en relación a las necesidades de la población y sus riesgos principales. Es un enfoque integrador, tanto conceptual, como operacional.

Esta programación local debe tener, también, la característica de flexibilidad y adecuación permanente, para ser capaz de adaptarse a las necesidades cambiantes epidemiológico-sociales y a los resultados de la evaluación de los servicios en cuanto a equidad, eficacia y eficiencia logradas. En consecuencia, la programación local no puede confundirse con algunas prácticas corrientes en los servicios locales en donde, bajo este nombre, se realizan propuestas de actividades en relación a normas de atención en forma aislada y muchas veces, sin la posibilidad de

integración, ni de su evaluación permanente. La programación local necesita para el desarrollo de los sistemas locales de salud y para la reorganización y reorientación del sector, significativo en cambio profundo conceptual y metodológico en la mayoría de las prácticas corrientes de programación de servicios. Será necesario explorar la contribución de enfoques más globalizadores y con mayor flexibilidad, como es el caso de la planificación estratégica situacional (1), para que, sin perder la necesaria operatividad, se logre una mejora cualitativa del enfoque de programación vigente en los servicios. Se deberá pasar de la denominada "perspectiva normalizadora" a un enfoque "finalista, histórico y estratégico" (2), que tomando la norma de atención como antecedente, la adapte a cada realidad local.

Este es un campo prioritario de la investigación de servicios de salud, sin embargo, los cambios necesarios no pueden esperar. La experiencia acumulada permite definir algunas condiciones o pre-requisitos esenciales para orientar las acciones de reorganización del sector.

El primero de ellos corresponde a una adecuada y clara definición de política sanitaria que establezca no solo la existencia de los sistemas locales de salud, sino que les otorgue la verdadera responsabilidad de ser los ejecutores activos de la política de salud del Estado.

Esta definición de política debe, así, ser comunicada y respetada por todos los niveles de la estructura del sistema. Significa, entre otras, un cambio del papel de los niveles centrales, los que deben apoyar el desarrollo de los sistemas locales de salud, sin crear organizaciones paralelas o "verticales" para cada área de interés. La forma y división del trabajo para producir, investigar y normatizar conocimientos, no debe ser la misma forma o división en que estos conocimientos se entregan a la población. En la producción del conocimiento es aceptable la división por disciplinas o especialidades, no así en la aplicación de esos conocimientos, los que deben agruparse en función de las necesidades de la población, permitiendo, de esta manera, definir acciones inte-

*Parte del artículo fue publicado en, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 510, 1988.

la mayoría de los problemas de salud de la población en función de una red de servicios articulados y estructurados según niveles de complejidad, con el criterio de responsabilidad de toda la red de servicios frente a un grupo poblacional. En relación a los recursos humanos, la capacidad permanente de todos los integrantes del equipo de salud deberá, también, ir acompañada de investigaciones destinadas a desarrollar y evaluar métodos que faciliten el proceso educacional, así como estudiar aspectos específicos en relación a las características y organización del recurso humano, con referencia a la descentralización de la decisión y al grado de compromiso con las propuestas de transformación (6).

Quedan, seguramente, muchas áreas de interés para investigar, con el objeto de promover el adecuado desarrollo de este enfoque. Antes de detallar cada una de ellas, interesa destacar la necesidad de incorporar de manera sistemática, la investigación de servicios de salud como un componente indispensable en todo proceso orientado a la reorganización y reorientación del sector salud, en donde se evalúe, en cada caso, la relación entre la reorganización propuesta y la equidad, eficacia y eficiencia alcanzadas.

Pero la investigación no debe postergar ni limitar la acción. Por el contrario, debe constituirse en una motivación y apoyo a las decisiones que no puedan postergarse para solucionar problemas que no deben persistir. Este es nuestro desafío. La acción y la reflexión, conjuntas, para avanzar hacia la meta de salud para todos en el año 2000.

REFERENCIAS

(1) Matus, C. *Planificación de situaciones*. México, Fondo de Cultura Económica, 1980.

(2) Barrenechea, J.L. y Trujillo Urbe, E. *SPT/2000 - Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas locales de salud*. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1987.

(3) *Ibid.*

(4) Organización Panamericana de la Salud. *Marco de referencia para el desarrollo de un programa de apoyo a la investigación de servicios de salud*. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Washington, D.C., 6-17 abril 1987.

(5) Capote Mir, R. *El proceso de organización y la regionalización de los servicios*. Documento presentado a la reunión sobre descentralización de los servicios de salud, OPS/OMS, Buenos Aires, 18-22, mayo 1987.

(6) *Ibid.*

La toma de decisiones en este sentido. En relación al tema anterior y a los conceptos de descentralización y centralización, deberá también investigarse sobre el apropiado balance entre las definiciones de estrategia central para los servicios de salud y la capacidad y posibilidad de adaptación de estas estrategias a nivel local, para resolver problemas específicos. Este balance y coordinación de estrategias entre el ámbito central y el local debe, también, desarrollarse dentro de los propios sistemas locales de salud. Surge entonces otra importante área de investigación en relación a la búsqueda de una unidad de acción de los recursos. ¿Cómo lograr que la actividad de atención de la salud se realice de forma que evite la separación por disciplinas y especialidades? ¿Cómo lograr que la cantidad, tipo y distribución de los recursos existentes, se adapten en forma simultánea y coherente a resolver los problemas prioritarios de la población?

Esta área de investigación se relaciona, también con el tema de la cobertura de los servicios. ¿De qué manera se pueden superar los conceptos actuales de cobertura orientados más a medir las actividades de los servicios que a un concepto de cobertura real, en donde cada persona, familia o grupo poblacional tenga seguridad de la asignación de recursos humanos y tecnológicos para el cuidado integral de su salud y pueda recibir y utilizar los mismos, de manera acorde con sus necesidades de promoción, prevención, curación y rehabilitación? Este nuevo enfoque de la cobertura de servicios, con base poblacional y en relación a acciones integradas de salud y a las necesidades de la población, se relaciona con los temas de la equidad y el establecimiento de prioridades. Deberán investigarse, así, la aplicación de estos conceptos de cobertura con los de equidad y el establecimiento de prioridades. Además de estas áreas de investigación de servicios de salud con base poblacional epidemiológica, existen también otras áreas específicas que se relacionan con los procesos de gestión de los sistemas de salud. Las diversas composiciones tecnológicas y los modelos de atención que se estructuran deberán ser evaluados en sus relaciones con la eficacia y eficiencia lograda, y en la capacidad de resolver

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

Marcos Cusuminsky

LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL

Sin temor a equívocos se puede sostener que la atención de la salud materno-infantil comprende, hoy en día, una filosofía de acción que esta determinada no solamente por el alto porcentaje que demanda la atención ambulatoria (35-40% de la consulta), sino también por los contenidos específicos que esta actividad involucra. Los procesos de reproducción humana, crecimiento y desarrollo, constituyen las constantes biológicas en torno a las cuales se estructuran estas actividades. Ambos son esencialmente dinámicos y se dan en un contexto histórico y sociopolítico delimitado, constituyendo un continuo vital donde se define el futuro de las generaciones.

En la atención de la madre y el niño se han producido en la última década avances tecnológicos y se han producido metodologías de trabajo que han modificado en forma muy importante las estructuras de la mortalidad y morbilidad de ambos componentes del binomio.

El enfoque de riesgo

La incorporación de la estrategia de enfoque de riesgo significa un aporte importante para la atención de grupos específicos (1). La situación de vulnerabilidad por la que puede atravesar un individuo o una comunidad, resultante de un número de características que interactúan (biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales o económicas), les confieren un riesgo particular para estar enfermos o sufrir una enfermedad en el futuro. La posibilidad de medir este riesgo con cierta precisión es relativamente reciente, y el conocimiento generado por el uso de este instrumento posibilita una mayor eficiencia en la programación de los sistemas locales de salud (2). Las experiencias, sobre la base de esta metodología, se han multiplicado en los últimos años, preferentemente en el campo obstétrico y neonatal.

El incremento de la masa corporal (crecimiento) y la maduración, diferenciación e integración de funciones (desarrollo), constituyen las características esenciales del ser humano, desde la concepción hasta la madurez. Este concepto implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva y es característica diferencial en la asistencia del niño.

Como sostiene Erikson, "crecimiento y desarrollo son procesos dramáticos en las dos primeras décadas de la vida, pero las próximas cinco o seis décadas son tan completas e importantes que requieren ser atendidas adecuadamente" (6). Esta concepción de la salud del individuo está ganando terreno paulatinamente, y en algunos grupos de trabajo ya se habla de medicina del desarrollo.

La evaluación periódica del crecimiento ofrece la posibilidad de observar cómo, ante una variación positiva de las condiciones de salud y nutrición, mejoran los parámetros de crecimiento físico de los niños. Esto ha sugerido a algunos

La evaluación del crecimiento y desarrollo del grupo familiar. Las acciones de promoción del crecimiento, muy unidas a las de salud de la familia, pueden introducirse en diversos niveles del sistema y es pertinente para toda la gama de individuos e instituciones que trabajan en la promoción del mismo.

Durante los primeros años, el niño se constituye en el objeto que, a través de actividades preventivas y sociales, promueve la introducción de nociones de salud en la familia. La ejecución de programas de planificación familiar también posibilita tranquilizar la entrada en los hogares.

En la edad escolar, el niño se transforma en sujeto activo dentro de la familia, en favor de la salud de su grupo. La utilización de este promisorio recurso debe ser estimulada a través de los organismos docentes.

En la adolescencia, tanto la enseñanza media como los clubes y las organizaciones barriales deben asumir el liderazgo y la organización de los jóvenes.

La aceptación del concepto general de que el crecimiento es importante, positiva que una gama más amplia de mensajes y de medidas sea destinada a las madres e introducida al ambiente familiar. Ello proporciona, también, un clima favorable para movilizar la acción de la comunidad en lo que respecta a la mejora del medio ambiente, vivienda, educación, ingreso, producción de alimentos, cría de animales o celebración de otras actividades comunitarias posibles. El crecimiento se convierte, así, en la fuerza motora de la acción de las familias y la comunidad.

La naturaleza objetiva de los resultados de la vigilancia del crecimiento ofrece un estímulo muy concreto a los dirigentes de la comunidad, para el reconocimiento de los problemas que afectan a los miembros más jóvenes y más vulnerables de la comunidad.

La evaluación del crecimiento y desarrollo

Es necesario insistir en la finalidad operacional que tiene el control del crecimiento, que en ningún caso debe limitarse a la recolección de datos exclusivamente; así como, destacar la importancia de la evaluación del desarrollo del niño en todo el contacto con el sistema de salud. Se debe contar con normas para actuar frente a las diferentes alteraciones de la normalidad y en todos los niveles de la atención.

autores proponer este concepto como el indicador más cercano a la evaluación real de la salud del niño, propugnando la difusión del uso de técnicas sencillas para su control (7).

El concepto integral de salud, el desarrollo psicosocial del niño constituye un componente fundamental de tanta trascendencia como el crecimiento físico. La evaluación del desarrollo resulta más compleja que el crecimiento físico, debido a sus múltiples dimensiones cambiantes a través del tiempo, el impacto que sobre el mismo tienen los factores socioculturales y, por otra parte, las imperfecciones de las técnicas de medición disponibles en la actualidad. Ello limita el poder predictivo del desarrollo posterior del niño. Sin embargo, ciertas mediciones del desarrollo psicomotor permiten identificar niños de alto riesgo o con francas deficiencias de tipo biológico (8).

Además, es reconocida a nivel de la atención primaria, la limitación de personal especialmente entrenado para su evaluación.

Familia, comunidad y desarrollo del niño

La familia constituye la trama básica del proceso de crecimiento y desarrollo del niño. A ella se le han atribuido tres funciones de capital importante:

- La reproductiva.
- La crianza y la educación de los niños, principalmente en los primeros años de la vida.
- La satisfacción de las necesidades de los adultos, tanto las de orden físico (vivienda, vestido, alimentación), como las de orden psicológico.

Es en el grupo familiar donde transcurre el proceso de humanización del niño, adquisición de conciencia de "sí mismo y del otro" y que corresponde a profundas causas culturales (9). Para el desarrollo armónico del niño es fundamental importar el estímulo afectivo en los primeros años. Es en la relación entre la madre y el niño, en auténtico diálogo, donde ambos se integran en un estrecho binomio pleno de goce y felicidad. Los efectos negativos de la carencia afectiva han sido ampliamente descritos y han originado programas de estimulación temprana. A medida que el niño crece, su ámbito vital se ensancha y entran en juego otras influencias, sobre todo las del medio escolar, que contribuyen a acentuar su proceso de socialización y modelación de la personalidad. Luego el adoles-

La implementación de políticas de supervisión del crecimiento y desarrollo del niño ha demandado muchos esfuerzos y si bien algunos países han estructurado programas al respecto, la introducción del tema en los servicios de salud es un proceso lento y dificultoso que, iniciado en los países de América Latina durante la década de 1960, aún continúa.

Un breve recordatorio nos permite puntualizar los siguientes hechos:

1. La evaluación del crecimiento y desarrollo fetal es una prioridad debido a la magnitud que representa la población de niños con alteraciones del crecimiento prenatal, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo. Los métodos de rutina utilizados en APS son la altura uterina y la ganancia de peso, según edad gestacional (8). Los métodos complementarios requieren mayor complejidad de los servicios de salud. La distribución del peso al nacer de los nacidos vivos en una región, guarda una relación muy definida con la supervivencia y la calidad de vida (10).
2. El empleo de técnicas apropiadas y el material para el registro antropométrico del crecimiento postnatal, han sido ampliamente difundidos (11, 12). El registro del peso constituye el indicador más apropiado a nivel de APS para investigar desviaciones del crecimiento y a la vez, posibilita el diagnóstico del estado nutricional. El registro de la talla es técnicamente más difícil de llevar a cabo en los niveles primarios por la falta de instrumental. Este parámetro está alterado por las afecciones graves que se prolongan en el tiempo. La relación peso/talla, recomendada por algunos autores, sirve casi exclusivamente para diferenciar dos tipos de desnutrición: la emaciación (bajo peso por la talla) y el acortamiento (peso normal para la talla). Esta medida puede ser útil en programas de intervención en que es importante seleccionar, dentro de una población con alta prevalencia de desnutrición, aquellos individuos con mayor riesgo (13).
3. La toma de una sola medición en un momento determinado señala el tamaño alcanzado que no necesitan saber leer y escribir (12).
4. El perímetro máximo del brazo es considerado una alternativa viable para la evaluación del estado nutricional de niños en su domicilio. La cinta de tres colores o el brazalete de metal o madera de 4 cm de diámetro (13 cm de circunferencia), establece los límites de desnutrición para niños de 1 a 5 años. Su uso puede ser llevado a cabo por personas que no necesitan saber leer y escribir (12).
5. Muchos países de la Región han diseñado un carnet de salud infantil, elemento que es utilizado por la madre para la vigilancia del estado de salud del niño de 0-6 años. Además de la gráfica, que permite observar las características del crecimiento del niño y evaluar el estado nutricional, se han incorporado a la cartilla datos mínimos sobre identificación, información sobre la estructura familiar, espaciamiento de los embarazos, peso al nacer del niño bajo control, el calendario de inmunizaciones y un esquema de evaluación del desarrollo. Por su carácter esencialmente visual, las cartillas de salud son un medio útil para la formación del personal en todas las categorías y ofrecen a los agentes de APS un valioso instrumento para educar e interesar a las madres y demás miembros de la familia, ilustrando los efectos de eventos negativos (infecciones, aporte alimentario insuficiente, ausencia materna, etc.) en el crecimiento y desarrollo del niño.
6. La teoría del desarrollo psicosocial ha difundido y estandarizado procedimientos para evaluar al lactante. Su aplicación ha revelado diferencias de rendimiento no solo entre indivi-

(concepto estático de crecimiento), en tanto que la velocidad de crecimiento (concepto dinámico de crecimiento) requiere como mínimo el registro de dos mediciones con un intervalo de tiempo determinado.

4. Las gráficas de crecimiento constituyen un sistema de tamizaje (screening) para detectar niños normales de aquellos que están en condiciones de riesgo o en situación patológica. La definición de los puntos de corte (cut off), que permiten establecer límites de normalidad para la toma de decisiones, sigue siendo motivo de controversia política y depende de los recursos existentes para atender la patología detectada.

A partir de 1972, la Organización Mundial de la Salud (OMS) confeccionó una ficha de crecimiento para uso en el cuidado de la salud materno-infantil (14). Esta herramienta satisfacciona las condiciones básicas para el control del crecimiento. Consta de una ficha que se conserva en la casa (ficha del hogar), así como una ficha más completa de peso y talla para cada sexo, usada en el servicio de salud. Ambos elementos constituyen un aporte valioso para el proceso del control de crecimiento, así como un elemento educativo elaborado sus propias gráficas, a partir de los datos antropométricos recogidos en su población y han normalizado las actividades (15, 16).

duos, sino también entre grupos, lo que origina el diseño de programas de estimulación temprana (17). Las investigaciones en curso, en esta área, enfatizan la importancia de las características socioculturales de las comunidades en el desarrollo del niño (18). Por otra parte, se ha precisado que la desnutrición proteico-calórica durante la infancia y el período preescolar es, junto a las situaciones de extrema pobreza, condición de riesgo para el desarrollo cognoscitivo y la escolaridad del niño. En esta área aun queda un largo camino por recorrer (19).

7. Se han llevado a cabo numerosas reuniones y algunos países han definido programas de supervisión del proceso de crecimiento y desarrollo, elaborando guías para la evaluación del proceso en menores de seis años (16). Los organismos internacionales (OMS, OPS, UNICEF), así como las instituciones científicas relacionadas con la pediátrica de la salud y el niño, han elaborado gran cantidad de material didáctico sobre crecimiento y desarrollo, especialmente para los primeros niveles de atención (20, 21, 22). Sin lugar a dudas, se ha constituido un importante cuerpo de doctrina sobre el tema. Sin embargo, como se ha hecho notar reiteradamente, la cobertura no ha producido el impacto esperado y la implementación de acciones programadas dista de ser satisfactoria.

La evaluación del estado nutricional y el control del crecimiento

El control del crecimiento y la evaluación del estado nutricional tienen distintas finalidades. En tanto que en el primero la actividad esta centrada en el mantenimiento del crecimiento normal y orientada hacia la motivación de la madre y su educación, la estrategia de la vigilancia nutricional esta dirigida hacia la detección de la desnutrición, su diagnóstico y la elaboración de intervenciones. La utilización de herramientas comunes a nivel de terreno, específicamente las técnicas antropométricas, hacen que muchas veces no se visualicen estas diferencias. Por otro lado, el retardo de crecimiento de causa nutricional, problema prioritario en los países en desarrollo, ha originado programas de asistencia alimentaria que requieren la identificación de las poblaciones, tanto desde el punto de vista social (presencia de atributos negativos en la familia, el trabajo del jefe de familia, el nivel de instrucción, las malas condiciones de la

Fallas y críticas en la implementación de los programas de crecimiento y desarrollo

A medida que se han implementado los programas de crecimiento y desarrollo para niños menores de seis años, se han registrado fallas que comprometen sus posibilidades de éxito. Desde el punto de vista operacional, se ha señalado (25) reiteradamente: la baja cobertura alcanzada; la escasa disponibilidad de recursos e inadecuada utilización de los mismos; el uso de diferentes instrumentos y patrones de referencia; la diversidad y multiplicidad de formularios de recolección de la información. Se ha insistido, también, en la poca motiva-

ción que el sector salud (24). La supervisión del estado nutricional, a través del registro antropométrico de la talla del niño de primer grado, permite incorporar la estructura del sistema educacional en la problemática del crecimiento y nutrición del niño y su ambiente. Este valioso aporte debe ser incorporado en la red de servicios de los sistemas locales de salud.

En aquellos niños que presentan un déficit de peso, se ha sugerido (13) la utilización de algo- ritmos que permiten visualizar las acciones a cumplir por parte del personal de salud orientado al niño menor de acuerdo con sus necesidades. En la edad escolar, se ha sostenido (24) que el control de la talla en los alumnos de primer grado es el mejor resumen de los eventos sociales, económicos y biológicos que afectan su estado nutricional desde la concepción, y refleja las condiciones nutricionales de la comunidad de donde proviene. Se ha observado una fuerte correlación entre la prevalencia del retardo de talla en estos niños y otros indicadores del estado nutricional de la población. Los programas de Costa Rica y Panamá mostraron que la talla de los niños desagrregados en las unidades políticas más pequeñas, permitían diferenciar aquellas áreas donde la prevalencia de la desnutrición era mayor y asignar recursos a las familias y las comunidades en riesgo. Se ha diseñado un instrumento práctico de cartón para el registro de la talla, que junto con el instructivo correspondiente se envía con facilidad a las regiones alejadas a través del sistema educacional, el cual tiene una cobertura mayor que el sector salud (24).

ción del equipo de salud para desarrollar el programa de crecimiento y desarrollo; la ausencia de articulación docente-asistencial y la falta de adecuación en la formación de recursos humanos en el pre y postgrado.

Entre las dificultades de tipo conceptual, se señala un marcado énfasis otorgado a la atención del estado nutricional, confiriéndoles un enfoque prioritario a las acciones curativas en lugar de la promoción de la salud. Por otra parte, la entrega de alimentos, que casi siempre está incorporada a los programas, se convierte muchas veces en la actividad central y única razón por la que las madres asisten al centro, sacrificando, así, una rica oportunidad de encuentro y diálogo (26).

El intercambio de información es un elemento crítico en la supervisión del crecimiento, que permite a la madre reconocer la acción afectiva y los resultados favorables del cuidado de su hijo. Esta actividad requiere un asesoramiento individual e interacción personal del trabajador de salud con las madres, que no muchas veces se logra. La estrategia de la comunicación es escuchar a las madres, quienes señalan las necesidades de sus niños y las actividades apropiadas que pueden efectuarse en una comunidad.

EL PROCESO DE PROGRAMACION LOCAL Y EL ENFOQUE CONCEPTUAL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A través de la programación de los sistemas locales de salud, se propone la división del trabajo con un criterio geográfico-poblacional. Los proyectos relacionados con la atención del niño deben diseñarse en esta estructura, ya no en forma de paquetes normatizados, sino teniendo en cuenta el sentido de complementariedad y atendiendo a sus problemas epidemiológicos y sociales (28).

En este contexto, la supervisión del crecimiento y desarrollo se constituye en el paradigma de la atención infantil, el cual se caracteriza por:

- Un alto contenido preventivo cuyos resultados son rápidamente observables. Ello permite el empleo de una tecnología adecuada de bajo costo para el control de salud.
- Un costo-beneficio con alto rédito, difícil de observar en acciones que se llevan a cabo en otros períodos de la vida.
- Un fuerte contenido docente que se transmite, tanto a través de los sistemas formales, como mediante los sistemas informales.

Por otra parte, el proceso de crecimiento y desarrollo tiene singularidades que lo identifican rápidamente:

- Se trata de un proceso unívoco que se desarrolla en distintos escenarios y que, al igual que una estructura helicoidal, paulatinamente se aleja de su eje central guardando siempre una referencia espacial con el mismo.
- El antro materno, la familia, la escuela, la gestar social?
- ¿Cuál es el costo de estas intervenciones?
- ¿En qué medida pueden reducir estos riesgos las intervenciones en salud, educación y bienestar social?
- ¿Cuales son los riesgos asociados con un crecimiento oscilante o pérdida de peso?

Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

1. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

2. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

3. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

4. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

5. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

6. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

7. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

8. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

9. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

10. Si la amplia promoción del monitoreo del crecimiento es considerada como un medio para mejorar la salud de los niños en las comunidades, se debe responder a tres preguntas (27):

Los servicios capaces de responder a las demandas así originadas son, en general, de competencia del hospital o servicios aledaños, muchos de ellos interdisciplinarios, de los cuales se espera una alta capacitación y una clara comprensión de su rol en esta estructura.

Podría resultar ventajoso redefinir al hospital como una institución orientada hacia la salud de la comunidad, lo cual significa que no está solamente dirigido hacia la enfermedad, sino que tiene responsabilidades en los campos de la medicina preventiva y el fomento de la salud, pudiendo utilizarse como base para el adiestramiento continuo, tanto a nivel profesional como de personal de la comunidad.

Incorporar el control del crecimiento y desarrollo en los programas de los sistemas locales de salud adquiere la fuerza de una herramienta conceptual de alto voltaje, por su poder de integración de profesionales, de servicios, de instituciones; así como, por la capacidad de transformación que esta idea genera.

Esta actividad ya no es privativa de los primeros años de vida; progresivamente se han incorporado los escolares y existe una necesidad de conocer cómo crecen los adolescentes y cuáles son sus problemas de desarrollo.

Cuando se analizan los programas de los grupos adultos y de la atención de la tercera edad, se observa que ellos apuntan a lograr su pleno desarrollo e integración con su medio social.

La concepción por la cual el desarrollo del individuo no se detiene, va ganando espacio entre los trabajadores de la salud y especialmente entre los neuropsicólogos. Esta idea totalizadora se está incorporando a la problemática del quehacer de los grupos profesionales y de los organismos de salud, y debe integrarse en la programación de los sistemas locales de salud. En última instancia, la supervisión del crecimiento y desarrollo apunta a la calidad de vida.

REFERENCIAS

(1) Backett, M.E., Davies, MA, y Petros-Barvazian, A. *El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria*. Cuad. Salud. Públ. (76): 1-150, 1985.

(2) Organización Panamericana de la Salud. *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil*. Washington D.C. (Serie Palex 7) 1986.

(3) Organización Panamericana de la Salud. *El enfoque de riesgo en la programación de los sistemas locales de salud: Taller Regional celebrado en La Habana, junio 6-10, 1988*. Washington, D.C 1988 (Publicación mimeografiada).

calle y los sitios de trabajo constituyen los ambientes o los telones de fondo, donde crece y se desarrolla el individuo.

● La supervisión de este proceso tiene también objetivos comunes que se repiten en cada período: asegurar un crecimiento y desarrollo normal, que le permita afrontar las exigencias de la etapa próxima a cumplir.

La programación local debe tener en cuenta:

- La población a cubrir de acuerdo a los grupos etarios: ¿cuántos son?
- Las estructuras formales e informales donde se concentran estos grupos: ¿dónde están?
- La definición de los grupos prioritarios de acuerdo con factores de riesgo: ¿quiénes necesitan más atención?

Es preciso reconocer a los organismos privados y estatales, así como a los organismos de la comunidad que participan en actividades específicas en las que se encuentran involucrados la madre y el niño (clubes de madres, escuelas, asociaciones de padres, clubes deportivos, instituciones religiosas, etc.).

Se pretende establecer un sistema continente para cada momento, tanto de salud, como de enfermedad del niño (28). Ello requiere una clara definición de los niveles de resolución de los problemas, con normas de derivación, sistemas de información y de registro de referencia y contrarreferencia, así como, sistemas de comunicación suficientemente ágiles y con capacidad de respuesta a las necesidades del individuo.

En este esquema, la reestructuración del primer nivel, con capacidad resolutive de acuerdo al mismo, tiene una importancia capital. La estructura de una red de servicio con niveles de complejidad creciente, con distintas puertas de entrada, donde se puedan efectuar acciones preventivo-curativas, tiene un significado trascendente en la atención del niño. Así, en el grupo de edad escolar, la complementación de acciones de salud (promoción de la salud y detección y tratamiento de la patología prevalente) y de educación (a través de los gabinetes psicopedagógicos, escuelas para ambliopes, sordos y paralíticos cerebrales, etc.) apuntan a un mismo objetivo: lograr el desarrollo óptimo del niño, tanto del normal como del incapacitado. Las comunidades han demostrado ser altamente receptivas y participantes activas en esta problemática.

- (4) Matoes, R., Alonso, M.C., Zuluaga, A. y Fabeiro, P. *Metodología para la detección precoz del abandono infantil basado en el enfoque de riesgo*. En: *Relatos de sesiones y trabajos libres del 28º Congreso Argentino de Pediatría, celebrado en Buenos Aires, noviembre 7-11, 1988*. Buenos Aires: SAP, 119, 1988.
- (5) Mardones Restat, F. y Jones, G. *Prediction of poor infant growth*. PAHO Bull 21(4): 341-57, 1987.
- (6) Eriksson, E.H. *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós, 1985.
- (7) Jordan J.R. *Crecimiento del niño como indicador de salud*. En: Organización Panamericana de la Salud. *Salud materno-infantil y atención primaria en las Américas*. OPS, Washington, D.C. (Publicación Científica 461) 71-82, 1984.
- (8) Cusminsky, M., Lejarraga, H., Mercer, R., Martell, M. y Pescina, R. *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Washington D.C. OPS (Serie Palex 8). 1986.
- (9) Pérez, A. *La familia y el desarrollo del niño*. En: Organización Panamericana de la Salud. *Crecimiento y desarrollo: hechos y tendencias*. OPS, Washington D.C. (Publicación Científica 510) 37-52, 1988.
- (10) Puller, R.R. y Serrano, C.U. *Características del peso al nacer*. OPS, Washington D.C. (Publicación Científica 504) 1987.
- (11) Cusminsky, M., Iartre, H. y Mercer, R. *Crecimiento y desarrollo físico desde la concepción a la adolescencia*. Buenos Aires: Eudeba, 1985.
- (12) World Federation of Public Health Associations. *Growth monitoring information for action-issue paper*. Washington, D.C., 1985.
- (13) Lejarraga, H. *La supervisión del crecimiento*. En: Organización Panamericana de la Salud. *Crecimiento y desarrollo: hechos y tendencias*. OPS, Washington D.C. (Publicación Científica 510) 507-29, 1988.
- (14) Organización Panamericana de la Salud. *Ficha de acción científica* 510) 507-29, 1988.
- (15) Sociedad Argentina de Pediatría. *Crecimiento y desarrollo: guía para el personal de atención primaria de maternidad e infancia*. OPS, Washington D.C. (Publicación Científica 40) 1981.
- (16) Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social. *Directión Nacional de Maternidad e Infancia. Guías para la evaluación del crecimiento y nutrición del niño de 6 años en atención primaria: propuesta normativa*. Buenos Aires, 1988.
- (17) Lira, M.J. y Galvez, C. *El programa de estimulación precoz: diez años después de una experiencia piloto*. En: Organización Panamericana de la Salud. *Crecimiento y desarrollo: hechos y tendencias*. OPS, Washington, D.C. (Publicación Científica 510) 383-404, 1988.
- (18) World Health Organization. *Report of a WHO International Workshop of Investigators on. Indicators of physical growth and psychosocial development in primary health care*. Geneva: (WHO/MCH/86.2) 1985.
- (19) Pollit, E. *Desnutrición y rendimiento escolar*. En: Organización Panamericana de la Salud. *Crecimiento y desarrollo: hechos y tendencias*. Washington D.C.: 324-48 (Publicación Científica 510) 1988.
- (20) Organización Panamericana de la Salud. *Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño: Curso integrado de salud materno-infantil*. Washington D.C., (Cuaderno técnico 18). 1988.
- (21) Akin, L., Superville, T., Sawyer, R. y Canton, P. *Paso a paso: cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños*. México D.F.: Pax-México, UNICEF, 1987.
- (22) Fundación Ford. *Organización Panamericana de la Salud. Guía para la educación y participación comunitaria en el control del crecimiento y desarrollo del niño*. Washington D.C., 1988.
- (23) Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social. *Directión Nacional de Maternidad e Infancia. Complementación alimentaria del Programa Nacional de Maternidad e Infancia con énfasis en la rehabilitación nutricional en atención primaria*. Buenos Aires, Argentina. 1985.
- (24) Valverde, V., Delgado, H., Flores, H., Sibrían, R. y Palmieri, M. *The school as a data for food and nutrition surveillance systems in Central America and Panama*. Food. Nutr. Bull. 19 : 7(4):32-7.
- (25) Organización Panamericana de la Salud. *Taller de capacitación de aspectos gerenciales y técnicos de crecimiento: informe final*. Convenio OPS/OMS, Caracas: Fundación Unicef. UNICEF. (Publicación mimeografiada) 1987.
- (26) Hendrata, L. y Rohde, J.E. *Ten pitfalls of growth monitoring and promotion*. Indian J. Pediatr. 55 (Suppl 1): 9-16, 1988.
- (27) Nabarro, D. y Chinnock, P. *Growth monitoring: inappropriate promotion of an appropriate technology*. Soc. Md. 26(9):941-8, 1988.
- (28) Capote Mit, R. *El proceso de organización y la regionalización de servicios*. OPS, Washington D.C. (Serie desarrollo de salud 14) 1987.

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS EN EL NIÑO

Melba Franky de Borrero y Juan José Urrutia

INTRODUCCION

En los sistemas locales de salud las actividades materno infantiles son innumerables, debido a que la población materna y la menor de 15 años es mayoritaria en la generalidad de los países de la Región.

Es indispensable, por tanto, comprender que dentro de los sistemas locales de salud las actividades a realizar sobre los daños que afectan a madres y niños, o para proteger a grupos de edad determinados, son fundamentales en la programación de los SILOS.

Dentro de los daños fundamentales a la población infantil de la Región están las enfermedades diarreicas; consecuentemente, las actividades de lucha y control hacia este daño son básicas para lograr el impacto esperado y con ello la credibilidad de la población en sus servicios de salud. Pero, se entiende que esta actividad es integral al resto de la programación, no es puntual o sin coordinación, donde no solamente están las actividades contra las enfermedades diarreicas, sino esta todo el conjunto de necesidades de salud de los sistemas locales de salud.

ADAPTACION DE LAS INTERVENCIONES DEL CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS (CED) EN LOS SILOS

Al aplicar las políticas de descentralización de los servicios de salud e identificar las prioridades de intervención, podrán implantarse las estrategias de intervención de lucha y control contra las enfermedades diarreicas (CED) en los SILOS. Para ello será necesario:

- Aumentar el acceso de la población a las sales de rehidratación oral (SRO) y aumentar el número de proveedores de SRO.
- Organizar unidades de rehidratación oral en los establecimientos de salud y en la comunidad.
- Capacitar adecuadamente al personal de sa-

lud formal e informal en las estrategias de CED. ● Enseñar a la población las medidas de prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas (ED).

Por otro lado, es necesario incluir la enseñanza y los avances científicos sobre CED en los planes de estudio de las escuelas de medicina, enfermería, nutrición, farmacia y otras afines, e involucrar al sector privado, a los institutos de seguridad y a las organizaciones no gubernamentales (ONG), para avanzar rápidamente en la reducción de las tasas de morbi-mortalidad por enfermedades diarreicas y en el logro de la meta de salud para todos.

El programa de control de enfermedades diarreicas (CED) es un programa prioritario de la OPS/OMS y de los países donde las enfermedades diarreicas (ED) son un problema de salud pública. Se inició en 1978, teniendo como grupo meta a los niños menores de 5 años. Sus objetivos son:

- Disminuir la mortalidad.
- Reducir la morbilidad y la desnutrición asociada.
- Promover en los países la organización y desarrollo de programas de CED autosuficientes.

El programa CED promueve sus actividades de acuerdo a la estrategia de atención primaria de salud; ha definido su política y orientado sus acciones para lograr reducir la morbilidad y mortalidad por ED.

La organización del programa fue posible gracias a los nuevos conocimientos sobre la absorción intestinal de líquidos, electrolitos y nutrientes, que permitió el desarrollo de la terapia de rehidratación oral (TRO) (1).

La TRO se define como la administración de un líquido casero adecuado y/o de sales de rehidratación oral (SRO). Los líquidos caseros deben usarse exclusivamente para pre-

En la década del ochenta se colaboró intensamente con los países de la Región para establecer programas o actividades de CED con un adecuado grado de operación. En 1989, en todos los países existen programas de CED como una actividad prioritaria, aproximadamente 70% de las sales de rehidratación oral (SRO) son producidas localmente y se ha avanzado, notablemente, en el aumento del acceso de la población a las SRO y la tasa de uso de la TRO (2).

PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES DIARRÉICAS EN SALUD PÚBLICA

Se conoce que las ED son el resultado de un complejo juego de factores ambientales, biológicos y del comportamiento, que actúan sobre el sustrato genético de los individuos y de las familias, que la población más vulnerable son los menores de cinco años por vivir expuestos a riesgos comunitarios, como la pobreza, la inadecuada alimentación, deficiente abastecimiento de agua, falta de servicios públicos y ausencia o deficiencia de servicios de salud (3). En los menores de un año, la ausencia de lactancia materna o el destete precoz es el principal factor contribuyente de morbilidad y mortalidad por diarrea.

Las enfermedades diarreicas continúan siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en niños en los países en desarrollo; anualmente cerca de 4 millones de niños mueren de cinco años, en Asia, África y América Latina mueren por ED. En América Latina y el Caribe son causa de alta morbilidad los niños menores de 5 años, en prácticamente todos los países, y en el 57% de los países, aún se incluyen estas dentro de las cinco primeras causas de muerte (2). La causa principal de muerte es la deshidratación, originada por la pérdida rápida de líquidos y electrolitos en las heces diarreicas. Otras causas de muerte incluyen la disentería, la diarrea persistente y la desnutrición asociada a la diarrea. La desnutrición es un factor contribuyente a la mortalidad, pero la enfermedad diarreica también contribuye a agravar el estado nutricional (4).

venir la deshidratación y las SRO para tratar la deshidratación, aunque también son muy útiles para prevenirla. Dentro de los líquidos caseros se prefiere a los que son preparados a base de alimentos (cocimientos de cereales). OPS/OMS no recomiendan la mezcla de sal y azúcar porque se ha mostrado que las instrucciones para su preparación y uso adecuado son difíciles de recordar y aplicar.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Las estrategias para organizar los recursos de salud existentes y lograr su óptima utilización recomiendan organizar unidades de rehidratación oral (URO) para manejar efectivamente los casos de diarrea:

- Unidades de capacitación para el tratamiento de niños con enfermedad diarreica (UCPTD). Permiten la unificación de conceptos del personal de salud al ser capacitados. Se instalan en los hospitales de docencia, donde hay gran demanda de atención para esta enfermedad y se capacita a estudiantes de medicina, enfermería y a personal de salud. Facilitan la integración docencia-servicio.
- Unidades de rehidratación oral institucionales (URO) a nivel de puestos, centros de salud y hospitales regionales. Permiten cambiar la rutina de atención y ofrecer un manejo adecuado al niño con ED.
- Unidades de rehidratación oral comunitarias (UROC), para que las madres a nivel del hogar manejen en forma efectiva al niño con ED. Permiten la captación precoz de los niños, para tratar oportunamente la diarrea y prevenir la deshidratación.

La organización anterior de los servicios, complementada con el establecimiento de normas de atención y la disponibilidad de SRO, estimula al personal de salud a mejorar la calidad de la atención, a ganar su aceptabilidad y confianza por los usuarios, a aumentar coberturas y a mejorar el estado de salud. Asimismo, ayuda a las familias a hacer uso racional de los recursos disponibles para la atención y prevención de las ED. Además, se promueve aumentar el número de proveedores de SRO² capacitando en su uso a

- Consultan a los hospitales con oportunidad, pero no son manejados correctamente. Estas muertes son fáciles de evitar.
 - Consultan tardamente para recibir tratamiento. Estas muertes son difíciles de evitar.
 - No utilizan los servicios de salud. Son las muertes más difíciles de evitar.
- Los niños menores de cinco años con diarrea mueren porque (5):

farmacéuticos y expendedores de medicamentos, trabajadores de salud de la comunidad, maestros y otros líderes de la comunidad.

¿En qué consiste el manejo efectivo de los casos de diarrea?

El manejo efectivo de los casos de diarrea deberá realizarse tanto en los establecimientos de salud como en el hogar (5).

El manejo efectivo de casos en el hogar incluye estos elementos:

- Terapia de rehidratación oral (TRO) adecuada, administrando en mayores cantidades un líquido casero preparado correctamente (6).
- Alimentación continuada en cantidades adecuadas.
- Conocimiento correcto de cuándo solicitar tratamiento fuera del hogar.

El manejo efectivo de casos en los establecimientos de salud incluye los siguientes elementos principales:

- Evaluación correcta del paciente.
- Terapia correcta de rehidratación (oral o intravenosa).
- Continuación de la lactancia materna.
- Alimentación de los niños que se quedan más de 4 a 6 horas en la unidad de rehidratación.
- Uso correcto de los antibióticos indicados.
- Recomendaciones correctas a las madres para el manejo en el hogar:
- a) sobre la alimentación;
- b) como continuar la terapia de rehidratación oral;
- c) cuándo solicitar tratamiento.

Capacitación en CED. Su utilidad para los SILOS

Implantar las estrategias de CED en los establecimientos de salud y a nivel del hogar, es un reto para los programas CED en todos los países. Uno de los obstáculos que impide avanzar con la

² Proveedor de SRO: persona que dispone de SRO en forma permanente y que ha sido capacitada en su uso.

Estos cursos apoyan el proceso de descentralización de las acciones del Programa CED y de salud materno-infantil, mediante un proceso continuo de planificación, programación, monitoreo y evaluación. Estimulan la creación de sistemas de información local facilitando, a la vez, el desarrollo de la infraestructura de los servicios locales de salud (SILOS) y la administración de actividades de control de ED con las tareas de programas afines, tales como: control de infecciones respiratorias agudas, salud ambiental, inmunizaciones, nutrición y monitoreo del crecimiento y desarrollo.

³ Diseñado para preparar a los responsables de CED a conocer en profundidad el problema de las ED y administrar un programa CED. Consiste en un juego de seis módulos: introducción, política nacional, planificación, monitoreo, prevención y evaluación.

⁴ Diseñado para preparar al personal de nivel local para supervisar las actividades de CED. Está compuesto por 8 módulos: introducción, participación de la comunidad, tratamiento de diarrea, prevención de diarrea, planificación, monitoreo, capacitación y monitoreo del progreso. Las habilidades adquiridas en este curso pueden ser utilizadas para la supervisión de cualquier programa o servicio de salud. Se considera muy útil para apoyar el desarrollo de SILOS.

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LAS ACTIVIDADES DE CED

Aproximadamente el 95% de todos los casos de diarrea aguda líquida pueden ser tratados con SRO exclusivamente, incluyendo a los niños menores de un mes de edad. Para el resto de los pacientes (5%), la mayoría de los cuales sufre deshidratación grave o no puede recibir líquidos por vía oral, se requiere la terapia intravenosa rápida (2 a 4 horas) a fin de corregir con prontitud el déficit de líquidos y electrolitos.

La implantación de este modelo permite lograr la atención efectiva de casos por las madres en la comunidad, en un 58%; buscar atención oportuna en los establecimientos, en un 35% y, solo 7% de los casos de diarrea tiene que hacer uso de hospitales. Ya que la deshidratación es cada vez menos frecuente y menos grave, ha permitido que la mortalidad por deshidratación causada por diarrea disminuya en un 40 ó 50% en la última década, en la mayoría de los países (2).

El impacto logrado por los programas nacionales de CED se refleja en la disminución de las tasas de hospitalización y letalidad hospitalaria, y en el aumento del número de consultas por diarrea, gracias a la captación y tratamiento precoz de los casos de ED en el hogar y en los establecimientos de salud. La mayoría de los tratadores de salud ha sido capacitada en el uso de la TRQ y a nivel de comunidad se está promoviendo el tratamiento precoz de la diarrea en el hogar.

Todo esto ha dado como resultado la disminu-

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Manejo de la diarrea y uso de la terapia de rehidratación oral*. Declaración Conjunta OMS/UNICEF, Ginebra, 1985.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. *Evaluación del programa de control de enfermedades diarreicas presintomáticas*. Washington, D.C., 7-8 diciembre 1988.
- (3) Snyder, J.D. y Merson, M.H. *The magnitude of the global problem of acute diarrheal disease: A review of active surveillance data*. Bull. WHO.; 60:605-613, 1982.
- (4) Organización Mundial de la Salud. *Módulo: "Tratamiento de diarrea" del curso "Habilidades de supervisión"*, 1987.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. *Módulo: "Política Nacional" del curso "Gerencia para responsables de actividades CED"*, 1988.
- (6) Organización Mundial de la Salud. *"Un proceso de decisión para establecer una política sobre el tratamiento de la diarrea"*. Doc. WHO/CED/SER/87.10 Rev. I (1989).

INTRODUCCION

El objetivo de un programa de salud del adulto, aunque parezca sencillo al enunciarlo, es de difícil definición y precisión. Esto hace que el criterio más usado para definir a la población adulta sea el criterio de grupo de edad; otros sectores diferentes al sector salud, al parecer, han definido mejor las características del adulto para fines de los programas de educación, responsabilidad de delitos y otros propósitos legales, etc.

En salud, la interfase de la adolescencia-juven-adulto, así como la del traspaso de adulto a "senescente", dificultan la definición de criterios nitidos. Existe a la vez mucha controversia con respecto al criterio del ingreso a la fuerza de trabajo, aunque para fines de las relaciones del proceso de trabajo y salud, al menos, la inserción en el trabajo remunerado pareciera ser un criterio acertado para la formulación de programas de atención a este grupo específico de adultos.

Por otra parte, determinar las necesidades de salud de la población adulta con base en los análisis de su consumo de servicios es también muy complejo, debido a la historia del condicionalismo de este consumo a la oferta de servicios, principalmente curativos con muy poco énfasis en la promoción y en la prevención de la salud, quedando estos aspectos prácticamente incluidos solo en el grupo de madre y niño.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, aceptamos arbitrariamente que al programa de Salud del Adulto le incumba, fundamentalmente, preocuparse por la provisión de servicios y atención de la salud de la población mayor de 15 años, para contemporizar con las clásticas y categorías etarias que usualmente manejan las estadísticas de salud. Con esta aceptación, desde ya, nos encontramos, como se dijo anteriormente, con la necesidad de atender al grupo de la interfase del período de la adolescencia, que está imbricado en el grupo de 15 a 19 años. Esto plantea la necesidad de mirar a la programación de salud de la población adulta a nivel local, teniendo muy presente la respuesta

SITUACION ACTUAL

La estrategia del fortalecimiento de los servicios de nivel local nos debe servir para organizar la atención de salud, teniendo en cuenta la dinámica de los cambios demográficos y de los perfiles epidemiológicos, incorporando armónicamente a estos cambios las políticas sanitarias, la estructura y funciones de los servicios, con los correspondientes desarrollos tecnológicos y de recursos humanos.

Al exponer la situación actual, nos centraremos, principalmente, en la situación de los perfiles epidemiológicos y demográficos,

dejando de lado la descripción de los escenarios políticos, económicos y culturales, a su vez de terminantes de la situación actual; esto solo obedece a razones prácticas para el logro de los objetivos de la presente publicación.

Resumiendo las condiciones epidemiológicas, podemos aservar que el predominio actual en la totalidad de los países de la Región, en cuanto a problemas prevalentes del adulto, está en la esfera de las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cerebrovasculares, tumores malignos, diabetes), incluyendo sus factores de riesgo principales: consumo de tabaco, alcohol, alto aporte calórico y de otros componentes dañinos en las dietas, el sedentarismo y el estrés de la vida moderna, entre otros. Les siguen en importancia los problemas derivados de la creciente violencia e índices de accidentalidad de los grandes núcleos urbanos, a su vez complejamente interrelacionados con estilos de vida y conductas sociales de alto riesgo, como el consumo de alcohol y drogas. Completan este cuadro los problemas de las discapacidades, en gran parte consecuencia de las condiciones derivadas por las secuelas que dejan y los problemas de salud mental, de nuevo difíciles de separar de la trama común de factores causales implícitos en los estilos de vida y comportamientos sociales. A estas condiciones de salud se debe agregar, como se planteó inicialmente, la situación de una población emergente de ancianos, con los cambios y adaptaciones que requiere su atención en todos los sectores sociales para lograr agregar vida plena a los años por vivir.

En cuanto a la situación de los servicios de salud, se puede aseverar que el desordenado crecimiento de las instituciones de los diferentes subsistemas, público, seguridad social y privado, constituye un obstáculo reconocido para la aplicación de estrategias de promoción y protección de la salud del adulto, prevaleciendo en todas ellas una dicotomía entre lo preventivo y lo asistencial y condicionando un consumo de servicios distorsionado hacia la atención solamente especializada e individualista. Existe información suficiente sobre las bajas coberturas, las desigualdades en la calidad de la atención y, sobre todo, acerca de la falta de equidad en la prestación de servicios a problemas que requieren de tecnologías de alta complejidad y elevado costo para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del adulto. Los servicios de salud pertenecientes a la mayoría de los países

ESTRATEGIAS PROGRAMATICAS

La situación expuesta nos conduce a tener que aceptar que los países de América Latina y el Caribe, están abocados a tener que plantear estrategias de atención de salud acordes con la problemática compleja, no para resolver cada uno de los problemas y enfermedades que afligen a su población, sino para que otorguen la suficiente flexibilidad que permita dar cabida a acciones del lado preventivo y promocional, sin descuidar, al mismo tiempo, el nivel tecnológico necesario para el manejo diagnóstico y terapéutico de los problemas prevalentes en los adultos y ancianos. Esto es lo que se ha venido llamando el desafío que implican los perfiles de salud de los tiempos modernos a los países en vías de desarrollo; desafío aún mayor si se piensa en la meta de salud para todos, que implícitamente demanda la equidad para el acceso a la atención de problemas crónicos que requieren de tecnologías costosas y sofisticadas.

La OPS, consciente de la urgencia requerida, ha propuesto tres estrategias programáticas para la salud del adulto que teóricamente facilitarían los cambios de orientación de los servicios y el

énfasis en el trabajo concertado para la promoción de la salud con un enfoque amplio, pero factible, operacionalmente.

Estas estrategias programáticas son:

1. La promoción de la salud con énfasis en los cambios de estilos de vida.
2. La organización y transformación de los servicios de salud para la atención de los problemas del adulto y anciano, con énfasis en los SILOS.
3. La racionalización en la producción y uso de tecnologías de alta complejidad y alto costo.

La primera estrategia priorizar las acciones, tanto propias del sector salud, como de otros sectores que ayuden a crear las opciones saludables en la sociedad, de tal manera que tanto al individuo, pero, más importante aún, a los grupos sin discriminaciones, se les facilite el optar por comportamientos y estilos de vida más saludables. Si esto está claro, será fácil priorizar cuáles son los factores que desde un punto de vista epidemiológico revisten el mayor azar para la salud de la población; la evidencia científica alcanzada a través de la investigación epidemiológica será la base para esta priorización; la identificación de factores comunes para grupos de enfermedades, se identifican fácilmente, sobre todo en el grupo de enfermedades crónicas no transmisibles, donde la investigación de las últimas cuatro décadas ha acumulado un gran acervo de conocimiento sobre sus factores de riesgo; el enfoque de ataque a conjuntos de factores para prevenir conjuntos de enfermedades es tan lógico, que el enfoque integrado para la prevención y control de estas enfermedades ya no es discutible.

Esto no quiere decir que la estrategia de promoción de la salud es fácil de operacionalizar, puesto que el trabajo intersectorial requerido, la concertación de intereses de los actores de diferentes sectores es difícil y, sobre todo, se necesita crear la conciencia social y movilización de fuerzas comunitarias, tarea también compleja. De otro lado, cuando se habla de crear opciones saludables para la población, se habla de un proceso político, concertado también entre los niveles de políticas locales nacionales y aun internacionales; por ello, ciertas acciones de promoción de la salud son difíciles de definir dentro de un marco de programación local de SILOS. Esto lo podemos ilustrar con el ejemplo del tabaquismo. Si bien a nivel local es posible

elaborar planes de acción que comprendan actividades para la movilización de líderes, actividades que aumentan el grado de concertación sobre el daño que produce en el ambiente, en los fumadores y aun en los no fumadores, así como actividades educativas de toda índole, es indispensable, también, que a un nivel macropolítico de legislación y economía, se cree la conciencia para combatir el problema. Igualmente consideraciones se pueden hacer para el caso de los cambios de dieta.

La segunda estrategia está dirigida principalmente a facilitar el análisis de las condiciones actuales en que el adulto está siendo servido en los diferentes sistemas y buscar la adecuación estratégica para cambios a corto y más largo plazo. Para ello se han promovido investigaciones usando condiciones trazadoras como algunas enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes, enfermedades reumáticas crónicas, lo cual se está complementando con la promoción en los países del análisis de la capacidad resolutoria de los servicios. Dentro de esta estrategia, la OPS, en general, y el Programa de Salud del Adulto, en particular, han producido guías para facilitar la adopción de normas de atención a problemas específicos en cada país; hasta ahora han sido objeto de este esfuerzo, los manuales diversos de la serie PALTEX sobre diversas enfermedades crónicas, así como para la atención de salud ocular, salud mental y rehabilitación basada en la comunidad.

La tercera estrategia presenta dificultades por la complejidad de su naturaleza. En 1988 se inició ya esta línea de trabajo en forma multiprogramática, con la realización de la Primera Conferencia de Consenso sobre Enfermedad Renal Crónica Terminal; dialisis y trasplantes, respondiendo a la necesidad imperiosa de promover políticas de uso de estas tecnologías. Los países han respondido a esta estrategia con mucho interés, manifestando que dada la seriedad de los problemas del adulto, la racionalización en la producción y uso de tecnologías que consumen gran parte de los presupuestos de salud en los países que disponen de ellas, o que aumentan cada vez más la brecha entre países de diferente grado de desarrollo tecnológico, es una necesidad inmediata.

COMPONENTES DE SALUD DEL ADULTO

A continuación se exponen los diferentes componentes o subprogramas de un modelo mínimo de

salud del adulto, con los enfoques específicos a tener en cuenta en la programación a nivel de los

SILOS.

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

La mayor parte de la población de la Región ha experimentado cambios drásticos, tanto en su perfil demográfico, como en el epidemiológico. En la medida en que la mortalidad infantil y aquellas causadas por enfermedades transmisibles y carenciales disminuye, y conforme se observa, también, una prolongación de la expectativa de vida y cambios en el estilo de ella. Estos dos últimos se expresan de diversas maneras, tanto en la dieta, como en la participación en deportes y actividad física, en el consumo de tabaco, alcohol, drogas psicoactivas y de muchas otras formas más.

A consecuencia de estos cambios se ha observado así mismo, un dramático incremento, tanto en la morbi-mortalidad, como en la incapacidad, pérdida de productividad y deterioro de la calidad de la vida, causadas por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

En efecto, las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, los cánceres, la hipertensión, diabetes y otros, se han convertido, o están en vías de convertirse, en los problemas de salud más preponderantes, en la mayor parte del Continente Americano.

Los sistemas locales de salud (SILOS) constituyen las unidades efectoras básicas de la atención de salud. Por consiguiente, no están ajenas a la realidad descrita en los párrafos precedentes. Por una parte los SILOS deben enfrentar una demanda creciente de servicios curativos para adultos, originada por el incremento de las ECNT, que supera su capacidad de respuesta, particularmente durante períodos de restricciones económicas.

Por otra parte, debe tenerse en consideración que los servicios de salud (en una proporción importante de países de la Región) han estado tradicionalmente orientados más que nada hacia la solución de problemas específicos, a través de programas "verticales", ya sean estos programas materno-infantil, nutricionales, de control de en-

Expresión del problema en los SILOS

Es posible propiciar así, el manejo más racional (tal vez simplificado) de un conjunto complejo de situaciones, evitar la duplicidad de esfuerzos y, sobre todo, evitar la resistencia compartimental de la atención de salud.

Por lo demás, el enfoque integrado de las ECNT ha demostrado ser técnica y económicamente factible, social y políticamente aceptable y produce beneficios objetivamente medibles.

Los factores de riesgo

En los distintos SILOS de la Región se puede encontrar una gran variedad de situaciones de salud diferentes. Sin embargo, como ya se dijo, en la mayoría de los países las principales causas de morbi-mortalidad están representadas por la enfermedad isquémica del corazón, la enferme-

El enfoque integrado de las ECNT

Pese a la gran diversidad de ECNT que afectan al adulto, aparentemente aquellos que son más prevalentes están asociados causalmente con ciertos eventos o atributos comunes que los preceden en el tiempo, y que son los así llamados *factores de riesgo*.

Diversas experiencias de intervención han demostrado que es posible influir favorablemente en el curso de varias ECNT, modificando los factores de riesgo comunes que los preceden. Esto constituye el llamado *Enfoque Integrado* de las ECNT, el que a través de un manejo operacional unificado y utilizando los servicios de salud existentes, permite el uso más racional de los escasos recursos que tradicionalmente se encuentran diseminados entre una multiplicidad de diversos programas independientes, muchos de ellos verticales.

Mejoramiento de los servicios de salud

En términos de facilitar el acceso, mejorar la dotación de los recursos y la eficacia en su utilización.

Los tres componentes básicos antes enumerados serán considerados, a su vez, como los llamados "paquetes operativos de intervención".

Estos se describirán más adelante.

Hay, sin embargo, otros componentes esenciales que requieren, también, especial mención.

Participación intersectorial

Tanto las acciones de promoción de salud como las de prevención secundaria, van más allá del sector salud y requieren de la activa participación de otros sectores (educativo, legislativo, comunicación, salud, etc.), lo que presupone la constitución de un mecanismo de concertación intersectorial, a nivel de cada sistema local de salud.

Participación comunitaria

Puesto que la comunidad toda debe ser el sujeto y también el objeto de los cambios de estilos de vida, se requiere contar con mecanismos amplios y expeditos, de decisión y participación comunitaria.

Monitoreo/Evaluación/Información

En último término, para juzgar el éxito o fracaso de las intervenciones y recomendar o no su expansión, se requiere que estos sean medibles y comparables. En necesario, entonces, contar, por lo menos, con una medición inicial y otra, o varias otras mediciones posteriores. Para ello, se debe considerar un sistema mínimo de información que proporcione indicadores básicos mínimos, que permita comparar la medición inicial con las sucesivas, y llevar a cabo el monitoreo de la intervención.

Propósito y objetivos de la intervención

El propósito general es el de colaborar para el mejoramiento de la salud de la comunidad entera, a través del enfoque integrado, intersectorial de las principales ECNT.

La diabetes, la diabetes, la hipertensión, los accidentes y las violencias. De acuerdo con la información disponible, no es aventurado, entonces, pensar que los principales factores de riesgo comunes que preceden a estas afecciones, están constituidos por: el tabaquismo, la dieta inadecuada, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y sustancias psicoactivas, los hábitos inadecuados de conducción de vehículos de motor y otros.

La identificación de los factores de riesgo que se desee modificar se deberá hacer en cada caso individual, de acuerdo con la información, las prioridades y las circunstancias locales. Sin embargo, a manera de ejemplo, hemos elegido solamente cinco factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión, alcoholismo, dieta y ejercicio físico.

Componentes básicos del enfoque integrado

Para interrumpir la secuencia de eventos que desemboca primero en la aparición de factores de riesgo (FR) y que luego lleva a la enfermedad y a la muerte por ECNTs, es necesario emprender diversas acciones y proponer intervenciones de variada naturaleza. Todas ellas serán descritas sucintamente como los componentes básicos del enfoque integrado.

Prevención primaria y promoción de la salud pública

Puesto que la aparición de factores de riesgo está principalmente vinculada con la adopción de ciertos estilos o modalidades de vida, es indispensable emprender acciones de promoción y prevención primaria a nivel poblacional, orientadas a impedir la aparición de factores de riesgo que afecten a la comunidad entera. Estas acciones propenderán a la adopción de hábitos y conductas saludables.

Prevención secundaria

Previene la identificación previa, el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de aquellos individuos que ya están afectados por factores de riesgo, o por las enfermedades mismas.

Objetivos específicos

velas y modalidades de intervención generales. Estas son descritas seguidamente.

Paquete operativo de intervención de promoción de salud o de riesgo poblacional

Este está orientado hacia la modificación favorable de factores de riesgo que afectan a la comunidad entera y propone la utilización del "modelo de salud pública" de intervención. Para ello este enfoque plantea el desarrollo de actividades intra e intersectoriales de promoción y prevención primaria, con la activa participación comunitaria, al menos en los siguientes sectores.

● **Educación:** A través de la modificación del currículum escolar, para proponer y disseminar un conjunto coherente de mensajes, destinados a cambiar las conductas de riesgo de este grupo etario.

● **Comunicación social:** A través de los medios masivos de comunicación para disseminar información acerca de estilos de vida más saludables.

● **Legislación y modificación del medio ambiente,** proponiendo nuevas legislaciones, aumento de la eficacia o aplicación de las ya existentes, en áreas críticas relacionadas con los factores de riesgo que se pretende modificar. Por ejemplo, proponiendo legislación destinada a restringir la publicidad y el consumo de tabaco y/o bebidas alcohólicas, publicidad y normas destinadas a favorecer el uso del cinturón de seguridad en los vehículos de motor; legislación orientada a exigir publicar el contenido nutritivo de ciertos alimentos procesados; etc.

● **Organización y participación comunitaria** destinada a favorecer aspectos específicos. Por ejemplo, el cumplimiento de la legislación vigente respecto al consumo de tabaco, alcohol, drogas; destinado a movilizar a la opinión pública acerca de dieta saludable, facilitar el control de la hipertensión en grupos comunitarios, laborales, etc.

● **Recreación y participación en actividad deportiva y de ejercicio físico** con miras a incrementar la toma de conciencia acerca del sedentarismo y facilitar la participación en el ejercicio físico.

● **Otros que sean pertinentes,** como por ejemplo: promover la disponibilidad y acceso de la población a una dieta adecuada, sustituyendo la

Dentro de la realidad concreta de cada SILOS, estos objetivos serán especificados en términos operacionales concretos y de acuerdo con metas que sean reales y alcanzables.

PAQUETES OPERATIVOS DE INTERVENCIÓN

Diversas actividades específicas de intervención deberán llevarse a cabo para poner en operación el *enfoque integrado de manejo de las ECNT*, en el contexto de cada SILOS. Obviamente, el contenido, el ordenamiento y las metas de tales actividades variarán de un SILOS a otro, de acuerdo con la información, las prioridades y varias circunstancias locales. Sin embargo, hay ciertos procedimientos y métodos, y una secuencia de organización que son comunes y por ello serán descritos conjuntamente bajo el acápite de *paquetes operativos de intervención*.

Estos, así llamados *paquetes*, no son sino un agrupamiento, más bien arbitrario, de un conjunto de intervenciones que tiene alguna similitud de propósito, de objetivo y en el mecanismo de puesta en práctica. En la sección "Componentes básicos del enfoque integrado", ya fueron definidos en términos del nivel y modalidad de intervención.

El diagrama matricial, que se describe (Cuadro I), pretende ilustrar esta sistemática. En el eje horizontal los cinco factores de riesgo que se usaron como ejemplo para describir los paquetes; en el eje vertical aparecen listadas algunas actividades específicas que están, a su vez, agrupadas de acuerdo con los ni-

Cuadro 1. Factor de riesgo y paquetes operativos.

PAQUETE FACTORES DE RIESGO	PAQUETE PROMOCION DE SALUD (Riesgo Poblacional)							PAQUETE DE PREVENCIÓN SECUNDARIA (Riesgo Individual)			PAQUETE DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS	
	EDUCATIVO	COMUNICACION SOCIAL	LEGISLATIVO	RECREACIONAL	PARTICIPACION COMUNITARIA	OTROS TRANSPORTES DE ALIMENTOS	MANUAL NORMAS	ADISTRAMIENTO	MONITORIA SUPERVISION	DOTACION DE EQUIPO	ACCESO ORGANIZACION	
TABAQUISMO												
HIPERTENSION												
ALCOHOLISMO												
DIETA: Cont. Calórico Colesterol Fibra Sal/Azúcar Otros												
EJERCICIO FISICO/R												
OTROS												

2. Elevar el nivel de recursos, allí donde sean deficitarios.
3. Favorecer el acceso económico y físico al sistema de salud, allí donde estén limitados.
4. Mejorar el nivel de eficacia en el uso de tales recursos, donde estos existan.
5. Mejorar la dotación de material y equipos.

Estas últimas intervenciones están muy vinculadas con aquellas de desarrollo global y mejoramiento del manejo administrativo de los SILOS. Finalmente, cabe comentar que este esquema general de desarrollo de los paquetes operativos variata (como ya se ha dicho) de SILOS a SILOS y solo debe ser tomado como una propuesta.

Quizás, facilite más el entendimiento acerca de estos paquetes operativos, el desarrollo de un ejemplo relacionado con un factor de riesgo. Tal puede ser el caso del colesterol, que es uno de los componentes más importantes en el manejo adecuado de la dieta como factor de riesgo. Para implementar los cinco paquetes operativos en relación a este componente de la dieta se requiere:

1. *En el paquete de promoción de salud:*
 - Producir mensajes educativos entre los escolares a través de la modificación del currículum.
 - Diseminar información acerca de los riesgos de la ingestión excesiva a través de los medios de comunicación.
 - Modificar la legislación para especificar el contenido nutritivo en los alimentos procesados.
 - Favorecer la diseminación de mensajes educativos y uso saludable de la dieta a través de organizaciones comunitaria y organismos no gubernamentales (NOGs).
 - Incentivar cambios en la producción y distribución de alimentos.
 - Otros.
2. *En el paquete de prevención:*
 - Establecer mecanismos de detección para los individuos con hipercolesterolemia.
 - Elaborar normas sobre el manejo de los individuos de alto riesgo.
 - Capacitar al equipo de salud sobre el manejo de hipercolesterol.
3. *En el paquete de los servicios de salud:*
 - Promover el acceso y mejoramiento de los niveles de atención.

producción y distribución de alimentos si es necesario, etc.

Obviamente, estos son solo algunos ejemplos del amplio espectro de actividades de muy variada índole. Aun guardando entre sí cierta similitud, estos serán muy diversos y distintos en cada SILOS.

Paquete operativo de prevención en salud o enfoque al riesgo individual

Propicia el uso del así llamado "modelo médico" o "profesional de salud", de intervención comunitaria. Este busca la pesquisa sistemática y eficiente de los individuos ya afectados por factores de riesgo o por la enfermedad misma. Aún cuando pueda presentar también diferencias de un SILOS a otro, pretende poner en práctica actividades similares, a saber:

- Establecimiento de mecanismos de detección, preferiblemente a través de los servicios de salud ya establecidos. Contempla, sin embargo, la posibilidad de utilizar otros mecanismos no tradicionales, como sindicatos, grupos comunitarios o escolares para buscar individuos con riesgo, tales como: hipertensos o diabéticos, obesos, hipercolesterolantes, etc.
- Desarrollo de mecanismos de normatización. Presentación de esquemas sucintos para el manejo de individuos de alto riesgo, a través de la confirmación de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y evaluación de casos.
- Adiestramiento de profesionales del sector salud (u otros), para cumplir la función específica de manejo de los individuos de alto riesgo. Esta actividad se refiere específicamente al nivel de atención primaria.

Paquete de intervención operativa en servicios de salud

Puesto que en muchos SILOS el nivel primario de atención del adulto es inexistente, deficiente o inaccesible, se pretende intervenir para crear las condiciones favorables que sean necesarias. Estas presuponen:

1. Crear mecanismos de atención del adulto donde no existan, a través de diferentes estrategias (clínicas, de médicos de familia, etc.).

cuatro estratos (Figura. 1), según lo haya hecho el sector salud en general.

Nivel periférico. Esta caracterizado por la atención de baja complejidad en el cual el agente de salud:

- Identifica y provee solución a problemas tratados a la consulta clínica, tanto de manera espontánea, como a través de programas especiales de captación. Estas consultas son de carácter variado y no exclusivamente psiquiátricas.
- Maneja problemas psicosociales de la práctica general (vg. adhesión a un tratamiento médico-camarentoso prolongado).
- Realiza actividades de prevención (vg. en situación de cambios vitales estresantes, tal como el duelo).

- Ejecuta actividades de prevención terciaria (vg. administración de psicofármacos de mantenimiento).
- Conduce programas de educación sanitaria (vg. efectos del alcoholismo).
- Activa la cogestión comunitaria centrada en problemas de salud integral.

- Lleva a cabo acciones necesarias, según fueran determinadas a través de un programa comunitario con bases epidemiológicas (el ejemplo descrito más adelante explica mejor esta idea); y efectúa tareas de relevamiento de necesidades y de registro de las actividades para la evaluación y vigilancia. Este nivel opera bajo la supervisión de personal especializado (vg. enfermero/a de salud mental, trabajador/a social, psicólogo/a) ubicado en el nivel intermedio.

Nivel intermedio. Este nivel proporciona respuestas especializadas, tanto de carácter clínico como comunitario, sean de problemas psiquiátricos o de salud mental. En él se encuentran:

- La clínica psiquiátrica para todas las edades, ubicada en clínicas generales como los centros de salud comunitarios; y
- La internación a tiempo parcial, total y de emergencia en el hospital general.

Este nivel ofrece apoyo a nivel periférico al resolver problemas clínicos, preventivos y de promoción que no pueden hacerse en la atención primaria.

- Dotar de equipos e instrumentos.

La mayoría de los países de la Región están enfrentando el desafío indudable que representa el incremento significativo de la morbi-mortalidad causada por las ECNT.

Puesto que no es posible canalizar una mayor proporción de recursos hacia el sector salud, solo cabe intentar una redistribución para poner en práctica alternativas innovativas de solución. En este sentido los SILOS, como una genuina expresión de los niveles de atención primaria, ofrecen una oportunidad de poner en práctica intervenciones integradas de promoción de la salud y cambios de estilo de vida, como, asimismo, para la prevención secundaria dentro de factores de riesgo, como de las enfermedades mismas.

SALUD MENTAL

La atención psiquiátrica, que tradicionalmente está trasladada en el hospital mental, se está trasladando a la comunidad en virtud de los siguientes factores, entre otros:

- La relativa alta prevalencia de los desórdenes psiquiátricos que en su mayoría no son atendidos por el sector especializado. En este sentido, el hospital mental solo ha proporcionado una respuesta parcial a las necesidades.
- El reconocimiento de que en una respuesta satisfactoria en problemas de salud y enfermedad, es necesario integrar el componente psicosocial.
- Las necesidades en salud mental en los tres niveles de prevención son variadas requiriendo, por consiguiente, una diversidad de técnicas de intervención a ofrecerse por instituciones de diferente complejidad.
- El daño psicosocial que se genera en la atención psiquiátrica prolongada, basada en el hospital mental, puede ser prevenido cuando las modalidades asistenciales están ubicadas extra-muros.

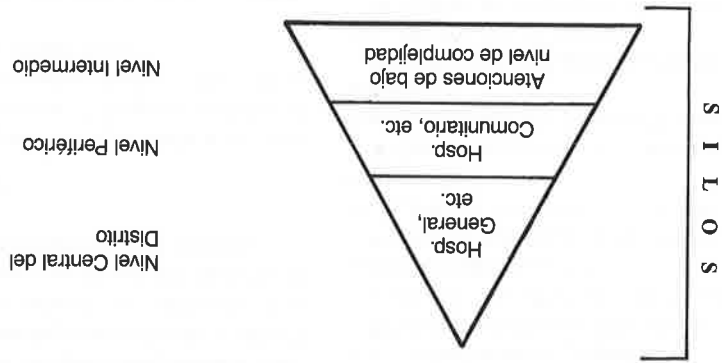
La descentralización de los servicios psiquiátricos, por otro lado, facilita el acceso a los mismos, a la vez que acerca al proveedor de atención a la cultura y demás características del usuario. Facilita, asimismo, la cogestión con la comunidad.

Organización de los servicios

Es útil considerar una distribución piramidal en la organización de los servicios con tres o

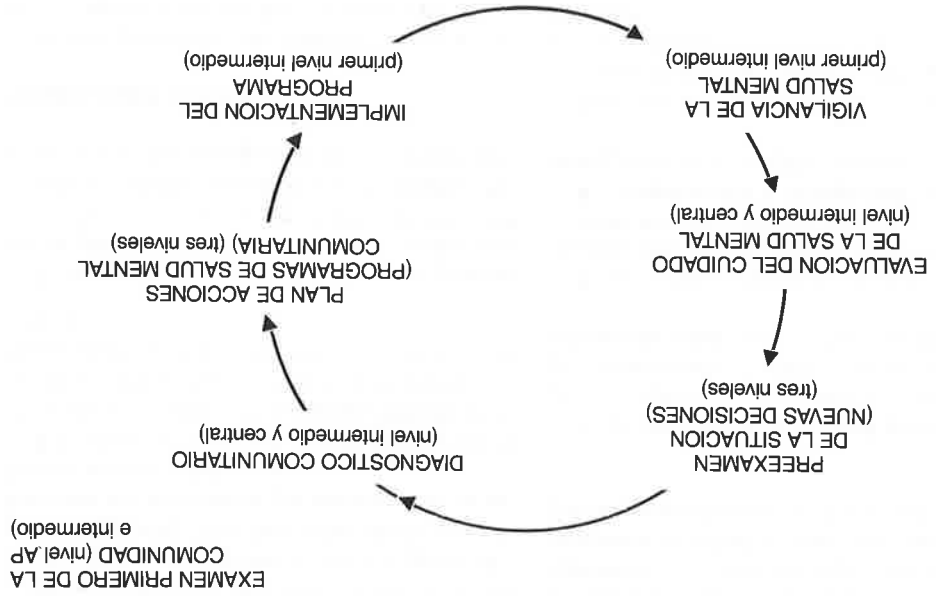
Es el nivel responsable de ejecutar, supervisar servicios más especializados de diagnóstico y tratamiento, tanto ambulatorios como de internación. Es el nivel de programación del distrito; para la evaluación de los programas y la vigilancia de la salud mental. Ofrece apoyo al nivel *Nivel central*. En este nivel están ubicados los

Figura 1. Los sistemas locales de salud en Programas de Salud Mental.



A continuación se ejemplifica la puesta en marcha de un programa a nivel de una comunidad, con referencia a la articulación de los distintos niveles en la solución de un problema de salud mental.

Figura 2. Niveles de los SILOS en el desarrollo de Programas de Salud Mental Comunitaria.



Se trata de una comunidad de alrededor de 10 000 personas compuesta por familias jóvenes, residiendo en un distrito de 150 000 habitantes servida por un SIL-OS. El desarrollo de esta comunidad, ubicada en el cinturón urbano, ha sido rápido después que se estableciera una planta industrial. Obreros jóvenes venidos de otras áreas fueron atraídos por las nuevas fuentes de trabajo. En esta comunidad hay un número alto de mujeres en edad fértil. La auxiliar de salud ha indicado al médico del centro de salud municipal (nivel periférico) que un número inusual de madres con niños menores se quejan de todo tipo de molestias, algunas de ellas desgano, nostalgia, y hasta de llanto. Estas quejas le son confiadas cuando las madres traen a los niños a los exámenes preventivos (vacunación) o por enfermedades diversas. El médico, después de conversar con algunas madres, confirma el relato de la auxiliar. El hallazgo es sorprendente por cuanto se trata de una población joven, sana y activa desde el punto de vista laboral. Aprovechando la visita bimensual del trabajador de salud mental del intermedio se discute la situación. Eventualmente se decide ejecutar un programa comunitario formulado por el nivel central.

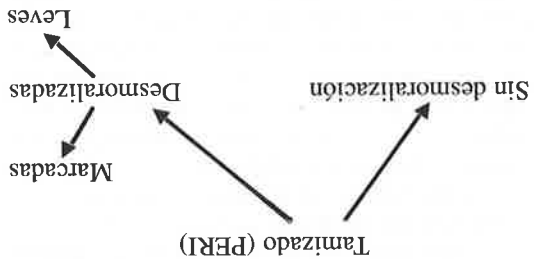
Pasos seguidos por el trabajador de salud mental

Fase preliminar:

1. Encuentra que los informantes claves manifiestan que hay un número considerable de madres que aparecen afectadas.
2. Surge de la conversación con ambos (médico y auxiliar), que las familias nucleares han dejado a las de origen en las áreas de residencia anterior.
3. Los maridos obreros trabajan largas jornadas. Que hay interés por intervenir de parte del médico rural y la auxiliar.
5. Un estudio de cobertura revela que toda la población se atiende en el Centro de Salud.

Fase diagnóstica:

1. Se define la población: todas las madres de niños de 0-10 años ($N = 2\ 138$).
2. En un primer lugar, la población, objeto del estudio diagnóstico, la constituyen aquellas ma-



D1 = Todas las madres de hijos hasta 10 años
 D2 = Solo las madres que concurren al Centro

4. Auxiliar y médico administran el cuestionario a todas las madres que concurren a la clínica, y en el domicilio de la madre cuando esta no asista por un período de tres meses. Un club de madres, de funcionamiento precario, se presta para efectuar las entrevistas domiciliarias. (En ambas ocasiones se aprovecha la visita para recoger información demográfica pertinente).
5. Se identifican 450 madres con un puntaje más alto que el promedio (se había decidido que el corte de la población afectada/libre de desmoralización, se haría en el resultado promedio. El trabajador de salud mental conoce otros métodos, pero optó por esta determinación con el fin de ser expeditivo).
- 450 madres desmoralizadas ÷ 1 100 madres encuestadas (el denominador no incluye 120 que rehusaron ser entrevistadas) = 40,9% es la tasa de prevalencia.
6. De esas 450 madres, se tomaron 225 que estaban ubicadas en los dos cuartiles superiores. 225 ÷ 1 100 = 20,4%, tasa de prevalencia, con el fin de intervenir en esa primera etapa.

7. El estudio de los determinantes establecidos que las madres más afectadas eran las más recientemente llegadas a esa comunidad y que sus maridos percibían los salarios más bajos, debiendo trabajar frecuentemente horas extras con el fin de lograr un ingreso mínimo adecuado a sus necesidades.

8. Intervención: El trabajador de salud mental aconsejó organizar a las madres dentro de los marcos del club de madres, al cual se decidió reforzar con asesoramiento respecto de actividades, hídrazgo, etc. Se arribó a esta decisión por cuanto se imputó el aislamiento de las nuevas madres como factor de peso en el condicionamiento del estado de desmoralización.

9. La reactivación social operó durante un período experimental de tres meses. Los resultados fueron satisfactorios. La reducción de la tasa inicial, de 20,4% a 5,2% (según un nuevo estudio de evaluación de la eficacia), justificó que se lo adoptara como procedimiento de largo aliento. Las madres que después de cuatro meses seguían con cifras relativamente elevadas de desmoralización fueron vistas por el equipo de salud. En conversaciones de carácter psicoterapéutico, según un sistema de intervención programado en el nivel intermedio, una madre, que por la gravedad de la depresión requería internación, fue admitida por siete días al hospital local (nivel intermedio).

En el ejemplo anterior se ha pasado revista a un programa comunitario de salud mental en el cual se observó de qué manera la organización de *clínicas locales de salud* permite una respuesta diferenciada de acuerdo al nivel de complejidad del problema. Por razones de brevedad se omitió toda referencia a la participación comunitaria que podía haberse instrumentado en la determinación de la prioridad, así como en el modo escogido del programa, en su monitoreo y evaluación.

SALUD DE LOS ANCIANOS

La organización de servicios para los ancianos se fundamenta en el principio básico que guía la conceptualización del llamado *continuo de servicio*. Las diferencias en necesidades se traducen en demandas de servicios específicos que se acostumbra clasificar en:

- Servicios para los ancianos relativamente sanos.
- Servicios que brindan alternativas para prevenir la institucionalización del anciano; y
- Servicios para aquellos cuyas necesidades puedan requerir cuidado institucional o sus equivalentes.

Existe el consenso de que la institucionalización del anciano debe ser pospuesta hasta donde sea posible, y que se debe fomentar el uso de la familia y de la comunidad como la alternativa más humanitaria y efectiva.

El interés en el desarrollo de servicios para las personas de edad avanzada en América Latina, ha sido en general muy limitado, habiendo recibido las políticas, programas y niveles mínimos de apoyo. Solo, recientemente se comienza a advertir un cambio en esa actitud indiferente. Los políticos y administradores de los sistemas de salud y de seguridad social, de algunos de los países de América Latina, ante las fuertes presiones de los cambios en la composición de la población y la evidencia de que el elevado número de ancianos puede terminar por comprometer el funcionamiento de dichos sistemas, han iniciado acciones orientadas a concentrar la planificación de políticas y programas de una manera más coherente.

La brecha existente entre las necesidades de los ancianos y la disponibilidad de los servicios indispensables para satisfacerlas es, en buena medida, la resultante de factores históricos, ideológicos, sociales, económicos y organizacionales, que a través del tiempo han influido los procesos generales de decisión política. En cierta forma, los problemas enfrentados por los ancianos han sido oscurecidos por las tendencias demográficas predominantes. La composición por edades de los países de América Latina, ha tendido a subrayar la importancia de los grupos más jóvenes—que para 1980, constituían casi el 40% de la población—y por ello las decisiones sobre asignación de recursos han estado sostenidamente orientadas a servir las demandas de este grupo. Las acciones de salud se han concentrado en el binomio madre-niño y en la prevención y control de las enfermedades infecciosas, especialmente las transmisibles. Las personas con padecimientos crónicos o que requieren de cuidado de largo plazo, han quedado tradicionalmente entregadas al cuidado de sus familias o de insti-

pos de población más jóvenes mantiene muy bajas las prioridades para con los ancianos, discutiéndose muchas veces el problema en términos de costo-beneficio, argumento de raíz económica en el cual no solo se olvida el aporte del anciano al desarrollo de la sociedad, sino que se desprecia el que pudiera seguir dando con base en su experiencia.

De esa idea nace la búsqueda de soluciones que estén basadas en los principios de cobertura, equidad y oportunidad para los ancianos. Para contribuir a ello, el Programa Regional ha concebido un modelo de atención que está compuesto de tres grandes áreas: vigilancia médico-social, atención a los daños y promoción de la salud, a menudo superpuestas.

La vigilancia médico-social se debe cumplir en forma permanente a través de un censo periódico de la población anciana de un área geográfica determinada, en la cual exista un servicio médico-social con responsabilidad sobre un grupo de familias. Esta actividad se concibe como una encuesta médico-social inicial, en la cual el personal de atención primaria (trabajador comunitario, promotor de salud, auxiliar de enfermería, etc.) recolecta, a través de una visita domiciliaria, información básica sobre el anciano desde el punto de vista físico-mental y social. Esta etapa debe ser cumplida en el lapso más breve posible. Esta información es analizada por el subsiguiente nivel de atención del establecimiento, el cual, con base en un esquema de criterios según riesgos, debe clasificar dicha población anciana en por lo menos tres categorías: a), los que no presentan desajustes médicos o sociales; b), los que presentan riesgos médicos y/o sociales, que comprometen su equilibrio vital si no se corrigen en un tiempo relativamente corto; o c), los que presentan problemas médico-sociales graves que ameritan acción correctiva inmediata.

Es fácil entender que las respuestas del establecimiento médico-social deberán estar acorde con las situaciones encontradas. Así, por ejemplo, para los ancianos que se clasifican en la categoría a), las acciones podrían ser eminentemente de promoción y fomento de la salud (incluyendo fechas periódicas de revisión médica-social), para lo cual deberían haber disponibles contenidos y metodologías adecuadas; para los casos por parte del personal más calificado, a fin de confirmar o no, la primera impresión del trabajador primario de salud determinando fi-

funciones de guarda—con un mínimo acceso a los y hogares de ancianos que existen en el área constituyen una ilustración de lo dicho anteriormente.

La posterización del anciano, por obra de las circunstancias mencionadas, se ha visto acentuada por los valores socioculturales que aceptan y proyectan una imagen negativa del envejecimiento y los ancianos. Este prejuicio en contra de la ancianidad es, por lo general, más común en aquellas sociedades que tienen niveles más altos de industrialización y urbanización.

En aquellos países donde se ha reconocido la importancia de los problemas de los ancianos, los intentos de formulación de políticas han sido afectados por opiniones que cuestionan la racionalidad económica de medidas que asignan recursos para solucionar problemas de una minoría no productiva. Este fenómeno ha tenido un impacto especial en las áreas de políticas de seguridad social (por ejemplo, sistema de pensiones, mecanismos de equilibrio de ingresos, etc.) y políticas de salud (por ejemplo, acceso a servicios de salud).

Por otro lado, los prejuicios y las concepciones falsas acerca del envejecimiento y los ancianos, provocan una relativa falta de apoyo a las tareas de investigación, educación y adiestramiento en gerontología y geriatría.

Los objetivos específicos de los programas nacionales de atención a los ancianos se deben dirigir a lograr en los países, el desarrollo de programas coherentes integrados a los servicios generales de salud y en estrecha vinculación con los otros programas sectoriales orientados al bienestar de este grupo poblacional.

Con muy pocas excepciones, los servicios de salud y sociales prestados a los ancianos en los países de América Latina, tienen la característica de ser pasivos, limitándose, en su mayor parte, a restaurar la salud perdida y a aliviar una situación social desesperada, con un cuestionable aporte económico o una misERICORDIOSA INTERNACIONAL de ancianos, sin que se haga uso generalizado de las actividades de vigilancia médico-social y de dispositivos individuales, familiares y comunitarios capaces de contrarrestar las situaciones psicológicas, fisiológicas, laborales, sociales, etc., bien conocidas por los técnicos de cada país, pero pocas veces aplicadas a la población anciana. Por otro lado, la tradición secular de concentrar los esfuerzos y recursos en los gru-

nalmente, la acción médico-social más aconsejable, en el tiempo más adecuado; y por último, para los del grupo c), deberían realizarse las acciones con la mayor prontitud y firmeza que aseguren su éxito en la mayoría de los casos (atención a los daños).

Las características fundamentales del modelo presentado son:

- Esta basado en la estrategia de la atención primaria de salud, que asegura la respuesta asistencial a través del sistema organizado por niveles de complejidad creciente.
- Opera con el criterio de realizar una "búsqueda activa de casos" en la comunidad, en lugar de esperar pasivamente que estos lleguen al establecimiento de salud en condiciones más comprometedoras.
- Permite realizar un diagnóstico de situación a breve plazo, por el carácter dinámico de la encuesta inicial (promedio de duración: 15 minutos), facilitándose su actualización a través de las revisiones médico-sociales periódicas de los ancianos ya clasificados y la visita inicial para los que van entrando a los 60 años.
- Facilita ampliar la cobertura (equidad) de la población objetivo y les da entrada a los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia.
- Derivado del conocimiento adquirido, facilita que las labores de promoción de la salud se realicen sobre los tópicos más relevantes en la comunidad trabajada, lo cual puede asegurar éxitos más concretos que si se tratara de aspectos exóticos al medio.

- Ajusta con bastante fidelidad a los postulados que rigen el proceso de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud (SILIOS), constituyendo así, el eje articulador para la transformación de los sistemas de salud en los países, destacando las características de integralidad e intersectorialidad.

REHABILITACION

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

La rehabilitación y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada. Tal vez, pocas veces se tenga en cuenta que en la Región de las Américas, en el mejor de los casos, el 7% de la población presenta alguna discapacidad. Si a esto, se agrega el hecho de que la totalidad requiere algún tipo de intervención y su estrategia integrada a los servicios locales de salud, deben contribuir a prevenir la discapacidad, rehabilitar la no prevenible e integrar a la persona discapacitada.

NIVEL	ACCIONES	RESPONSABLE
1. Hogar	- Reconocer los síntomas de discapacidad. - Dar información al agente sanitario. - Aplicar tecnología simplificada. - Informar al supervisor local. - Supervisar al agente sanitario-Aconsejar. - Referir a la supervisión médica local.	- Familia - Agente sanitario. - Trabajador de salud o equivalente. - Supervisor local.
2. Comunidad	- Identificación de los casos no aclarados. - Utilización de métodos diagnósticos no existentes en otras categorías.	- Auxiliar de Enfermería. - Enfermera. - Médico itinerante. - Médico con formación mínima en rehabilitación.
3. Puesto de Servicio de Salud Primer Nivel	- Aplicación de tratamiento. - Capacitación de personal para rehabilitación basada	- Enfermera. - Médico con especialidad e informado. - Terapista física.
4. Hospital Provincial Estatal	- Diagnóstico del grado y tipo de discapacidad. - Tratamiento integral de rehabilitación. - Capacitación del personal para todo el sistema.	- Equipo de rehabilitación. - Médicos especialistas.
5. Hospital regional de complejidad Unidades especializadas de rehabilitación.		

Figura 3. Sistemas locales de salud - rehabilitación
Sistemas asistenciales - sus componentes.

bligo, voluntario, privado) y sectores (salud, educación, economía, trabajo, seguridad social, etc.).

Realismo, pues partiendo de experiencias previas, utilizando los recursos existentes, integran- dose en los programas en ejecución e incorpo- rando a los miembros de la comunidad, busca solucionar los problemas de las personas.

Las características sobresalientes de la rehabi- litación basada en la comunidad (RBC), son:

- Servicio local, descentralizado.
- Se integra con un sistema que asegura su- pervisión y servicios referenciales.
- Transfiere tecnología.
- Es aplicada por un familiar o agente de la comunidad, capacitado.
- Su objetivo principal es la integración.

La Figura 3, integra estos conceptos en forma esquemática.

Cuadro 1. Componentes y campos de acción de la salud ambiental para promoción de la salud.

CAMPOS DE ACCION		COMPONENTES	
ASENTAMIENTO (D)	MEDIOS ESPECIFI-COS (C)	DE APOYO EN ASPECTOS (B)	SUBSTANTIVOS O ESPECIFI-COS (A)
1. Urbano	1. Vivienda	1. Técnicos	1. Servicios de Saneamiento Básico
1.1 Central	2. Centros de trabajo	1.1 Estudios y proyectos	1.1 Agua potable
1.2 Residencial	2.1 Industrial	1.2 Encuestas sanitarias	1.2 Aguas residuales
1.3 Marginal	2.2 Comercial	1.3 Monitoreo ambiental y bio-médico	1.3 Excretas
1.4 Perurbano	2.3 Agrícola	1.4 Investigación de efectos del ambiente en la salud.	1.4 Residuos sólidos
2. Rural	2.4 Servicios	1.5 Otros	2. Servicios de Prevención y Control de la Contaminación y Riesgos Ambientales
2.1 Compacto	3. Escuelas	2.1 Estudios de factibilidad	2.1 Agua
2.2 Disperso	4. Centros de Recreación	2.2 Recuperación inversiones	2.2 Alimentos
3. Transitorios	5. Vías y Medios de Transporte	2.3 Otros	2.3 Suelo
(Población móvil o migratoria)	6. Otros	3. Socio-culturales	2.4 Aire
		3.1 Información y comunicación	2.5 Vectores
		3.2 Promoción de acciones	2.6 Tóxicos químicos
		3.3 Educación en salud	2.7 Ruido
		3.4 Estudios de percepción	2.8 Radiaciones
		3.5 Participación social	2.9 Otros (temperatura, vibraciones, iluminación, etc.)
		4. Administrativos	3. Atención a problemas especiales
		4.1 Desarrollo institucional	3.1 Accidentes
		4.2 Planificación y programación	3.2 Desastres
		4.3 Legislación, normatividad y aplicación (''enforcement'')	3.3 Otros
		4.4 Recursos humanos/físicos	
		4.5 Cooperación intersectorial, internacional, etc.	
		4.6 Otros	

Ejemplos de combinaciones entre los componentes y los campos de acción.

- Desarrollo institucional (B4.1) en agua potable y alcantarillado (A1.1 y A1.2), en el medio urbano (D1)
- Investigación de riesgos para la salud humana (B1.4) en el reúso de aguas residuales (A1.2) en la agricultura (C2.3).
- Programa de letrinas (A1.3) en las escuelas (C3) del medio rural (D2).

Notas

- Los servicios de prevención y control (A2) están dirigidos fundamentalmente a la protección de la salud humana (criterio de salud) y de manera indirecta a la protección de los recursos naturales y el ambiente en general (criterio ecologista).

- Todos los conceptos contenidos en el cuadro permitirán una mayor desagregación, combinando los diversos componentes de apoyo. Por ejemplo, el desarrollo institucional en agua potable y alcantarillado, (B4.1) comprende los sistemas organizacionales siguientes: planificación; operacional; comercial; financiero; administrativo; recursos humanos.

Preparado por Ing. Humberto Romero Alvarez

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LA ALIMENTACION Y NUTRICION

Carlos Hernán Daza

INTRODUCCION

lo cual aún no se ha logrado suficientemente en

la Región.

Tradicionalmente se ha dado mayor importancia a la investigación de los problemas carenciales—diagnóstico fragmentario de la situación sin el análisis concomitante de los factores causales o predispuestos—que a la búsqueda de soluciones prácticas para su prevención y control, dentro de enfoques amplios en que se aborde lo biológico, económico y social, dado el carácter multisectorial de la alimentación y nutrición. También han contribuido a la capacitación de personal en nutrición, pero por su poca relación funcional con los Ministerios de Salud, la inclusión del componente alimentario y nutricional al desarrollo de recursos humanos en salud sigue siendo insuficiente.

Algunos países han establecido programas aplicados de naturaleza vertical, especialmente de suplementación alimentaria a grupos vulnerables, y a pesar de que usualmente se realizan a través de los servicios locales de salud carecen de la integración indispensable con los otros programas que constituyen la columna dorsal de la atención primaria de salud; vale decir, cuidado materno-infantil, inmunizaciones, control de enfermedades transmisibles, saneamiento del medio y educación para la salud.

Es probable que debido a esta modalidad de programas, en que por la verticalidad de las acciones de nutrición no se ha dado participación efectiva al administrador de salud en su planificación, ejecución y evaluación, su integración en los servicios de salud aún no se hace efectiva. Si se desea que los programas de nutrición tengan verdadero impacto sobre los problemas de salud que afectan en forma prevalente a los grupos más vulnerables de la población, se requerirá una acción sistemática y deliberada por parte de los Ministerios de Salud. Las unidades técnicas de nutrición podrán así cumplir con el papel y las funciones que les corresponde como elementos catalizadores de orientación y asesoría a todo el equipo de salud, tanto en acciones

de técnico-administrativas de Entre las decisiones técnicas-administrativas de los Ministerios de Salud, debe considerarse como elemento de prioridad la incorporación de las actividades de alimentación y nutrición en los sistemas locales de salud, ya que estas son componentes esenciales de la salud del individuo, el bienestar de la familia y el progreso de la comunidad. En este sentido, los especialistas de nutrición están tratando de lograr la integración de la nutrición como ciencia aplicada en los programas y actividades de los servicios de salud pública, tanto a nivel central, como intermedio y local.

No obstante, aún se requieren esfuerzos y recursos adicionales para que las unidades o cursos técnicos de nutrición, en los diferentes niveles de la estructura de salud, se consoliden o amplíen, a fin de que contribuyan a establecer programas eficaces de alimentación y nutrición dirigidos a satisfacer las necesidades prioritarias de la población, en especial de los grupos que, como el materno-infantil, están expuestos a un mayor riesgo nutricional.

Con objeto de lograr una real integración funcional y operativa de los programas de alimentación y nutrición, como parte de la extensión de la cobertura de los servicios primarios de salud, los administradores de salud y los especialistas en la materia están trabajando coordinadamente para establecer la forma más racional de organizar dichos programas.

En casi todos los países existen unidades técnicas de nutrición en el nivel central de los Ministerios de Salud, ya sean departamentos o secciones de nutrición, o bien esta responsabilidad recae, en algunos países, en los institutos de nutrición. Sin embargo, la experiencia demuestra que para realizar actividades eficaces en beneficio de la salud y el bienestar de la población, se requiere, además, definir adecuadamente el contenido de los programas de alimentación y nutrición dentro de los servicios generales de salud,

preventivas y curativas de nutrición, como en actividades generales de promoción de la salud. En el Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980) se reconoció que el grado de desarrollo de los servicios de nutrición en los países variaba considerablemente y que solo algunos de ellos habían establecido sistemas adecuados de planificación, dirección y evaluación de las actividades de nutrición, integrados efectivamente a los programas de salud; se señaló, igualmente, que otros países presentaban grandes debilidades en su proceso administrativo, especialmente en relación con el establecimiento, cumplimiento y supervisión de las normas técnicas para la prestación de los servicios de alimentación y nutrición, y que muy pocos incorporaban estas actividades en los servicios de salud materno-infantil.

Es por ello que, como parte de la estrategia para disminuir las enfermedades nutricionales de mayor prevalencia en la Región y para lograr un estado nutricional óptimo en toda la población, se ha propuesto fortalecer las unidades técnicas de nutrición en las estructuras de salud, sobre la base siguiente: a nivel central en el 100% de los países, y en el nivel intermedio de los servicios descentralizados de salud, en el 60% de los países. Para alcanzar este objetivo se debe poner en marcha un programa dinámico de formación y capacitación en nutrición de personal de salud, tanto general, como especializado (médicos, nutricionistas-dietistas), y así se incrementará en un 70%, como promedio, el personal debidamente adiestrado en la materia.

Será necesario, también, que las normas técnicas de alimentación y nutrición se incorporen a los servicios de salud en todos los niveles y en especial como parte de los programas de salud materno-infantil, para lograr una cobertura eficaz de los programas de vigilancia y monitorización nutricional; alimentación suplementaria a los grupos más vulnerables; y acciones educativas amplias con énfasis en la alimentación del niño, la nutrición de la madre y otros grupos de la población (1).

ESTRATEGIAS ALIMENTARIO-NUTRICIONALES

El mejoramiento efectivo del estado nutricional de la población no se puede considerar en forma aislada del desarrollo económico y social, y mucho menos, sin que se logre una distribución más equitativa del producto social. Por lo tanto, la nutrición de la población debe ser un objetivo prioritario del proceso de planificación del desarrollo, el cual debe incluir una serie de políticas y programas sectoriales, armonizados de tal manera, que contribuyan a la formulación y ejecución de una política multisectorial de alimentación y nutrición de alcance nacional (2, 3).

Dentro de este enfoque intersectorial, las actividades que se realicen directamente con la población para promover la mejora de su estado nutricional y prevenir y curar la desnutrición, debe ser una de las responsabilidades más importantes del sector salud. Sin embargo, los servicios de salud se han enfocado tradicionalmente al tratamiento de la desnutrición, y en menor medida a la realización de actividades de tipo promocional o preventivo. Estos esfuerzos no han logrado todo el impacto esperado, precisamente por la limitación del enfoque exclusivamente curativo, dada la multicausalidad de los problemas nutricionales y la cobertura limitada que generalmente tienen los servicios de salud (4).

El consenso que existe sobre la poca efectividad de los servicios y los resultados obtenidos, no solamente en relación a la nutrición, sino, también, a la salud en general, a través de los sistemas tradicionales de prestación de servicios de salud, particularmente en los países en desarrollo, llevó a la adopción de la estrategia de atención primaria de salud, tal como se formuló en la declaración de Alma-Ata (5), la cual se aplica con voluntad política, continuidad y universalidad, podrá ser el instrumento definitivo para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000".

La aplicación de la estrategia de atención primaria de salud, en lo que al incremento de cobertura y accesibilidad a los servicios se refiere, facilita la realización de actividades de alimentación y nutrición en forma más efectiva; permite que las acciones alcancen a un mayor número de personas y, al mismo tiempo, logra que la población acceda a la atención médica, con oportunidad. Si a esto se agrega que la mayoría de las acciones en nutrición deben realizarse en los propios hogares y comunidades, donde buen número de los problemas de alimentación y nutrición se originan, la relevancia de estas acciones para mejorar la situación se hace evidente.

El contacto directo de la familia con el trabajador comunitario de salud, durante las visitas a los hogares —siguiendo el concepto de ampliar la

dades de atención primaria reciban todo el apoyo que requieran, tales como: entrenamiento de los trabajadores comunitarios de salud y supervisión técnica; provisión de equipos y materiales; obtención, procesamiento y utilización de información para la acción; desarrollo de criterios normativos; y establecimiento de sistemas de referencia, adecuada- mente articulados y funcionales.

Como es de esperarse, existe gran variación de país a país en cuanto al tipo de trabajador comunitario de salud que se requiere, su selección, educación básica, edad, reconocimiento dentro del sistema de salud, nivel educativo, actividades y tareas que él o ella deban realizar, etc. Por consiguiente, no sorprende la variabilidad considerable en cuanto al tiempo que se dedica para su capacitación, las calificaciones de los responsables del adiestramiento, los métodos que se utilizan y el énfasis que se da a cada una de las actividades y tareas que se espera deban cumplir.

En general, el entrenamiento del trabajador de salud es realizado, la mayoría de las veces, por personal que no ha tenido experiencia previa en docencia, tales como médicos en hospitales o en centros de salud, enfermeras o auxiliares de enfermería. Esto determina que el entrenamiento tenga una orientación de tipo curativo, no dándole suficiente importancia a las actividades de tipo promocional y preventivo. Aún más, poco énfasis se da al hecho de que el trabajador comunitario de salud desenvuelva su actividad fundamentalmente en este campo y que por tanto, no es suficiente darle solamente conocimientos técnicos sobre una determinada materia, sino crearle conciencia sobre los problemas, estimular un deseo positivo para el cambio de actitudes y prácticas sobre los problemas y su posible corrección.

Teniendo en cuenta estos puntos, la OPS ha producido una guía para la capacitación en nutrición de trabajadores comunitarios de salud (6), dirigida, tanto a los capacitadores, como al propio trabajador durante su entrenamiento y, luego como libro de referencia una vez que su entrenamiento se haya completado y esté en el trabajo directo con la comunidad. Otro uso importante de esta guía es como instrumento para la realización efectiva de la supervisión técnica y para la educación permanente de todo el personal.

Las diferentes situaciones que se presentan respecto al rol y entrenamiento de los trabajadores comunitarios de salud, y la experiencia local de salud deben adaptarse para que las activi-

dad, elemento central del enfoque de atención primaria de salud, tiene especial importancia cuando se abordan los problemas relacionados con la disponibilidad de alimentos. La comunidad organizada puede tomar las medidas necesarias para incrementar la producción y la disponibilidad de alimentos, así como buscar la asistencia técnica, material o financiera, que sea necesaria de los otros sectores, tales como: agricultura, bienestar social, cooperativas, etc.

Además, la activa participación de la comunidad, elemento central del enfoque de atención primaria de salud, tiene especial importancia cuando se abordan los problemas relacionados con la disponibilidad de alimentos. La comunidad organizada puede tomar las medidas necesarias para incrementar la producción y la disponibilidad de alimentos, así como buscar la asistencia técnica, material o financiera, que sea necesaria de los otros sectores, tales como: agricultura, bienestar social, cooperativas, etc.

Otro factor importante que puede contribuir al desarrollo efectivo de las actividades de nutrición en la atención primaria de salud, es que esta estrategia favorece el ataque simultáneo de las enfermedades infecciosas, con las cuales la nutrición está comúnmente asociada, mediante un mejor aprovisionamiento de agua potable, mejoramiento del saneamiento básico, inmunización contra las enfermedades infecciosas más frecuentes y el control de endemias locales de mayor prevalencia.

El impacto de las actividades de alimentación y nutrición, a través de la atención primaria de salud, puede potencializarse mejorando la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud, fundamentalmente con el desarrollo de los SILOS y estos unidos al desarrollo de actividades de tipo preventivo y promocional que sean relevantes a los problemas existentes: control de enfermedades infecciosas, prestación de servicios a madres y niños (incluyendo la planificación familiar), e incorporación efectiva de la propia comunidad en la solución de sus problemas.

SISTEMAS DE APOYO PARA LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION

Por definición, la atención primaria depende fundamentalmente, del autocuidado de la salud, tanto a nivel del individuo, como en la propia comunidad. Sin embargo, se reconoce también que los diferentes niveles de atención del sistema local de salud deben adaptarse para que las activi-

acumulada en varios países, permiten afirmar que existen ciertos principios generales que son aplicables al contenido de alimentación y nutrición:

- a) El proceso de enseñanza-aprendizaje debe focalizarse solamente a un conjunto de pocas actividades, que comprendan tareas muy bien definidas, con objetivos que sean relevantes para la corrección de los problemas de alimentación y nutrición de la comunidad.
- b) El trabajador comunitario de salud debe capacitarse para trabajar principalmente a nivel de la familia a fin de que conozca:

- Como identificar las prácticas de alimentación que deben promoverse y protegerse.
- Identificar aquellas prácticas de alimentación que son erróneas, por qué se producen y qué debe hacerse para corregirlas.
- Motivar a las madres y a otros miembros de la familia para introducir cambios positivos en la alimentación del niño.
- Evaluar las condiciones nutricionales de los niños e identificar aquellos en mayor riesgo o quienes actualmente sufren de desnutrición energética-proteica y qué hacer para corregir los problemas.

c) El trabajador comunitario de salud debe capacitarse para trabajar con la comunidad, como conocer los problemas de alimentación y nutrición, cómo ayudar a resolverlos y cómo utilizar al máximo las posibilidades de trabajo coordinado con otros sectores: educación, agricultura, etc.

Los cambios en actitudes, habilidades, conocimiento y prácticas que son necesarios para mejorar la prestación de servicios de nutrición, e incrementar la efectividad global dentro de los niveles de referencia del sistema local de salud, están íntimamente ligados a cambios profundos en la formación académica de los profesionales de la salud y la reorientación general que debe darse a la formación de este personal a nivel profesional e intermedio.

Básicamente, estos cambios deben enfatizar lo preventivo sobre lo curativo, la comunidad sobre el individuo, en los aspectos relacionados con la atención de salud. Uno de los principales obstáculos en varios países, permiten afirmar que existen ciertos principios generales que son aplicables al contenido de alimentación y nutrición:

De las actividades de nutrición que deben realizarse dentro de los SILOS, la que requiere mayor apoyo del sistema de referencia es la del tratamiento de la desnutrición energética-proteica severa. Generalmente en los países el tratamiento hospitalario de este tipo de desnutrición ha demostrado ser costoso y poco efectivo. Sin embargo, la desnutrición energética-proteica es una enfermedad, continúa requiriendo otras medidas, aun cuando los programas de promoción de salud y nutrición, previenen la desnutrición y tratarla en los niveles primarios del sistema local de salud, se convierten en una realidad operativa con más eficiencia.

La OMS se ha interesado en mejorar el tratamiento de la desnutrición energética-proteica severa. Generalmente en los países el tratamiento hospitalario de este tipo de desnutrición ha demostrado ser costoso y poco efectivo. Sin embargo, la desnutrición energética-proteica es una enfermedad, continúa requiriendo otras medidas, aun cuando los programas de promoción de salud y nutrición, previenen la desnutrición y tratarla en los niveles primarios del sistema local de salud, se convierten en una realidad operativa con más eficiencia.

UNIDADES TÉCNICAS DE NUTRICION EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

La unidad de nutrición tiene como propósito fundamental lograr la incorporación de las actividades de alimentación y nutrición dentro del programa de salud pública en los niveles central, intermedio y local. Específicamente, como recurso técnico del nivel central de salud pública, debe contribuir a tomar decisiones sobre las opciones técnicas que se plantean para alcanzar los objetivos del programa de nutrición, es decir controlar las deficiencias nutricionales más prevalentes y lograr el estado nutricional óptimo de toda la población.

Funciones

La unidad de nutrición tiene la responsabilidad de planificar, coordinar, supervisar y evaluar el programa de alimentación y nutrición dentro del sector. Asimismo, debe orientar, asesorar y promover la formulación de políticas y planes nacionales de alimentación y nutrición, y su ejecución intersectorial. Más específicamente, la unidad técnica de nutrición, en estrecha coordinación con las de salud materno-infantil, atención médica, control de enfermedades transmisibles, estadísticas vitales y con otras unidades, cumple las siguientes funciones:

a) Diagnóstico y vigilancia del estado nutricional

Diseño de sistemas simplificados para la recolección, análisis, interpretación y difusión de datos sobre la situación alimentaria y el estado nutricional de la población y sus tendencias. Este sistema de vigilancia nutricional incluye, entre otros, indicadores antropométricos, clínicos, bioquímicos y alimentarios, recolectados por los servicios locales de salud, o bien mediante muestreo estadístico periódico proveniente de otras fuentes de información.

b) Establecimiento de normas

● Diseño de curvas y adopción de patrones de crecimiento y desarrollo de aplicación nacional, como parte de las historias clínicas de atención materno-infantil.

nimiento hospitalario de la desnutrición y ha producido guías para el tratamiento y manejo de la desnutrición energético-proteica severa, que ya se han probado en hospitales de varios países en desarrollo (7). En este contexto el mejoramiento de la atención del niño desnutrido severo, en hospitales y otros servicios de salud de los SILOS, especialmente en lo que se refiere a los aspectos dietéticos, puede producir un impacto favorable en la formación de médicos y la capacitación de otro personal de salud.

En muchos países la influencia de las unidades técnicas de nutrición no es muy significativa, ya que tienen limitaciones en cuanto a personal técnico, falta de funciones y responsabilidades bien definidas y poca participación en el proceso de decisiones del nivel técnico. Por lo tanto, existe necesidad de fortalecer las unidades técnicas de nutrición en el nivel central intermedio y local, si se quiere que el componente de alimentación y nutrición en la atención primaria de salud realmente tenga relevancia operativa.

Las unidades de nutrición en el nivel central deben estar en posición de establecer normas y formular guías para la ejecución de actividades y tareas en los SILOS, incluyendo la supervisión que deben recibir. Deben, asimismo, tener capacidad para dar asistencia técnica en el diseño del sistema de recolección de datos y su interpretación (antropometría, estado nutricional, hábitos dietéticos, disponibilidad de alimentos, etc.), dentro de un concepto amplio de vigilancia alimentaria y nutricional para la acción, lo mismo que para el monitoreo y evaluación del componente nutricional y su impacto en los niveles de salud. Igualmente, se requiere la participación de la unidad técnica de nutrición en el diseño del programa de estudios y en la elaboración del material necesario para la capacitación del trabajador comunitario de salud, sus profesores y facilitadores.

La supervisión técnica en nutrición debe orientarse a necesidades precisas en relación a las actividades y tareas que el trabajador de salud tiene responsabilidad de realizar. Para este propósito, se requieren guías o normas que den amplio detalle sobre cómo deben cumplirse las tareas, contando con el apoyo de la unidad de nutrición. La supervisión del trabajador comunitario de salud debe contribuir a su educación permanente y a la evaluación del cumplimiento de sus funciones.

● Formulación de recomendaciones sobre nutrición diaria destinadas a los diferentes grupos de población.

● Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades nutricionales de mayor prevalencia: desnutrición energético-proteica, anemia por deficiencia de hierro, hipovitaminosis especialmente de tipo A, etc.

● Normas para la fortificación de alimentos como parte de la prevención de carencias específicas: yodación de la sal en la prevención y control del bocio endémico, fortificación del azúcar con vitamina A, etc.

● Normas para el desarrollo de programas de suplementación alimentaria a grupos vulnerables, incluidos los niveles de suplementación, tipo de raciones, criterios para la selección de beneficiarios, indicadores para la evaluación de los resultados, etc.

● Normas sobre educación nutricional y orientación alimentaria del consumidor, especialmente como parte de las actividades de educación para la salud en los servicios locales de salud, escuelas, etc.

● Normas técnico-administrativas para la organización y funcionamiento de servicios de alimentación institucional (hospitales, guarderías, jardines infantiles, centros de rehabilitación nutricional, etc.).

● Normas para la planificación, supervisión y evaluación del programa de nutrición de los servicios de salud.

c) Supervisión y asesoría

Realiza la supervisión directa del personal especializado en nutrición en los diferentes niveles de los SILOS e indirecta, a través de los canales usuales de los servicios de salud (médicos, enfermeras, etc.). Asesora en nutrición a las otras unidades técnicas del Ministerio de Salud, así como a los otros sectores que tienen a su cargo la formulación y ejecución de políticas y planes nacionales de alimentación y nutrición.

Cabe señalar que, dada la multicausalidad del problema, los programas de nutrición y alimentación tienen carácter interdisciplinario. Por lo tanto, los especialistas de la unidad técnica de nutrición del Ministerio de Salud deben contribuir a que los programas constituyan parte integral de las políticas y planes nacionales de alimentación y nutrición. Para ello, y a fin de lograr una interacción efectiva multidisciplinaria, de-

ben prestar servicios de asesoría y consulta a los técnicos de los otros sectores. De esta manera, la unidad técnica de nutrición puede informar y crear motivos de interés a las autoridades gubernamentales de diferentes sectores sobre la importancia de los programas de alimentación y nutrición como parte de los planes nacionales de desarrollo.

Asimismo, la unidad técnica de nutrición debe asesorar a instituciones gubernamentales y privadas sobre los diferentes aspectos de la alimentación y la nutrición, tales como: programas de capacitación de personal no profesional y de educación alimentaria a la comunidad; debe cooperar en la organización de distintos tipos de servicios de alimentación colectiva como cafeterías, comedores escolares y de trabajadores; alimentación suplementaria y raciones especiales para ciertos grupos de la comunidad.

d) Investigación operativa

La unidad técnica de nutrición, ya sea en forma directa o en coordinación con otras unidades del Ministerio de Salud, con otros sectores relacionados y grupos universitarios, debe realizar investigaciones sobre la relación costo/beneficio de las principales actividades nutricionales de los servicios de salud, a fin de mejorar su eficiencia y decidir sobre su expansión o modificación. Este aspecto reviste un interés práctico para el programa y los profesionales de nutrición, ya que les brinda la oportunidad de mantener su interés científico por el desarrollo de esta ciencia y su aplicación a la solución de los problemas prevalentes en el país.

e) Capacitación de personal

La unidad técnica de nutrición debe tener a su cargo la promoción de programas de capacitación en nutrición para todo el personal de los servicios de salud. Conjuntamente con otras unidades técnicas, y en especial con las de desarrollo de recursos humanos, enfermería y salud materno-infantil, debe participar en la planificación y organización de cursos de capacitación en servicio para el personal de salud. Asimismo, debe promover la capacitación y educación permanente del personal profesional de nutrición, mediante talleres y seminarios, o bien estimulando su participación en congresos nacionales e internacionales sobre la materia.

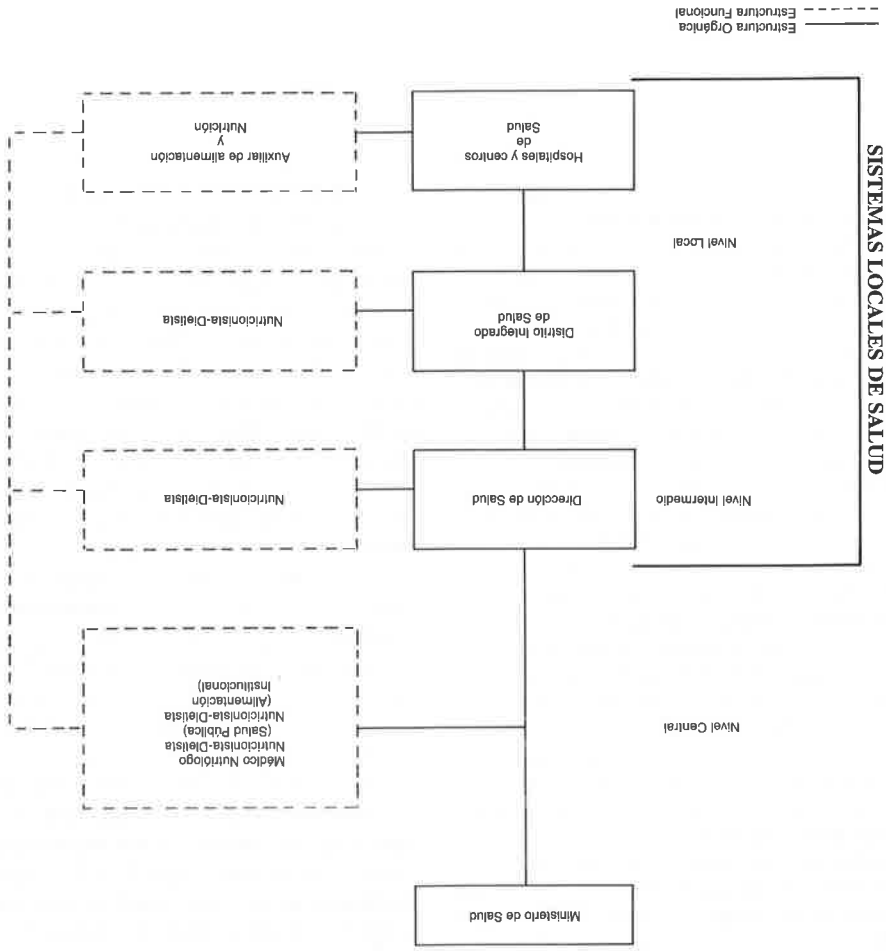
Organización

f) Ejecución de programas específicos

En la Figura 1, se esquematiza la estructura que tienen en general los sistemas locales de salud y se indican las unidades técnicas de nutrición como parte de la organización funcional de los servicios y el personal profesional especializado. Entre ellos se puede citar la coordinación de programas de asistencia técnica, económica o de provisión de alimentos, que están a cargo de organismos multilaterales o bilaterales; el establecimiento de programas de educación en nutrición para todo el país a través de medios de comunicación masiva (radio, televisión, prensa, etc.) y la producción de material audiovisual para los servicios de salud.

Aun cuando la ejecución de los programas de la unidad técnica de nutrición a nivel nacional, existen ciertos aspectos específicos del programa de alimentación y nutrición que deberían realizarse a este nivel. Entre ellos se puede citar la coordinación de programas de asistencia técnica, económica o de provisión de alimentos, que están a cargo de organismos multilaterales o bilaterales; el establecimiento de programas de educación en nutrición para todo el país a través de medios de comunicación masiva (radio, televisión, prensa, etc.) y la producción de material audiovisual para los servicios de salud.

Figura 1. Unidades técnicas de nutrición y sistemas locales de salud.



Las unidades técnicas de nutrición de los Ministerios de Salud deberán fortalecerse a corto plazo, si se aspira a que el componente de alimentación y nutrición de los programas de salud y otros sectores, realmente tengan el impacto esperado para mejorar la disponibilidad y consumo de alimentos en familias pobres y promover un estado nutricional óptimo en toda la población. La descentralización los sistemas locales de salud apunta a solucionar estos problemas.

REFERENCIAS

- (1) Daza, C. H. *Las unidades técnicas de nutrición de los Ministerios de Salud y la extensión de los servicios primarios de salud*. Bol. Of. Sanit. Panam. 82(1): 197-205, 1977.
 - (2) Organización Mundial de la Salud. *Estrategias alimentarias y nutricionales en el desarrollo nacional*. Noveno Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición. Serie de Informes Técnicos, No. 584, Ginebra, 1976.
 - (3) Organización Panamericana de la Salud. *Políticas nacionales de alimentación y nutrición*. Discusiones Técnicas de la III Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Publicación Científica No. 328, Washington, D. C., 1976.
 - (4) Organización Mundial de la Salud. *Funciones del sector salud en materia de alimentación y nutrición*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 667, Ginebra, 1981.
 - (5) Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre, 1978. Ginebra, 1978.
 - (6) Organización Panamericana de la Salud. *Pautas para capacitar en nutrición a trabajadores comunitarios de salud*. Publicación Científica No. 457, Washington, D. C., 1983.
 - (7) World Health Organization. *The treatment and management of severe protein malnutrition*. Geneva, 1981.
 - (8) Mahler, H. *El significado de "Salud para todos en el año 2000"*. Foro de la Salud Mundial 2, 5, 1981.
 - (9) Macedo, C. G. de, y Daza, C. H. *Regional strategies for the improvement of nutrition in the Western Hemisphere*. In: P. L. White and N. Selvey (eds.), *Malnutrition: Determinants and Consequences*. Western Hemisphere Nutrition Congress, VII, Miami Beach, Fla. 7-11 August 1983. Alan R. Liss, Inc., 1984.
- La colaboración intersectorial es más factible de lograrse y de producir resultados concretos en un SILOS. Sin embargo, no es difícil imaginar que si existen acuerdos entre los sectores a nivel nacional, la colaboración se facilitará en la comunidad, en la cual la participación intersectorial será una característica esencial para el éxito de la atención primaria de salud (8).
- Debe agregarse que los Gobiernos de la Región de las Américas, al reconocer que no existe una estrategia sectorial única para resolver los problemas de alimentación y nutrición, han destacado el papel y liderazgo del sector salud en la búsqueda conjunta de soluciones, tanto en forma directa a través de los sistemas locales de salud, como en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y planes intersectoriales de alimentación y nutrición (9).
- La colaboración intersectorial es más factible otros sectores sobre la nutrición.
- La unidad técnica de nutrición debe asumir liderazgo en su papel promotor y asesor del nivel político y gerencial, haciendo notar que el sector salud por sí solo no puede resolver los problemas nutricionales y que, por lo tanto, es indispensable la colaboración intersectorial. Así, la unidad de nutrición debe representar al sector salud en el análisis de los aspectos nutricionales o consecuencias que tienen los planes y programas de otros sectores sobre la nutrición.
- La colaboración intersectorial es más factible de lograrse y de producir resultados concretos en un SILOS. Sin embargo, no es difícil imaginar que si existen acuerdos entre los sectores a nivel nacional, la colaboración se facilitará en la comunidad, en la cual la participación intersectorial será una característica esencial para el éxito de la atención primaria de salud (8).
- Debe agregarse que los Gobiernos de la Región de las Américas, al reconocer que no existe una estrategia sectorial única para resolver los problemas de alimentación y nutrición, han destacado el papel y liderazgo del sector salud en la búsqueda conjunta de soluciones, tanto en forma directa a través de los sistemas locales de salud, como en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y planes intersectoriales de alimentación y nutrición (9).

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LOS PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE DESASTRES Y EMERGENCIAS

Propicio Caldas y José Luis Zeballos

INTRODUCCION

Los problemas de los desastres con frecuencia no son adecuadamente considerados en la organización de los servicios de salud. Durante la reunión sobre el sistema local de salud (SILOS) de grandes ciudades, celebrada en Río de Janeiro en febrero de 1989, se observó esta omisión recomendándose que los SILOS, como propuesta de cambios en la prestación de servicios de salud a la población, deben incluir como prioridad la atención a las emergencias y desastres.

Actualmente, los desastres son la preocupación de toda la comunidad internacional. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una resolución (42/169), designando la década que se iniciará en 1990 como un decenio en el cual la comunidad internacional, bajo los auspicios de las Naciones Unidas, prestará especial atención al incremento de la cooperación internacional en el campo de la reducción de los desastres naturales.

El objetivo de la década es reducir, a través de la acción internacional conjunta, especialmente en los países en desarrollo, la pérdida de vidas, los daños materiales y las perturbaciones sociales y económicas causadas por desastres naturales.

A pesar de que la década establecida por las Naciones Unidas se refiere solamente a los desastres naturales, la preocupación igual o más grande debe también orientarse a los preparativos y prevención de accidentes tecnológicos causados por el hombre, que también afectan a los países en desarrollo.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y DESASTRES

La planificación de la atención a las emergencias a nivel local debe ser parte integrante de los planes nacionales y regionales. El desarrollo

de los desastres pueden causar daños a la salud de la población, desde los más leves hasta los más graves. A nivel de los SILOS, se debe establecer un sistema jerárquico de atención regional para los casos que exceden la capacidad local. Aunque no es posible evitar los desastres naturales, es posible, a través de un sistema de vigilancia y alerta, evitar o reducir sus consecuencias sobre la población. En los casos de los desastres tecnológicos y naturales causados por el hombre (uso inadecuado de la tierra), es posible tomar medidas efectivas de prevención.

Los SILOS deben poseer una capacidad administrativa tal, que permita un apoyo adecuado a la prestación de servicios en relación con el tamaño de la población correspondiente a un área geográfica determinada. En caso de emergencias que exigen soluciones inmediatas en la prestación de servicios, es todavía más evidente la necesidad de una capacidad administrativa adecuada. Uno de los aspectos cruciales en la implementación de SILOS es la capacitación de recursos

humanos. Esa capacitación para emergencias va desde la necesidad de entrenar a la población en la prestación de los primeros socorros, hasta la formación adecuada del personal a nivel superior.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

“Los países de América Latina y del Caribe presentan una situación de salud especial, que lo expresa en la coexistencia de tres momentos epidemiológicos:

- El de las enfermedades infecciosas asociadas con la pobreza, la desnutrición y la precaria higiene ambiental y personal.
- El de las enfermedades degenerativas.
- El de los problemas de salud originados por la exposición ambiental a productos químicos y a otras sustancias tóxicas y debidas a los cambios sociales de las familias, comunidades y ambientes de trabajo” (1).

A estos tres momentos agregaremos las consecuencias de los desastres naturales, frecuentes y a menudo agravados por la acción del hombre contra el medio ambiente.

Cada tipo de desastre tiene su cuadro epidemiológico y sus características patológicas propias. Las diferencias de las consecuencias de los desastres son muy importantes, tanto para la planificación y prevención, como para las operaciones de emergencia. Las estadísticas demuestran que en los terremotos el número de heridos es tres veces superior a los muertos y que en las inundaciones repentinas los muertos (por ahogamiento) sobrepasan el número de heridos.

Aunque toda la población sufra la consecuencia de un desastre, los pobres son los más vulnerables —especialmente las mujeres, los viejos y los niños— ya que la mayoría de las veces habitan viviendas precarias situadas en lugares expuestos a inundaciones o derrumbamientos, tal como la población de las “favelas”. Las condiciones deficientes de viviendas, sin ningún tipo de saneamiento, en lugares expuestos a derrumbamientos se agravan extremadamente con las precipitaciones pluviales y causan graves desastres. No obstante, los brotes de epidemias no deben ser atribuidos directamente a los desastres naturales; las condiciones ambientales preexistentes pueden ser agravadas por el desastre, causando el aumento del número de casos de enfermedades. Los brotes de leptospirosis en las inundaciones de las ciudades de América Latina y del Caribe

de 1988, en varios Estados del Brasil, fueron los resultados del agravamiento de una situación preexistente en esas áreas con deficiencia o falta de saneamiento y gran proliferación de roedores.

La vigilancia epidemiológica que normalmente se realiza, debe ser reforzada inmediatamente después de la ocurrencia de un desastre, por medio de la búsqueda activa de casos, tanto para detectar y tratar a tiempo las enfermedades infecciosas, como para permitir el planeamiento y movilización adecuados de los servicios de salud.

PREPARATIVOS Y PREVENCIÓN

Los preparativos como el componente más importante de los programas de emergencia para casos de desastres deben ser considerados en la programación de los desastres naturales no obstante que los desastres naturales no pueden ser evitados, sus consecuencias sobre la población pueden ser reducidas mediante los preparativos.

Los principales objetivos de la Decada Internacional para la reducción de los desastres naturales se concentran esencialmente en los preparativos y prevención, recomendándose:

- Mejorar la capacidad de cada país para lidiar con eficiencia y rapidez los efectos de los desastres naturales.
- Establecer directivas y estrategias adecuadas para el uso de los conocimientos existentes, teniendo en cuenta las diferencias culturales y económicas.
- Fomentar las actividades científicas y técnicas para mejorar las deficiencias críticas de los conocimientos y para reducir pérdidas de vidas y materiales.
- Diseminar informaciones sobre evaluación, predicción y prevención de los desastres naturales y las consecuencias de sus efectos.
- Elaborar medidas de evaluación, predicción y reducción de las consecuencias de los desastres naturales.

ATENCIÓN A LOS DESASTRES

La estructura de los servicios locales de salud que prestarán servicio en casos de desastres deben considerar las siguientes áreas de acción:

- Atención ambulatoria.

para los servicios de salud del área, especialmente hospitales.
 ● Planes hospitalarios de emergencia para la atención a las víctimas.

Todos estos elementos son indispensables para la asistencia planificada y organizada de un desastre.

Asistencia hospitalaria

La asistencia médica de un gran número de

víctimas necesita una organización institucional capaz de responder de forma oportuna y eficiente de acuerdo a la demanda que cada caso requiere. Los puestos de salud, especialmente los hospitales, deben contar con planes de emergencia que atiendan a las necesidades de una catástrofe, teniendo en cuenta la variedad de los posibles desastres y contingencias. No es suficiente que exista una estructura física y recursos humanos capacitados, si estos no están debidamente organizados para satisfacer a las demandas que de la asistencia médica, dentro o fuera del hospital.

Un desastre interno es una situación de emergencia que puede pasar dentro de un hospital y causar la interrupción de los servicios, afectar la vida y la salud del personal, de los pacientes y visitantes y puede exigir la evacuación masiva. Un desastre interno puede ser producido por varios motivos: incendios, derrumbamientos, explosiones, contaminaciónes, etc. Un desastre externo es una situación de emergencia que ocurre fuera del hospital y puede causar un gran número de víctimas que necesitan asistencia médico-hospitalaria. Para atender adecuadamente a una emergencia de esta naturaleza es necesario movilizar personal, equipo y suministros.

Todos los hospitales deben considerar los riesgos potenciales que existen en la comunidad. Esto incluye riesgos relacionados con el desarrollo industrial, la tecnología, el crecimiento demográfico, los medios de transporte y los desastres naturales. Las medidas de prevención requieren la aplicación de tecnología apropiada y un conjunto de esfuerzos coordinados.

Todas las instituciones hospitalarias deben tener un plan hospitalario para desastres internos y externos. Independientemente de las características físicas de un hospital, de su nivel de complejidad y de sus recursos disponibles, el plan hospitalario de emergencia debe reunir las siguientes características:

- Atención prehospitalaria.
- Atención hospitalaria.
- Salud ambiental.
- Alimentación y nutrición.
- Salud mental.

El nivel de complejidad de los servicios varía de acuerdo a la capacidad de los SIOS. En los sistemas urbanos, los casos de emergencias más sencillos, que no exigen internación en el hospital, deben ser atendidos en servicios ambulatorios.

Asistencia prehospitalaria

El porcentaje significativo de pérdidas de vidas, consecuencias evitables, y agravamiento de las condiciones de las víctimas, son resultados del retraso en la atención, rescate y transporte inadecuado de las víctimas. El conjunto de acciones de rescate, primeros auxilios en el lugar del desastre, "triage" y transporte de los heridos a los centros de tratamiento, constituyen la asistencia prehospitalaria.

Teniendo en cuenta la variedad del grado de las lesiones que puedan sufrir, no todas las víctimas de un desastre exigen tratamiento inmediato. Por lo tanto, es necesario efectuar el "triage" que permitirá considerar las prioridades de atención a las víctimas más graves y a las que sufrirán lesiones. En estos casos la demora en la atención podrá causar la muerte o producir secuelas que se evitarían con acciones oportunas.

También se deben tomar medidas especiales en algunos accidentes causados por el hombre, como casos de contaminación ambiental por productos químicos tóxicos o radiactivos.

Los principios de planificación de la atención prehospitalaria de víctimas en masa son básicamente los mismos para cualquier tipo de desastre e incluye:

- Adecuada respuesta inicial de personal y de equipo.
- Establecimiento de un puesto de comando en el lugar del accidente.
- Instauración de buenas comunicaciones entre los organismos de rescate y de estos con los hospitales.
- "Triage" de las víctimas en el lugar del desastre, en el centro de transporte y en el hospital.
- Transporte coordinado de todos los heridos

- Estar basado en su capacidad operacional.
- Ser funcional y flexible para adaptarse a las situaciones y circunstancias.
- Observar claramente los puestos de comando y autoridad, como también los roles y funciones establecidos, y ser de fácil comprensión.
- Constituir parte de un plan regional de desastres e integrar el plan de la defensa civil.
- Estar constantemente actualizado y el personal familiarizado con la aplicación del plan, a través de entrenamiento y simulaciones.

- Como medidas necesarias, para corregir o reducir los efectos de los desastres sobre el medio ambiente, mencionaremos algunas:
- Aprovisionar agua potable, primero para beber y después para uso doméstico.
- Disponer de los desechos sólidos y líquidos.
- Abastecer y distribuir alimentos en condiciones de higiene.
- Combatir a los vectores y roedores.
- Estimular las condiciones de higiene personal y básicas.
- Descontaminar el ambiente.

Otro problema importante para la salud ambiental son las consecuencias de los desastres causados por sustancias químicas tóxicas. Las emergencias químicas pueden ocurrir en diversas formas:

- Explosión o incendio en una instalación industrial o comercial donde se están produciendo o manipulando sustancias tóxicas.
- Accidentes en almacenes donde se guardan productos químicos en grandes cantidades.
- Uso inadecuado de productos químicos que pueden causar contaminación de alimentos y del medio ambiente.
- Uso inadecuado de agrotóxicos.
- Destino inadecuado de residuos químicos.

Los accidentes químicos pueden ocurrir en cualquier industria y casi en todas las actividades a pesar de los esfuerzos de prevención, particularmente en las industrias o actividades donde se trabaja con productos químicos tóxicos.

El desastre de Bhopal en la India, donde murieron más de 2 500 personas (aproximadamente 50 000 tuvieron lesiones muy graves y 1 50 000 menos graves y con varios grados de lesiones), demuestra la gravedad de un desastre químico.

Alimentación y nutrición

Las poblaciones pobres son las más susceptibles a las consecuencias de los desastres. En general, los estratos paupérrimos de los países en desarrollo son los que más sufren estas consecuencias, debido a las condiciones ambientales, a las condiciones de vida y al precario estado nutricional. Estos casos necesitan una atención especial por medio del socorro alimentario.

Las cuatro formas de distribución de alimentos son las siguientes:

- Se puede definir la salud ambiental como el control de los factores de riesgo del medio ambiente que puedan tener efectos perjudiciales a la salud de la población. Teniendo en cuenta que los desastres exponen al hombre a los peligros causados por el cambio o amenaza de cambio del medio ambiente, las acciones de salud ambiental posterior a los desastres son de fundamental importancia.
- La adopción de las medidas adecuadas a la conservación de las condiciones del medio ambiente permiten reducir o eliminar el riesgo de enfermedad y muertes.
- Entre las consecuencias de un desastre que afectan a la salud ambiental podemos considerar:
 - Daños en el sistema de abastecimiento de agua potable, su carencia o contaminación.
 - Averías en el sistema de colección y eliminación de desechos sólidos y líquidos.
 - Proliferación de vectores y roedores.
 - Contaminación de alimentos.
 - Deterioro o destrucción de viviendas.
 - Contaminación del suelo y del aire.

profesionales de salud en general, especialmente a nivel de atención primaria, y que se les proporcione supervisión y asesoramiento.

REFERENCIAS

(1) Mendes, E.V. *Sistemas Locais de Saude*. OPS, Brasil, 1988.
 (2) Lima, Bruno R. *Atención en Salud Mental para victimas de desastres*. Boletim da OPS, 104 (6).

BIBLIOGRAFIA

Bhopal Tragedy, *UNDR0 News*, nov/diez. 1984.
 Goyet, C. de Ville, Lechat, M.F. y Boucquoy, C. *Medicamentos y otros suministros de socorro en casos de desastre*. Tropical Doctor, outubro de 1976, vol. 6, tradugao da OPS.
 Goyet C., de Ville, Seaman, J. y Geyjer, U. *El manejo de las Emergencias Nutricionales en grandes poblaciones*. Publicacao Cientifica No 444 OPS, Washington D.C.
 Gunn, S. *Sw La gestion medicale dans le secours en cas de catastrophe*. UNDR0 News, nov/diez. 1987.
 Lechat, M.F. *Atención médica y desastres naturales*. UNDR0 News, setembro 1980.
 Organización Mundial de la Salud. *The European Regional Programme on Chemical Safety*. UNDR0 News, janeiro, 1985.
 Organización Panamericana de la Salud. *Administración Sanitaria de Emergencia con posterioridad a los desastres naturales*. Publicación Científica No. 407, 1981.
 Organización Panamericana de la Salud. *Análisis de la situación del área cubierta por el programa - Serie Desastros de Servicios de Salud*. Organización Panamericana de la Salud. *Organización de los servicios de salud para situaciones de desastres*. Publicación Científica, Washington, D.C., 1982.
 Organización Panamericana de la Salud. *Rol de la Organización Panamericana de la Salud en casos de catástrofes*. Doc. 2673 F.
 Organización Panamericana de la Salud. *Salud Ambiental con posterioridad a los desastres naturales*. Publicación Científica No. 430 Washington, D.C., 1982.
 Organización Panamericana de la Salud. *Vigilancia epidemiológica con posterioridad a los desastres naturales*. Publicación Científica No. 420 Washington, D.C., 1982.
 Trujillo, J.A.F. *Aspectos epidemiológicos para la planificación de la atención en casos de desastres*. Universidad de Antioquia. Ministerio de Salud Pública de Colombia.
 Zeballos, J.L. *Desastres naturales, sus efectos en la salud con énfasis en las enfermedades prevenibles*. OPS, Washington, D.C.

- Distribución de víveres (raciones secas).
- Alimentación masiva con alimentos preparados.
- Alimentación suplementaria para grupos vulnerables (niños y mujeres embarazadas).
- Alimentación terapéutica (recuperación nutricional).

La distribución de víveres se hace mas necesaria debido a la desorganización del sistema de abastecimiento de la población que a las condiciones del preparado de sus alimentos. El preparado de alimentos para un gran número de damnificados exige una estructura adecuada, especialmente si las víctimas son albergadas en lugares diferentes.

Salud mental

Estudios recientes (2) acerca de las consecuencias del desastre causado por la erupción volcánica del Nevado del Ruiz a la población de la ciudad de Armero, Colombia, y del terremoto de marzo de 1977 en el Ecuador, muestran la importancia de las consecuencias de los desastres sobre la salud mental de la población.

Las investigaciones realizadas muestran que 55% de las víctimas estudiadas en los campamentos y 45% procedentes de los centros de atención primaria presentaban trastornos emocionales y que, solamente, 9% de los individuos del primer grupo entrevistados por psiquiatras, no fueron considerados como casos psiquiátricos. Por medio de esta experiencia, el estudio concluyó lo siguiente:

Es evidente, que para cubrir la asistencia en salud mental de la población afectada por un desastre de esta magnitud (Nevado del Ruiz) en los países en desarrollo, es necesario que además de ofrecer asistencia directa a las víctimas, el sector especializado en salud mental realice actividades de capacitación y educación de los

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

F. J. López Antuñano y H. Cárdenas Gutiérrez

INTRODUCCION

El desarrollo de los sistemas locales de salud es un mecanismo para descentralizar la ejecución de proyectos y programas de prevención y control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, aplicando las estrategias de la atención primaria de la salud.

Estas actividades solo podrían ser ejecutadas y evaluadas si se concentran esfuerzos al desarrollo de estructuras y servicios sociales de base con el objeto de mejorar las condiciones de vida de todas las personas y grupos sociales, y si se organizan y fortalecen servicios sociales capaces de prevenir y reparar los daños a la salud.

Para el perfeccionamiento de programas permanentes, eficaces y eficientes de prevención y control de las enfermedades transmisibles habrá que tomar en consideración los siguientes principios:

- La dimensión estructural de la economía de la salud como un estado de bienestar de todas las personas y grupos sociales.
- La trascendencia del origen, dirección, intensidad e impacto de los factores que ponen en riesgo a las personas de perder la vida o su salud, y de las causas que generan malestar, incapacidad, ignorancia, trastornos de comportamiento y pobreza.
- La estructura y funcionalidad del sector salud, su organización y administración y su capital humano y financiero capaz de producir y recuperar la salud de todas las personas y grupos sociales.

EJECUCION DESCENTRALIZADA DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

La preocupación de los gobiernos por intensificar esfuerzos para instrumentar el proceso de descentralización y fortalecerse simultánea y coordinadamente con cuatro procesos fundamen-

tales que generen el conocimiento necesario para elaborar y ejecutar el plan de acción:

- a) El análisis crítico multivariado de las condiciones de vida de la población en un ecosistema y área geográfica determinados.
- b) La estratificación social y epidemiológica de la población y grupos sociales.
- c) La planificación y evaluación de las acciones y servicios de salud.
- d) La concertación, instrumentación y ejecución de programas de prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles.

Análisis crítico multivariado

Es indispensable conocer las características individuales, de grupo y colectivas de todas las personas que integran una sociedad en su espacio y tiempo determinado, en cuanto a su constitución, actitudes, prácticas, estructuras políticas, economía, proyectos de desarrollo social y económico, metas y cambios propuestos en relación a recursos humanos y financieros. El análisis debe comprender la descripción de la oferta, demanda y costos de los servicios, tanto generales a la población y trabajos públicos de interés colectivo, como los dirigidos a las personas.

Deben incluirse en el análisis los servicios de agua, alcantarillado, electricidad, comunicaciones, recolección de desechos sólidos y líquidos, educación, seguridad, defensa y todos aquellos servicios que contribuyan a sustentar el equilibrio social y económico de los grupos sociales y satisfagan sus necesidades colectivas. Asimismo, este proceso incluye un análisis de los modos de producción y sus relaciones, vivienda, movimientos, poblaciones, ingresos/egresos, defunciones/nacimientos, comportamiento de la población, producción de alimentos y distribución, nutrición, hábitos de reproducción, trabajo, reposo y recreación e identificación de factores de riesgo de enfermar o de morir en función de las condiciones de vida y situaciones que favorecen la proliferación de agen-

realizar los reajustes necesarios en las diversas etapas del proceso.

(g) Ejecución de las intervenciones específicas para disminuir o eliminar los factores de riesgo.

(h) Monitoreo, evaluación y ajuste del proceso en todas sus fases.

La sectorización de la población, junto con los criterios estructurales, permite plantear la estrategia social. Para entender la dinámica de la estructura de los estratos y poder profundizar en el análisis, en particular de los procesos de movilización y participación sociales, puede ser de gran utilidad el reconocimiento de los modelos de estratificación social existentes a partir de indicadores básicos y secundarios en situaciones concretas actualizadas.

A continuación se presenta un ejemplo de lo que podría ser la estructura social en un área ecogeográfica, en donde se ha organizado un sistema local de salud con el propósito de re- flexionar sobre cómo se desarrollarían los programas de prevención y control de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

La comunidad cuenta con ciento un mil habitantes, distribuida en cuatro estratos:

Estrato I

Cuatro mil habitantes, encabezados por propietarios y dueños del capital monopólico y financiero—incluye industriales, ganaderos, agricultores, comerciantes y burócratas ejecutivos y sus familias—. La dinámica del sector hegemónico entra en contradicción con las necesidades particulares de otros sectores, en especial con el sector agrario. La diferencia del sector hegemónico es que está determinado no solo por las condiciones locales, sino básicamente por las decisiones de los niveles centrales y su influencia se encuentra en un grupo de alrededor de cuatrocientas familias.

Estrato II

Veintisiete mil quinientas personas. Técnicos y profesionales liberales y sus familiares que ac- tuan por cuenta propia. Tienen dificultades teó- ricas y empíricas de agrupación. Supone la agru- pación de situaciones ocupacionales incluidas en las relaciones de producción; incorpora a los pe- queños propietarios rurales que poseen tierras hasta quince hectáreas y contratan mano de obra; pequeños y medianos comerciantes; medianos ceso e impacto, que permitan medir el progreso y

Estratificación, movilización y participación social

La estratificación epidemiológica en los pro- gramas de control de enfermedades transmi- sibles, tales como el de malaria, es un proceso dinámico y continuo de investigación, diagnósti- co, análisis e interpretación de información, que sirve para categorizar metodológicamente y de manera homogénea áreas geo-ecológicas o gru- pos de población de acuerdo a factores de riesgo de tales enfermedades.

El proceso de estratificación epidemiológica, en el caso de malaria, consta de las siguientes etapas principales:

a) Diagnóstico de la situación de la malaria y de sus tendencias a nivel local para la identifica- ción de áreas prioritarias.

b) Identificación, valoración y jerarquización de los factores de riesgo de enfermar o morir de malaria, o de transmitir la infección, utilizan- do para esto la metodología de la investigación epidemiológica de riesgo dentro del modelo de multicausalidad.

c) Conformación de estratos epidemiológicos de acuerdo con la jerarquía de los factores de riesgo.

d) Selección de las estrategias, tácticas y actividades finales (intervenciones) para la pre- vención, vigilancia y control de la malaria en cada estrato conformado según la presencia y jerarquía de los factores de riesgo.

e) Programación y adecuación de los recursos y de los servicios de salud, para la ejecución de las intervenciones programadas.

f) Determinación del modelo de evaluación identificando los indicadores de estructura, pro- greso e impacto, que permitan medir el progreso y

El conocimiento generado por el análisis de estas manifestaciones se podría canalizar por medio de grupos organizados que movilicen los recursos dentro del sistema, el cual deliberraría sobre las iniciativas y alternativas de la propia comunidad, para que se tomen las decisiones más adecuadas en apoyo del plan general de de- sarrollo, del bienestar individual y colectivo de la población.

industriales y la pequeña burguesía dependiente del capital monopolístico y financiero y sus familias.

Estado III

Dieciocho mil quinientas personas. Obreros industriales, tabajadores textiles, choferes, ferrocarrileros, portuarios, salineros, distribuidores de alimentos, pescadores y sus familias. Representan al sector menor en términos demográficos, pero están organizados.

Estado IV

Cinuenta y un mil personas forman tres grandes grupos que en su dinámica ocupacional tienen continuidad potencial entre sí y comparten del estado III. El 75% de ellos son campesinos, con su parcela individual o colectiva, y jornaleros rurales. Las características del proceso productivo conducen estructuralmente a la venta de la fuerza de trabajo. En el otro 25% se ubica la producción artesanal y agrícola de subsistencia, la cual está determinada por el mercado, pero implementa formas intermedias de producción. Como influye la dinámica de esta estructura de cuatro estratos en la economía del bienestar?

¿Cuáles son los riesgos de enfermar o morir de los habitantes en cada estrato? ¿Cuáles estratos determinan la orientación de los procesos económicos? ¿Cuál es el grado de desarrollo actual y como se planea el desarrollo futuro? ¿Cuáles sectores establecen actualmente su dominio y capacidad de acumulación? ¿La producción agropecuaria o la fabril artesanal, construcción, comercio o turismo? ¿Cuáles son los determinantes que hacen expresar las diferencias en capacidad organizativa, de movilización y participación social? ¿Cómo y en qué sector debe concentrarse el poder económico y político dentro de las verdaderas estructuras de poder para que se organice la producción de la salud o la recuperación de la misma de manera efectiva, eficaz y equitativa para todos los habitantes de los cuatro sectores? ¿Cómo y en qué medida debe descentralizarse el poder económico y político en manos del Gobierno central y la paulatina desmarginalización del poder local?

Las funciones de los cuatro estratos a ser cumplidas por los diferentes sectores tienen que ver con la producción y con el control ideológico y, por tanto, su emergencia, como su importancia, en el proceso y marginalización, estarán

Planificación y evaluación de las acciones de salud

La información obtenida de los procesos anteriores permitirá tomar las siguientes decisiones: ● Elaboración de planes de acción específicos para la solución de problemas prioritarios de

Una vez definidas las prioridades de salud y definidas las causas y riesgos que favorecen la propagación de enfermedades transmisibles, deben analizarse la eficacia de las metodologías y las tecnologías disponibles para la prevención, la vigilancia y el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, la factibilidad de su cobertura, el acceso de la población y sus costos. Con toda esa información generada, de, para y por la comunidad, podrá continuarse al siguiente proceso.

Asimismo, habrá que hacer un inventario físico y funcional (poder resolutivo) de todos aquellos recursos que deben ser utilizados y activados en el proyecto de desarrollo de la economía para el bienestar común, incluyendo no solo la red de servicios de salud locales y de referencia, sino, también, todos aquellos recursos de participación social que den el apoyo político y financiero necesario en cada estrato, por otra.

Para completar el proceso de planificación, la estratificación epidemiológica deberá identificarse y validar indicadores que permitan conocer con precisión la situación de salud, por un lado, y medir adecuadamente las condiciones de vida y los factores de riesgo, dentro de las normas éticas y las regulaciones y bases jurídicas vigentes en cada estrato, por otra.

Si el problema es estructural y no meramente coyuntural, es necesario concentrar la atención en el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas nomico-políticos, puesto que el objetivo central de los sistemas es percibir y establecer las relaciones entre los estratos y las características de la movilización de recursos y de la participación política, económica, social e ideológica, así como sus efectos en el proceso de producción de bienestar con el consiguiente impacto en la situación de salud.

Si el problema es estructural y no meramente coyuntural, es necesario concentrar la atención en el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas nomico-políticos, puesto que el objetivo central de los sistemas es percibir y establecer las relaciones entre los estratos y las características de la movilización de recursos y de la participación política, económica, social e ideológica, así como sus efectos en el proceso de producción de bienestar con el consiguiente impacto en la situación de salud.

Entomología

Las obligaciones de este sub-comité serán las de apoyar y orientar:

1. Las encuestas entomológicas.
2. La recolección e identificación de mosquitos.
3. Los estudios sobre la ecología, biología y control de los mosquitos vectores en sus fases:

- a) alada, y
- b) acuática

4. La evaluación de las medidas de protección personal y colectiva para la reducción del contacto hombre-vectores y la reducción/eliminación de estos.

Investigación epidemiológica

Las obligaciones y responsabilidades de este sub-comité serán las de apoyar y desarrollar un servicio de epidemiología para:

1. Organizar sistemas de vigilancia e información sensibles y prácticos que permitan utilizar la información en la toma de decisiones *in loco*.
2. Identificar los grupos y factores de riesgo e iniciar el proceso de estratificación epidemiológica para la planificación de las inversiones e intervenciones necesarias para la prevención y el control de la malaria y el dengue.
3. Mejorar los medios para el oportuno diagnóstico clínico, parasitológico/virológico e inmunológico de la malaria y el dengue.
4. Realizar estudios sobre la historia natural del parásito/virus, su distribución, circulación y prevalencia.
5. Realizar estudios sobre la respuesta inmune de la población humana afectada por las infecciones maláricas y dengue.
6. Conseguir por todos los medios que el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la malaria sean accesibles al 100% de la población y promover el manejo adecuado de los casos de dengue clásico, síndrome de shock y dengue hemorrágico, y de los casos severos, complicados y resistentes a las drogas.

Educación y publicidad

Las obligaciones de este sub-comité serán:

1. Apoyar la enseñanza y propagar el conocimiento sobre los factores de riesgo de morir o

salud con objetivos, metas, estrategias, tácticas, inversiones e intervenciones claras.

● Asignación de recursos, formación de comités interdisciplinarios e intersectoriales, contratación de esfuerzos, normatización en los SILOS.

● Gerencia y administración, identificación de liderazgo, ejecución, supervisión y evaluación de actividades en los SILOS.

CONCERTACION, INSTRUMENTACION Y EJECUCION DE PROGRAMAS

El reconocimiento de representatividad de la comunidad en una organización genuina y su incorporación en el equipo multisectorial, permite la conformación del equipo local de concertación que tendrá la responsabilidad de formular el plan general de acción del SILOS.

Con el objeto de asegurar el cumplimiento de las funciones y responsabilidades acordadas en el plan de acción, por ejemplo para la prevención y control de la malaria y el dengue, será necesario contar con sub-comités de administración, entomología, investigación epidemiológica, educación y publicidad, ingeniería sanitaria y control de vectores.

Las funciones generales de los sub-comités serán las siguientes:

Administración

Las obligaciones de este sub-comité serán las de apoyar, fomentar y coordinar:

1. La organización de los comités locales y su afiliación a los comités nacionales.
2. La identificación, selección y adopción de medidas de prevención y control de la malaria y el dengue, por las comunidades debidamente informadas para el desarrollo de una auténtica y eficiente participación social.
3. Las encuestas de malaria y dengue, y la demostración de programas de control integrado de vectores en localidades seleccionadas por las propias comunidades afectadas.
4. La identificación, organización y utilización de los recursos propios de las comunidades afectadas, incluyendo todos los servicios de salud de los sectores público y privado.
5. La identificación y movilización de recursos humanos y financieros.

enfermar, las intervenciones indispensables y las medidas de protección personal y colectiva para la eliminación de los factores de riesgo y para el control integrado de los mosquitos vectores.

2. Apoyar la discusión sobre la malaria y el dengue como problemas médicos, sociales y de desarrollo de infraestructuras en focos diversos del sector público (educación, agricultura, minera, economía, salud) y del sector privado (cultura, economía, producción, medicina).

3. Promover pláticas populares sobre malaria y dengue para adultos, en los lugares de trabajo, en reuniones culturales, políticas, religiosas y deportivas; y para niños y jóvenes, en las escuelas, utilizando todos los medios de comunicación individual y colectiva, incluyendo la de masas (cine, teatro, televisión, ferias y espectáculos populares).

4. Interesar a la prensa pública y promover que lleve a cabo campañas publicitarias para la prevención y control de la malaria y el dengue, procurando el apoyo de la comunidad científica, política, económica y popular.

Ingeniería sanitaria y control de vectores

Las obligaciones de este sub-comité deberán ser:

1. Procurar el empleo de ingenieros sanitarios por las comunidades, para la adopción de sistemas de disposición de excretas y desechos sólidos, drenajes de abastecimiento de agua potable e irrigación, y otras medidas de ingeniería sanitaria como la reducción de criaderos de anofelinos y de *aedes*.
 2. Coordinar con otras obras públicas de drenaje, de embalse o represas, para evitar el establecimiento de criaderos de mosquitos.
 3. Identificación, selección, ejecución y evaluación de programas de control integrado de vectores por medios físicos, químicos o biológicos.
- El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud representen una opción factible para implementar los programas de prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles de una manera permanente, con base en la movilización y participación sociales y en el apoyo de las estrategias de descentralización y atención primaria de la salud.

Estadísticas

Las obligaciones de este sub-comité serán:

1. Promover en las localidades y entidades competentes el registro de todos los casos de muerte y enfermedad atribuibles o confirmadas a la malaria o al dengue; así como de preparar los informes correspondientes por localidad, especificando los datos indispensables sobre el enfermo (edad, sexo, ocupación, residencia), los síntomas y signos de la enfermedad, fecha de inicio y duración y tratamiento administrado.
2. Patrocinar los medios y métodos para la recolección, presentación y análisis de los datos.
3. Promover la recolección de datos relacionando con las situaciones sociales, económicas y ecológicas particulares, en que se registra el mayor número de enfermos, su tendencia a aumentar o declinar y la presencia de casos graves, fatales o complicados.
4. Promover, tanto la identificación de factores de riesgo que permitan o incrementen la transmisión, como la identificación de intervenciones y comportamiento de la población o de los mosquitos vectores, que modifiquen o eliminen los factores de riesgo y contribuyan efectivamente en la prevención y el control integrado de la enfermedad.

LOS MEDICAMENTOS EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Rosario D'Alessio

farmacéuticos, como la disponibilidad de los

medicamentos.

La situación económica actual, así como los problemas sociales aún sin resolver, obligan a los países a una racionalización en la asignación de recursos, al establecimiento de prioridades programáticas, a una clasificación de las necesidades y a su respectiva jerarquización. Un ejemplo típico lo constituye el énfasis al medicamento esencial dentro de un programa general de suministro de medicamentos. Por otra parte, esa misma escasez de recursos aleja la posibilidad de garantizar cobertura y accesibilidad de toda la población a los medicamentos, a través de un programa totalmente financiado por el gobierno. De ahí, la necesidad de buscar vías alternas de financiamiento, entre las que se mencionan la seguridad social, la creación de fondos rotatorios, etc.

El factor tecnológico que rodea al programa de medicamentos constituye otro de los aspectos críticos que se deben considerar. Para el sector salud el mayor impacto tecnológico lo constituye el conocimiento de las enfermedades, su prevención y tratamiento, a fin de disminuir la incapacidad y la muerte, en el que juega un papel preponderante el medicamento. La tecnología involucrada en el uso de medicamentos incluye:

- Capacidad de autoabastecimiento y grado de dependencia del sector farmacéutico referida, tanto a la tecnología de producción, como a los insumos primarios, intermedios y finales.
- Calidad de la producción.
- Eficiencia terapéutica.
- Información científica y tecnológica.
- Integración de los sectores público y privado en la producción, mercadeo y distribución.
- Mecanismos para garantizar el control de la calidad en el mercado.
- Forma en que se distribuyen o venden.

● Capacidad para identificar las necesidades y la disponibilidad limitada de recursos, a fin de

Consideraciones sobre los medicamentos

LA REORGANIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS POLITICAS DE MEDICAMENTOS

La complejidad del desarrollo de los servicios de salud se debe fundamentalmente a la relación y dependencia de factores económicos, financieros, técnicos, políticos, sociales y éticos. Los medicamentos no escapan a la influencia de estos factores. De hecho, en lo económico-financiero requieren, entre otros, de bienes de capital, equipos, edificaciones, maquinarias y financiamiento para que funcionen permanentemente los diversos servicios que se relacionan con el medicamento. La disponibilidad y el costo de dichos bienes en el mercado influyen directamente en la operación de los mismos. Su análisis contribuye a definir la calidad de los servicios de salud, mediante el nivel tecnológico y científico aplicado, el desarrollo de programas prioritarios y la restricción o suspensión de aquellos en desahorro. Es una realidad inequívoca que la disponibilidad de medicamentos de calidad garantiza el desarrollo de un indicador de la calidad de los servicios de salud.

Los programas relacionados con el medicamento, también se han visto afectados por la crisis económica de los países de la Región. De hecho, la desigualdad en el acceso del total de la población a los medicamentos, se debe no solo a la falta de accesibilidad a los servicios de salud de un segmento importante de la población, sino también, a los limitados recursos destinados al financiamiento de servicios farmacéuticos. El alza de los precios de los medicamentos y la variación negativa del valor adquisitivo de las monedas en muchos países, son, también, factores importantes que se deben considerar. Asimismo, la crisis económica ha afectado la disponibilidad de divisas en los países, lo cual limita significativamente el desarrollo de los servicios

compatibilizarlos con los requerimientos del país en forma eficiente.

- Formación adecuada del personal involucrado en los servicios farmacéuticos y la comprensión del comportamiento humano, individual y de grupo, ante su estado de salud y el uso adecuado de los medicamentos.

Desde el punto de vista social y ético, es necesario hacer las siguientes observaciones:

- El medicamento es un componente crítico en la prevención y tratamiento de las enfermedades.

- El arsenal terapéutico esta hoy en día constituido, en su mayor parte, por una multiplicidad de productos del mismo tipo, como consecuencia del desarrollo de la industria farmacéutica.

- La información sobre medicamentos que esta frecuentemente al alcance de los prescriptores, sobre todo del médico, es la proporcionada por los fabricantes, la cual enfatiza la comercialización del medicamento, situación que puede distorsionar la prescripción fomentando irracionalidad en la utilización del medicamento.

- La tendencia en consumo y costo de los medicamentos refleja un aumento constante debido al incremento poblacional, urbanismo, alza de los precios, aumento de la expectativa de vida, a las normas de consumo y a la patología de la población, entre otros.

- Los precios de los medicamentos incluyen un alto porcentaje de comercialización y márgenes de ganancias entre distribuidores y fabricantes, lo cual hace cada vez menos asequibles a la población de escasos recursos.

- Los recursos públicos destinados al sector salud y por ende al medicamento, son cada vez menores en términos relativos, por lo que no pueden invertirse en fármacos de dudosa eficacia, duplicativos o inaceptables desde el punto de vista terapéutico.

- La gestión administrativa pública generalmente no garantiza eficiencia en la utilización de los recursos, generando deficiencia en los resultados obtenidos.

- La utilización de los medicamentos no esta siendo evaluada en términos de impacto epidemiológico, control de gasto y de farmacovigilancia, por lo que se desconoce exactamente el grado de racionalidad con que se están utilizando. Aun persisten grandes grupos vulnerables de población sin acceso al medicamento, fundada-

Las políticas de medicamentos en los sistemas locales de salud

Las políticas constituyen la posición del Estado ante asuntos de interés nacional e indican los fines que se persiguen en el área a que se refieren. Es por ello que le corresponde al Estado definir las políticas de medicamentos como parte integrante de las políticas de salud.

Los instrumentos utilizados en el desarrollo de las políticas están representados por las leyes y sus reglamentos, los cuales definen la competencia, autoridad y responsabilidad de las acciones que exigen el desarrollo de las mismas. Para los fines de su vigencia y aplicación legal, estos instrumentos son sometidos a procedimientos establecidos en la legislación de cada país, debiendo ajustarse al sistema político y legal vigente.

Dicho sistema define, además, el grado de autonomía que ostentan las partes constituyentes de la división político-territorial del país, y por ende la potestad que se les atribuye en la definición, desarrollo y control de las políticas. Por tal razón, la transferencia de responsabilidad de definir, instrumentar, desarrollar y vigilar la aplicación de las políticas a los sistemas locales de salud, no puede concebirse de forma distinta a lo establecido en el sistema jurídico, administrativo y legal del país.

Por otra parte, existen factores de consideración en la transferencia a los niveles locales de la potestad de definir las políticas. Entre ellos se destacan la coherencia y uniformidad que deben tener en

El aspecto ético que rodea al medicamento involucra responsabilidad en garantizar disponibilidad, seguridad y eficacia terapéutica de los productos, y en asegurar la accesibilidad de toda la población de acuerdo con los principios de equidad y justicia social que deben caracterizar a las políticas del sector salud.

En consecuencia, se hace evidente que las decisiones en materia de medicamentos deben fundamentarse en su contexto social y ético, y en la búsqueda del máximo y mejor rendimiento de los recursos en ellos invertidos, sin perjuicio de la tecnología y calidad que los servicios de salud requieren.

El concepto del medicamento esencial toda vía no es del todo aceptado por los prescriptores y en consecuencia, tampoco, por los pacientes.

El concepto de problemas de distribución, cimiento y problemas de costo, abastecimiento y problemas de distribución.

términos de ámbito de aplicación referidos a la territorialidad del país, lo cual sería imposible de alcanzar a través de la dispersión de la responsabilidad de determinarlas.

La integridad en la cobertura de todos los aspectos de las áreas a que se refieren las políticas es otro factor que se debe considerar, así como el hecho de que las políticas son el resultado del compromiso y negociación entre los diferentes grupos de interés involucrados. En el caso del medicamento, estas fuerzas están representadas por los sectores financieros, económicos, educativos, de planificación y legales; así como de líderes de profesiones médicas y farmacéuticas, grupos especializados, asociaciones gremiales, agencias reguladoras y, por supuesto, del sector salud, al que le corresponde el liderazgo del proceso, por ser este el sector que utiliza dichas políticas.

Independientemente del modelo organizativo, administrativo y funcional de los servicios de salud, las políticas de medicamentos deben abarcar todos los aspectos que integran la producción, comercialización, prescripción, utilización e investigación. En el área de producción se definen la competencia de elaboración del producto, las normas de seguridad, la técnica farmacéutica y la eficacia terapéutica que deben reunir los productos a objeto de su registro. Asimismo, incluye las regulaciones sobre buenas prácticas de manufactura, el control de la calidad de los insumos primarios, intermediarios y finales, y por último, los procedimientos y competencia para el control que garantiza la calidad del producto en el mercado. Todo ello involucra a los sectores responsables de la producción (público y privado), siendo el sector público el garante de su cumplimiento.

La comercialización cubre los aspectos de costo, precio, canales de distribución y venta de los medicamentos, así como su accesibilidad a la población, la protección a la propiedad intelectual de la producción y la autorización para la importación de los insumos necesarios en función de la capacidad del país para procesar los elementos iniciales, intermediarios y finales requeridos. Incluye, además, lo referente al suministro de medicamentos, la adquisición, almacenamiento, distribución y dispensación, con miras a garantizar la disponibilidad de los productos en toda la geografía nacional.

El área referida a la prescripción establece la competencia y responsabilidad del personal de salud en el ejercicio del acto de seleccionar el medicamento para uso de cada paciente. Específica el tipo de medicamento y circunstancias en las que

trabajadores y profesionales de la salud, diferentes al médico, pueden prescribir. Tal es el caso de quienes, no siendo profesionales de la medicina, pueden ser acreditados para la prescripción de un limitado grupo de medicamentos en función de su competencia (odontólogos), o del nivel de servicios de atención a la salud (enfermeras, trabajadores rurales).

La utilización incluye las regulaciones de actividades inherentes a la promoción de los medicamentos, abarcando los servicios de información y las características, ámbito y calidad de la publicidad sobre los mismos. Igualmente, se hace referencia al uso de productos no procesados industrialmente que son empleados por sectores de la población para el tratamiento o alivio de las enfermedades, como es el caso de los productos naturales, conocidos en muchos países como medicinas tradicionales. Las fórmulas oficiales o extemporáneas preparadas en las oficinas de farmacia, los medicamentos de libre venta o sin receta médica y los que requieren prescripción médica para su venta; dentro de cuyo grupo se establecen categorías de acuerdo al grado de control ejercido sobre su venta y uso, como es el caso de los narcóticos y estupefacientes. Asimismo, se incluye lo relativo a los programas de educación en salud, específica-mente los conceptos básicos del uso de los medicamentos y tratamiento de las enfermedades.

Por último, la investigación debe referir al desarrollo de nuevos medicamentos, nuevas formas farmacéuticas, o nuevas utilidades de fármacos ya existentes; también, al análisis de mercado de los productos, su disponibilidad, accesibilidad y uso, a la obsolescencia, sustitución de fármacos ya registrados, a la vigilancia farmacológica que incluye el control de las reacciones adversas, toxicidad e impacto epidemiológico, y a la evaluación del costo, consumo y gasto en medicamento.

La proliferación de productos en el mercado hace que hoy en día las políticas de medicamentos, fundamentalmente en países con recursos limitados, tengan como componente obligado del suministro, sobre todo del sector público, la selección de aquellos productos que respondan a las necesidades de la población sobre la base del perfil epidemiológico de las enfermedades prevalentes. Se considera parte obligada por razones de racionalización en el uso, capacidad de financiamiento, demanda de la población principalmente de los sectores de menos capacidad adquisitiva, y contención de costos de servicios de salud.

A estos medicamentos se les conoce como esen-

ciales y se definen como "los que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayor parte de la población". (1)

Al analizar los aspectos que deben cubrir las políticas de medicamentos, se observa que los niveles locales no pueden tener por sí solos la capacidad financiera, de infraestructura técnica, nivel de complejidad y de investigación científica, que requiere la producción diversificada; así como, también, la capacidad de autoabastecimiento y de tecnología adecuada para garantizar el control de la calidad de producción y, por consiguiente, de la seguridad del consumidor. Consideraciones particulares merecen las regulaciones sobre prescripción, definición de canales de distribución, educación, utilización, etc., que deben reunir características de uniformidad y coherencia entre los diversos sistemas locales de un mismo país.

Sin embargo, por cuanto las políticas deben definirse fundamentadas en la realidad nacional, les corresponde a los niveles locales suministrar las bases para garantizar que las mismas respondan a las necesidades del país.

Por otra parte, basados en el hecho de que es la participación nacional (sectores, organismos, comunidades...) la que hace realidad su desarrollo, es fundamental que en los niveles locales, con el apoyo de niveles superiores, se coordine, supervise y controle su aplicación y se garantice su cumplimiento.

La participación de los niveles locales puede ejemplificarse en las siguientes actividades:

- Apoyar la instrumentación de las políticas, a través del diseño y aplicación de los procedimientos, de acuerdo a las propias necesidades y factibilidad local.
- Integrar la producción local a las necesidades del país, promoviendo las referidas a los medicamentos esenciales, según las políticas nacionales en ese sentido.
- Coordinar intersectorialmente el desarrollo de las políticas a nivel de la localidad.
- Garantizar la disponibilidad de los medicamentos a toda la población de la localidad, principalmente de los clasificados como esenciales.
- Promover la difusión del conocimiento científico farmacoterapéutico a los dispensadores y usuarios de los servicios de salud, a fin de fomentar el uso racional de los medicamentos, a nivel de la población.
- Colaborar con los organismos nacionales en garantizar la calidad de los medicamentos en el mercado, manteniendo una actitud vigilante sobre los productos.

EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Conceptualización del suministro

El suministro de medicamentos desde el punto de vista administrativo tiene como finalidad garantizar a toda la población la disponibilidad, asequibilidad y uso racional de medicamentos en condiciones óptimas de calidad, seguridad y eficacia. Se concibe como un sistema constituido por etapas secuenciales, interrelacionadas, intra e interdependientes e integradas, que demandan una cuidadosa coordinación y rigurosos controles de calidad y eficiencia. Sin embargo, debido a las consideraciones específicas del mismo medicamento, desde el punto de vista de salud, el suministro de este insumo tiene como finalidad

zar la prescripción y garantizar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

La gestión del suministro en los sistemas locales de salud

A partir de los aspectos básicos de los sistemas locales de salud, se hace necesario analizar su integración en cada uno de los componentes del proceso de suministro, a la luz de la situación actual de los servicios de salud y de las políticas y condiciones particulares que exige el mismo medicamento.

La delimitación geográfica del sistema local permite identificar la población usuaria de los medicamentos. La integración de los servicios de salud, aunque sea referido solo al sector público, contribuye a identificar las necesidades en función del nivel de atención; las relaciones multisectoriales y la coordinación de servicios, permiten optimizar en términos de eficacia y eficiencia fases importantes del proceso.

Por otra parte, la participación comunitaria se considera indispensable en la aceptación y difusión de procesos educativos dirigidos a mejorar el cumplimiento de la farmacoterapia, en reconocer los problemas inherentes a la gestión administrativa y comprender el efecto de los medicamentos sobre la salud. Las necesidades de investigación y capacitación de la fuerza de trabajo son de vital importancia para todos los servicios de atención a la salud y por ende, también, para la gestión del suministro.

La descentralización constituye la característica principal en la gestión del suministro de los servicios de atención a la salud, al igual que el financiamiento del suministro con participación comunitaria (venta del medicamento), dependen más que cualquier otro factor de las decisiones de carácter político, jurídico y administrativo de cada país.

El enfoque de los componentes de la gestión del suministro a nivel de los servicios locales incluye:

Selección: La multiplicidad de productos que conforman hoy día el arsenal terapéutico, su aumento acelerado debido al avance científico y tecnológico, la necesidad de racionalizar, tanto la utilización de los medicamentos, como los

ejercer un efecto esperado en la prevención, curación o alivio de las enfermedades, medidas según las variaciones del perfil epidemiológico de la población.

Las fases componentes del sistema de suministro incluyen:

● **Selección:** Etapa en la cual se definen los medicamentos que conforman el objeto del suministro.

● **Programación:** Proceso que determina las necesidades totales de medicamentos y las compatibiliza con los recursos financieros disponibles, en función de las prioridades de tratamiento de las enfermedades.

● **Adquisición:** Corresponde a los métodos de obtención o de compras de los medicamentos.

● **Almacenamiento:** Se refiere a la fase de preservación y custodia de los medicamentos desde su ingreso efectivo a las instalaciones hasta su salida de las mismas. Durante este proceso generalmente están involucrados diversos almacenes, de acuerdo con los niveles de distribución (centrales, regionales, locales e institucionales).

● **Distribución:** Etapa que corresponde a la movilización de los medicamentos, desde su fuente de abastecimiento (proveedor, productor) hasta su dispensación al usuario (paciente).

● **Control:** Incluye, tanto el control de la calidad de los medicamentos, como el control administrativo del proceso del suministro. El primero pretende garantizar la conservación de la calidad, seguridad y eficacia terapéutica del producto durante el proceso de suministro. El segundo está dirigido a garantizar la ejecución de las actividades y tareas del proceso en forma adecuada, oportuna y eficiente.

● **Evaluación:** Al igual que la fase anterior, comprende aspectos técnicos y aspectos administrativos. El primero corresponde a la utilización de los medicamentos por parte de la población demandante, la identificación del posible impacto epidemiológico y la determinación del consumo, costo y gasto de los medicamentos. La evaluación administrativa, por su parte, esta referida a identificar el grado de eficacia y eficiencia del desarrollo del proceso de suministro.

● **Información:** Comprende la obtención, procesamiento e interpretación de los datos operativos del proceso de suministro, así como los servicios de información de medicamentos. Estos últimos forman parte del proceso educativo dirigido a mejorar la farmacoterapia, racionalmente.

Control: Corresponde, tanto el referido a la conservación de la calidad, seguridad y eficacia del medicamento, como el control como parte del proceso administrativo del suministro. El desarrollo de ambos recaerá en los responsables de ejecutar las actividades propias del proceso mismo, lo que indica que el nivel local e institucional, al estar de por sí involucrado en el proceso, asume de hecho la responsabilidad de las acciones de control de las etapas que se desarrollan en esos niveles. El personal involucrado debe contar con los recursos y autoridad necesaria para tomar decisiones correctivas sobre la marcha de los acontecimientos, en beneficio de la eficacia y eficiencia del proceso.

Evaluación: Intimamente ligado al proceso anterior, le corresponden iguales consideraciones. Sin embargo, esta etapa incluye, también, las evaluaciones referidas al costo, gasto y consumo de los medicamentos; su posible impacto sobre el perfil de las enfermedades; el grado de racionalidad de su utilización y la vigilancia epidemiológica del medicamento. Todas estas actividades corresponden a necesidades de investigación, característica de los sistemas locales de salud. Su desarrollo en el nivel local es el más adecuado para la obtención de resultados específicos del grupo poblacional que conforma el sistema local, lo que permite optimizar la identificación de problemas, selección y aplicación de alternativas de solución más cercanas a su origen. El desarrollo efectivo de este proceso requiere de la capacitación de la fuerza de trabajo, una característica más de los sistemas locales.

Información: Los sistemas de información operativa de los sistemas locales deben, sin excepción, estar compatibilizados con los sistemas nacionales de información e integrados al sistema de información general en salud. Es la amplitud de los datos lo que varía entre ambos niveles, estando directamente relacionada con el grado de descentralización con que se desarrolla cada uno de los componentes del suministro. El sistema debe cubrir los datos necesarios para la toma de decisiones en los niveles locales y aquellos requeridos para iguales fines en los niveles centrales. De relevancia son los métodos de procesamiento de datos que se apliquen, con objeto de cumplir con la finalidad única de su recolección: la transformación del dato en información. Por otra parte, la confiabilidad y oportunidad, que deben reunir los datos debe justificarse el esfuerzo hora/hombre y costo en términos de recursos fi-

incapacidad o muerte, o, en el mejor de los casos, incremento sustancial del costo de atención y descuido institucional. Por tal razón, siempre es recomendable que las instituciones, fundamentalmente las hospitalarias, dispongan de una cuota presupuestaria que les permita solventar este tipo de problema.

Almacenamiento: Considerando la conceptualización de este proceso, la responsabilidad de garantizar la conservación de los insumos y mantener los niveles de existencia necesarios, recae por lógica en el servicio, institución o localidad donde esta ocurre. Obviamente, es necesario que la preservación se mantenga durante todo el proceso del suministro, por lo que está directamente relacionado con el nivel de recepción establecido en las condiciones de compra, así como con los diferentes almacenes en los que permanece los productos hasta que sean distribuidos a los usuarios, siendo necesario establecer controles y conservar las condiciones ambientales requeridas en todos y cada uno de los almacenes involucrados.

Distribución y Dispensación: Al igual que la fase anterior, están relacionadas con las condiciones establecidas en las condiciones de compra. Sin embargo, la distribución a los establecimientos del sistema local, principalmente dirigidos a las áreas rurales, generalmente ocupados desde almacenes regionales o institucionales bajo la responsabilidad de las autoridades locales. En consecuencia, toma relevancia la participación multisectorial y comunitaria, las que en esfuerzo mancomunado de coordinación e integración de recursos contribuyen a una gestión más eficiente y eficaz del proceso.

Igualmente, es necesario considerar que en caso de compras nacionales el proceso puede darse de modo tal que, aunque las adquisiciones sean centralizadas, la entrega se realice en la institución o en el nivel intermedio de la línea de distribución (regional o local).

Por cuanto el proceso finaliza con la entrega del medicamento al paciente, merece especial atención la dispensación del producto, máxime cuando las compras incluyen envases múltiples. En estos casos, el fraccionamiento necesario debe realizarse bajo estrictos controles de calidad y bajo la supervisión de profesionales del área, a fin de asegurar la conservación apropiada de la calidad, seguridad y eficacia terapéutica del medicamento.

sicos empleados en su recolección y procesa-

miento.

En cuanto a la información dirigida a mejorar la racionalidad en la prescripción y uso de los medicamentos, esta se instrumenta a través de los centros de información de medicamentos. A tal efecto, a nivel de los sistemas locales se debe disponer de este servicio de información que de manera apropiada, debe emanar del establecimiento hospitalario de mayor complejidad en el sistema local y ser distribuida a los demás establecimientos de salud, de acuerdo con las necesidades particulares de cada uno. Uno de los instrumentos de mayor impacto en esta materia lo constituyen los formularios terapéuticos por niveles de atención.

La administración del suministro de medicamentos

De acuerdo a lo expuesto en el punto anterior, se desprende que el funcionamiento del sistema de suministro involucra niveles centrales y locales, operando con diversos grados de centralización y descentralización en función de las ventajas que presenten para cada etapa del proceso. Es, precisamente, la coordinación de modalidades operativas lo que obliga a hacer algunas consideraciones sobre el ciclo administrativo del suministro, el cual comprende funciones de planificación, organización, dirección, control y evaluación, desarrolladas por grupos humanos de diversas unidades estructurales de una misma o varias organizaciones, quienes aplicando principios, técnicas y prácticas, buscan alcanzar propósitos comunes.

Durante la *planificación*, primera fase del ciclo administrativo, se definen las estrategias tendientes a garantizar en el futuro un orden de acciones, que permitan alcanzar una imagen objetivo propuesta en un proceso dinámico de renovación de sistemas locales de salud, de la participación responsable de los niveles regionales y locales, conjuntamente con los nacionales en la definición del *qué hacer*, estableciendo los objetivos que guían las actividades; el *cómo* alcanzar esos objetivos, identificando las actividades que se deben desarrollar, su relación y dependencia entre ellas y su importancia sobre el objetivo; el *quién* debe realizar cada actividad por razones de competencia técnica, organizativa y administrativa, y el *cómo* debe ocurrir cada una de ellas.

Un aspecto importante de la planificación del suministro de medicamentos lo constituye su financiación. Los recursos necesarios para ello sobrepasan, en la mayoría de los casos, la capacidad de los organismos públicos en absorber la totalidad de los gastos que demanda la cobertura de atención establecida en la meta salud para todos en el año 2000. Por tal razón, se hace necesario la búsqueda de vías alternativas de financiamiento dentro de la modalidad político-administrativa del país, en la que participan el sector público y el privado, llegando inclusive a la participación de grupos de población de acuerdo a su capacidad de pago, en un proceso compartido y equilibrado de financiamiento.

El objetivo fundamental de un programa de suministro de medicamentos es, como ya se indicó anteriormente, garantizar a toda la población la disponibilidad, seguridad y uso racional de medicamentos en condiciones óptimas de calidad y eficacia. El desarrollo de todas y cada una de las fases o procesos internos del suministro, permite alcanzar ese objetivo. La especificidad de las actividades y tareas que deben desarrollarse en cada fase define las estructuras organizativas y los perfiles profesionales y técnicos que se requirieren. Por último, es la secuencialidad del proceso la que define el momento oportuno de la ejecución de las partes, con objeto de que el mismo se desarrolle sin interrupciones.

Aunque se reconoce que el futuro conlleva el factor imprevisible, que no siempre puede predecirse, la identificación de los factores externos e internos, condicionantes de los distintos niveles de acción, y el estudio del comportamiento en actuaciones pasadas a través de análisis contínuos, permiten asumir hechos futuros posibles y probables, mediante la selección de estrategias a seguir en los distintos niveles, con el fin de reaccionar adecuadamente ante los cambios y evitar acciones incorrectas que desvíen los objetivos que guíen las acciones. Este análisis realizado en los niveles centrales y locales tiene la ventaja de la oportunidad en la solución de los problemas o desviaciones, pues se identifican en el nivel que estos ocurren, y de los beneficios de la participación directa del personal que de hecho desarrolla las acciones que deben ser corregidas.

Un aspecto importante de la planificación del suministro de medicamentos lo constituye su financiación. Los recursos necesarios para ello sobrepasan, en la mayoría de los casos, la capacidad de los organismos públicos en absorber la totalidad de los gastos que demanda la cobertura de atención establecida en la meta salud para todos en el año 2000. Por tal razón, se hace necesario la búsqueda de vías alternativas de financiamiento dentro de la modalidad político-administrativa del país, en la que participan el sector público y el privado, llegando inclusive a la participación de grupos de población de acuerdo a su capacidad de pago, en un proceso compartido y equilibrado de financiamiento.

Uno de los factores que deben ser analizados en el proceso de búsqueda de financiamiento, es la organización administrativa del flujo de los recursos recuperados. Es común, en muchos países de la Región, que los ingresos obtenidos por

del producto, con objeto de hacer efectivo y significativo el financiamiento.

La *organización*, segunda etapa del ciclo administrativo, está dirigida a determinar la estructura organizacional, los recursos y las funciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos que se persiguen. Aunque las estructuras no son estáticas, ni perdurables en el tiempo, establecen una guía para la delegación de la autoridad necesaria para ejercer actividades, tareas y acciones; agrupadas y asignadas adecuadamente a unidades estructurales; tomando en cuenta la relación entre individuos y entre estos y los materiales; armonizando esfuerzos de modo tal que el trabajo fluya equitativamente.

La organización de un programa de suministro de medicamentos requiere del conocimiento de la estructura del sector, del medio que la rodea, de los individuos que la conforman y de los recursos con los que dispone; identificando las relaciones internas, externas y su grado de interdependencia. Ello es debido a que el desempeño correcto de un sistema de suministro, ya sea a nivel nacional, regional, estatal, local o institucional, involucra niveles administrativos y unidades estructurales cuyas funciones sobrepasan la acción del medicamento, abarcando la totalidad de las áreas de la administración de los servicios de salud. Tal es el caso de las fases de adquisición, almacenamiento y distribución.

De igual manera, el sistema de suministro de medicamentos utiliza en algunas fases de su proceso el producto del servicio desarrollado por diversas unidades estructurales, cuya participación en el programa no se visualiza directamente, tales como, planificación y presupuesto, información epidemiológica, estadísticas de salud, etc.; por lo que es importante identificar la relación de dependencia que se establece entre ellos y operar garantizando la funcionalidad del sistema.

Un aspecto relevante de la organización es el perfil ocupacional de los cargos necesarios, para el desarrollo de las actividades asignadas a cada unidad estructural y de los requisitos y habilidades que debe reunir el personal responsable, siendo la idoneidad del recurso humano un factor crítico en la organización de los servicios.

El hacer que las actividades y tareas se cumplan debida y oportunamente, corresponde a la etapa de *dirección* del ciclo administrativo. Durante esta fase entran en consideración factores personales tales como el comportamiento huma-

prestación de servicios públicos de salud (consulta médica, odontológica, venta de medicamentos, pago por días de hospitalización, exámenes de laboratorio clínico, etc.) pasen a formar parte del fisco nacional, con lo cual no se está garantizando que esos recursos se reinviertan en el sector salud y mucho menos en el mismo concepto de servicio.

En las políticas de financiamiento es saludable establecer claramente el destino de los recursos y el proceso administrativo y financiero que lo garantiza. El definir estas normas y procedimientos influye en la disposición del usuario a participar en el proceso. En materia de medicamentos, los recursos obtenidos por su venta deben estar dirigidos a refinar el suministro como primera opción y posteriormente al mejoramiento y ampliación de los servicios de atención. Por otra parte, la comunidad estará más dispuesta a contribuir al financiamiento de los servicios si, efectivamente, dichos recursos se reciban en beneficio de la misma comunidad, con lo que la organización de los servicios de salud en sistemas locales puede constituirse en alternativa organizativa y funcional apropiada.

La búsqueda de financiamiento debe estar precedida de una evaluación del grado de eficacia y eficiencia con que se utilizan los recursos existentes. La necesidad de este análisis en el área de medicamentos es crucial, ya que en este insumo los países, instituciones y organismos invierten grandes cantidades de dinero, y casi nunca los resultados obtenidos guardan relación proporcional con la inversión realizada. En esta área es importante señalar que la disponibilidad por sí sola, de este insumo, no garantiza necesariamente su objetivo final, que es la prevención, recuperación o alivio de las enfermedades; para ello es imprescindible que el producto sea de calidad, eficacia y seguridad garantizada y que la participación sea idónea para cada caso y en el que la oportunidad y cumplimiento del tratamiento, también, juegan un papel decisivo sobre los objetivos finales.

Todos estos factores deben ser entendidos por el personal involucrado en el proceso del suministro y requerir ser evaluados en función del impacto producido sobre el perfil de las enfermedades. El cumplimiento de estas condiciones tiene un costo operacional que debe ser tomado en cuenta al determinar los requerimientos financieros de un sistema integral de suministro y en consecuencia, en la determinación del costo

no individual y en grupo, y la capacidad de liderar en la conducción del equipo de trabajo. Dirigir el desarrollo de un programa de suministro de medicamentos implica asegurarse que las etapas del proceso se cumplan secuencialmente y en forma articulada, siendo de particular importancia el estudio constante de los procedimientos con objeto de determinar en qué forma el trabajo puede ser mejorado, garantizar de que la ejecución de las actividades esté dirigida a los objetivos propuestos y evitar la separación entre la planificación y la evaluación. El objetivo primordial de la función de dirección es hacer que el individuo realice su trabajo de la mejor manera que sea capaz de hacerlo, tomando en cuenta factores, tales como, comunicación, ambiente de trabajo, tecnología necesaria, remuneración, etc.

Esta etapa adquiere relevancia en el suministro de medicamentos, pues en su desarrollo están involucradas diferentes unidades de una misma organización (presupuesto, administración, farmacia, servicios médicos, informática, estadística, adiestramiento) que, además, pueden colaborar a varios organismos (ministerio de salud, seguridad social) y también a diferentes instituciones (hospitales, centros de salud, clínicas rurales, ambulatorios...). Esto significa que la jefatura de cada una de esas unidades no necesariamente guarda relación en línea directa desde el punto de vista jerárquico. En consecuencia, aunque sus funciones pueden estar plenamente identificadas, el desarrollo de sus actividades conlleva el riesgo potencial de efectuarse en forma desarticulada, afectando seriamente el logro de los objetivos del suministro. Lo expuesto conduce a considerar que independientemente de las unidades, organismos e instituciones involucradas, así como del grado de centralización y descentralización con que opere el sistema de suministro de medicamento, siempre será necesario definir la responsabilidad de la conducción general del proceso, a fin de asegurar el logro de sus objetivos finales.

Finalmente, a través del control y de la evaluación, última etapa del proceso administrativo, se puede identificar el progreso de los planes trazados en relación con los objetivos propuestos. Cualquier diferencia entre lo planeado y lo ejecutado, dirigido, tanto a los objetivos de cada fase del proceso, como del sistema en general, será más fácil entenderla y resolverla en la medida que sea identificada tempranamente.

Los tipos de control que demanda el suministro de medicamentos incluyen los referidos al costo, gasto presupuestario, rendimiento del personal involucrado y a la operatividad y calidad del proceso. Por otra parte, el control será tanto más efectivo, cuanto más se tome en consideración no solo lo que ocurre intra e interinstitucionalmente, sino también el referido al ambiente externo o factores condicionantes y limitantes del proceso de suministro, así como al funcionamiento de las otras unidades íntimamente relacionadas con el proceso.

La responsabilidad de las acciones de control es inherente, básicamente, a los responsables del desarrollo de las actividades y tareas que requerirán ser mejoradas, eliminadas o reforzadas en el contexto general del desarrollo del sistema. Este procedimiento permite mediante "los reportes de control" mantener informado al personal directivo, ya que las decisiones deben ser tomadas por niveles superiores.

La variedad de unidades organizativas involucradas en el desarrollo de un sistema de suministro obliga mayormente a establecer mecanismos de control, que permitan la toma de decisión oportuna bajo la coordinación de una unidad gerencial del sistema.

La falta de control estimula funciones al azar, la modificación de normas, metodologías y procesos de forma impulsiva, improvisada y anárquica, así como, la desintegración e innovación de la organización (2).

La evaluación final de un sistema de suministro está dirigida a mediar el impacto en los servicios de salud, en las variaciones del perfil epidemiológico de la población, en el mejoramiento de la calidad de atención y en la eficacia y eficiencia del uso de los recursos en ellos invertidos.

LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL SISTEMA LOCAL

Las instituciones de salud de los sistemas locales

La delimitación geográfica de los sistemas locales de salud facilita la *coordinación, integración y organización* de los servicios de salud ubicados en un área geográfica definida. La primera está dirigida a conformar una red de servi-

tomar en cuenta las farmacias de la localidad. Estos establecimientos pertenecen generalmente al sector privado y fundamentean su razón social en la venta de medicamentos, por lo cual, participan de hecho en la funcionalidad del sistema de servicios de salud, aunque no en su estructura.

El hospital en los SILOS

El papel que le corresponde desempeñar a los hospitales dentro de la organización de los servicios de salud, ha sido ampliamente discutido. Las opiniones han variado desde asignarle al hospital la responsabilidad de ser punto focal de la prestación de servicios de salud, sin establecer los diferentes niveles de atención, hasta la relación con los demás centros de atención del área—hasta la delimitación de sus acciones de salud en relación con los otros centros de atención, en un proceso integrador de todos los servicios de un área geográfica definida.

Históricamente, esta variación de enfoque se basa en el papel que le ha correspondido desarrollar al hospital en la estrategia de prestación de servicios de atención primaria, en lo cual ha influido el énfasis que las políticas de salud tengan hacia ese nivel de atención (4). Hoy en día, con los procesos de reorganización de los servicios de salud, queda definido que el hospital es parte integrante de los sistemas locales y tiene la "responsabilidad de satisfacer la demanda de la población complementada con otros servicios de la red" (5). De hecho, el nuevo modelo de atención a la salud que se pretende con los sistemas locales es la globalidad del enfoque de los problemas, desarrollando acciones integrales en las cuales cada establecimiento de salud tiene definido su grado de participación en el proceso.

Igual consideración merece la influencia que estas instituciones hospitalarias han tenido y continúan ejerciendo en la captación de recursos del sector, lo que es debido, fundamentalmente, a la especialización de los servicios médicos, a la completitud de los servicios de apoyo y a la demanda en el uso de equipos cada vez sofisticados y mano de obra calificada. Por otra parte, los hospitales constituyen un punto focal de la imagen política de los gobiernos, cuya influencia se sobrepone a la del sector salud. Es por ello que la distribución de los recursos dentro del sector salud tiene un componente político que no necesariamente responde al equilibrio y prioridades desde el punto de vista de atención a

ciudad de infraestructura física y de niveles de atención a la salud de la localidad, a fin de establecer relaciones entre las diversas instituciones, evitando duplicaciones y vacíos en su operatividad. Por su parte, la *integración* está referida a los servicios de atención a la salud del individuo, concebido como una unidad biosicosocial, a la familia, a la comunidad y al medio, interrelacionando las acciones de promoción a la salud, la recuperación y la rehabilitación de la enfermedad y la incapacidad.

Por último, *la organización* abarca la adecuación de las estructuras y funciones de los servicios de salud del sistema local, a las necesidades de demanda la población. Para ello, se requiere definir la participación de cada una de las instituciones de apoyo logístico, la coordinación de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, los servicios de información y los procedimientos que garantizan el logro de los objetivos, metas y actividades, que serán definidos según el nivel de servicios de salud que se pretende desarrollar en el área local.

De lo expuesto se desprende que la conformación de los SILOS debe cubrir los diferentes niveles de atención a la salud, para lo cual se incluye desde la atención primaria de los centros de atención de menor complejidad, hasta la atención hospitalaria funcionando como centros de referencia. Este último, tiene un papel relevante en los procesos de integración, coordinación y organización de los sistemas locales, a tal punto que en los casos en que no se disponga de hospitales en el área geográfica local, se recomienda que el centro de referencia sea la institución más accesible desde el punto de vista geográfico, aunque esté ubicada en otro sistema local (3).

En tal sentido, en la organización de un sistema local de salud se identifican diversas categorías de atención ambulatoria (urbana y rural) y de atención hospitalaria (general y especializada). En cada uno de ellos se desarrollan actividades y tareas propias del área farmacéutica que, aunque no siempre cuentan con la presencia activa de un profesional en este campo, ameritan ser analizadas en el contexto general de los servicios de salud. Además de los servicios farmacéuticos que se desarrollan en los establecimientos de salud previamente identificados, la red de servicios debe

la salud. De hecho, en muchos países las instituciones hospitalarias acaparan la mayor parte de los escasos recursos disponibles, lo que en la mayoría de los casos se logra afectando sensiblemente a los centros de atención primaria. Esta situación no solo se observa en relación a los recursos humanos, sino también en materia de logística, siendo el medicamento un ejemplo típico. La preferencia que en muchos sistemas de salud se le otorga a la dotación de medicamentos de los hospitales, generalmente se logra a expensas de los recursos destinados a la dotación de centros de atención primaria y otros centros de atención ambulatoria.

Sin embargo, en el contexto de los SIIOS un factor importante es reconocer que una red de servicios de salud no puede funcionar debidamente si se descuida a cualquiera de sus partes. Ello quiere decir, que todos y cada uno de los servicios de atención (dispensarios, clínicas rurales, centros ambulatorios y hospitales) que conforman la red, requieren equidad y equilibrio en la asignación de recursos para su funcionamiento. Esta distribución debe estar condicionada por la productividad de servicios de los centros de la localidad y estos, a la necesidad de la población; lo cual incluye, también, a los medicamentos. La distribución de los recursos entre las instituciones de la red pasa a ser responsable de la funcionalidad de los mismos.

Obviamente, esta no es tarea fácil, sobre todo cuando los recursos son limitados; sin embargo, la determinación de los costos de los servicios en general—que establecen una contabilidad de costos en las instituciones—y la evaluación de la productividad, son algunas de las estrategias que permiten valorar la eficacia y eficiencia con que se utilizan los recursos con objeto de su redistribución. Otras de las medidas de mayor impacto incluye el desarrollo de una política definida sobre la utilización de los servicios básicos de apoyo al diagnóstico y tratamiento; fundamentada esta, entre otras razones, por el hecho de que el avance tecnológico en el campo de la medicina incide en una mayor demanda de exámenes de laboratorio y radiológicos, que no siempre son justificados, siendo necesario mantener una actitud evaluativa sobre el uso que se hace de estos servicios y organizativas y su funcionamiento a la producción de servicios de apoyo, al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, entre los cuales se encuentran los servicios farmacéuticos, tanto en

La coordinación y organización de los servicios de salud del área geográfica definida por el SIIOS, implica adecuación de las estructuras organizativas y su funcionamiento a la producción de servicios de apoyo, al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, entre los cuales se encuentran los servicios farmacéuticos, tanto en

Los servicios farmacéuticos

Los servicios con su consiguiente programa de mantenimiento, el cual debe alcanzar a la infraestructura física.

Una de las estrategias de mayor impacto para racionalizar los recursos es establecer una firme política de medicamentos esenciales a nivel nacional, a la que pueden adaptarse los sistemas locales de salud y dentro de ellas, las instituciones hospitalarias.

La normatización de los tratamientos básicos de las enfermedades prevalentes, así como la gestión eficiente de un sistema de suministro, contribuye sensiblemente a la racionalización de los recursos, permitiendo una distribución y asignación más justa, en lo que a este concepto de gasto se refiere. Por otra parte, es relevante considerar que la disponibilidad de medicamentos en las instituciones de atención ambulatoria, principalmente los de atención primaria, permiten:

- a) disminuir la demanda de atención ambulatoria en los hospitales referida a la atención primaria, por cuanto el usuario tiende a acudir en busca de estos servicios en establecimientos que le garantizan el suministro de medicamentos; b) favorecer la credibilidad de la población en los servicios públicos de atención a la salud; c) mejorar el estado de salud de la población (si se utilizan debidamente); d) Cubrir las necesidades de este insumo en el mismo nivel donde se presenta la demanda, principalmente en áreas rurales y semiurbanas, evitando el traslado, muchas veces innecesario, de los pacientes hacia los hospitales que, en algunos casos, por razones culturales modifica la actitud del paciente hacia la demanda de servicios. Cuando los problemas de salud son atendidos prontamente, disminuyen las probabilidad de complicaciones del estado patológico con lo cual se disminuyen, también, los costos de los servicios hospitalarios y, de ser el caso, impide la disminución de la productividad laboral del paciente representada en ausencia laboral y/o escolar.

ble utilización inadecuada de los medicamentos. Es de señalar, que el arsenal terapéutico está constituido por sustancias cada vez más potentes que requieren un manejo delicado y estudios individualizados de los pacientes, pues estas sustancias, además de su eficacia terapéutica, son capaces de interactuar con otros medicamentos, con alimentos y con fluidos corporales y producir efectos no deseados en el organismo humano. Asimismo, se hace necesario hacer seguimiento a la terapia medicamentosa de cada paciente, con el objeto de evaluar y detectar las interacciones que estos pueden ocasionar en los análisis clínicos de laboratorio, los que deben ser tomados en cuenta en el estudio del caso, para la decisión clínica respectiva.

Igual consideración merecen los estudios sobre reacciones adversas a los medicamentos, los cuales generalmente pasan inadvertidos para el personal de salud, pues tienden a confundirse con los signos y síntomas propios del estado patológico principal del paciente.

Los aspectos señalados contribuyen a definir en gran parte el papel que el farmacéutico debe tener en el equipo de salud. Mediante el seguimiento de la terapia individual en perfiles farmacoterapéuticos y con el análisis de pruebas clínicas de laboratorio, se pueden proponer ajustes al régimen de dosificación, así como cambios para optimizar y racionalizar el tratamiento.

De gran influencia en este sentido son también los servicios de información de medicamentos, cuya práctica incluye la localización, obtención y análisis de la información científica disponibles sobre el fármaco que se investiga, con objeto de producir una respuesta idónea, confiable y oportuna, atendiendo a la demanda de difusión del conocimiento científico sobre el medicamento. El desarrollo de este servicio en los sistemas locales de salud dirigido desde el hospital de mayor complejidad hacia los demás establecimientos de la red. En tal sentido, se debe crear en el un centro documental que garantice la difusión del material informativo hacia los demás establecimientos y recibir la ayuda técnica necesaria de centros nacionales de información. La necesidad de servicios de información de medicamentos se hace más evidente si se considera que la documentación que frecuentemente está al alcance de los profesionales de la medicina es la proporcionada por los laboratorios fabricantes y que por lo tanto, el enfoque de la información tiene un alto componente publicitario y

los hospitales, como en los centros de atención ambulatoria.

La producción de servicios farmacéuticos hospitalarios debe ser entendida no solo para satisfacer la demanda interna dirigida a los pacientes hospitalizados, sino también para los pacientes de consulta ambulatoria del hospital y los referidos por otros centros, integrando las acciones de atención a la salud en un proceso de referencia y contrarreferencia entre los hospitales y los centros de atención de menor complejidad.

Por otra parte, la función coordinadora del hospital implica igualmente proyectar sus servicios hacia fuera de la institución misma. Esto conlleva al desarrollo de visitas de terreno a los centros de atención de la red local, con lo cual, además de favorecer la utilización racional de los recursos hospitalarios, estimula al personal que presta servicios en los centros de atención primaria y fomenta la credibilidad de los usuarios (comunidad) en ellos. En este orden de ideas, los servicios farmacéuticos hospitalarios también deben coordinarse hacia las instituciones externas coordinadas a través del hospital, principalmente las de atención primaria, pues en ellos no se cuenta con servicios permanentes de profesionales farmacéuticos, por lo que con más razón requieren de la coordinación y supervisión por parte de este profesional.

Los servicios farmacéuticos hospitalarios pretenden alcanzar objetivos específicos dirigidos a mejorar sustancialmente la calidad de los servicios de atención a la salud del paciente. Entre ellos se destaca el promover la racionalidad de la terapia. Los problemas más comunes referidos al medicamento, además de existencias inadecuadas en los hospitales, incluyen sobredosis, subdosis, duréticos y medicamentos múltiples, sobre todo en pacientes hospitalizados, sin valorar la necesidad de cada caso (6).

La ausencia de la evaluación individual en la farmacoterapia del paciente se traduce en la posiz-

comercial. Asimismo, la entrega de muestras médicas que generalmente acompaña la publicación de los fármacos llega a influir en forma casi compulsiva en la prescripción médica, obviando el análisis objetivo y científico que se requiere en la consideración de las alternativas de tratamiento.

Sobre el particular, el farmacéutico puede desempeñar un papel relevante en la centralización de toda muestra médica que debe ser distribuida en el hospital, en la revisión, análisis y evaluación de la literatura que se entrega. La Dirección del hospital por su parte, debe normatizar el acceso de los visitantes médicos en las instalaciones de la institución, así como la utilización del tiempo laboral (consulta) por parte del personal. Estas normas preferentemente deben ser elaboradas por el Comité de Farmacia y Terapéutica y ser aprobadas por la Dirección.

La calidad de la terapia medicamentosa es otro de los campos de acción farmacéutica, la cual en las instituciones hospitalarias toma relevancia, pues es precisamente en estas desde donde se proyectan y difunden esquemas de tratamiento de las enfermedades, y sobre todo porque en el hospital se inicia la utilización de nuevos medicamentos, nuevas indicaciones de productos ya conocidos, así como emmiendas en las dosis.

Estas aplicaciones se difunden entre instituciones hospitalarias públicas y privadas y desde ellas a los centros de atención periférica. Es más, es en los hospitales públicos donde la práctica privada de la medicina desarrolla su etapa de experimentación en este sentido.

Una de las estrategias de mayor impacto para controlar la problemática del medicamento en las instituciones hospitalarias es la creación del comité de farmacia y terapéutica ya citado, cuyas funciones incluyen, entre otras, asesorar sobre prácticas de prescripción, elaborar un formulario terapéutico que normatice el uso de medicamentos, y evaluar en forma continua la utilización racional de los medicamentos y los recursos en ellos invertidos.

Un aspecto importante de la calidad de la terapia es la referida al medicamento en sí. Si bien los productos de uso hospitalario hoy día están representados en su gran mayoría por productos prefabricados por la industria farmacéutica—cuya garantía de la calidad escapa del ámbito hospitalario, pues es responsabilidad de organismos gubernamentales específicos—la actitud vigilante sobre el particular, que debe mantenerse

Los métodos modernos de distribución de medicamentos de las instituciones hospitalarias están referidos al sistema de dosis unitaria, el cual consiste, básicamente, en dispensar los medicamentos en dosis individualizadas de acuerdo con la prescripción del médico para cada paciente, en

La administración eficiente de los recursos económicos destinados a financiar las necesidades de medicamentos de la institución, consiste en un elevado grado de influencia en los costos de atención hospitalaria y en los niveles de inventarios consonos con las necesidades reales de la institución dentro de un sistema de suministro, cuya administración demanda hacer consideraciones de eficacia y eficiencia. El proceso administrativo del suministro, expuesto anteriormente en este documento, se aplica en todas y cada una de sus partes a nivel de cada hospital. Durante el proceso merece especial consideración la distribución interna del medicamento, referida al traslado del producto desde su estada en los almacenes de la institución hasta su aplicación en el cuerpo del paciente hospitalizado.

Los métodos modernos de distribución de medicamentos de las instituciones hospitalarias consisten en dosis individualizadas de acuerdo con la prescripción del médico para cada paciente, en

La administración eficiente de los recursos económicos destinados a financiar las necesidades de medicamentos de la institución, consiste en un elevado grado de influencia en los costos de atención hospitalaria y en los niveles de inventarios consonos con las necesidades reales de la institución dentro de un sistema de suministro, cuya administración demanda hacer consideraciones de eficacia y eficiencia. El proceso administrativo del suministro, expuesto anteriormente en este documento, se aplica en todas y cada una de sus partes a nivel de cada hospital. Durante el proceso merece especial consideración la distribución interna del medicamento, referida al traslado del producto desde su estada en los almacenes de la institución hasta su aplicación en el cuerpo del paciente hospitalizado.

Los métodos modernos de distribución de medicamentos de las instituciones hospitalarias consisten en dosis individualizadas de acuerdo con la prescripción del médico para cada paciente, en

La administración eficiente de los recursos económicos destinados a financiar las necesidades de medicamentos de la institución, consiste en un elevado grado de influencia en los costos de atención hospitalaria y en los niveles de inventarios consonos con las necesidades reales de la institución dentro de un sistema de suministro, cuya administración demanda hacer consideraciones de eficacia y eficiencia. El proceso administrativo del suministro, expuesto anteriormente en este documento, se aplica en todas y cada una de sus partes a nivel de cada hospital. Durante el proceso merece especial consideración la distribución interna del medicamento, referida al traslado del producto desde su estada en los almacenes de la institución hasta su aplicación en el cuerpo del paciente hospitalizado.

Los métodos modernos de distribución de medicamentos de las instituciones hospitalarias consisten en dosis individualizadas de acuerdo con la prescripción del médico para cada paciente, en

En cuanto a la dispensación de medicamentos a pacientes de consulta externa del hospital, es necesario hacer consideraciones comunes a centros de atención ambulatoria en general, los cuales incluyen los siguientes:

- El farmacéutico genera conocimientos e información que deben ser difundidos a través de buenas prácticas de dispensación. Ello involucra asesoramiento sobre el uso apropiado de medicamentos, sus efectos secundarios, adversos y consideraciones que deben ser conocidas por el paciente, con objeto de favorecer el uso adecuado del fármaco.

- La dispensación de medicamentos, a través de estos servicios, generalmente conlleva el fracaso de algunos productos que por razones de economía son adquiridos en envases de uso múltiple. Lamentablemente, estas ventajas económicas de la adquisición de medicamentos no siempre van acompañadas por la capacidad técnica de los centros de atención para garantizar la dispensación en condiciones apropiadas, ni que la entrega del fármaco se realice en envases adecuados, factores que afectan negativamente la calidad del producto. En tal sentido, se deben hacer esfuerzos a nivel de los diferentes establecimientos de salud con objeto de dispensar medicamentos en condiciones óptimas de calidad, por lo que en los sistemas locales debe estudiarse la posibilidad de normatizar y sistematizar el reenvasado de fármacos, para lo cual es imprescindible la participación del farmacéutico.

- Otra de las actividades que involucran directamente al farmacéutico son los estudios de farmacovigilancia en los pacientes que acuden a estos servicios. La utilidad de este tipo de estudio se analiza más adelante, en este mismo documento, sin embargo es importante aclarar desde ya que el hospital constituye el establecimiento más idóneo para desarrollar y coordinar aquellos estudios similares que se realicen en otros establecimientos del área local.
- Entre las actividades educativas del farmacéutico se incluye la difusión de información sobre problemas específicos relacionados con el medicamento a grupos especiales de alto riesgo. Esta función, cuando está dirigida a grupos específicos, pasa a complementarse con actividades de dispensación de los hospitales entendida como "el método de observación dinámica para mantener o restaurar el nivel de salud de determinados niveles directivos, sin el cual poco puede lograrse en este sentido."

envases de administración única y bajo estricto control y supervisión.

El desarrollo de este método requiere hacer consideraciones particulares, principalmente referidas a los costos iniciales, disponibilidad de recursos humanos profesionales relacionados con el número de camas hospitalarias y la capacitación de este personal en el desarrollo del sistema. Asimismo, implica hacer consideraciones sobre las unidades de cuidado del paciente, tales como pabellones quirúrgicos, salas de parto, emergencia, terapia intensiva, etc., que por lo general exigen un tratamiento diferente al que puede aplicarse a las unidades básicas de hospitalización, que incluyen medicina, pediatría, cirugía, obstetricia y demás especialidades médicas, para los cuales el sistema de distribución de medicamentos ha resultado ser el más apropiado.

De hecho, este sistema está siendo utilizado en un número cada vez mayor de hospitales, pues ha demostrado influir positivamente en la calidad de la atención de términos de racionalidad, oportunidad, cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y en la reducción de los costos del tratamiento y de inventario (8, 9, 10).
El fortalecimiento y la ampliación de los aspectos científicos y profesionales de la práctica farmacéutica representa un objetivo más de la farmacia del hospital. Entre las actividades que ello involucra, se encuentran las referidas a la función docente de formación y adiestramiento del personal de salud en el área del medicamento y las de investigación, tanto del área médica (diagnóstico, participación y conducción de investigaciones relacionadas con el medicamento, farmacovigilancia, reacciones adversas, infecciones hospitalarias), los del área farmacéutica (mejoramiento de fórmulas de medicamentos, desarrollo de nuevas dosis y formas de administración), como los del área administrativa (costo y gasto de los servicios hospitalarios y su relación con los del medicamento).

Demás esta señalar que los servicios farmacéuticos, siendo parte integrante de los servicios de atención a la salud, no pueden concebirse en forma independiente, ni paralela a los intereses de la institución de la cual forman parte. Su desarrollo requiere una coordinación e integración entre las diferentes unidades clínicas y administrativas del hospital y sobre todo, se debe contar con la capacitación del personal involucrado, así como con el apoyo de los niveles directivos, sin el cual poco puede lograrse en este sentido.

nado grupo de población sana, presuntamente sana, o enferma, que padecen o están expuestos a determinadas patologías" (11). Este proceso incluye la educación especial de estos grupos de población ante su problema de salud, lo que incluye lo relativo a la terapia específica para cada caso. El proceso educativo tiende a elevar la comprensión del individuo y del grupo sobre los efectos del medicamento en su organismo y la necesidad de cumplir con el tratamiento, a fin de evitar agudizaciones de la enfermedad.

Es necesario aclarar que lo anteriormente expuesto comprende los fines de los servicios farmacéuticos hospitalarios, independientemente de la organización de los servicios en sistemas locales de salud. Sin embargo, por cuanto este proceso reorganizativo conlleva el aumento de la capacidad resolutive en los niveles locales, a fin de atender los problemas de salud en ese mismo nivel, se hace necesario el desarrollo de los servicios farmacéuticos en las instituciones de los SILS, en especial la prestación de atención a la salud con calidad. Por otra parte, la actividad farmacéutica y por ende la integración del profesional farmacéutico en el equipo de salud, debe ser considerada en el contexto socioeconómico y social de la situación actual con visión prospectiva del desarrollo científico y técnico del campo del medicamento y de la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de salud. Este proceso implica que a los servicios tradicionales se le sume la complementación con otros establecimientos de la red local, lo que genera a su vez cambios sustanciales en la cantidad y calidad de los servicios de cuya influencia no escapan los servicios farmacéuticos, sobre todo en lo relativo al suministro de medicamentos. En tal sentido, el sistema local de salud debe tener en forma explícita los recursos y personal necesarios para brindar atención a la salud en los niveles de complejidad de la población. Uno de los aspectos que deben ser analizados en la práctica farmacéutica hospitalaria dentro del contexto de los sistemas locales de salud, es la participación directa en las actividades de coordinación, supervisión y control de los centros ambulatorios adscritos al hospital en el área del medicamento, sobre todo en los sistemas locales cuya modalidad organizativa le asigna al hospital tal la coordinación de la red. En esta actividad merecen especial atención los centros de atención primaria, principalmente cuando estos operan la mayor parte del tiempo a cargo de personal auxiliar, promotores de salud, quienes requieren ser orientados y supervisados en el desempeño de actividades relativas al medicamento.

En tal sentido, la participación del farmacéutico esta dirigida a la asesoría y capacitación del personal de estos centros en todo lo relativo a medicamentos. La preparación del formulario terapéutico para el nivel de atención es uno de los aspectos más relevantes, así como la elaboración del material educativo dirigido a la difusión de información sobre medicamentos a la comunidad usuaria del centro, para la cual se deberá tener muy en cuenta el nivel cultural de la misma. También, la conservación y dispensación de los fármacos son aspectos importantes de supervisión y control. La determinación de niveles de existencia de los fármacos y la distribución institucional constituyen otras áreas de intervención del farmacéutico.

Como ya se indicó anteriormente, la limitación de recursos para el suministro de medicamentos afecta en gran medida a los centros de atención primaria, de modo tal, que en varias ocasiones estos centros solo disponen de fármacos los primeros días que siguen a la recepción, quedando desabastecidos el resto del período que media entre una recepción y otra. En estos casos, la acción fundamental debe estar dirigida a priorizar las necesidades de medicamentos en función de la morbilidad del área de influencia específica de cada centro y fomentar la racionalidad del uso de los recursos presupuestarios destinados a este concepto, con un enfoque de globabilidad del problema en términos de necesidad de los centros de atención de la red local.

El papel del farmacéutico en áreas donde no se dispone de medicamentos, debe incluir la educación del paciente, de la familia y de la comunidad, en preparaciones médicas, uso de productos naturales tradicionales e inducir la demanda de fármacos solo en los casos que clínicamente sean necesarios.

Los establecimientos farmacéuticos de la localidad

Están referidos a las farmacias comerciales privadas y públicas que funcionan en el área local, o a las farmacias comunitarias, las cuales debido a que su misión fundamental es el expendio de

función de problemas de salud del área local, así como para el pronóstico de las necesidades que la comunidad demandará.

Además de lo expuesto, a través de las farmacias de la localidad puede estructurarse una red de difusión de información y material educativo sobre medicamentos. Su divulgación a la comunidad usaria integra a los establecimientos farmacéuticos en los programas de prevención de la farmacodependencia, orientación en la automedicación, entre otros.

La participación del farmacéutico en dispensar información y asesoramiento en caso de intoxicaciones, así como en la prestación de primeros auxilios, son otros de los beneficios potenciales de su integración coordinada por la red.

LA CAPACITACION DEL FARMACEUTICO EN LOS SILOS

El farmacéutico y el equipo de salud

La consolidación de los sistemas locales de salud demanda, por una parte, el desarrollo de estudios y procedimientos dirigidos a obtener una verdadera utilización racional de los recursos humanos y, por la otra, el aumento de su capacidad resolutiva. Procesos estos que han de iniciarse con el mejoramiento de la productividad y capacitación del personal actualmente activo en los servicios, para posteriormente complementarlos con los recursos necesarios tendientes a mejorar la capacidad resolutiva del nivel local. En tal sentido, hay que considerar, principalmente, los factores que más condicionan la *integración y productividad* del individuo, así como sus necesidades de *capacitación*. Entre los primeros se destaca el conocimiento del papel que desempeña la parte de trabajo que el individuo realiza, y que le corresponde realizar sobre los objetivos principales de la organización y del equipo del cual forma parte, lo que estimula la moral, la productividad y el interés del trabajador. En ese orden de ideas, es necesario realizar un análisis de las funciones con objeto de reasignarlas sobre la base del papel que le corresponde a cada miembro del equipo, a lo que necesariamente le precede la definición de ese rol, el cual habrá de fundamentarse en la competencia profesional de cada miembro. Obviamente, uno de los factores de mayor incidencia en este aspecto es la percepción tradicional que la sociedad, el sector salud, otros miembros del equipo—funda-

medicamentos, participan en el proceso de suministro de medicamentos para la población local. Lamentablemente, no en todos los países de la Región estos establecimientos cuentan con profesionales farmacéuticos, situación que esta estrechamente ligada a las disposiciones legales sobre distribución y comercialización del medicamento y reglamentación del ejercicio farmacéutico. Sin embargo, en muchos casos, estos establecimientos son los únicos que cuentan con farmacéuticos en áreas generalmente rurales, o donde los servicios públicos de atención a la salud no cuentan con estos profesionales, por lo que constituyen un recurso de utilidad para la comunidad del área. La integración de estos establecimientos a la coordinación de la red local se puede lograr mediante la transformación del estilo tradicional de la prestación del servicio, dirigiendo sus actividades a la atención de la demanda del público consumidor, a los médicos y a las regulaciones legales. Esta modificación en el enfoque de servicio, solo es posible en aquellos establecimientos que cuentan con farmacéuticos en su planta de personal. Ello no impide que se mantengan regulaciones especiales de control y supervisión, sobre aquellos que no cuentan con personal profesional, por parte de farmacéuticos al servicio del Estado.

La actividad del farmacéutico comunitario en el ejercicio de su profesión no está contrapuesta al carácter comercial de este tipo de establecimiento. Su objetivo fundamental es mejorar la salud pública optimizando los servicios farmacéuticos, siendo uno de los puntos focales el modo de facilitar los hábitos del individuo, la familia y la comunidad hacia el medicamento. Una de las actividades en este sentido es liderar la interpretación y comunicación sobre medicamentos, inducir a los pacientes a leer la literatura que acompaña al fármaco y, sobre todo, asegurar que el paciente interprete y entienda plenamente las instrucciones sobre su tratamiento.

Por otra parte, a través de estas farmacias pueden desarrollarse servicios de seguimiento a la terapia, sobre todo porque el usuario tiende a acudir al mismo establecimiento en busca de medicamentos, situación que en áreas rurales y semiurbanas no constituye obstáculo alguno porque, por lo general, existen pocas farmacias. La participación del farmacéutico comunitario en estudios de farmacovigilancia y en la recolección y registro de datos estadísticos, constituye parte importante de la identificación y reso-

mentalmente médicos y enfermeras y el mismo farmacéutico—tienen sobre el rol que a cada uno de ellos le corresponde desarrollar en el equipo de salud.

Al respecto, es necesario realizar un análisis de las funciones de cada equipo de salud, entre los que se mencionan los niveles hospitalarios y de atención primaria de salud. Los primeros incluyen la definición de las responsabilidades del profesional farmacéutico en las actividades de atención al paciente, seguimiento de la farmacoterapia, preparación de fórmulas, administración del suministro, etc., que fueron ampliamente documentadas en capítulos anteriores, y que reflejan el *deber ser* del papel del farmacéutico en el equipo de atención hospitalaria. De igual manera, se identificarán en líneas generales las actividades que le corresponde desempeñar como miembro del equipo de salud en los niveles de atención primaria, focalizado en la dispensación de los fármacos, educación al paciente, capacitación del personal prestador de servicios de atención primaria, etc.

Otro de los aspectos que debe abarcar el proceso de revisión, análisis y reasignación de funciones y actividades dentro del equipo de salud, es el referido al personal que presta servicios en las unidades de farmacia, específicamente los que competen al farmacéutico y al personal auxiliar. Al respecto, es importante observar que en la misma medida en que los agentes de atención primaria (enfermeras, promotores, etc.) pueden desempeñar actividades de atención a la salud, disminuyendo la participación directa del médico en situaciones en que no se requieran estos servicios profesionales, en el área farmacéutica hospitalaria se presenta una situación similar, en la cual los asistentes y auxiliares de farmacia pueden desarrollar actividades que no exigen la participación directa del farmacéutico.

En tal sentido, se hace necesario identificar las actividades y tareas que deben ser desarrolladas en las unidades de farmacia, clasificarlas y sistematizarlas en orden prioritario a fin de identificar aquellas que no ameritan ser ejecutadas por este profesional. Es común, en muchos hospitales de la Región, que el personal farmacéutico dedique gran parte de su tiempo, y en muchos casos la totalidad de las horas laborales, al desempeño de actividades que por su simplicidad y carácter de rutina pueden ser delegadas a otro personal de menor nivel de capacitación.

Esta reasignación de funciones permite al farmacéutico integrar más activamente en otras labores, tales como las asistenciales dirigidas al análisis de casos individuales de tratamiento, la preparación de material educativo sobre medicina al respecto, es necesario realizar un análisis de las funciones de cada equipo de salud, entre los que se mencionan los niveles hospitalarios y de atención primaria de salud. Los primeros incluyen la definición de las responsabilidades del profesional farmacéutico en las actividades de atención al paciente, seguimiento de la farmacoterapia, preparación de fórmulas, administración del suministro, etc., que fueron ampliamente documentadas en capítulos anteriores, y que reflejan el *deber ser* del papel del farmacéutico en el equipo de atención hospitalaria. De igual manera, se identificarán en líneas generales las actividades que le corresponde desempeñar como miembro del equipo de salud en los niveles de atención primaria, focalizado en la dispensación de los fármacos, educación al paciente, capacitación del personal prestador de servicios de atención primaria, etc.

Otro de los aspectos que debe abarcar el proceso de revisión, análisis y reasignación de funciones y actividades dentro del equipo de salud, es el referido al personal que presta servicios en las unidades de farmacia, específicamente los que competen al farmacéutico y al personal auxiliar. Al respecto, es importante observar que en la misma medida en que los agentes de atención primaria (enfermeras, promotores, etc.) pueden desempeñar actividades de atención a la salud, disminuyendo la participación directa del médico en situaciones en que no se requieran estos servicios profesionales, en el área farmacéutica hospitalaria se presenta una situación similar, en la cual los asistentes y auxiliares de farmacia pueden desarrollar actividades que no exigen la participación directa del farmacéutico.

En cuanto a la remuneración se tienen que considerar dos aspectos importantes; la diferencia que existe entre el sector público y privado y dentro de estos, el trabajo en las áreas urbanas y rurales. Los dos primeros, acaparan la oferta de recursos humanos en términos de sueldos, salarios y otros beneficios laborales. La magnitud de la influencia, se ha demostrado en la frecuencia con que el sector privado capta los recursos humanos en un mercado de oferta de trabajo, cuyos beneficios económicos al sector público le resulta difícil competir.

Un ejemplo de la captación de recursos calificados por parte del sector privado, se observa en

el área de producción farmacéutica de los laboratorios del Estado, en el cual, en la medida que esta mano de obra se capacita, son atraídos por la oferta privada debido a mejores sueldos y demás beneficios económicos.

Por su parte, los incentivos que las áreas urbanas tienen sobre las áreas rurales están relacionados con la complejidad y volumen de trabajo, los cuales contribuyen a determinar el costo de la mano de obra necesaria. En las áreas urbanas se concentran servicios profesionales más completos y sofisticados, de los cuales el sector hospitalario es un buen ejemplo. El énfasis que las actuales políticas de salud les otorgan a los sistemas locales, viene a constituir una alternativa válida en la equidad geográfica de servicios de salud que incluyen los diferentes niveles de atención.

La concentración de farmacéuticos en las áreas urbanas, también está relacionada con el papel que tradicionalmente ha desempeñado este profesional, el cual ha estado enfocado hacia la industria, el control de calidad de los medicamentos y su comercio, con escasa participación en la salud pública, atención primaria y en la terapéutica clínica.

Las normas legales que rigen la actividad profesional, también tienen influencia en la distribución del recurso humano. Mientras que en algunos países de la Región existen disposiciones legales que hacen incompatible el ejercicio profesional en los sectores público y privado en forma paralela, en otros no se dispone de estos instrumentos, o si existen, ellos no prevén normas al respecto.

La ausencia de una reglamentación específica en tal sentido, aunada a los factores remunerativos, hace que el personal que presta servicios en el sector público ejerza su profesión en forma paralela en el sector privado. Esta combinación de actividades, lejos de complementarse entre sí, implica en muchos casos conflicto de intereses en los cuales generalmente el ejercicio privado se beneficia a expensas del sector público.

La capacitación del recurso humano es también un factor de consideración. En los profesionales de la salud y, específicamente en los farmacéuticos, se observa un vacío de coordinación entre las instituciones empleadoras y las formadoras, especialmente en las áreas de salud pública, administración de servicios, atención comunitaria, etc. Ello trae como consecuencia una formación inadecuada del farmacéutico en este campo, existiendo una marcada insuficiencia de

Formación y capacitación

La formación profesional básica esta referida a los estudios universitarios previos a la obtención del título de farmacéutico. Los currícula de los estudios de pregrado en los países de la Región, tradicionalmente han enfatizado los aspectos químicos, farmacológicos, farmacognósticos, analíticos, toxicológicos y tecnológicos en las áreas de medicamento, alimento y cosmético.

La inquietud que hoy día se plantean las casas de estudios es hasta dónde la formación básica del farmacéutico se compagina con la demanda de la práctica profesional actual, ya que esta requiere del dominio de conocimientos, habilidades y destrezas que, además de las áreas tradicionales, corresponden al campo de las ciencias de clínicas, administrativas y sociales.

Los cambios de servicios de atención a la salud afectan inevitablemente a la profesión farmacéutica demandando una orientación hacia el paciente y la comunidad. El papel que le corresponde desempeñar al farmacéutico en áreas clínicas y terapéutica, en la gestión administrativa de los servicios de salud y en su relación con la comunidad, son algunas de las bases en que se fundamenta la necesidad de revisar y adaptar los currícula de estudios.

Por otra parte, la revisión de los currícula debe incluir consideraciones sobre el componente de la práctica que durante el proceso enseñanza-aprendizaje debe corresponder a las nuevas áreas de enfoque. Este planteamiento obedece a la necesidad de compatibilizar la teoría académica con el ejercicio profesional, es decir, la integración docente-asistencial, a fin de asegurar la comprensión del conocimiento científico y el desarrollo de habilidades y destrezas en su aplicación y adaptación a una realidad de circunstancias variables. De este modo, se estará llenando el vacío que muchas veces existe entre los estudios

de formación y el ejercicio de la práctica profesional. Otro aspecto importante es la educación conjunta, mediante la cual el farmacéutico se mantiene al día con los avances científicos, tecnológicos, clínicos y administrativos específicos, principalmente en su área de trabajo. Este proceso incluye dos aspectos: el primero es la autodidacticia que debe imponerse el farmacéutico en la lectura de revistas científicas especializadas en su campo de acción y en la participación en eventos científicos. El segundo aspecto es la oportunidad de elegibilidad que se debe ofrecer a los profesionales farmacéuticos para participar en cursos, seminarios, talleres, etc., que constituyen actividades de enseñanza-aprendizaje.

En el desarrollo de la capacitación de la fuerza de trabajo es importante considerar la vocación profesional del individuo. El obtener el título universitario no garantiza *per se* una práctica idónea de la profesión en todas sus áreas, ni en cualquier circunstancia. Para ello se requiere someterse a procesos educativos específicos de los campos del ejercicio profesional, que aunque no siempre alcanzan niveles de especialización, maestría o doctorado, en todos los casos exige una disposición del individuo a someterse a procesos de aprendizaje que obviamente tienen relación de dependencia con la vocación profesional. El ejercicio farmacéutico en el campo hospitalario, comunitario y administrativo, son algunas de las áreas que constituyen parte importante de la actividad farmacéutica del sector público y cuyo desempeño requiere de períodos de capacitación específicos.

Asimismo, debe tomarse en cuenta que los procesos de reorganización de los sistemas de salud y, con el objeto de que estos puedan contribuir, la capacitación del recurso humano debe estar reorientada sobre la base de las actividades que han de realizarse a nivel de los servicios locales. La educación del personal de salud debe responder a un proceso continuo y multidisciplinario enfocado hacia los problemas reales de trabajo, cuyo análisis y estudio de alternativas debe servir de punto central al proceso de enseñanza-aprendizaje.

Dentro de la política de organización de los SILOS, la formación de recursos humanos con el enfoque señalado, pone énfasis en la fuerza de trabajo existente en las estructuras del sector, e incluye al personal de todo nivel, profesional, técnico y de apoyo (3). En tal sentido, los programas que se requiere

La participación comunitaria está dada por la interacción de la población con los servicios de

Definición y alcance

LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LOS SILOS Y LOS MEDICAMENTOS

desarrollar para capacitar a los recursos humanos en servicios, deben responder al esfuerzo conjunto de los organismos prestadores de salud y las instituciones educativas respectivas. De acuerdo a lo expuesto, se deben diseñar, desarrollar y evaluar actividades educativas del área hospitalaria, clínica, farmacéutica, gerencial y administrativa, tanto del sumministro, como de servicios de salud, pública y farmacia comunitaria. Así, como aquellas dirigidas a optimizar las prácticas de dispensación y de manufactura, esta última con énfasis en los laboratorios gubernamentales de producción, y de las áreas de comunicación e investigación, fundamentalmente la epidemiológica.

La formación, capacitación y adiestramiento del personal auxiliar en el campo farmacéutico, también deben ser analizadas y evaluadas. Generalmente esta responsabilidad no recae en las universidades sino en facultades formadoras de la profesión farmacéutica. Por el contrario, en la mayoría de los casos, esta responsabilidad recae en instituciones que no guardan relación con las universidades y, en otros casos, no se cuenta con períodos de formación alguno y el personal es acreditado por años de servicios en el área farmacéutica.

La definición del perfil ocupacional de los auxiliares de farmacia, así como de las funciones y actividades, son necesarios para establecer el grado de participación y responsabilidad de este recurso humano en el campo de la salud. Esta necesidad se basa en el hecho de que los auxiliares interactúan con la comunidad usuaria de las farmacias, estableciéndose un medio de comunicación en el que se transmiten mensajes de bre medicamentación, incluyendo en la conducta del paciente en el uso de fármacos. La manipulación de medicamentos y de productos químicos, la participación en la preparación de fórmulas medicamentosas en las oficinas de farmacia y la vigilancia y control sobre estos insumos son factores que también crean la necesidad de definir el papel de este personal en el área de salud y, en consecuencia, de establecer las necesidades de su formación, capacitación y adiestramiento.

salud, contribuyendo al diagnóstico de la situación, búsqueda de soluciones y al control y evaluación de las acciones de salud.

La identificación de los problemas, su proyección y el análisis de las posibles soluciones, en un proceso participativo conjuntamente con la comunidad, permite tener mayor probabilidad de éxito, ya que por una parte aumentará la comprensión de la comunidad hacia sus necesidades y problemas de salud, así como de la necesidad de resolverlos; y por la otra, los servicios podrán definir mejor su respuesta a la demanda de la población en cuanto a calidad, tipo y cobertura deseada, lo que a su vez permite definir en forma apropiada la imagen objetivo que en términos de nivel de salud se quiere alcanzar.

De igual manera, la participación comunitaria está vinculada a mecanismos de control social y evaluación de las acciones de salud en un proceso de responsabilidad definida, dirigida al mejoramiento de los sistemas locales (14).

Las experiencias de la mayoría de los países de la Región sobre participación comunitaria, han enfatizado la planificación y programación participativa, así como la evaluación y la investigación, pero no ocurre así, cuando se trata de la administración de servicios y/o de los recursos. Estos, por múltiples razones, tienden a ser asociados con pérdida de poder, principalmente de los niveles centrales.

De hecho, la participación en los sistemas locales de salud se define como "el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades, y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria" (15).

El proceso de participación se da a través de la organización de grupos representativos de la estructura social de la comunidad. Estos grupos incluyen las organizaciones de acción comunitaria, los medios de comunicación, la representación de las instituciones y los grupos formales y emergentes. Sin embargo, estos grupos pueden no necesariamente representar los intereses de la comunidad en su totalidad, sino de aquellos para los que se ha conformado el grupo. En estos casos, es conveniente que el sector salud motive, instrumentalmente y vehiculice la estructuración de grupos representativos de la comunidad cuyos intereses estén enfocados hacia el sector, los cuales deberán articularse con los anteriormente señalados, para potencializar su efecto.

También se hace necesario reconocer que la comunidad debe ser educada para mejorar su capacidad participativa en el campo de la salud. Esta necesidad no debe constituir un factor limitante, pues todos los participantes, aun el personal de salud, requieren mejorar su capacidad de análisis y decisión en un proceso integrado con la comunidad.

En el área de medicamentos y especificamente en los programas de suministro, la participación comunitaria toma relevancia en la planificación del proceso, durante la cual la comunidad es alertada sobre las dificultades que hay que afrontar para garantizar disponibilidad y accesibilidad de la población a medicamentos de calidad garantizada, al mismo tiempo que se adquiere conocimiento sobre el papel del farmacéutico en los servicios de atención a la salud y en el estado de salud del individuo.

En este proceso se destaca la participación de la población organizada en la distribución de medicamentos hacia los centros de salud, sobre todo en áreas rurales de geografías accidentadas, sin vías de comunicación para vehículos, o hacia centros de salud muy distantes. Esto no excluye la participación potencial de los grupos comunitarios en la distribución, cuando esta se realiza en otras áreas geográficas.

Tal como se expuso anteriormente, la participación de la comunidad en el proceso de organización de los sistemas locales de salud se viene realizando con muchas reservas, sobre todo cuando se refiere a la administración de los servicios. Sin embargo el área de medicamentos puede constituir el primer paso hacia la integración de la comunidad conjuntamente con el personal de administración y manejo de fondo rotatorio una de las modalidades administrativas para el financiamiento de los programas de suministro, principalmente cuando este prevé la venta de los fármacos.

En el campo del medicamento la participación de la comunidad en los servicios de salud, también, está relacionada con la demanda de fármacos y productos medicamentosos. Esta demanda puede ser realizada en forma directa por el usuario, o a través de los servicios de atención a la salud.

En el primer grupo se reconoce que la comunidad, mediante la automedicación participa de he-

cho en acciones inherentes a la salud del individuo y del grupo social al cual pertenece. Ello está directamente relacionado con el cuidado del individuo hacia su estado de salud y la responsabilidad que asume al automedicarse. Con esto no se pretende que todos los medicamentos deben ser controlados y vendidos solo con receta médica. El consumo de fármacos sin receta ha sido asociado con los costos de días laborales del paciente-trabajador, los de la empresa, la visita médica, etc., cuyo análisis pudiera indicar que lo procedente es educar al individuo y a la comunidad a una elección racional y adecuada de medicamento para tratar males menores e identificar oportunamente la necesidad de demandar servicios médicos.

De relevancia en este campo son los hábitos en el uso de productos naturales con fines terapéuticos. El análisis de estas costumbres, en acción compartida entre el personal de salud y la comunidad, facilita la comprensión de los factores que inciden en el individuo hacia el uso de esos productos. Asimismo, permite al personal de salud estudiar y reconocer los posibles beneficios terapéuticos de los productos e identificar las acciones que deben dirigirse a la comunidad para optimizar su utilización.

La demanda de medicamentos a través de los servicios de salud está referida a las solicitudes orientadas por médicos mediante la receta y/o indicación médica del hospitalizado. El papel que le corresponde al farmacéutico en este campo está dirigido fundamentalmente a la educación del paciente y su familia (esto último cuando el caso lo amerite), en el uso adecuado del los medicamentos prescritos. Estas acciones permiten mejorar el nivel educativo de la comunidad sobre medicamentos, y en consecuencia modificar su conducta al respecto.

Se destacan en este caso las acciones dirigidas a grupos de población de alto riesgo y enfermos crónicos, quienes requieren especial atención no solo de los medicamentos que su condición patológica exige, sino también de la demanda que ellos pueden hacer de fármacos sin receta para el alivio de afecciones temporales.

Estas acciones de índole educativa hacia el individuo y grupos especiales, mejora notablemente el nivel de conocimientos de la comunidad sobre los medicamentos, favoreciendo su capacidad de participación en los programas y servicios relacionados con ellos.

En la solicitud de fármacos a través de servi-

Actividades del farmacéutico para la educación de la comunidad

● Participar en las actividades de educación de los padres (madre-padre) en el cuidado de los hijos menores, tanto en sus hogares, como en las instituciones donde el hospitalizado puede ser atendido por sus padres. Las acciones educativas deben contemplar, entre otros aspectos, el cumplimiento de la prescripción, la reconstrucción de medicamentos (SRO, antibióticos), así como la conservación (temperatura, ambiente), su aplicación al paciente (frecuencia, interrupción), y la relación entre el medicamento y los alimentos.

● Desarrollar actividades educativas sobre el uso de medicamentos, sus efectos secundarios, las precauciones, etc., dirigidas a grupos específicos de población afectada por patologías similares (diabéticos, epilepsia, cáncer, enfermedades del corazón...).

● Elaborar material educativo sobre medicamentos dirigido a la comunidad, el cual puede distribuirse en las oficinas de farmacia y centros o puestos de salud. Para la preparación de este material se debe tener muy en cuenta el nivel cultural de la población, lo que determinará el contenido, lenguaje y forma de divulgación del mismo.

● Participar en los programas institucionales de visitas domiciliarias a pacientes cuya patología exige especial cuidado de su medicación.

● Participar en reuniones del personal de salud y la comunidad, asumiendo la responsabilidad de los temas relacionados con medicamentos.

● Mejorar la práctica de dispensación de medicamentos, estableciendo comunicación directa con los pacientes que acuden a las oficinas de farmacia para solicitar fármacos, a fin de dispensar información relevante sobre ellos.

mas, como para la optimización de su funcionamiento.

Asimismo, el desarrollo operativo de los servicios en general y específicamente los del área farmacéutica demandan evaluación continua de su funcionamiento en términos de logro y costo de sus metas y actividades, como componentes importantes del proceso administrativo, a fin de garantizar el avance adecuado hacia el logro de los objetivos finales.

Por otra parte, los servicios de salud deben responder a las necesidades que demanda la imagen objetivo que se pretende alcanzar en el área de su localidad. Imagen que debe ser concebida tomando en cuenta el perfil epidemiológico de las enfermedades y estar en concordancia con los planes nacionales de salud; por lo que las investigaciones descriptivas, analíticas y evaluativas deben realizarse con enfoque prospectivo en función de ese objetivo que en términos de salud se quiere alcanzar.

Este enfoque debe prevalecer también en las investigaciones de los servicios que involucra al medicamento, siendo necesario definir el nivel de desarrollo que se quiere alcanzar para los servicios farmacéuticos, estableciendo claramente las etapas intermedias en caso de que estas sean necesarias. De esta manera, la investigación constituye la base para la reorganización de los servicios de salud, y a su vez este proceso reorganizativo representa un reto para el desarrollo de la investigación.

En cuanto al área farmacéutica, existe gran preocupación a nivel de los países en la cual coinciden sectores, organizaciones, instituciones y comunidad, sobre las deficiencias de los servicios relacionados con el medicamento, principalmente en cuanto a calidad, cobertura y accesibilidad. Sin embargo en los países de la Región, las investigaciones en este sentido no tienen la frecuencia deseada y necesaria, cuya causa bien pudiera estar asociada a que no todas las instituciones de salud, aun las del área hospitalaria, cuenten con farmacéuticos en su plantel de personal. Asimismo, esta relación con el grado de integración de esta profesión en el equipo de salud y con la percepción que la sociedad actual, el sector y el farmacéutico mismo, tienen de la profesión farmacéutica.

El actual proceso de reorganización de servicios locales de salud favorece el desarrollo de las investigaciones de servicios, las que incluyen las referidas al área farmacéutica. En tal sentido es-

● Establecer comunicación directa con los pacientes hospitalizados, sobre todo con:

- a) los que requieran medicamentos cuya relación riesgo-beneficio es negativa;
- b) los que requieran instrucciones especiales sobre su medicación;
- c) aquellos pacientes que estando hospitalizados deben continuar utilizando medicamentos que no guardan relación directa con su causa de hospitalización, y
- d) los que deben continuar con alguna terapia de medicamentos después de su egreso del hospital.

● Participar en las actividades educativas para la comunidad, desarrolladas por escuelas, facultades, grupos religiosos, gremiales, profesionales, etc., integrando el componente de medicamento donde y cuando este sea procedente.

LA INVESTIGACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS INTEGRADOS A LOS SERVICIOS LOCALES DE SALUD

Integración del área farmacéutica en la investigación de los servicios locales de salud

La investigación de los servicios de salud ha sido definida como "los estudios que tienen por objeto el sistema de salud o algunos de sus componentes o interrelaciones con el propósito de suministrar elementos que permitan reorientar los o reorganizarlos, de manera que las premisas de equidad, eficacia y eficiencia sean reales en el menor tiempo posible" (16).

En tal sentido, se observa que la investigación de servicios de salud definida por el objeto de estudio, y que la utilidad de esta aplicación esta dirigida a la identificación y análisis de los problemas, así como a la evaluación de sus soluciones. De ahí que las investigaciones deben abarcar la descripción y análisis de la organización y funcionamiento de los servicios farmacéuticos, intrahospitalarios, ambulatorios y del suministro de medicamentos en general, en la forma como estos se desarrollan, dimensionados en las condiciones actuales que los rodean. El análisis de los factores delimitantes y condicionantes de esa situación contribuye a la identificación de los puntos críticos y a la comprensión de su nivel de desarrollo, así como a la evaluación de alternativas de elección, tanto para la solución de proble-

tas deben incorporarse en los planes de investigación y recibir de las autoridades locales el apoyo necesario para su desarrollo.

Objetivos de la investigación de servicios farmacéuticos en los SILOS

- Responder a la demanda de necesidades de los servicios de salud relacionados al área farmacéutica, para la prestación de servicios de atención con calidad, eficacia y eficiencia.
- Facilitar la comprensión y el análisis de los problemas existentes relacionados con el medicamento y contribuir a la selección de alternativas de solución más apropiadas.
- Contribuir a la producción de conocimientos que permitan mejorar la cobertura, disponibilidad y continuidad de servicios relacionados con el medicamento.
- Mejorar la calidad de los servicios farmacéuticos y disminuir los costos de la salud asociados con el medicamento.
- Regular la incorporación de medicamentos en el arsenal terapéutico institucional y la utilización de fármacos en general.
- Propender a la formalización y sistematización de investigaciones de interés en el área.
- Proveer a la comunidad de información útil para motivar su participación en el autocuidado de la salud, reorientación y reorganización de los servicios farmacéuticos.
- Responder a las necesidades de desarrollo y capacitación del profesional farmacéutico potencializando su integración al equipo de salud.

Principales temas de investigación

Sin pretender ser exhaustivo en los temas de investigación en el área farmacéutica, posibles a desarrollarse a nivel de los SILOS, se pueden señalar los siguientes:

- *Relación entre el consumo de medicamento, y las variaciones en el perfil epidemiológico de las enfermedades de la población local.*

El medicamento es un componente de los servicios de salud cuya utilización debe producir cambios con respecto a los problemas de salud colectivos; por lo tanto, las evaluaciones en este sentido, contribuyen a establecer el grado de ra-

● Farmacovigilancia.

La vigilancia epidemiológica del medicamento pretende deducir en forma sistemática una probable causalidad entre determinado medicamento y las reacciones adversas en una población dada (17). Su importancia radica en que los estudios previos a la comercialización no identifican reacciones de aparición tardía, se realizan sobre grupos poblacionales pequeños, generalmente de poca representatividad y de sus pruebas son excepcionados grupos específicos, tales como niños, mujeres embarazadas y ancianos. Además, las reacciones adversas al medicamento generan costos directos en los servicios de salud (hospitalización y tratamiento) e indirectos (incapacidad temporal o permanente, muerte prematura y aumento de la susceptibilidad a otras condiciones inducidas por medicamentos). Investigaciones realizadas han demostrado que del 2,9% al 6,6% de las admisiones hospitalarias son debidas a alguna causa de reacciones adversas al medicamento (18). Aunque estos datos son resultados de investigaciones realizadas en países desarrollados, es conveniente realizarlas en los países de la Región, ya que actualmente los datos que al respecto se disponen son escasos.

Su desarrollo puede llevarse a cabo centrados en la consulta ambulatoria de los servicios de salud, las farmacias de la comunidad y por supuesto a nivel de los hospitales. La participación de los establecimientos puede definirse en proyectos que abarquen la población del sistema local en los que el centro asistencial focal para el desarrollo de la investigación sea el hospital.

● Adecuación de los servicios farmacéuticos a las necesidades de la población del sistema local.

Los servicios de salud deben atender con equidad, eficacia y eficiencia los problemas de salud de la población. Para cumplir con estos objetivos

talizados desarrollan infecciones nosocomiales y que su diagnóstico puede requerir de diez días más de permanencia hospitalaria (20).

● *Determinación de la incidencia del gasto en medicamentos en el costo de la atención hospitalaria.*

● *Análisis de costo y gasto de los servicios farmacéuticos hospitalarios. Su incidencia en el valor cama-día y día de hospitalización.*

Estos son estudios que permiten evaluar este concepto de gasto en términos de atención hospitalaria, ambulatoria; y dentro de la primera, en función de las unidades clínicas y especialidades médicas de la institución. Serán de gran utilidad para el análisis presupuestario (programación y ejecución) y aplicación de estrategias de contención de costo hospitalario.

● *Evaluación de la programación local de necesidades de suministro de medicamentos y su relación con la cobertura de atención en función de los recursos invertidos*

La adecuación del suministro de medicamentos a la demanda de la población usaria de cada unidad de servicios de salud, está basada en la programación de necesidades y los criterios utilizados para establecer prioridades. Estudios en este sentido permiten evaluar la calidad de la programación de necesidades y los criterios aplicados, así como el grado de cobertura de atención en función de los recursos invertidos.

● *Definición de indicadores para evaluar la calidad, cantidad y tipo de servicios farmacéuticos.*

● *Identificación de indicadores de cobertura en los servicios farmacéuticos y de accesibilidad del medicamento.*

● *Análisis y evaluación de los procedimientos operativos de la práctica farmacéutica.*

La optimización de los servicios de salud incluye la utilización racional de los recursos económicos, materiales y humanos involucrados, para lo cual se hace necesario definir los indicadores que serán utilizados en su evaluación y la manera en que estos deben ser aplicados.

se debe considerar el componente de servicio farmacéutico, sobre todo en términos de calidad y grado de complejidad, el cual debe responder a la demanda definida por el perfil de las enfermedades de la población.

Los servicios de atención a la salud deben ser definidos en términos epidemiológicos de la población y no sobre la base de los servicios existentes. Ello es debido a que pueden existir servicios de salud (tipo, complejidad, de nivel de atención...) que obedezcan a ofertas de líderes o autoridades políticas o gremiales, cuyos fines no necesariamente coinciden con la demanda de la población por razones epidemiológicas.

● *Análisis de factores de índole cultural y económica que inciden en los hábitos del individuo y la comunidad, en el consumo de medicamentos y de medicina tradicional.*

Permite comprender las bases de la conducta del individuo en el uso de fármacos, definir el enfoque de los programas educativos y las estrategias necesarias para encauzar la utilización racional de los medicamentos, procurando no medicalizar a la población.

● *Determinación del costo de los servicios de atención a la salud causada por el uso indebido de medicamentos en la comunidad.*

Intimamente relacionado con los hábitos de la población, tanto en el uso de fármacos sin prescripción médica, como de aquellos indicados por el personal de salud. De importancia, el subuso, sobreutilización y grado de cumplimiento de las indicaciones médicas al respecto.

● *Determinación del costo de atención hospitalaria debido al uso indebido de medicamentos, reacciones adversas, infecciones hospitalarias, iatrogenia, etc.*

La importancia de determinar la incidencia que problemas de esta naturaleza tienen sobre los días de estada hospitalaria, demanda de servicios adicionales, y sobre el estado de salud del paciente, está fundamentada además de las razones expuestas en los puntos anteriores, en el hecho demostrado en algunos hospitales, que del 10,2% al 21,4% de los pacientes hospitalizados desarrollan algún tipo de reacciones adversas (19), y que el 5% al 10% de los pacientes hospi-

● **Análisis del financiamiento sectorial en función de los diferentes grupos de interés que participan en el sector farmacéutico.**

● **Investigaciones sobre financiamiento, destinadas a determinar el grado de disposición que la comunidad tiene para el pago de los medicamentos.**

La participación del usuario en el financiamiento de los medicamentos puede fomentar la autorresponsabilidad del individuo en el cuidado de la salud, la credibilidad en la eficacia terapéutica del medicamento, la confianza en la calidad de los servicios de salud e influye en la necesidad de exigencias del control de la calidad de los productos en el mercado. Estudios de esta naturaleza han demostrado que el pago de medicamentos y la creación de fondos rotatorios administrados por comités locales de salud, constituyen alternativas apropiadas para el financiamiento de la ampliación de servicios (21).

Problemas más comunes en el desarrollo de investigaciones

● **Dificultades para obtener información necesaria para el análisis del objeto de estudio, desde el punto de vista de su confiabilidad, oportunidad y suficiencia.** Entre ellos se destacan los datos epidemiológicos y de estadísticas vitales, así como los datos de registro de consumo de medicamentos y su desagregación por variables diversas.

● **Ausencia de definición de áreas prioritarias para la investigación en general y en particular en el campo farmacéutico.**

● **Grado de complejidad del objeto de estudio, el cual demanda recursos humanos con dominio del conocimiento metodológico para el desarrollo de la investigación.** Se citan como ejemplo los estudios de farmacovigilancia y los del área clínica-terapéutica.

● **Financiamiento adecuado principalmente cuando las investigaciones requieren de recursos especializados, apoyo de equipos complejos y demandan tiempo prolongado para su desarrollo.**

● **Asociación de intereses y perspectivas diferentes sobre el objetivo y utilidad del estudio, tales como, por ejemplo, los estudios de costo de reacciones adversas que pueden ser vistos como actividades de auditoría médica.**

● **Percepción inadecuada del farmacéutico como investigador principal o colaborador en estudios multidisciplinarios, así como de la utilidad de sus investigaciones en el desarrollo de servicios de salud.**

Estrategias para el desarrollo de las investigaciones

● **Capacitación del personal farmacéutico activo en los servicios en el desarrollo de investigaciones.** Actualmente, en los países de la Región, existe una marcada necesidad de entrenamiento y motivación a este personal para su integración en la producción de conocimiento, información y datos útiles para la reorganización y mejoramiento de los servicios de salud. Este proceso puede lograrse a través de actividades que incluyen seminarios, talleres, cursos de extensión, etc. con énfasis en la capacitación para detectar problemas objetos de investigación, identificar fuente de datos existentes, analizar datos, presentar resultados y formular recomendaciones.

● **Requerir del personal farmacéutico activo la realización de investigaciones como parte del trabajo diario, pudiendo este iniciarse como colaborador en estudios multidisciplinarios en los cuales su formación sea de utilidad, como paso previo al desarrollo de trabajos individuales.** Este proceso, que corresponde al "aprender haciendo", ha sido calificado como la mejor manera para el desarrollo del conocimiento, integrarlo con las experiencias y la creatividad del individuo.

● **Integrar a las instituciones docentes (universidades) en el desarrollo de investigaciones como fuente de la formación básica y de postgrado.** Esta incorporación tiende a beneficiar, tanto a la educación formal del farmacéutico, como a los servicios de atención a la salud, y permite apreciar el papel de la investigación en el desarrollo de la práctica profesional. Durante la educación básica-universitaria pueden incorporarse las investigaciones más sencillas y en los niveles de postgrado, las de mayor complejidad.

● **Desarrollar la cooperación interinstitucional, nacional, interpaís, regional y de organismos internacionales.** Las investigaciones requieren de estos niveles de cooperación, tanto en el campo técnico, como financiero, con objeto de racionalizar recursos, establecer prioridades de investigación y difundir estudios de interés común.

- Organización Panamericana de la Salud. *Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la farmacia de hospital*. PNSP 87/35. 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *El suministro de medicamentos*. Management Sciences for Health. Serie Palex. Sancho, I. *Conceptualización de un proceso integral de un sistema de suministro de medicamentos esenciales OPS/OMS*. PNSP 87/15. 1987.
- Smith, M.; Brown, T. *Handbook of institutional pharmacy practice*. Williams & Wilkins. Baltimore, 1982.
- Taylor, Carl E. *Investigaciones sobre servicios de salud; cómo pueden contribuir los hospitales a la atención primaria*. Foro Mundial de la Salud. 1982.
- Wertheimer, A.; Smith, M. *Pharmacy practice: Social and behavioral aspects*. University Park Press. Baltimore, 1974.
- White, Michel. *Managing Public Systems. Analytic techniques for public Administration*. Massachusetts, 1980.
- William, Hassam. *Hospital pharmacy*. Lea Febiger. Philadelphia, 1982.
- World Health Organization. *Guidelines for developing national drug policies*. Geneva, 1988.
- World Health Organization. *The Challenge of Implementation. District health systems for primary health care*. Geneva, 1988.
- World Health Organization. *Drugs in Hospitals. XVI Conferencia Europea sobre utilización de medicamentos*. Edición Provisional, 1986.

INTRODUCCION

El laboratorio representa una parte integral de los programas de atención de salud, vigiliencia epidemiológica y control sanitario. La organización de estos depende en gran medida de la estructura de los servicios sanitarios del país.

La política de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, en respuesta a la Resolución XV del XXXIII Consejo Directivo, ha establecido la reorientación y reorganización del sector salud sobre la base del desarrollo de los sistemas locales de salud (SILSOS), utilizando la estrategia de atención primaria para alcanzar la meta "salud para todos en el año 2000".

El laboratorio, por consiguiente, deberá adaptarse para apoyar estas estrategias reorientando y extendiendo sus actividades para lograr cumplir con sus funciones con máxima eficiencia.

La red de laboratorios a nivel nacional varía de acuerdo a la estructura política y de salud del país. En términos generales se identifican tres niveles: el local, el intermedio y el central. Así mismo, en el nivel local pueden existir actividades de análisis en varios lugares, técnicamente estas actividades son básicas, simples y sencillas para brindar un resultado oportuno y válido. La ubicación física del laboratorio puede estar en un Centro de Salud o un hospital. En el nivel inter-

medio, también, suelen existir varios tipos de laboratorios, unos con gran volumen, otros con un gran espectro de exámenes; pero aun estos suelen tener un nivel de complejidad limitada por factores técnicos o de costos. A este nivel se encuentra a menudo la separación de especialidades en el laboratorio: las relacionadas con los requerimientos clínicos cuando esta estrechamente vinculada con el hospital, las epidemiológicas o sanitarias cuando se encuentra relacionada con los programas de "salud pública" o "control sanitario", como es el caso del agua, leche y alimentos.

El nivel central suele ser el nivel técnico más alto del país y es comúnmente considerado el

nivel de referencia nacional y cabeza de la red de laboratorios. El laboratorio central está usualmente ubicado en la capital del país. Debido al desarrollo histórico de los programas verticales de salud pública, es frecuente encontrar dos o más redes de actividades de laboratorio para satisfacer las necesidades clínicas hospitalarias: las epidemiológicas; las de campañas sanitarias y de biomatología, según las necesidades específicas o prioridades del país. En algunos países, particularmente los grandes, el laboratorio central suele ser substituido por institutos especializados, formando así, un consorcio de Institutos Nacionales de Referencia. En estos casos los Institutos Nacionales pueden estar bajo una única coordinación, o bien son autónomos y mantienen poca relación entre ellos. Por años, la OPS ha estado promoviendo la formación de Redes Nacionales de Laboratorios con una coordinación entre todos sus componentes para que funcionen articuladamente y brinden los mayores beneficios de eficiencia y eficacia, con los limitados recursos existentes. Si bien se han reconocido las dificultades de articulación entre los Institutos Nacionales, debido a su alta especialización y requerimientos de recursos específicos, la estrategia se ha enfocado hacia los niveles locales de salud y apoyo a los SILSOS, para lograr la integración y articulación desde la base de la pirámide o del sistema.

EL LABORATORIO AL NIVEL LOCAL

El laboratorio a nivel local tiene como función principal una labor analítica. A este nivel el laboratorio debe formar parte del equipo de salud y es un componente de apoyo dentro del sistema local de salud (SILSOS). Es importante considerar a todo el servicio de laboratorio como un subsistema dentro del SILSOS, debido a que a menudo existen acciones de análisis de laboratorio en puestos de salud o consultorios móviles que tienen a su disposición una pequeña área de trabajo con objeto de efectuar pruebas sencillas sobre el terreno, o para reunir muestras con el fin de enviar-

las al laboratorio de los SILOS. Es, pues, de gran beneficio que exista una integración de todos los servicios de laboratorio a nivel local.

LA RED DE LABORATORIOS Y EL PRIMER NIVEL DE REFERENCIA

Así como los SILOS forman parte del sistema nacional de salud en la base de la pirámide, así los laboratorios de los SILOS forman la base de la pirámide técnica de la red nacional de laboratorios. El funcionamiento integrado de los SILOS dentro del sistema nacional de salud requiere un nivel inmediato de referencia. Igualmente los laboratorios de los SILOS requieren de un primer nivel de referencia que se espera pueda ser el nivel intermedio, evitando la complejidad inherente a tratar con múltiples instituciones de nivel superior.

Las características de los laboratorios a nivel local son variadas, dependiendo de si el SILOS tiene un hospital base o no, y de la relación con el primer nivel de referencia superior con que se cuenta. Por consiguiente, a este nivel local existen dos categorías de laboratorio: el laboratorio del hospital local y el laboratorio del centro de salud. Obviamente estos laboratorios deben ejercer una labor esencialmente analítica, es decir, efectuar exámenes de laboratorio bien estandarizados y normalizados por los niveles superiores, y estos exámenes suelen ser simples para apoyar rápidamente la acción médica ante el paciente.

CARACTERÍSTICAS DE LOS LABORATORIOS LOCALES

Organización

La organización del laboratorio a su vez es simple y sus dimensiones modestas, siguiendo tres factores principales, a saber:

- 1) El tamaño de la población atendida en el SILOS, debido a que el tamaño de esta tiene directa relación con la carga de trabajo requerida para atender dicha población.
- 2) La disponibilidad de respuesta médica y de salud que puedan usar e interpretar adecuada-mente los datos obtenidos, y
- 3) Las condiciones físicas para manejar el nivel de biohimpieza, bioseguridad y control de

Funciones

El laboratorio, por mas simple que sea, requiere un mínimo de espacio para cumplir sus funciones. Este mínimo de espacio deberá consistir en cuatro áreas funcionales, a saber:

- 1) Recepción de muestras o pacientes, para la toma de muestras y su registro.
- 2) Área de trabajo analítico para efectuar los análisis, con lugares para los instrumentos y equipos, en espacios y distancias que permitan su fácil manejo sin aglomeración o estorbo.
- 3) Área de lavado de material, limpieza y almacenamiento de material de laboratorio, equipo de toma de muestras y refrigeración para los reactivos y otras sustancias químicas, y
- 4) Área administrativa para preparar informes y mantener archivos.

Planta física

Es muy importante destacar que el área de trabajo analítico del laboratorio debe ser un recinto con control de acceso para limitar entrada de personas ajenas al laboratorio. También pasa a ser importante una puerta de salida trasera del área de lavado para retirar el material desechable que genera el laboratorio, y es necesaria su adecuada incineración o descartar después de haber sido descontaminado en el propio laboratorio.

El tamaño del laboratorio, entonces, pasa a ser un balance entre la carga de trabajo esperada, el nivel de complejidad y la tecnología disponible. El número de personas que trabajen en el laboratorio estará en relación con la especialidad de los exámenes que deban realizarse y el volumen de trabajo.

El servicio de laboratorio en el SILOS está relacionado con el centro de salud u hospital local y, por consiguiente, forma parte de la unidad básica de construcción. Sin embargo, para el módulo de laboratorio es preciso que tenga un ancho, profundidad y altura determinadas, con características estándares para apoyar las actividades de laboratorio, incluidos los servicios húmedos y secos, los servicios de luz y electricidad, la ventilación, drenaje con cámara para desagüe, etc. En un centro de salud el área mínima para el trabajo analítico podría ser un espacio

periférico en un centro de salud, y de cuarenta de 3 m x 4 m, si el volumen de muestras es mayor cantidad de exámenes químicos y la carga de trabajo es mayor, se necesitarían dos módulos de 3 m x 6 m cada uno. Muchos hospitales utilizan un concepto modular arquitectónico con medidas distintas a las mencionadas para atender otras necesidades, lo que obligaría a aumentar el espacio requerido para el laboratorio, ya sea en metros cuadrados o en número de módulos, pero no intentar reducir el espacio para el laboratorio. La configuración ideal de un módulo de laboratorio está basada en que utilizando la menor superficie se pueda acomodar la máxima longitud de mesas de trabajo, es decir, mesas o espacios para el mobiliario estándar o de equipo. La profundidad del módulo puede variar, se considera como mínimo tres metros de ancho, dimensión que define la eficiencia del módulo. También se deben tomar en cuenta las necesidades de iluminación natural y las puertas de comunicación para definir el total de espacio útil. Un laboratorio que está al servicio de un hospital debe tener comunicaciones buenas y breves con las áreas del hospital, como con los departamentos de pacientes ambulatorios y de urgencia, el quirófano y el departamento de autopsias.

ORGANIZACION DE UN PROGRAMA NACIONAL

Normalización

Pasa a ser esencial el seleccionar cuidadosamente los exámenes que se deben realizar en el nivel local, para evitar investigaciones innecesarias o demasiasdo especializadas sin capacidad de respuesta médica a ese nivel. El examen apropiado debería afectar la acción o el tratamiento inmediato de los pacientes atendidos en el SILOS. Tanto los usuarios de los servicios de laboratorio de salud, como los administradores de los mismos, deberían sumarse a quienes tienen la responsabilidad de organizar y suministrar los servicios en los laboratorios para decidir qué exámenes deberían realizarse. Será preciso que los diferentes sectores afectados conozcan a cabalidad los costos, el alcance, y las limitaciones, como los posibles beneficios de cada examen. Si bien la OMS ha recomendado una lista mínima de quince exámenes para un laboratorio periférico en un caso específico basándose en los siguientes criterios:

- Las necesidades prioritarias de salud de la población que dependen de las condiciones epidemiológicas predominantes en la localidad, en relación con la clase de servicios prestados en el SILOS.

- Los recursos disponibles en lo que se refiere a personal, capacidad y experiencia técnica, equipo y reactivos disponibles, prioridad y carga de trabajo.

- Las condiciones administrativas en las que se deberá tener en cuenta la posibilidad de enviar los especímenes a otros lugares y tener fácil acceso a niveles de referencia superior.

Estas consideraciones son esenciales para garantizar la eficiente y efectiva colaboración de los servicios de laboratorios con los SILOS.

Las pruebas esenciales, simples y sencillas que debe realizar el laboratorio a nivel local son normalizadas por la Red Nacional de Laboratorios. Para que el laboratorio del SILOS sea efectivo, con resultados oportunos y válidos, debe estar debidamente articulado dentro de la red nacional con los niveles intermedios y centrales. El nivel central tiene la responsabilidad de normar y supervisar la calidad de trabajo de toda la red nacional. Todos los procedimientos adoptados y normados deben estar escritos, preferiblemente publicados en manuales técnicos, los mismos que deberán estar en los lugares de trabajo del laboratorio y no cuidadosamente archivados en la oficina. Para que el laboratorio local cumpla con su compromiso de producir resultados válidos, debe mantener su propio programa de garantía de calidad, que incluya el control de calidad interno para cada prueba, aparte de la supervisión y participación en esquemas de control externo de calidad, que lleva a cabo el nivel nacional. De esta manera, la validez del resultado emitido por el laboratorio local tendrá el respaldo del sistema nacional de laboratorios. El programa de garantía de calidad debe incluir todos los procedimientos técnicos y administrativos, como son los registros adecuados, control de calidad de los insumos que no hayan sido controlados por los niveles superiores, control

de 3 m x 4 m, si el volumen de muestras es mayor cantidad de exámenes químicos y la carga de trabajo es mayor, se necesitarían dos módulos de 3 m x 6 m cada uno. Muchos hospitales utilizan un concepto modular arquitectónico con medidas distintas a las mencionadas para atender otras necesidades, lo que obligaría a aumentar el espacio requerido para el laboratorio, ya sea en metros cuadrados o en número de módulos, pero no intentar reducir el espacio para el laboratorio. La configuración ideal de un módulo de laboratorio está basada en que utilizando la menor superficie se pueda acomodar la máxima longitud de mesas de trabajo, es decir, mesas o espacios para el mobiliario estándar o de equipo. La profundidad del módulo puede variar, se considera como mínimo tres metros de ancho, dimensión que define la eficiencia del módulo. También se deben tomar en cuenta las necesidades de iluminación natural y las puertas de comunicación para definir el total de espacio útil. Un laboratorio que está al servicio de un hospital debe tener comunicaciones buenas y breves con las áreas del hospital, como con los departamentos de pacientes ambulatorios y de urgencia, el quirófano y el departamento de autopsias.

de material de bodega para no interrumpir los servicios, control de suministros y mantenimiento preventivo de sus aparatos, equipos y su calibración. La supervisión técnica y administrativa de niveles superiores no solo es importante para mantener la calidad de servicio del sistema y de los laboratorios locales, sino, también, para mantener contacto directo y personal, brindando información oportuna y alentando al personal de nivel local sobre su rol e importancia dentro del sistema local de salud y, más ampliamente, dentro del Sistema Nacional de Salud del país.

Garantía de calidad

La labor que realiza un laboratorio en el primer nivel de atención de salud lleva un riesgo biológico y químico que debe ser considerado. Es importante que el personal del laboratorio conozca bien los conceptos de bioseguridad y biohimpieza. El nivel de bioseguridad está dado por el nivel de infecciones que llegan al laboratorio, más el nivel de propagación y concentración que se efectúa en el proceso de análisis. En términos generales, los procedimientos en el laboratorio de primer nivel no requieren equipos especiales de contención de infecciones, como son cámaras de bioseguridad o flujo laminar, porque no se llevan a cabo cultivos de bacterias o virus. Las pocas técnicas de concentración de líquidos contaminados se efectúan en centrifugas de limitativamente el nivel de bioseguridad, aunque si el riesgo de infección por aerosol o por riesgo de ruptura del recipiente en la centrifuga. No obstante, las muestras que se reciben tienen que ser consideradas altamente infecciosas y manipuladas con la debida precaución. Todo material que ha estado en contacto con la muestra debe ser descontaminado, previo a su lavado o descartar. El laboratorio debe establecer y mantener actualizadas sus normas de bioseguridad y biohimpieza, describiendo bien la acción que se debe realizar en casos de accidentes. Todas las personas que trabajan en el laboratorio deberán estar debidamente inmunizadas. El personal auxiliar y de intendencia deberá estar bien adiestrado para el manejo de los desinfectantes y procesos de descontaminación, esterilización e incineración. Toda área de riesgo en el laboratorio deberá estar bien identificada y todo material de desecho que sale del laboratorio deberá primero

Capacitación

La preparación inicial y la educación continua del personal del laboratorio local pasa a ser de importancia para realizar las pruebas con destreza y para reconocer las características de sensibilidad, especificidad, precisión y certeza de cada una de ellas, cómo se relacionan con las necesidades del SILOS y cuándo debe solicitarse y enviar a los niveles superiores muestras para su comprobación y referencia.

El personal de laboratorio a nivel del SILOS debe recibir un adecuado adiestramiento básico que incluya, además de los aspectos técnicos, algunos principios de administración, organización, manejo de personal y, cuando sea oportuno, teneduría de archivos y control presupuestario.

El laboratorio a nivel local de los SILOS tiene una responsabilidad muy importante dentro del equipo de profesionales de salud. La confianza en los resultados del laboratorio permitirá la

ser descontaminado y debidamente identificado para su adecuado descarte.

El apoyo logístico, la información, el mantenimiento y reparación de equipos, la introducción de nuevas técnicas, si bien son responsabilidad del nivel central, requieren la participación de los niveles intermedios y locales, pues el fluido de contacto entre niveles constituye un paso muy importante para lograr la integración del sistema. Deberá estar estipulada la necesidad de producir periódicamente informes técnicos con resultados de los resultados presentados por los laboratorios locales a niveles superiores para su análisis y acción apropiados. La experiencia indica que informes mensuales pasan a ser suficientes para la administración del sistema. A su vez, el nivel central deberá emitir informes semestrales y anuales para la retroalimentación de información a los laboratorios de los SILOS. Estos informes del nivel central contribuyen a definir la labor efectuada por cada laboratorio local e identifican necesidades de reuniones o talleres para revisar procedimientos o afinar técnicas. Esto es importante para el funcionamiento del laboratorio a nivel local, debido a que su labor en atención primaria de la salud y dentro del SILOS le obliga a desarrollar una variedad de exámenes, muchos de los cuales son de tamizaje y requieren de pruebas suplementarias y de confirmación.

- Organización Panamericana de la Salud. *Manual de técnicas básicas para un laboratorio de salud*. Pub. Científica No. 439, 1983. Serie PALTEX No. 2.
- World Health Organization. *Manual of basic techniques for health laboratory*, 1980.
- World Health Organization. *Second part of bench level procedure manual on Basic Bacteriology*, WHO/LAB/87. 1, 1987.
- World Health Organization. *Laboratory biosafety Manual*, Geneva, 1983.
- World Health Organization. *Fourth report of the WHO Expert Committee on health laboratory services*. Technical Report Series No. 345, 1966.
- World Health Organization. *The planning and organization of a health laboratory service*. Fifth Report of the WHO Expert Committee on Health Laboratory Services. Technical Report Series, No. 491, 1972.
- Organización Mundial de la Salud. *Servicios de laboratorio en el primer nivel de atención de salud*. Doc. de Trabajo OMS/LAB/87.
- Kieczkowski, B. M. y Pibouleau, R. *Approaches to planning and design of health care facilities in developing areas*. World Health Organization, Geneva 1983. WHO Offset Publication 72 (4).
- Organización Mundial de la Salud. *Servicios de laboratorio en el primer nivel de atención de salud*. Doc. de Trabajo OMS/LAB/87.

BIBLIOGRAFIA

oportuna acción del nivel de atención primaria en los sistemas locales de salud, tanto en los aspectos clínicos, preventivos, epidemiológicos y sanitarios, como en los administrativos y organizacionales.

LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y EL EQUIPAMIENTO DE LOS SILOS Mantenimiento y conservación

Angel Viladegut

INTRODUCCION

trativos permitan la coherencia efectiva entre la estructura y las funciones, para que el mantenimiento y conservación constituyan un servicio ágil, oportuno y eficiente.

El problema de mantenimiento y conservación de establecimientos de salud está adquiriendo cada día mayor gravedad e importancia, en la misma medida en que estos servicios se están desarrollando.

El elevado costo de operación, la automatización y complejidad de los equipos, exigen un mantenimiento preventivo y correctivo, racionalizado y programado para aumentar su vida útil, asegurando la eficiencia y continuidad de operación.

En la formulación se deben sentar las bases para el futuro mantenimiento del establecimiento de salud. Estas acciones deben continuar con la programación funcional del mantenimiento, diseño de su organización, metodologías, estructuras organizacionales, humanos, económicos, físicos y materiales (talleres, equipos, herramientas, repuestos y materiales), recursos tecnológicos, supervisión y control, logística y almacén, vehículos, repuestos, materiales, equipos, herramientas e instrumentos, investigación operacional de servicios para reducir sus costos de operación, construcción y/o ampliación de talleres, capacitación regular de ingenieros y técnicos de mando medio, programas de fabricación de repuestos, recuperación e innovación de equipos.

El deterioro acelerado de los bienes de capital, debido al mantenimiento y conservación inadecuados, repercuten, dramática y negativamente, en las bases mismas de la línea de producción de servicios de atención a la comunidad, reduciendo en calidad y cantidad.

Los problemas se agudizan ante la perspectiva de incremento progresivo de los costos de inversión en infraestructura física y, particularmente, en los repuestos para la reparación de equipos, que son imprescindibles para el mantenimiento y conservación de lo existente.

Las situaciones coyunturales y aun los desastres naturales nos hacen meditar y analizar que muchos de los establecimientos de salud no han sido debidamente planificados y que su ubicación dentro de la red de servicios deja mucho que desear.

En el proceso de desarrollo del recurso físico en salud se consideran las etapas de formulación, programación, diseño, equipamiento, ejecución de obra, operación, mantenimiento y evaluación.

En la formulación se deben sentar las bases para el futuro mantenimiento del establecimiento de salud. Estas acciones deben continuar con la programación funcional del mantenimiento, diseño de su organización, metodologías, estructuras organizacionales, humanos, económicos, físicos y materiales (talleres, equipos, herramientas, repuestos y materiales), recursos tecnológicos, supervisión y control, logística y almacén, vehículos, repuestos, materiales, equipos, herramientas e instrumentos, investigación operacional de servicios para reducir sus costos de operación, construcción y/o ampliación de talleres, capacitación regular de ingenieros y técnicos de mando medio, programas de fabricación de repuestos, recuperación e innovación de equipos.

El deterioro acelerado de los bienes de capital, debido al mantenimiento y conservación inadecuados, repercuten, dramática y negativamente, en las bases mismas de la línea de producción de servicios de atención a la comunidad, reduciendo en calidad y cantidad.

Los problemas se agudizan ante la perspectiva de incremento progresivo de los costos de inversión en infraestructura física y, particularmente, en los repuestos para la reparación de equipos, que son imprescindibles para el mantenimiento y conservación de lo existente.

El deterioro acelerado de los bienes de capital, debido al mantenimiento y conservación inadecuados, repercuten, dramática y negativamente, en las bases mismas de la línea de producción de servicios de atención a la comunidad, reduciendo en calidad y cantidad.

Los problemas se agudizan ante la perspectiva de incremento progresivo de los costos de inversión en infraestructura física y, particularmente, en los repuestos para la reparación de equipos, que son imprescindibles para el mantenimiento y conservación de lo existente.

El deterioro acelerado de los bienes de capital, debido al mantenimiento y conservación inadecuados, repercuten, dramática y negativamente, en las bases mismas de la línea de producción de servicios de atención a la comunidad, reduciendo en calidad y cantidad.

Los problemas se agudizan ante la perspectiva de incremento progresivo de los costos de inversión en infraestructura física y, particularmente, en los repuestos para la reparación de equipos, que son imprescindibles para el mantenimiento y conservación de lo existente.

PROBLEMAS

Los países de la Región muestran que los problemas prevalentes en el desarrollo, operación y mantenimiento de establecimientos de salud, tienen cierta similitud y son, principalmente, de carácter político, gerencial-administrativo-técnico, humano, económico y tecnológico.

Político

- Falta de políticas expresas que brinden el apoyo y recursos necesarios a estos servicios.
- Indefinición del componente de mantenimiento y conservación en las políticas sectoriales de salud.

Gerencial-administrativo-técnico

- Falta de organización de los servicios de mantenimiento y conservación en todos sus ámbitos técnico-operativos, siendo más acentuados en el sector público que en el privado.
- Débil estructura de mantenimiento y conservación, que dificulta garantizar acciones programadas, eficientes y continuadas de los servicios de salud.
- Reducidos programas de mantenimiento y conservación, principalmente de acciones preventivas, que prolonguen la vida útil de los equipos e instalaciones.
- Deficiente subsistema de información y logística.
- No se dispone de una evaluación técnica actualizada de los recursos físicos en salud, que sea veraz y confiable.
- El personal de mantenimiento no participa en el desarrollo de la infraestructura física de salud.
- La falta de uniformidad de equipos dificulta la obtención de repuestos y no permite aplicar métodos y procedimientos homogéneos de mantenimiento.
- Carencia de supervisión y control, específicas, normas y buen uso de equipos.

Humano

- Deficiencia de liderazgo en la conducción de los programas.
- Escasez de recurso humano capacitado, tanto en cantidad como en calidad, debido principalmente a la falta de incentivos y bajos salarios.

Objetivos

Consiste en coadyuvar a mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el desarrollo y fortalecimiento del Subsistema Nacional de Mantenimiento y Conservación, para disponer

SUBSISTEMA DE MANTENIMIENTO Y CONSERVACION

Los servicios de mantenimiento y conservación forman parte de la red de servicios de salud, por lo que no podemos referirnos a ellos en forma independiente con abstracción del concepto globalizador.

Para visualizar el rol que le corresponde en la descentralización de servicios de salud, como elementos de apoyo a las acciones de atención médica, hagamos una ligera revisión de esta estructura en sus diferentes ámbitos técnico-operativos.

Tecnológico

- Carencia de manuales de operación, mantenimiento, lista de partes.
- La permanente incorporación de nuevas tecnologías, sin el incremento de la capacidad de operarlas y mantenerlas, ha producido una brecha que va rápidamente en aumento.

Económico

ritos, lo que produce inestabilidad y éxodo a otros sectores.

- Reducido número de profesionales y técnicos, prevaleciendo el personal empírico, situación que no está acorde con los avances científicos y tecnológicos.
- Deficientes programas de entrenamiento de personal.

en operación continua, confiable, eficiente, segura y económica la totalidad de los equipos, instalaciones y planta física de las unidades de salud de la institución, con el fin de:

- Reducir las tasas actuales de deterioro, las altas pérdidas de inversión de capital y elevados costos de operación.
- Prolongar la vida útil de la capacidad física instalada.
- Aumentar la producción y productividad de los servicios.

DESCRIPCION DEL SUBSISTEMA DE MANTENIMIENTO Y CONSERVACION

Escalones del subsistema

Es la reunión de recursos económicos, personal, oficinas, talleres, equipos, herramientas, etc., necesarios para los trabajos de ingeniería y mantenimiento, hasta un grado compatible con la capacidad de los medios que dispone (Figura 1).

Primer escalón

Esta formado por todas aquellas personas, servicios o departamentos que en una u otra forma tienen que ver con el manejo, operación o atención directa de equipos e instalaciones y la conservación de la planta física. Al mismo tiempo, es importante que todas estas personas estén plenamente convencidas de la necesidad de cuidar el patrimonio del país.

Segundo escalón

Lo constituye el Servicio de Mantenimiento del Hospital o Centros de Salud, cualquiera de ellos independientemente, es decir, a nivel de línea de producción.

Se excluye al Puesto de Salud que no dispone de un servicio de mantenimiento propio, que está considerado básicamente en el primer escalón y que es atendido desde el tercer escalón y eventualmente desde el segundo. El segundo escalón de mantenimiento es supervisado, controlado y evaluado técnicamente desde el nivel central, a través del centro regional de mantenimiento correspondiente.

Tercer escalón

El tercer escalón es el Centro Regional de Mantenimiento. Tiene la responsabilidad directa del mantenimiento y conservación de todos los servicios de salud de su circunscripción, o sea: hospitales, centros de salud y puestos de salud; e interviene en el momento que se agotan los recursos de los escalones inferiores, o cuando se necesite personal de mayor grado de especialización, o dirección técnica, o el apoyo de recursos económicos y técnicos.

Cuarto escalón

El Departamento de Mantenimiento es el que tiene la responsabilidad de la dirección técnica y normativa de todas las actividades de ingeniería y mantenimiento del subsistema; y en el nivel central, es la máxima autoridad técnica.

Quinto escalón

Lo constituye la Alta Dirección, la que mediante una vigorosa política nacional de mantenimiento y conservación le otorga al subsistema la alta prioridad que le corresponde, brindándole todo el apoyo necesario, obteniendo el financiamiento que le permita mejorar su infraestructura y los recursos operacionales para su adecuado funcionamiento. Cada escalón superior tiene una capacidad técnica mayor que el anterior y todos forman parte integrante e ineludible del subsistema nacional de mantenimiento y conservación. Las actividades de los diversos escalones a veces se superponen o se complementan, o deben estar debidamente coordinadas en forma vertical y horizontal, efectuándose la supervisión, control y evaluación de los escalones superiores a los inferiores. Acorde con la política del sector salud de descentralizar los servicios en la estructura organizativa del subsistema nacional de mantenimiento y conservación, se hace necesaria la creación de un nivel intermedio que enlance la movilización de recursos del nivel central con el local y ayude a la solución de los problemas en este ámbito, convirtiéndose en el eje fundamental de las acciones técnico-operativas, trabajando muy estrechamente con las áreas de salud, los hospitales y servicios periféricos. Este nivel intermedio lo constituyen los Centros Regionales de Mantenimiento y Conservación. Los jefes de mantenimiento (segundo escalón) deben

servir de nexo para el mejor cumplimiento de las acciones, de acuerdo a disposiciones establecidas por los escalones superiores.

Funciones y organizaciones

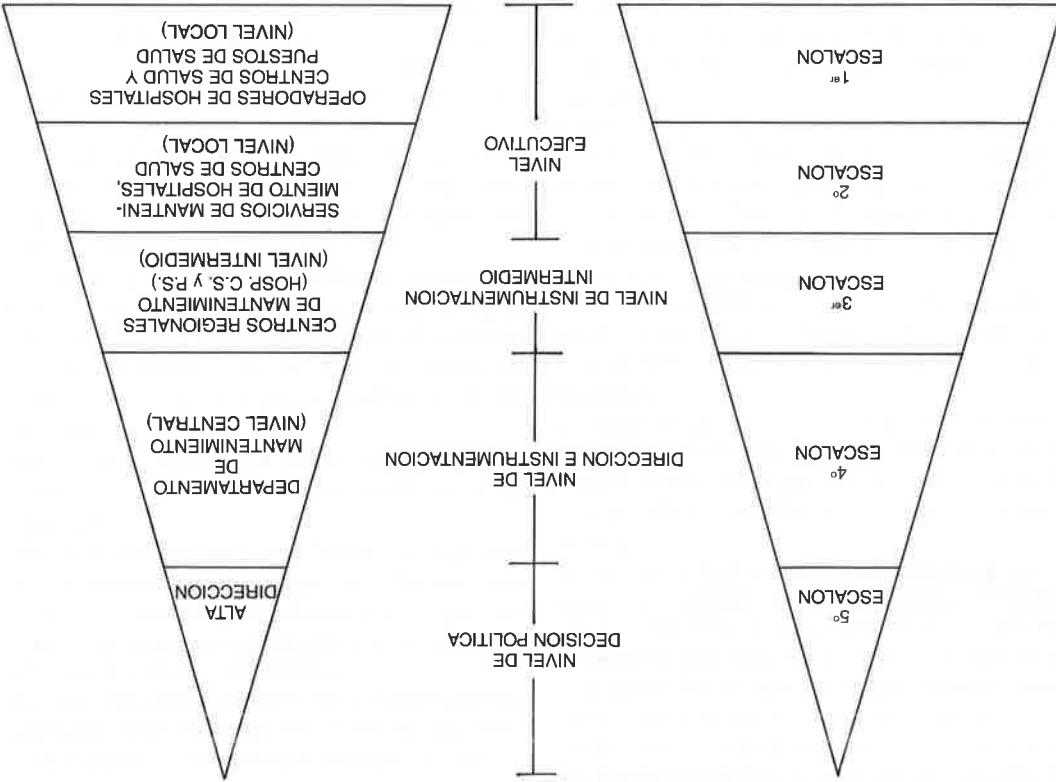
Funciones de nivel central

- Dirigir y coordinar la política nacional de mantenimiento y conservación, emanada de la Alta Dirección de la institución de salud.
- Organizar los Centros Regionales de Mantenimiento a nivel nacional, haciendo conocer los Manuales de Organización, Funciones y Procedimientos, así como las normas, guías e instructivos técnicos y administrativos.
- Coordinar y prestar asesoría técnica a los Centros Regionales de Mantenimiento.

Elaborar y difundir los programas anuales de capacitación y adiestramiento; desarrollar el contenido de los cursos y actualizarlos periódicamente; coordinar con los Centros Regionales en todo lo relacionado a la capacitación en su ámbito de acción.

- Elaborar los reglamentos para reclutar y seleccionar personal idóneo, de acuerdo a los requerimientos del subsistema.
- Supervisar, controlar y evaluar periódicamente, de acuerdo a un programa establecido, las acciones de los Centros Regionales de Mantenimiento.

Figura 1. Subsistema nacional de mantenimiento y conservación de establecimientos de salud.



- Buscar, gestionar y ejecutar el apoyo de la cooperación técnica internacional para fortalecer las actividades de normatización, capacitación, información y otras áreas que así lo requieran para los niveles: central, intermedio y local.
- Detectar las necesidades de equipamiento de equipo médico y electromecánico; proponer alternativas de solución y elaborar los estudios preliminares y de factibilidad.
- Elaborar los estudios definitivos de equipamiento, y realizar su ejecución y seguimiento.
- Atender el mantenimiento de equipo biomédico de alta complejidad y que no haya posibilidad de ser atendido por los centros regionales.
- Solicitar anualmente o cuando se requiera los inventarios de los recursos físicos y su estado actual, con estimación de costos y una relación de los recursos humanos disponibles en el ámbito de acción del subsistema.
- Organizar la biblioteca y hemeroteca, con la información técnica necesaria en todos los campos de acción del mantenimiento, la misma que será actualizada constantemente.
- Organizar un banco de datos y planoteca con todos los planos de los locales de salud a nivel nacional, recopilando, además, la información técnica de los equipos instalados, actualizándolos continuamente con la ayuda del sistema automatizado de datos, que permita interrelacionar los niveles intermedios.
- Consolidar los presupuestos para mantenimiento y conservación, elaborados por los centros regionales con la debida anticipación, para que sean considerados en el presupuesto del año venidero.
- Coordinar con los órganos competentes del organismo central la ejecución del presupuesto asignado.
- Promover la creación de programas de Ingeniería Biomédica en las Universidades; así como programas para técnicos en esta especialidad en las Escuelas Técnicas, coordinando la ejecución de los mismos y proporcionándoles el mayor apoyo y colaboración.
- Coordinar todas las acciones relacionadas de mantenimiento y conservación con otras instituciones afines del sector salud, universidades y escuelas técnicas.
- Coordinar los proyectos de reequipamiento con otras instituciones del sector salud, en las acciones que sobre el particular ellas ejecutan, durante su formulación, programación, diseño, ejecución y evaluación.
- Aplicar las normas y procedimientos establecidos por el nivel central para desarrollar las actividades de mantenimiento y conservación en
- Buscar, gestionar y ejecutar el apoyo de la cooperación técnica internacional para fortalecer las actividades de normatización, capacitación, información y otras áreas que así lo requieran para los niveles: central, intermedio y local.
- Detectar las necesidades de equipamiento de equipo médico y electromecánico; proponer alternativas de solución y elaborar los estudios preliminares y de factibilidad.
- Elaborar los estudios definitivos de equipamiento, y realizar su ejecución y seguimiento.
- Atender el mantenimiento de equipo biomédico de alta complejidad y que no haya posibilidad de ser atendido por los centros regionales.
- Solicitar anualmente o cuando se requiera los inventarios de los recursos físicos y su estado actual, con estimación de costos y una relación de los recursos humanos disponibles en el ámbito de acción del subsistema.
- Organizar la biblioteca y hemeroteca, con la información técnica necesaria en todos los campos de acción del mantenimiento, la misma que será actualizada constantemente.
- Organizar un banco de datos y planoteca con todos los planos de los locales de salud a nivel nacional, recopilando, además, la información técnica de los equipos instalados, actualizándolos continuamente con la ayuda del sistema automatizado de datos, que permita interrelacionar los niveles intermedios.
- Consolidar los presupuestos para mantenimiento y conservación, elaborados por los centros regionales con la debida anticipación, para que sean considerados en el presupuesto del año venidero.
- Coordinar con los órganos competentes del organismo central la ejecución del presupuesto asignado.
- Promover la creación de programas de Ingeniería Biomédica en las Universidades; así como programas para técnicos en esta especialidad en las Escuelas Técnicas, coordinando la ejecución de los mismos y proporcionándoles el mayor apoyo y colaboración.
- Coordinar todas las acciones relacionadas de mantenimiento y conservación con otras instituciones afines del sector salud, universidades y escuelas técnicas.
- Coordinar los proyectos de reequipamiento con otras instituciones del sector salud, en las acciones que sobre el particular ellas ejecutan, durante su formulación, programación, diseño, ejecución y evaluación.
- Aplicar las normas y procedimientos establecidos por el nivel central para desarrollar las actividades de mantenimiento y conservación en
- Garantizar con la disponibilidad de los recursos humanos, económicos y materiales, el apoyo para el mantenimiento y conservación eficiente y continuado de las instalaciones, equipos y edificios de los hospitales, centros de salud y puestos de salud de su ámbito, principalmente a los que por su tamaño y otras razones carecen de un servicio de mantenimiento propio, agilizándolo las acciones en los servicios periféricos.
- Prolongar la vida útil de los equipos, instalaciones y edificios de los recursos físicos de salud, mediante la implantación de programas bien estructurados de mantenimiento preventivo, de acuerdo a las normas emanadas del nivel central.
- Recuperar los equipos que por su complejidad y envergadura del problema a corregir no hayan podido ser solucionados en el Servicio de Mantenimiento de los hospitales o servicios periféricos.
- Atender el mantenimiento de equipo biomédico hasta un nivel compatible con los conocimientos del personal, en cuyo caso deberá recurrir al nivel central.
- Reemplazar los equipos con desperfectos de los centros y puestos de salud con los disponibles reparados en el banco de equipos de reposición del Centro Regional de Mantenimiento y Conservación, aprovechando las visitas de supervisión y control.
- Aplicar las normas y procedimientos establecidos por el nivel central para desarrollar las actividades de mantenimiento y conservación en

Funciones de los Centros Regionales de Mantenimiento y Conservación

- Asesorar a los Centros Regionales en la adquisición de equipos, especialmente en los de alta complejidad, en caso que las autoridades de su ámbito las propongan.
- Ejecutar las adquisiciones requeridas por el nivel central y las de mayor grado de complejidad del nivel intermedio.
- Solicitar mensualmente o cuantas veces se requiera, información sobre las acciones ejecutadas o planeadas por cada Centro Regional del nivel intermedio.
- Recomendar y tramitar las acciones de personal para el nivel central e intermedio.

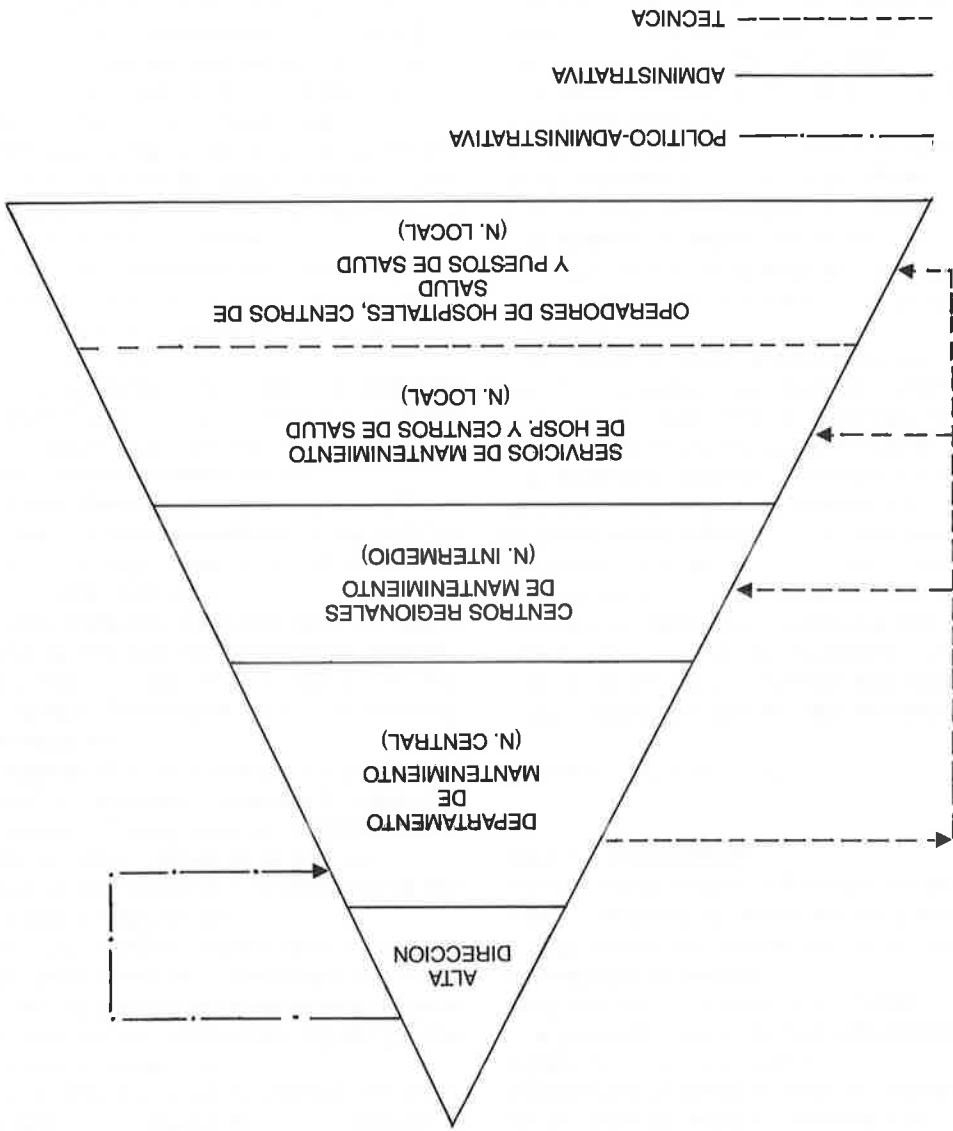


Figura 2. Relaciones de dependencia entre los escalones del subsistema.

- todos sus aspectos, administrativos, presupuestarios y operacionales.
- Organizar los servicios de mantenimiento de los establecimientos de salud de la región, haciendo conocer el Manual de Organización, Funciones y Procedimientos establecidos por el nivel central.
 - Gestionar la impresión de formularios, tarjetas, fichas, etc., para la mejor organización de los Departamentos de Mantenimiento del hospital y servicios periféricos.
 - Establecer, en reunión con los jefes de mantenimiento de los establecimientos de salud de su región, las prioridades de mantenimiento y conservación de equipos, instalaciones y edificios, con la debida anticipación.
 - Prestar asesoría técnica de ingeniería al área o áreas de salud, cuando así lo soliciten.
 - Asesorar al nivel local en la adquisición de equipos, herramientas, repuestos y materiales, en cantidades que estén acordes con la demanda de los servicios.
 - Adiestrar personal en servicio en cursos de actualización y capacitar personal nuevo, mediante la ejecución de cursos regulares, de acuerdo con los programas emanados del nivel central y en coordinación con él.
 - Reclutar, seleccionar, nombrar y contratar al personal de mantenimiento del nivel local, de preferencia egresado de Instituto Tecnológico o Escuela Técnica de mando medio.
 - Coordinar todas las acciones relacionadas con mantenimiento y conservación con otras instituciones afines del sector salud, universidades y escuelas técnicas.
 - Intervenir en la recepción de nuevas construcciones medianas y/o efectuar las observaciones correspondientes por escrito y elevarlo al informe al nivel central.
 - Efectuar recomendaciones técnicas en cuanto a los diseños de nuevas construcciones, instalaciones, ampliaciones y/o remodelaciones, procurando su mayor funcionalidad.
 - Hacer el inventario de los recursos físicos (su estado actual, estimación de costo), de los recursos humanos disponibles y elevar los datos correspondientes al nivel central, cada año o cuando lo requieran.
 - Actualizar todos los planos de los servicios de salud de su ámbito, recopilando además la información técnica de equipos e instalaciones en un archivo técnico o centro de información técnica.
- Intervenir, con la debida anticipación, en la elaboración del presupuesto para mantenimiento y conservación de los establecimientos de salud de su circunscripción y su propio presupuesto de operación, a fin de que sea consignado en el año venidero.
- Supervisar, controlar y evaluar periódicamente, de acuerdo a un programa establecido, los servicios de salud y, especialmente, los departamentos de mantenimiento del segundo escalón y servicios periféricos.
 - Informar, por lo menos, mensualmente al nivel central, o cuantas veces lo requieran las necesidades del servicio.
 - Fomentar las buenas relaciones humanas entre el personal de todos los escalones inferiores y entre centros regionales de mantenimiento y conservación.
- Funciones del nivel local*
- Establecer los mecanismos administrativos y de organización del servicio, para utilizar en forma efectiva los recursos humanos, físicos y económicos, asignados a mantenimiento.
 - Coordinar y ejecutar los programas de mantenimiento preventivo y correctivo, emanados de los escalones superiores y del subsistema nacional de mantenimiento y conservación.
 - Establecer métodos, procedimientos y la organización de las actividades necesarias para mantener la continuidad de funcionamiento del servicio, en condiciones de operación normales o de urgencia, tanto en turnos diurnos, como nocturnos.
 - Coordinar sus actividades con la administración y jefes de servicio de la institución.
 - Elaborar y aplicar en forma efectiva los programas de mantenimiento y conservación, fin de prolongar la vida útil de los equipos, instalaciones y planta física en condiciones de seguridad de funcionamiento.
 - Mantener un inventario técnico actualizado de los recursos físicos que estén bajo la responsabilidad del Servicio de Mantenimiento.
 - Reducir al mínimo las necesidades de reposición de capital, evitando el deterioro acelerado de la infraestructura física.
 - Suministrar información técnica al personal de mantenimiento y conservación, así como los procedimientos de seguridad industrial y las acciones en caso de emergencia.

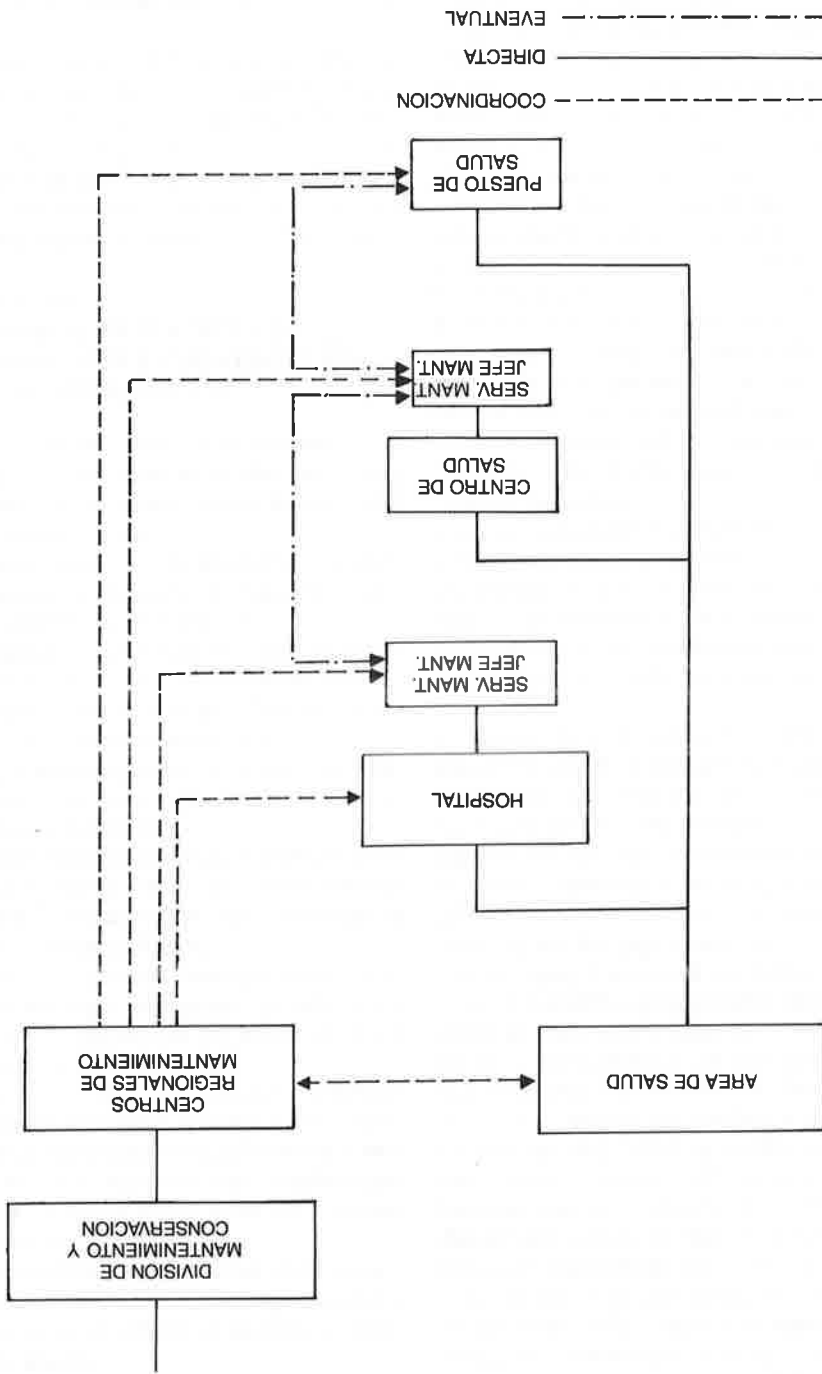


Figura 3. Relaciones de apoyo técnico a los sistemas locales de salud.

puestos de salud, forman parte de los sistemas

locales de salud.

Las actividades de los escalones a veces se

superponen o se complementan y deben estar

coordinadas en forma vertical y horizontal, con

la debida supervisión, control y evaluación de

los escalones superiores a los inferiores.

El equipo es un "paciente" que tiene atención

primaria, secundaria, terciaria y especializada;

que existen niveles de atención y grados de com-

plejidad; que tiene referencia y contrarreferen-

cia. La misma metodología de atención médica,

de ser aplicada en los equipos e instalaciones,

con actividades de promoción, prevención, cu-

ración y rehabilitación. La vida útil es la "espe-

ranza de vida" de los equipos.

En la estrategia de descentralización de servi-

cios de salud, a través de los sistemas locales de

ingeniería y mantenimiento es eminentemente

de apoyo técnico de acuerdo a las funciones del

subsistema, en estrecha articulación e inmerso

en el sistema nacional de salud.

Este servicio tiene que ser flexible a las nue-

vas orientaciones y marchar en forma paralela al

desarrollo institucional y a las nuevas tenden-

cias.

De igual manera que en la atención médica, en

el componente de mantenimiento y conserva-

ción, la descentralización acompaña a la regio-

nalización, y muchas actividades de mando y

recursos se deben ir desconcentrando hacia los

ambitos inferiores, a medida que la política en

este campo lo permita.

Las acciones de tipo gerencial y administrati-

vo, a través de un auténtico liderazgo; organiza-

ción de estos servicios; programa de manteni-

miento, principalmente preventivo; con cambios

de actitud y aptitud, mediante programas de en-

trenamiento continuo; logística y suministros;

sistemas de información, supervisión, control y

evaluación, etc., hacen posible buscar nuevas for-

mas de trabajo, con plena participación popular.

Siendo los sistemas locales de salud una mul-

tiplicación de esfuerzos, y al no ser el área de

mantenimiento conflictiva, es posible lograr el

acercamiento, coordinación e integración de es-

tos servicios entre Ministerios de Salud y Seguri-

dad Social, compartiendo programas conjuntos

de entrenamiento de personal, intercambiando

información técnica, experiencias, investiga-

ción operacional para reducir los costos de ope-

● Establecer y hacer cumplir las normas, mé-

todos, sistemas, procedimientos, reglamentos y

disposiciones internas necesarias para el cumpli-

miento de las funciones, teniendo como base el

Manual de Organización, Funciones y Procedi-

mientos del Servicio.

● Intervenir en la recepción de nuevas cons-

trucciones mediante acta, efectuando las obser-

vaciones correspondientes por escrito y elevar-

do el informe al Centro Regional.

● Proveer los servicios de agua fría y calien-

te, vapor, servicio eléctrico, aire comprimido,

vacío y gases medicinales, refrigeración y aire

condicionado, transporte vertical y comunica-

ción interna, etc., con un mínimo de interrup-

ciones de funcionamiento.

● Supervisar diariamente los servicios, a los

jefes de sección, a los contratistas de obra civil y

mantenimiento, colaborar estrechamente con el

personal del Centro Regional.

● Preparar y someter a la administración el

presupuesto estimado anual de mantenimiento

(Plan Maestro de Mantenimiento), basado en los

trabajos futuros a realizar.

● Intervenir en todo trabajo, de remodela-

ción, ampliación o refacción, directamente o su-

pervisando el trabajo de contratistas.

● Colaborar en programas de seguridad y pro-

tección contra incendios, programas en caso de

desastres naturales, mediante entrenamiento del

personal y protección de equipos.

● Desarrollar programas de entrenamiento,

adiestramiento en servicio de personal de mante-

nimiento y conservación.

● Informar, por lo menos, mensualmente a su

jefe inmediato superior todas las ocurrencias del

servicio y tantas veces que así lo requiera.

ROL DEL SUBSISTEMA DE MANTENIMIENTO Y CONSERVACION EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

En este subsistema de apoyo la mayor impor-

tancia de mantenimiento y conservación la tie-

nen de hecho y de derecho los escalones primero

y segundo, porque allí están los problemas, y

todos los esfuerzos de los escalones superiores

deben estar encaminados a la solución de los

mismos, allanando las dificultades en todos los

campos de acción.

Se debe hacer notar que los escalones primero

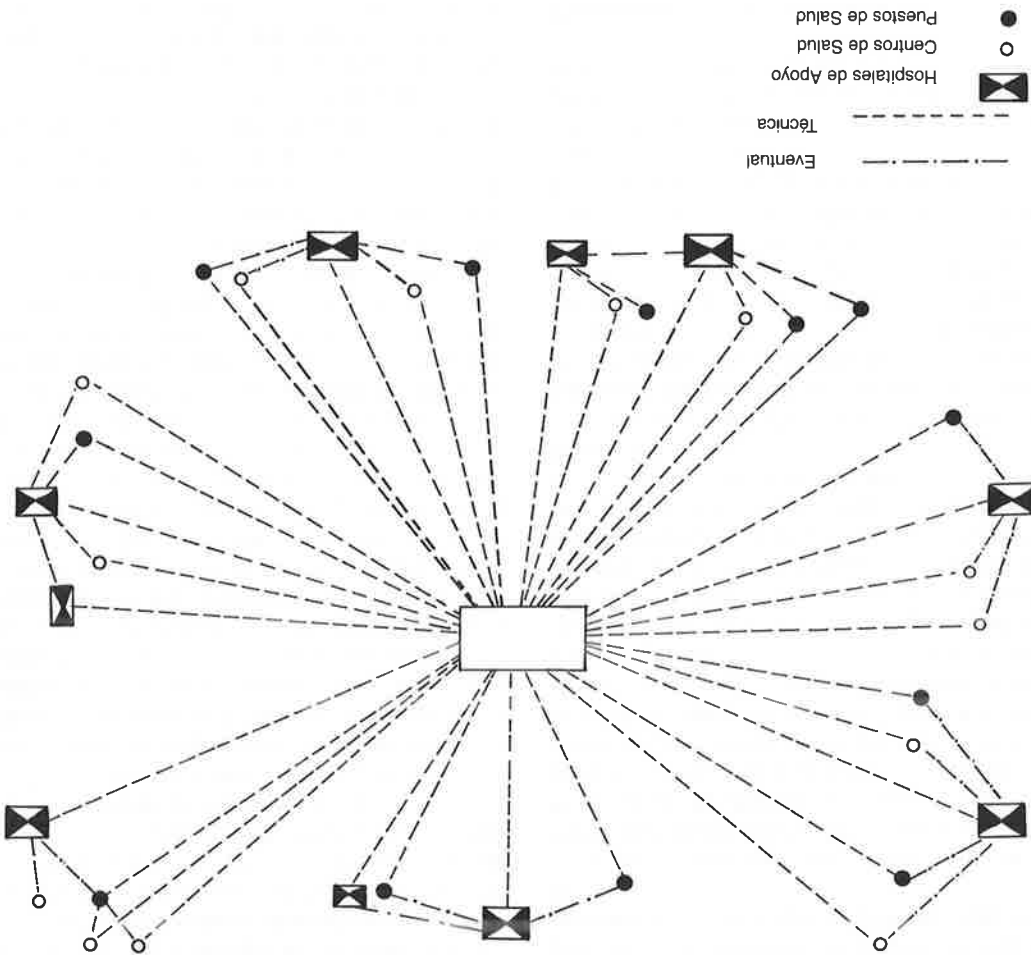
y segundo con sus hospitales de apoyo, centros y

ración, haciendo compras conjuntas, elaborando normas, manuales y seleccionando el uso correcto de tecnologías, etc.

La evaluación técnica del recurso físico en salud, particularmente de equipos médicos y no médicos, nos puede permitir determinar en los SILOS con mayor precisión, cuáles equipos es- tan paralizados o con funcionamiento deficiente, al disponerse de datos actualizados.

Muchos países han cometido el error de tener una centralización rígida en la capital de la República de todas las actividades de mantenimiento, soportando cargas de trabajo mayores a la oferta de servicios. Estas podrán haber sido eficientes, pero no eficientes.

Figura 4. Relaciones de apoyo técnico a la red de sistemas locales de salud (SILOS): Ambito intermedio y local.



Eventual ———

Técnica - - - - -

Hospitales de Apoyo

Centros de Salud

Puestos de Salud

LA SALUD ORAL, UN COMPONENTE DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

George M. Gillespie y Patricia Yépez

EL COMPONENTE SALUD ORAL EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EN LOS SILOS

El mayor énfasis en el desarrollo de sistemas locales de salud debe concentrarse en la aceptación conceptual de la toma de decisiones a nivel local para una efectiva administración de los servicios dentro del enfoque de atención primaria. Dada la importancia expresada por los gobiernos en prioridades para prevención y atención odontológica a los niños y población escolar, mucho del énfasis de este componente está dirigido a actividades para este sector.

En el concepto de descentralización de los servicios hay ciertas premisas que deben ser consideradas; la primera de estas es la aceptación de que las decisiones se tomarán a nivel local y que deberán integrarse a este nivel los servicios de salud oral. Igualmente, el concepto de salud oral dentro de un planteamiento colectivo debe ser determinado y evaluado sobre la base del sistema local de salud, y establecer los mecanismos y procedimientos para orientar el programa, de tal manera que la evaluación del impacto y los servicios este fundamentada en el mejoramiento de la salud oral comunitaria, como un todo.

La implementación de servicios de salud oral en los sistemas locales de salud también destaca la necesidad de contar con un efectivo sistema de suministro de información, procesamiento y análisis a nivel local y central. Esto implica no solamente el desarrollo de indicadores que incluyan los factores comunitarios mencionados anteriormente, sino, también, el desarrollo de un sistema de información más eficiente para el tratamiento de enfermedades y la condición de salud oral, dando énfasis a la salud y no a la enfermedad.

Es importante destacar y aclarar que las caries dentales, tal como las enfermedades periodontales, son procesos infecciosos y, en el caso de caries crónicas, son relativamente lentas. No hay proceso natural, recuperativo y eficaz para esta enfermedad, debido a la característica del tejido

Establecimiento de una política, un plan y un programa basado en:

Establecimiento de políticas

Es necesario introducir una metodología que pueda ser implementada por personas que tengan un adiestramiento no totalmente formal en áreas de salud oral y a quienes se les pueda adiestrar rápidamente, para poder obtener información básica con una inversión limitada de parte de los servicios de salud comunitarios. Parece que el desarrollo de esta capacidad es esencial dentro del concepto de operación y evaluación del pacto de los sistemas locales de salud.

Se considera que la implementación de la salud oral en los sistemas locales de salud, requerirá atención en las siguientes áreas:

afectado: esmalte y dentina que no tienen un fácil acceso a fuente de sangre o al proceso circulatorio para efectuar la recuperación. Eso implica que estos daños requieran la intervención de un personal de salud. También se debe notar que, en vista del proceso infeccioso, un programa en el cual se tratan piezas dentarias aisladas (por extracción o reparación del daño) sin eliminar el proceso activo de caries, siempre tiene muchas limitaciones y deja que el proceso siga en la boca.

a) Ubicación de consultorios y facilidades para servicios odontológicos.
 b) Características del servicio (sistemas de atención).
 c) Tiempo requerido del paciente (tanto para consultas, como para transporte al servicio).
 d) Costos (al paciente y por el servicio).

10. Desarrollar métodos para aumentar la eficiencia y productividad de atención odontológica en el sector público y privado, utilizando tecnología apropiada basada en personas sanas y no en número de dientes tratados.

El abordaje de la problemática señalada obliga a reorientar la práctica odontológica como respuesta científico-técnica de la profesión a las condiciones socioepidemiológicas de la población; para el efecto, es fundamental inscribir la como un componente de la atención primaria y bajo sus lineamientos, operacionalizarla como parte de los sistemas locales de salud. Dentro de este enfoque, los lineamientos del componente salud oral son:

● **Investigación:** Constituye el eje del programa y está orientada al conocimiento de la situación de la salud oral, tanto en el aspecto epidemiológico como en recursos humanos disponibles, enfoques locales hacia la salud oral y la organización de los servicios. Su aporte es esencial para el desarrollo del programa, tanto a nivel de servicios, como en la formación de recursos humanos.
 ● **Prevención:** Dirigida a la disminución y control de los problemas prevalentes a través de métodos y técnicas de eficacia reconocida, tanto a nivel sistémico, como de aplicación tópica o local.
 ● **Tecnología apropiada:** El abordaje de los problemas de salud oral requiere de alternativas tecnológicas adecuadas a las necesidades y realidad local, así como a los niveles de atención de la red de servicios.
 ● **Recuperación de la salud oral:** La acumulación del daño por problemas buco-dentales, requiere de una capacidad resolutiva de la odontología, tanto en los SILOS, como en el tercer nivel de atención, garantizando a la población el acceso a los servicios, complementando, así, las acciones educativo-preventivas.

● **Salud y cobertura:** El programa debe estar destinado a proveer o mantener la salud oral de

a) Dar salud y mantenerla (es decir, no tiene base solamente en reparación de daños aislados sin contemplar el proceso para la eliminación de infección y prevención).
 b) Cobertura.
 c) Responsabilidad por grupos y sectores de la población.
 d) Eficacia y eficiencia en la utilización de recursos para lograr condición de salud con los recintos existentes.
 e) Enfocar programas en forma práctica y no solamente a base a la demanda.
 f) Establecer políticas de evaluación con indicadores de impacto, basados en la cobertura de población y en el buen estado de salud oral.

Implementación

1. Mejorar la participación del personal de salud oral en las decisiones administrativas a nivel central.
2. Destinar mayores recursos y adiestramiento para el personal que va a actuar como representante en los niveles administrativos centrales.
3. Desarrollar metodologías y aplicar indicadores para la efectiva implementación y evaluación de la salud oral en los servicios locales de salud.
4. Desarrollar guías y procedimientos para asegurar la efectiva implementación del concepto local de servicios de salud a nivel comunitario.
5. Implementar efectivamente programas educativos y preventivos de salud oral en las comunidades locales.
6. Adiestrar personal odontológico local acualmente involucrado en proveer directamente servicios de salud oral, en aspectos administrativos y de planificación, recolección de información y análisis.
7. Desarrollar mecanismos para ampliar la capacidad de los sectores públicos y privados para dar salud a la comunidad en forma más eficaz y eficiente. Utilizar recursos humanos, físicos y financieros (fondos o fuentes de apoyo) subutilizados o mal programados.
8. Llevar a cabo un análisis de los mecanismos financieros existentes y de las prioridades para poder desarrollar sistemas adecuados y prioritarios para grupos específicos, comunidades o áreas geográficas, en un ambiente determinado.
9. Facilitar acceso a la comunidad a servicios a base de un análisis de:

un sector definido de la población, tomando en cuenta las necesidades, además de los casos de urgencias, accidentes, cáncer, etc. Los indicadores deben ser enfocados a base de salud y de bien ser de interpretación clara para los niveles político-administrativos.

● *Integración docencia-servicio-investigación*: Se identifica con la participación integral de las instituciones formadoras y de servicios en la contribución a solucionar los problemas de salud de la población, inscribiéndose en los nuevos espacios de la estructura sanitaria reconocidos en los sistemas locales de salud.

Con el propósito de contribuir al desarrollo del componente salud oral en los SILOS, se ha considerado conveniente plantear el proceso en tres partes, las cuales se complementan para servir de guía en los procedimientos que se deben seguir para la inserción de la salud oral. Estas son:

- recolección de información y análisis preliminar, a base de variables o categorías sociales; se hace necesario introducir una metodología sencilla que pueda ser aplicada por personas que no tengan un adiestramiento formal en la Odontología, o a quienes con un entrenamiento se puedan utilizar para obtener información básica y que solo requiera de una inversión limitada de parte de los servicios de salud. Es, así, que a continuación se presentan algunas sugerencias que podrán constituir un método sencillo de investigación de aplicación local.

Recolección de información y análisis preliminar

Ante la necesidad de disponer de un instrumento que nos permita conocer la realidad local de salud oral, y sobre esa base diseñar la programación, se proponen para su aplicación en los SILOS los siguientes indicadores:

1. Sobrevivencia de los dientes
- 1.1. Porcentaje de la población que conserva veinte o más dientes funcionales, incluyendo todos los dientes anteriores en grupos de 35-44 años.
2. Prevalencia de problemas buco-dentales

- 2.1. Promedio de COPD y sus componentes en grupos de 7, 12, 18 y 35-44 años.
- 2.2. Porcentaje libre de caries (COPD = 0) en grupos de 7, 12, 18 y 35-44 años.

- 2.3. Porcentaje de escolares sin gingivitis por edad.
- 2.4. Porcentaje de la población libre de enfermedad periodontal establecida (definida como una o más bolsas periodontales \pm 6 mm) en grupos de 35-44 años.

3. Cobertura

- 3.1. Porcentaje de la población cubierta con fluor sistémico (agua o sal).
- 3.2. Porcentaje de la población incorporada a programas de educación.
- 3.3. Porcentaje de la población incorporada en programas de atención odontológica.
- 3.4. Porcentaje de la población sin presencia de caries o enfermedad periodontal activa.

Dentro del concepto de la operación y evaluación del impacto de los sistemas locales de salud, se hace necesario introducir una metodología sencilla que pueda ser aplicada por personas que no tengan un adiestramiento formal en la Odontología, o a quienes con un entrenamiento se puedan utilizar para obtener información básica y que solo requiera de una inversión limitada de parte de los servicios de salud. Es, así, que a continuación se presentan algunas sugerencias que podrán constituir un método sencillo de investigación de aplicación local.

Recolección de la información

A través de encuestas epidemiológicas, dentro de las cuales se contempla una inicial para los datos de base y una sucesiva, a los cuatro años, para la evaluación; estas se aplicarán en los grupos etarios señalados en los indicadores seleccionados. En la aplicación de las encuestas se deberá señalar la muestra, los materiales y métodos, el tipo de encuesta y la periodicidad de las mismas de acuerdo a las variables (prevalencia y sobrevivencia se recomienda cada cuatro años). Para la cobertura es mejor hacerla anualmente, a base de los consolidados mensuales y anuales. Los recursos humanos, para la recolección de información, deberán tenerse en cuenta desde los niveles centrales hasta los locales, cada uno de ellos con funciones específicas. El nivel central tendrá la responsabilidad de apoyar a través

personal se diseñarán actividades educativas con un contenido de mayor o menor complejidad; pero, lo fundamental es que se indiquen acciones para la implantación y mantenimiento de las acciones preventivas. El trabajo de capacitación recae en el personal auxiliar, odontólogos y estu-

diantes de Odontología.

Tercer Nivel:

Esta orientado hacia la actualización y reubicación del recurso humano odontológico existente en los servicios de diversa complejidad y por niveles de atención. Para que el recurso humano odontológico desempeñe un papel activo, debe enfatizarse en su formación de pregrado, la prevención, la educación y su participación e interacción comunitaria; asimismo, se requiere que sea entrenado en el desarrollo de acciones, tales como, talleres, foros, seminarios y en el uso de los recursos audiovisuales. Por otro lado, se deben incluir aspectos administrativos y de servicio, recolección de información y análisis preliminar. Por último, deberá constituir una estrategia permanente de este proceso el realizar cursos de educación continua global que incluya desde las relaciones comunitarias más sencillas y capacitación para trabajo en equipo, hasta las técnicas biomecánicas necesarias para el normal cumplimiento de sus tareas cotidianas en los niveles de atención.

Es importante señalar la significación de los SILOS en el desarrollo del proceso docente-servicio, el cual configura un espacio de trabajo, el cual pueden generar cambios cualitativos importantes en la formación de los recursos humanos como en la producción de servicios.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA SALUD ORAL EN LOS SILOS

Actividades para prevención de caries lineamientos generales para el desarrollo de un programa de fluoruración de agua

La fluoruración de las aguas constituye uno de los programas de prevención masiva más importantes de la Odontología. Sin embargo, no puede ser ejecutado sólo con la intervención del personal odontológico, ya que esta medida forma parte de un plan global de tratamiento del agua. Por lo tanto, requiere del concurso de disciplinas diferentes, tales como: la Ingeniería Sanitaria, la

de sus políticas y programas el desarrollo de las investigaciones locales, ya que partiendo del conocimiento de la necesidad podrán diseñarse programas que respondan efectivamente a los problemas de salud oral. Las políticas, estrategias y planes nacionales permitirán a los intermedios y locales desarrollar la metodología con los recursos que se tengan disponibles y a la vez estimulará una participación comunitaria con tecnología sencilla y a bajo costo.

En el nivel local existen los sistemas locales de salud, en donde se hará operativo el método. Se debe contar con la participación de los odontólogos administradores, odontólogos de servicios, personal auxiliar, personal comunitario y personal polivalente.

Capacitación de recursos humanos

De acuerdo a su participación en el SILOS, el entrenamiento de los recursos humanos se plantea por niveles, para lo cual se señalan algunos aspectos técnicos que deben ser tomados en cuenta en la capacitación del personal para su efectiva incorporación.

Primer Nivel:

Corresponde a la población de la jurisdicción de los SILOS: individuos y familias. Se capacitará en salud bucal, con énfasis en la prevención de las enfermedades: caries y enfermedad periodontal, y en la resolución de estos problemas en caso de enfermar.

Se deberá capacitar a miembros de la comunidad (líderes comunitarios) a fin de promover, junto con el equipo de salud, reuniones abiertas, foros, talleres y todas las actividades que permitan intercambio de conocimientos en la localidad.

Promover en los grupos escolares la incorporación formal de educación para la salud, en donde se incluyan distintas actividades para la capacitación y participación del personal docente.

Segundo Nivel:

Esta dirigido a la formación del personal polivalente de la comunidad, al personal del equipo de salud que no tenga una preparación formal en la Odontología, a las enfermeras, a los auxiliares sociales, a los trabajadores de medicina simplificada, a los médicos, etc. De acuerdo al tipo de

7. Reunir periódicamente a la comisión nacional y estar en contacto permanente con los niveles de las instituciones.

Pasos para la implantación local de un programa de fluoruración

1. Identificar y seleccionar las plantas de tratamiento urbano y rural.

2. Investigar las condiciones de aplicación de las plantas seleccionadas en relación con la existencia de equipos dosificadores, sustancia química, equipos de seguridad para el personal obrero, equipos de laboratorios para el análisis diario de la aplicación de flúor, etc.

3. Analizar la cantidad de flúor natural en las aguas de consumo, el cual debe ser ejecutado rutinariamente por el personal técnico de las plantas de tratamiento tanto urbano como rural.

4. Estudiar epidemiológicamente las enfermedades bucales: caries y enfermedad periodontal. Esto debe ser realizado por el personal odontológico y miembros de la comunidad en las escuelas de la localidad.

5. Capacitar al personal técnico y obrero de las plantas de tratamiento a través de cursos, con la participación de ingenieros, químicos, odontólogos y representantes sindicales. Los temas que se sugiere desarrollar se relacionan con aspectos de etnología de la caries dental, usos y beneficios del flúor, mecanismos de aplicación del flúor en el agua y normas de seguridad para el manejo de la sustancia química.

6. Establecer subcomisiones locales en reuniones periódicas de la subcomisión con todos sus integrantes para la evaluación continua del programa y la solución de problemas técnico-administrativos que estén a su alcance.

7. Elaborar y presentar informes a la comisión nacional para apoyar la gestión local.

Participación de la comisión nacional en eventos institucionales

Dadas sus características de ser una comisión multidisciplinaria, intersectorial e interinstitucional, la Comisión deberá participar en todos aquellos eventos que realicen las distintas disciplinas, con el objeto de motivar, informar y obtener apoyo incondicional para el desarrollo del programa. Así, tenemos que en el área odontológica se celebran corrientemente jornadas, talleres, seminarios, foros, congresos, convenciones

Química, la Inspección Sanitaria, etc. Para lograr una interacción de estas disciplinas deberá crearse un mecanismo que permita la coordinación interinstitucional y de esta manera aunar esfuerzos en la implantación del programa.

Pasos para la coordinación interinstitucional en un programa de fluoruración.

1. Gestionar en los niveles competentes el basamento legal para la adición del flúor al agua.

2. Identificar las instituciones comprometidas en el programa:

- a) Ministerio de Salud.
- Unidad Técnica de Salud Oral.
- Dependencia de mayor jerarquía que la Unidad Técnica previa, para lograr el apoyo en los programas de salud oral.

b) Institución que se encargue del tratamiento del agua; en el seno de esta institución deben identificarse aquellas dependencias relacionadas con la operación de las plantas de tratamiento del agua y la evaluación de la calidad y contenido del agua; la compra y adquisición del producto químico; la distribución; el tratamiento urbano y rural; el funcionamiento de las plantas de tratamiento y el organismo sindical que agrupa y defiende los intereses del personal obrero.

c) Organismos de Inspectores Sanitarios generalmente adscritos o dependientes del Ministerio de Salud.

d) Asociación de Escuelas y Facultades de Odontología.

e) Entidad gremial nacional.

f) Representante de la comunidad.

3. Designar oficialmente a los representantes de cada institución y dependencias, previa solicitud del Ministerio de Salud, el cual es el responsable de la gestión coordinadora.

4. Elaborar un reglamento interno para establecer una comisión interinstitucional, multidisciplinaria e intersectorial, estableciendo también funciones para las subcomisiones regionales.

5. Preparar un plan de trabajo de la comisión, de acuerdo a las necesidades y realidades locales del país.

6. Constituir y juramentar a las subcomisiones regionales, estructurándolas conforme a la existencia de las instituciones seleccionadas.

Lineamientos generales para el desarrollo del Programa de Educación para la Salud en un

SÍLOS

Al ser la atención primaria la base para el desarrollo de los Programas de Educación para la Salud, se hace necesaria la coordinación intersectorial e interinstitucional entre los Ministerios de Salud y Educación, para que una vez cumplida la fase de Educación, para que una vez cumplida la fase de inclusión oficial del componente salud oral en los currícula escolares, se actualice el conocimiento existente que se venía desarrollando en el ámbito docente. Es altamente recomendable que la administración del programa sea de exclusiva responsabilidad del Ministerio de Educación, como organismo operativo encargado del personal docente.

Los lineamientos generales para el desarrollo del programa serían:

1. Incorporar el componente de salud oral en los currícula del Ministerio de Educación como objetivo obligatorio del mismo; dicha incorporación se hará a un nivel de alta dirección, lo que implica una coordinación intersectorial entre los Ministerios de Salud y Educación (los niveles centrales de ambas instituciones deben estar debidamente informados de este proceso y estos, a su vez, transmitir esta información a los niveles inferiores). Se sugiere que el Ministerio de Educación identifique a los responsables que se ocuparán del manejo de los currícula escolares; una vez cumplido esto, se hace un contrato oficial para que de mutuo acuerdo se incorpore el objetivo salud oral en el mencionado currículum.
2. Estructurar una comisión interinstitucional, intersectorial y multidisciplinaria integrada por:
 - a) El Ministerio de Salud
 - Unidad Técnica de Salud Oral.
 - Coordinador General de Prevención
 - Trabajadores Sociales
 - b) El Ministerio de Educación:

En este ministerio se deben identificar las dependencias que se ocupen de la supervisión

gerenciales, etc., en donde se deberá aportar conocimientos sobre las acciones concretas que se han venido cumpliendo para la aplicación del fluor en el agua. Lo mismo es válido para las disciplinas que con su trabajo cotidiano en la Comisión informan la realización de congresos, talleres, foros, seminarios, etc., y cualquier evento en su área que permita dar a conocer el trabajo continuo efectuado hasta el presente y la participación de los miembros de la Comisión, en los mismos.

Realización de eventos nacionales y locales sobre fluoruración

La comisión nacional debe establecer la realización de algún tipo de evento con participación nacional, con el propósito de evaluar acciones cumplidas, obstáculos y alternativas de solución a los problemas detectados, con una frecuencia de cuatro o cinco años; este evento nacional deberá alimentarse con los aportes y experiencia regionales obtenidos con la celebración de talleres zonales. Lo que se busca es que la ejecución y evaluación sean lo más ajustadas posible a la realidad.

Por lo tanto, a nivel local el responsable de la coordinación interinstitucional debe diseñar el evento de su área de influencia y podrá solicitar a la Comisión Nacional asesoría y apoyo; y posteriormente, elaborar un informe contenido de todas las actividades y remitirlo a los canales regulares.

Alternativas

En el caso que no sea factible, en el futuro próximo, lograr la fluoruración del agua, se debe considerar otras alternativas: fluor en la sal de consumo doméstico, fluor en la leche en programas escolares, tabletas de fluor o aplicación tópica a través de enjuagatorios. Para la aplicación masiva a través de la sal o leche, esta debe ser discutida con las empresas pertinentes y haber hecho un estudio detallado para analizar áreas de influencia del producto y su sistema de mercadeo, niveles de fluor existentes; consumo del producto en cantidad (sal o leche); calidad del producto y capacidad de la planta productora para hacer modificaciones y agregar fluor (como en el caso de iodación de sal para bocio). Además, tiene que diseñar sistemas de control y evaluación para asegurar una dosificación correcta (consumo, 1 mgm diario del ion fluoruro a los seis años).

nacional de las escuelas, unidad técnica de planificación curricular, y el jefe nacional de zonas educativas.

c) La Asociación de Escuelas y Facultades de Odontología.

d) La entidad gremial nacional.

e) El representante de la comunidad.

3. Designar a los representantes de cada institución y dependencias a petición al Ministerio de Salud.

4. Elaborar un reglamento interno para el funcionamiento de la comisión, incluyendo la estructura de subcomisiones regionales.

5. Establecer una política enfocada en la participación activa de las entidades, los maestros, las familias y los escolares.

6. Preparar un plan de trabajo con la participación interinstitucional, a fin de identificar actividades y recursos que cada una de estas instituciones aporte y de esta manera obtener una verdadera coordinación. Establecer prioridades y mecanismos para seguimiento y evaluación.

7. Constituir y hacer juramentar a las subcomisiones regionales, estructurándolas conforme a la existencia de las instituciones seleccionadas.

8. Reunir periódicamente a la comisión nacional y estar en contacto permanente con los niveles generales de las instituciones.

Pasos para la implantación local de un Programa de Educación para la Salud en un SILOS

1. Designar un odontólogo coordinador del Programa de Educación para cada sistema local de salud.

2. Contactar con el encargado de la jurisdicción escolar (por ejemplo Distrito Escolar) correspondiente, a fin de informarlo de la implantación del programa.

3. Identificar a las escuelas y a los supervisores de las mismas en su jurisdicción, ajustada al Ministerio de Educación.

4. Hacer reuniones con los supervisores de las escuelas existentes en su jurisdicción, para informarlos del programa, obtener información de los planteles y coordinar la celebración de seminarios con su personal. Estas escuelas pueden tener denominaciones diferentes de acuerdo a su dependencia administrativa; por ejemplo: nacionales, privadas, estatales, autónomas y municipales.

1. Brindar asesoría, control y apoyo a los SILOS pertenecientes al estado, provincia o departamento, por parte de la subcomisión.

11. Brindar asesoría, control y apoyo a los medios de comunicación social.

● Difusión de la programación a través de los talleres, jornadas, foros, etc.

● Realización de actividades educativas, tales como talleres, jornadas, foros, etc.

● Evaluación y ajuste

● Funcionamiento del programa

● Levantamientos epidemiológicos

10. Efectuar reuniones periódicas de la subcomisión regional a fin de arbitrar los mecanismos de salud oral del nivel central.

9. El responsable regional de la Odontología deberá analizar y procesar esta información, enviarla al epidemiólogo regional y a la unidad técnica de salud oral del nivel central.

8. El coordinador general de prevención deberá preparar un consuntivo general de todos los SILOS en su estado, provincia o departamento y enviarlo al responsable de la Odontología en su localidad.

7. Establecer un contacto frecuente del coordinador general de prevención, al odontólogo, enviándolo, posteriormente, al odontólogo un consolidado de las escuelas de su jurisdicción, los datos entregados por cada escuela y elaborará un consolidado de la escuela con el odontólogo coordinador de la escuela con el odontólogo coordinador de la escuela con el odontólogo coordinador general de prevención de todos los SILOS en su estado, provincia o departamento y enviarlo al responsable de la Odontología en su localidad.

6. Designar, ajustado al turno y al horario escolar, un coordinador del programa dentro de la escuela, el cual puede ser personal administrativo, docente, obrero, o cualquier otro que desee realizar estas funciones por turno. Establecer un plan para involucrar a los alumnos en forma activa y asignarles responsabilidades.

5. Realizar seminarios con el recurso humano relacionado con la programación: supervisores, directores de escuelas, docentes, un representante de la comunidad educativa, y en aquellos casos en que exista odontólogo, personal auxiliar odontológico, enfermeras, psicólogo y trabajadores sociales, etc., también deben ser incorporados en esta actividad. Se recomienda que estos seminarios se desarrollen en cada planta.

Lineamientos generales para el desarrollo de la capacidad resolutiva de la Odontología en un SILOS

Para proponer estrategias de operacionización de la Odontología en un SILOS, se hace

necesario diferenciar a nivel local dos estructuras que, aunque interrelacionadas y dependientes una de la otra, tienen condiciones de funcionamiento propias y en donde se insertan las acciones odontológicas en una forma muy particular.

La primera de estas estructuras propuestas la constituye la *unidad mínima territorial administrativa*, que tiene a su cargo la gestión de los servicios de salud en su territorio. Esta unidad de gestión puede diseñar estrategias de programación de acuerdo a las condiciones de cada país o región, y en ella se requiere de la presencia de un recurso humano odontológico capacitado en salud pública, específicamente en administración de servicios, para que pueda acertadamente responder a las actividades de interés nacional, identificar las necesidades locales e integradas para una propuesta programática.

La segunda de las estructuras es la *unidad mínima de servicios*, que depende de la anterior y tiene a su cargo la operación del modelo de atención a nivel de individuos, familias, grupos sociales unidos por trabajo común y a las comunidades. Dicha unidad comprende la red de servicios, la actual esta conformada, a nivel de una región, por todos los servicios de atención a la salud de diferentes niveles de complejidad crecientemente.

Para el desarrollo de la red de servicios local y la incorporación del componente de salud oral en los mismos, se sugieren algunas estrategias:

1. Promocionar la disponibilidad de atención de los servicios de la localidad en las casas y familias, para cubrir aquellos grupos de población, en especial niños, que no tienen acceso a la atención por no estar escolarizados o por pertenecer a grupos familiares desempleados e indigentes. Esta promoción comunitaria puede ser realizada a través de programas educativos por cualquier miembro del equipo de salud, incluyendo miembros de la comunidad debidamente entrenados que formen parte de dicho equipo.
2. Desarrollar una unidad desplazable de atención encargada de vigilar aquellas escuelas que no dispongan de servicios, comunidades marginales y todos los grupos de población que estén dentro de la programación para esta unidad desplazable se hará de acuerdo a las características y necesidades de cada localidad. Sin embargo,

Las acciones propuestas se refieren en lo particular a las modalidades de atención odontológica

ACCIONES PARA OPERACIONALIZAR AL COMPONENTE SALUD ORAL EN UN SILOS

Al diseñar los procedimientos de coordinación la constituyen los niños.

se deberá tomar en cuenta el componente de salud oral, para que este con sus aportes de recursos humanos, financieros y físicos, concretamente quede expresado en los planes y programas de un SILOS. Esto se logra solo si en la unidad responsable de la administración local de este sistema, bien sea a través de la participación activa, o a través de asesorías al equipo de dirección local.

Unidad de servicios

En el desarrollo de la unidad de servicios deberán tomarse en cuenta las modalidades de atención identificadas en el diagnóstico cualitativo de la red de servicios, a fin de programar un sistema de atención por niveles con los recursos disponibles en el SILOS.

Por lo tanto, al hacer el diagnóstico de la red de servicios pueden identificarse situaciones de atención odontológica y servicios de atención al público en general, que van desde el nivel primario hasta el terciario.

Para facilitar el desarrollo del componente salud oral se tomará el caso de las escuelas con servicios odontológicos, identificándose la forma como podría funcionar dicho servicio y el papel que debe cumplir el odontólogo escolar.

Diseño de un servicio de atención odontológica en una escuela

La programación de la atención en las escuelas deberá planificarse tomando en cuenta las siguientes actividades:

1. Ajustar el diseño de la programación al calendario escolar.
2. Considerar como prioridad de atención a los escolares de 5 a 12 años.
3. Dar difusión a la programación en la escuela, comenzando con las autoridades de mayor jerarquía y tomando en cuenta el personal: docente, administrativo y obrero.
4. Obtener autorización escrita de los padres para el tratamiento de los niños.
5. Ser responsable, el odontólogo escolar, de realizar un levantamiento epidemiológico con el apoyo del odontólogo coordinador del programa preventivo y utilizar el recurso humano que considere oportuno.
6. Aplicar un sistema de atención que permita al odontólogo escolar cubrir la escuela, comentando por los primeros grados (por razones prácticas puede hacerlo también por edades). Este procedimiento dará oportunidad al odontólogo de sanear la escuela en un período determinado, de acuerdo al número de alumnos que deberán ser atendidos.
7. Establecer un sistema de información en la escuela que incluya:

Unidad de gestión

Como una de las respuestas al problema de caries dental y enfermedad periodontal. Estas acciones se visualizan en una forma diferente cuando se plantean para la unidad de gestión o para la unidad de servicios, aun cuando esta última sea la expresión concreta de la primera.

Dado que en esta unidad se realiza una puesta de programación de indicadores locales, entre otras actividades, la profesión odontológica debe participar a través de estas acciones:

1. Análisis de la situación de programas existentes, sus enfoques, logros y recursos humanos, físicos y financieros disponibles.
2. Diagnóstico cuali-cuantitativo local de la red de servicios.
3. Evaluación de la tecnología, eficacia, efectividad e impacto y la eficiencia de las actividades de las distintas áreas de la administración y gestión de la salud.
4. Establecimiento de un plan basado en la mayor participación y colaboración para obtener salud para la población, aprovechando la capacidad de los sectores públicos y privados con prioridades de acción y seguimiento.
5. Definición en los mecanismos de participación de la población; en el pronóstico, decisión y control de las acciones de salud.
6. Desarrollo de investigaciones socio-epidemiológicas y de servicios de salud.
7. Programación de cursos de formación y actividades de educación continuada para todos los recursos humanos ubicados en los distintos niveles del sistema de salud, en concordancia con los diferentes niveles de autoridad, responsabilidades y los deberes de cada cargo.
8. Diseño de los mecanismos de coordinación sectorial con las distintas unidades de servicios del sistema, en cuanto a las modalidades de atención.
9. Identificación de los programas de docencia-servicio y la investigación.
10. Identificación de recursos disponibles, pueden ser recursos humanos sub-utilizados, espacio físico, o fuentes de materiales, o apoyo financiero previamente no involucrado o subutilizado.

nos que no presentan enfermedad, pero que necesitan estas aplicaciones).

10. Realizar actividades de tratamiento

- Caries: obturaciones-extracciones, terapia púlpica (tratamiento de conducto y recubrimiento a criterio del odontólogo).
- Enfermedad periodontal: Eliminación de placa, cálculo dentario y contractos prematuros.

DISEÑO DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA OTROS GRUPOS DE POBLACION DE UN SILOS

Tomando en cuenta que la responsabilidad de atención está constituida por la población total del SILOS, se considera como prioridades para la misma lo siguiente:

- Niños de 5 a 12 años, escolarizados o no.
- Embarazadas.
- Adultos.

Las características propias de cada SILOS y sus recursos determinarán la forma de programación y la articulación de dichos recursos. Sin embargo, debe recordarse que la Odontología tiene definidas para cada nivel de atención sus actividades, recursos humanos y localidades para el sistema integral de atención por niveles. El planificador en salud oral debe utilizar esta herramienta cuando intente implantar programas de atención para caries y enfermedad periodontal.

ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES EN UN PROGRAMA DE SALUD ORAL

a. Comunidad

Recurso Humano	Información	Responsable	Cómo
a.1 Representantes (ma-dres, padres u otros)	Problemática local de salud bucal. Placa dental: qué es, qué produce, cómo se detecta y cómo se elimina. Dieta: consumo de azúcares, frecuencia de la ingesta alimentaria. Programas preventivos en su SILOS: existencia, importancia, aplicación y necesidad de participación comunitaria. Diferentes tipos de programas para recibir atención odontológica en SILOS: Oferta y demanda, funcionamiento y relación con otros centros de atención.	Odontólogo. Personal auxiliar. Estudiantes de Odontología. Cualquier miembro del equipo de salud.	Reuniones con los representantes de los niños escolarizados. Reuniones con los representantes que participan actualmente en las diferentes organizaciones comunitarias. Contacto con los representantes que están en sus casas.

- Diagnóstico y evaluación del sistema mas-ticatorio y la boca en general.
- Historia clínica por paciente (con RX si se puede).
- Registro de las actividades diarias y mensuales.
- Hoja de informe del programa preventivo (teórico y práctico).
- Hoja de pedido.
- Hoja de inventario.

8. Diseñar actividades de higiene bucal.

Implementación de un programa para que los maestros y los escolares estén conscientes de la boca, tejidos blandos y dientes, y la necesidad de mantenerlos limpios y sanos, con inspección regular, limpieza y remoción de placa diaria. Indicar sistemas y materiales sencillos y disponibles para identificar la placa dental sobre los dientes y como quitarla; también, sistemas, instrumentos y materiales para limpiar los dientes en distintas situaciones, dependiendo de la disponibilidad de productos y de la capacidad económica.

9. Efectuar actividades preventivas

El odontólogo escolar deberá brindar asesoría, control y apoyo al objetivo de salud oral inserto en la asignatura de Educación para la Salud del programa escolar. Para ello, tendrá que desarrollar un plan interno de supervisión. Por otra parte, se pueden hacer aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio; esto incluye aquellos alum-

Recurso Humano	Información	Responsable	Cómo
a. 2 Niños	Placa dental, secuencia de erupción de piezas dentales. La boca e importancia del primer molar permanente. Técnica del cepillado. Dentición temporal, mixta y permanente. Recámbulo de azúcar. Partes de un diente. El azúcar y la dieta. Proceso de la caries dental. Fluoruros: usos y administración. Enjuagatorios o aplicaciones tópicas de fluor.	Odontólogo, personal auxiliar en salud oral. Maestros.	Desarrollo anual de los programas y manuales del Minis-terio de Educación en los ca-sos en que exista la program-a para tal fin, a través de char-olas, seminarios, etc. Cualquier tipo de material educativo repartido en las au-culativas.
a. 3, Maestros	Contenido de los programas de educación para la salud oral. La misma información deta-llada para el caso de los niños. Programas preventivos en su SILOS; existencia, importan-cia, aplicación y necesidad de participación comunitaria. Diferentes tipos de programas para recibir atención odonto-lógica en su SILOS; oferta y demanda, funcionamiento y relación con otros centros de atención.	Equipo de salud. Seminars, talleres, foros, jornadas, reuniones, etc.	Equipo de salud. Seminars, talleres, foros, jornadas, reuniones, etc.
a. 4. Obreros de las plantas de tratamiento.	Problemática de caries y en-fermedad periodontal. Usos y beneficios de los fluoruros. Papel en el programa de fluoruración de las aguas. Me-ridas de seguridad para la ma-nipulación de la sustancia qui-mica. Otros programas de salud oral en el SILOS (pre-ventivo y atención odonto-lógica).	Odontólogos. Equipos de salud. Estudiantes de Odonto-logía.	Reuniones periódicas con el personal técnico y obrero de las plantas de tratamiento que estén aplicando fluor al agua.
a. 5. Líderes comunitarios.	Problemática de salud oral en el SILOS. Programas preven-tivos y de atención odonto-lógica en la localidad. Participa-ción en la administración de los programas. Evaluación del impacto en la comunidad. Modificaciones y restriccio-nes o reorientación de activi-dades de acuerdo con necesi-dades o logros.	Odontólogos. Equipo de salud.	Identificación de las personas y organizaciones representati-vas de la población y a través de entrevistas, vistas, reunio-nes y discusiones abiertas a la comunidad.

b. Equipo de salud

Recurso Humano	Información	Responsable	Cómo
b.1 Cualquier miembro del equipo:	Proceso salud-enfermedad lo-cual. Proceso de atención a la salud en general y a la salud oral en particular.	Cualquier miembro de un núcleo de carácter nacional conformado por profesionales de cada institución en las diferentes especialidades. Institución.	Talleres con todo el equipo. Foros, jornadas y seminarios. Cursos de administración de servicios que pueden ser de larga, mediana y corta duración.
Médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales, sociólogos, representantes comunidad.	Políticas de salud oral y proceso de gestión de los servicios odontológicos y fi-de atención odontológica y financiamiento de los servicios. Proceso de integración de manos en aspectos de administración de servicios. Teoría de sistemas sugeridos por el núcleo nacional.	El proceso de administración. Las funciones de administración: planificación, organización, administración de recursos, dirección, control.	Métodos y técnicas de administración. Desarrollo de áreas de investigación y procesos de evaluación.

c. Personal odontológico

c.1. Odontólogos de los niveles centrales que forman parte del núcleo nacional.	Política nacional de salud. Administración de servicios. Investigación en servicios de salud. Evaluación de impacto y cobertura.	Instituciones específicas destinadas a la capacitación larga, mediana y corta duración. Cursos de especialización de odontólogos de los niveles centrales que forman parte del núcleo nacional.	Cursos de especialización de odontólogos de los niveles centrales que forman parte del núcleo nacional.
c.2. Odontólogos de servicios.	Integración docente asistencial. Principios de atención primaria. Conceptualización del sistema nacional de salud y sistema local de salud. Papel en los programas locales de atención. Actualización en Odontología. Relaciones interpersonales. Calibración con el personal auxiliar y el equipo de trabajo del servicio. Implementación de programas de investigación y evaluación. Evaluación de indicadores.	Equipo de salud. Odontólogos de servicios.	Charlas, reuniones, seminarios, talleres, jornadas, etc.

Recurso Humano	Información	Responsable	Cómo
c.3 Estudiantes de Odontología.	Integración docente-asisten- cial. Principios de atención prima- ria. Conceptualización del Siste- ma Nacional de Salud y SI- LOS. Relaciones interpersonales, realidad del servicio local, de- sarrollo de actitudes construc- tivas. Problemática local de salud oral: índices de enfermedad bucal de mayor prevalencia, administración de servicios. Programas odontológicos lo- cales: preventivos y de aten- ción.	Equipo de salud. Odontólogos en servicios. Talleres, foros, seminarios, jornadas, actividades prácti- cas.	
c.4 Personal auxiliar.	Relaciones interpersonales. Problemática local de salud oral. Integración docente-asisten- cial. Principios de atención prima- ria. Conceptualización de S.N.S. y SILOS. Programas odontológicos lo- cales, preventivos y de aten- ción. Calibración con el personal profesional. Actualización en Odontolo- gía.	Odontólogos en servicios. Estudiantes de Odontolo- gía. Personal auxiliar. Reuniones con el personal, ta- lleres, foros, seminarios.	

EXPERIENCIAS

SEGUNDA PARTE

EL SISTEMA DE SALUD Y EL PROCESO DE PROGRAMACION LOCAL EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN, REPUBLICA ARGENTINA

Horacio Lorea

REFERENCIAS SOBRE LA SITUACION DE LA SALUD EN LA REPUBLICA ARGENTINA

Somera descripcion geodemografica

La Republica Argentina esta ubicada en el extremo sur de America y tiene una superficie de 2 791 810 km², que lo hace el octavo pais del mundo en extension y el segundo de America del Sur.

Esta constituida por veintidos provincias que tienen gobiernos autonomos, una Capital Federal y el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antartida e Islas del Atlantico Sur.

Limita con Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil, Uruguay y el Oceano Atlantico. Su poblacion era de 27 947 466 habitantes en 1980, ano del ultimo censo nacional. Actualmente se estima en cerca de 32 000 000, con una densidad de once habitantes por km².

Debe señalarse que la distribucion de la poblacion dista mucho de ser homogénea, ya que hay enormes extensiones de territorio casi desierto, mientras que en la pequena zona de la Capital Federal y sus cercanias vive la mitad de la poblacion del pais.

En el Cuadro 1, se muestran algunos datos obtenidos del censo del ochenta e indicadores de salud. Los mismos representan "valores generales del pais", pero las situaciones son muy diversas si se comparan distintas regiones.

En lo economico, el pais viene atravesando desde hace tres decadas una creciente crisis que lo ha llevado desde una de las primeras posiciones en el mundo, en cuanto a riqueza, a una ubicacion de pais rezagado y empobrecido, con alrededor de 18% de la poblacion con necesidades basicas insatisfechas, una deuda externa de enorme magnitud y un aparato productivo en declinacion.

PRESENTACION

En la Republica Argentina, como en muchos otros paises, se esta procurando concretar una transformacion en el campo de los servicios de salud con la finalidad de lograr una mas racional utilizacion de los recursos, mayor eficiencia, realizar acciones que cubran a toda la poblacion segun las particulares necesidades de los individuos, familias y comunidades, y promover una participacion comunitaria organizada y de intencionalidad creciente.

Las experiencias acumuladas y los actuales conocimientos indican que para lograr estos propositos se requiere, fundamentalmente, una reorganizacion de los servicios de salud que conduzca a establecer una efectiva descentralizacion politica y administrativa, asi como poner en marcha un proceso de programacion local de actividades de salud. Ambos aspectos son basicos para lograr la reorientacion señalada.

En este trabajo se describen, en terminos generales, algunos aspectos de la politica nacional de salud y, mas detalladamente, los logros del sistema de salud de una jurisdiccion argentina, la provincia del Neuquen, que ha conitado el interés de muchos expertos en los ultimos anos por haber sido capaz, en medio de un panorama de deteriorado de estancamiento o decadencia de los servicios de salud del pais que reconoce pocas excepciones, de disenar una politica de salud definida y ejecutada programando racionalmente las actividades en funcion de prioridades, estableciendo una red de servicios eficientes y sosteniendo y mejorando progresivamente el sistema con una llamativa continuidad desde el ano 1970.

En la ultima parte se analiza el proceso que se lleva a cabo desde hace dos anos en la provincia del Neuquen, conducente al establecimiento de la programacion local.

Cuadro 1. República Argentina (1980).

POBLACION (CENSO 1980)	27,947,466 hab.
SUPERFICIE	2,791,810 km ²
DENSIDAD DE POBLACION	10 Hab/km ²
EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER	69 años
POBLACION DE MENORES DE 15 AÑOS	31%
POBLACION DE MAYORES DE 60 AÑOS	12%
POBLACION URBANA (LOCALIDADES DE + 2 000 h.)	83%
TASA DE NATALIDAD	24%
TASA DE MORTALIDAD GENERAL	8%
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	33%
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	19%
TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL	14%

Sin embargo, la Argentina es un país de gran potencialidad, que atesora importantísimos recursos naturales y cuenta con recursos humanos de alta calificación, por lo que es posible vislumbrar un cambio positivo en el campo económico-social.

Política de salud

El país se ha caracterizado durante su historia por la inestabilidad política y la permanente oscilación entre gobiernos militares y civiles, con franca preeminencia, en el tiempo, de los primeros. Esta característica de la política argentina ha condicionado por un lado una constante de cambios frecuentes en las políticas de salud y, por otro, la carencia de participación popular y la falta consecuente de sentido de pertenencia de los servicios y de integración a sus actividades. En lo que respecta al campo de la salud, si se compara lo realizado en distintas jurisdicciones, el país configura un mosaico que ofrece situaciones muy distintas. Ello es propio, en buena medida, de un desordenado sistema de salud en el que coexisten múltiples sectores (estatal, obras sociales y privado), fragmentados en sí mismos y con muy poca coordinación entre ellos, con normas y objetivos frecuentemente diferentes y con recursos humanos, materiales y financieros mal utilizados, con bajos niveles de eficiencia y equidad.

La mayoría de los profesionales se ha radicado en los conglomerados urbanos, siendo en estos muy baja la relación médico por habitantes (alrededor de 1/100 en la ciudad de Buenos Aires), mientras que en muchas zonas del interior esta relación es muy elevada.

Debe mencionarse que en la búsqueda de servicios más eficientes, accesibles para toda la comunidad, con una mayor solidaridad, que permita una distribución equitativa de los recursos, de fuentes de financiación suficientes y de una participación efectiva de la población en la programación, administración y ejecución de las

En los últimos años se observan algunos esfuerzos tendientes a corregir esos defectos. Ello se manifiesta en el desarrollo de acciones de salud que priorizan la estrategia de atención primaria, organizando los servicios según niveles de complejidad y de atención y revalorizando la medicina general para darle la justa dimensión, a efectos de conseguir el equilibrio con otras especialidades del amplio espectro de la salud. Con respecto a este último punto, el cambio es poco manifiesto en las escuelas de medicina, por lo que se produce un desequilibrio entre el recurso que se demanda y el que se forma en dichas escuelas, situación que conduce a que las instituciones utilizadoras del recurso humano, en muchos casos, tengan sus propios programas de capacitación de postgrado para lograr el producto deseado.

acciones de salud, se inscribe el Proyecto de Ley de Seguro Nacional de Salud en trámite en el Congreso de la Nación. Este proyecto fue realizado teniendo en cuenta las tendencias actuales en el campo de la salud, las experiencias efectuadas, las estructuras y organizaciones existentes y las reales posibilidades de desarrollo práctico que permitan mejorar la situación actual.

LA EXPERIENCIA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Información general de la provincia

Se encuentra ubicada en la zona centro-oeste de la República Argentina, limitando con Chile en una amplísima extensión. Esta separada de la Capital Federal por alrededor de 1 250 km. Su geografía muestra tres zonas bien diferenciadas:

- La zona cordillerana, que corresponde al macizo andino. Presenta numerosos valles fértiles en los que asientan pequeños núcleos poblacionales, muchos de ellos de difícil acceso durante los meses invernales. El clima es frío, con intensas nevadas. La economía se sustenta en la

ganadería ovina en pequeña escala, la minería escasamente explotada, el turismo aún incipiente y la explotación forestal.

- La planicie central, semiárida, con muy escasa población excepto en unos pocos núcleos urbanos. Esta zona contiene la gran riqueza mineral del Neuquén, siendo la más importante reserva de gas y petróleo que tiene el país.
- El valle fértil, correspondiente a los tramos interiores de los ríos Limay y Neuquén. Es un área agrícola de gran importancia, especialmente por la fruticultura. En esta zona se asienta la mayor parte de la población de la provincia.

En los últimos quince años se han venido construyendo en el Neuquén grandes obras hidroeléctricas, que han contribuido al gran desarrollo alcanzado por esta jurisdicción junto con el auge de la explotación petrolera y gasífera. Como consecuencia, la población ha aumentado en gran medida, ya que era de 154 570 habitantes en 1970, con una densidad de 1,6 habitantes por km²; de 243 850 habitantes en 1980 con una densidad de 2,6; y de 310 039 habitantes en 1985 (estimación) con una densidad de 3,3. Este crecimiento poblacional es, junto con el

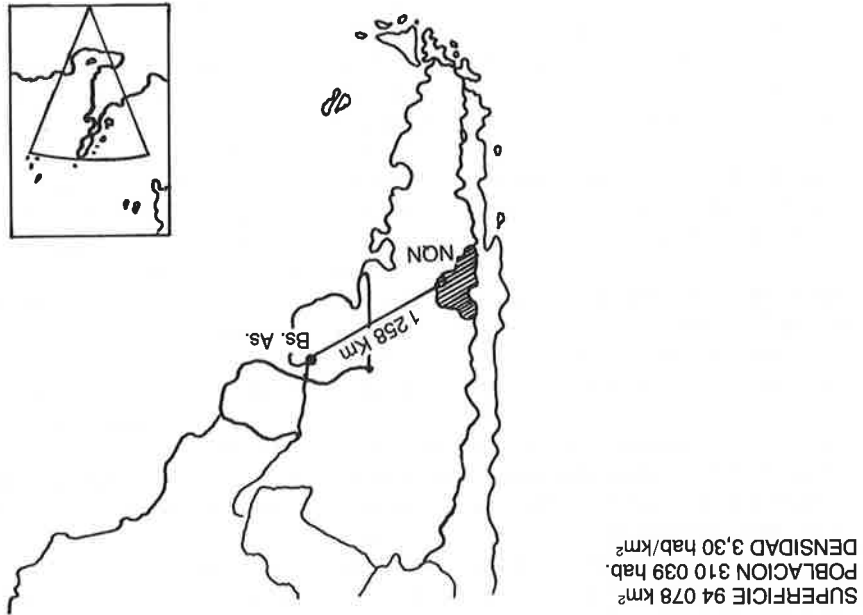


Figura 1. Situación relativa de la Provincia del Neuquén, 1985.

del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártica e Islas del Atlántico Sur, el mayor del país.

La tasa de crecimiento medio anual es de cuarenta y cuatro por mil habitantes. Ello está determinado por la alta tasa de natalidad y por las grandes corrientes migratorias internas (de distintas provincias argentinas) y externas (especialmente de la República de Chile).

Neuquén es una de las provincias más jóvenes del país, ya que alcanzó tal condición en el año 1958. Hasta ese momento era un territorio federal gobernado por delegados del poder central. En el año mencionado sancionó su propia Constitución y comenzó a tener gobiernos autónomos, excepto en las épocas de gobierno de facto.

El sistema de salud

Hacia fines de la década del sesenta, el sector salud contaba con muy escasos servicios, no integrados entre sí y con muy bajo nivel de accesibilidad de la población a los mismos.

Los indicadores eran propios de regiones de muy bajo nivel de desarrollo: por ejemplo la tasa de mortalidad infantil era superior al cien por mil. En esos años se hace la transferencia de los servicios de la jurisdicción nacional a la provincial.

En 1970, el gobierno provincial elabora un Plan General de Desarrollo que establece la subordinación de las actividades económicas a los objetivos sociales, poniendo en situación de especial relevancia a la atención de la salud y a la educación.

Se comienza a crear la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de servicios y se promueve el ordenamiento ambiental para preservar las condiciones del medio.

Por otro lado, se facilita la radicación de industrias mediante normas de promoción y se facilita el asentamiento de poblaciones desarrollando planes de vivienda.

La continuidad durante varios años en el gobierno de un partido provincial mayoritario y el desarrollo de equipos técnicos calificados dieron estabilidad al programa económico-social.

En salud se conformó, en 1970, un equipo técnico que elaboró un programa destinado a implementar la decisión política de revertir las pesimas condiciones que ofrecía la salud de la población. Comienza, así, a organizarse un sistema que con el correr de los años alcanzaría un

prestigio muy importante.

Las prioridades fundamentales que se determinaron fueron las siguientes:

- Adecuación de los servicios para brindar accesibilidad y atender la demanda.
- Atención materno-infantil.
- Inmunizaciones (DPT, DT, antipolio-mélica, antisarampionosa, BCG).
- Control de la tuberculosis.
- Control de la hidatidosis.
- Extensión de los servicios odontológicos con especial atención del niño escolar mediante programas incrementales.
- Saneamiento básico ambiental.
- Educación para la salud.

Los recursos se organizaron en base a los siguientes principios:

- Regionalización con organización de la estructura en tres niveles: central, zonal y local, aplicando el principio de la normatización central y la descentralización ejecutiva.
- Desarrollo de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos, ordenándolos en una red zonificada según niveles de complejidad.
- Asignación de un Área Programa a cada establecimiento para desarrollar en ella sus actividades a través de las siguientes modalidades operativas: consulta, internación, visita médica y odontológica periódica y programada a poblaciones nucleadas y escuelas, y visita domiciliar por agente sanitario en el área rural.
- Creación de servicios periféricos (urbanos y rurales) para facilitar la accesibilidad y aumentar la cobertura, con dependencia de estos servicios al hospital del área programa correspondiente.
- Programación anual de actividades de atención médica y saneamiento ambiental en función de las necesidades prioritarias y de los recursos disponibles, con participación de los niveles ejecutores.
- Integración de todos los programas a nivel de establecimientos ejecutivos, evitando los proyectos independientes con conducción y estructura verticales.
- Estimulo de los regímenes, horarios prolongados, en especial la dedicación exclusiva de los profesionales en áreas críticas.
- Capacitación del personal de acuerdo con las necesidades.

● Introducción de la metodología de programación y normatización a todo nivel para resolver la mayoría de las necesidades.

Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios. Como ejemplo se menciona que la tasa de mortalidad infantil descendió treinta y cinco puntos entre los años 1970 y 1971, es decir durante el primer año de ejecución del programa. A continuación se presentan algunos indicadores seleccionados correspondientes al primer período de diez años (1970 - 1980) y al primer quinquenio de la década del ochenta:

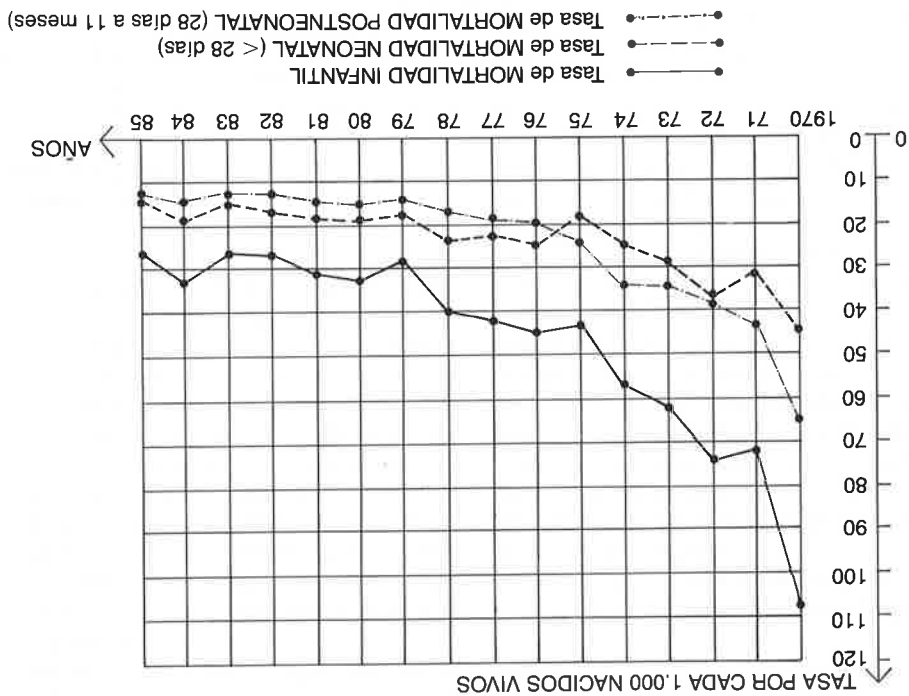
Cuadro 2. Indicadores de salud - Provincia del Neuquén - Años 1970, 1980 y 1985.

INDICADOR	1970	1980	1985
POBLACION TOTAL	154,570	243,850	310,039
TASA DE NATALIDAD	34,7	34,9	29,4
TASA DE MORTALIDAD GENERAL	10,4	5,9	5,0
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	108,4	32,5	26,4
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	43,3	18,5	14,7
TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL	65,1	14,0	11,7
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	0,9	0,8	0,4
EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER	57,5	62,9	68,0

Las tasas se expresan por mil y la expectativa de vida al nacer en años.

El gráfico siguiente muestra la evolución de las tasas de mortalidad infantil con sus componentes neonatal y postneonatal en el período de quince años (1970 a 1985):

Figura 2. Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en la Provincia del Neuquén, Años 1970 - 1985.



Si bien los cambios positivos habrían de ocu-

rrir seguramente por efecto del progreso social, es evidente que la participación del sistema de salud aceleró dichos cambios y produjo una notable disminución en el número de muertes, sobre todo infantiles, esperables sin la intervención del sector salud.

Un aspecto que mereció una atención muy especial fue la política de recursos humanos. En pocos años se logró elevar al personal empírico de enfermería en su totalidad a la categoría de auxiliares. Se formaron técnicos de estadística y de saneamiento ambiental y se capacitaron profesionales en administración hospitalaria y salud pública.

Para resolver el problema de la atención médica indiferenciada en los hospitales de baja complejidad se organizó una Residencia en Medicina General. Con ella se buscaba lograr un médico suficientemente entrenado en las cuatro clínicas básicas, con conocimiento de la realidad provincial, interesado, tanto en la promoción y protección, como en la recuperación de la salud y con responsabilidad sobre la salud de toda la comunidad y no solo de los individuos que la componen o de una parte de los mismos.

A los egresados de esta Residencia el Gobierno Provincial les aseguraba el trabajo en los hospitales de la provincia. El éxito coronó esta experiencia ninguna que fue, a partir del año 1982, perfeccionada con la introducción del enfoque de la medicina familiar.

La evolución del sistema de salud de la provincia del Neuquén y las nuevas situaciones que debían enfrentar fueron indicando la conveniencia de ir adecuando las estrategias que se venían aplicando, jerarquizando cada vez más la atención primaria de la salud e introduciendo en la programación el enfoque de riesgo para contemplar diferentes situaciones y establecer prioridades en función de la frecuencia del riesgo, las consecuencias del daño y las posibilidades reales de su prevención o reducción; arribándose, finalmente, a la modalidad de la programación local.

Fundamentos para establecer la programación local

La situación de la salud de la población y la de sus factores condicionantes han ido modificándose en los últimos años y hoy son significativamente diferentes a las de las décadas del sesenta-

o del setenta. Como datos relevantes, que permitan efectuar dicha afirmación, pueden mencionarse los siguientes:

- La tasa de mortalidad infantil descendió notablemente, al igual que la tasa de mortalidad general.
- La expectativa de vida al nacer se incrementó significativamente.
- Ha aumentado en forma importante la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes y violencias, así como el alcoholismo y las drogadicencias.
- Hay una reducción muy notable de las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, y han desaparecido casi de los registros las patologías inmunoprevenibles.

Esta información es indicativa de que se han producido modificaciones en la estructura de los problemas de salud, pasándose de una situación de área subdesarrollada a otra de tipo mixto, donde coexisten problemas de este tipo aun incompletamente resueltos, con otros que emergen rápidamente, de difícil vulnerabilidad, alto costo de abordaje y que son característicos de los países más bien desarrollados.

Simultáneamente se han modificado los principales factores condicionantes de la situación de salud de la población. Como ejemplo mencionaremos:

- Un gran crecimiento demográfico de la provincia del Neuquén en los últimos veinte años. La población es joven, con un 40% de menores de 15 años, una tasa de natalidad elevada, aunque descendiendo.
- Una marcada tendencia a la urbanización, con formación de conglomerados periturbanos con carencia de algunos servicios básicos. El 77% de la población vive en áreas urbanas y el 50% de la población total, reside en el área de la ciudad capital y alrededores.
- Un sistema social en etapa de transición, coexistiendo un notable progreso en los medios de comunicación masiva, en los servicios de salud, educación y vivienda, con sectores que tienen elevadas tasas de analfabetismo o baja escolaridad, con un 5% de población indígena que vive con una economía de subsistencia, así como otras manifestaciones de atraso.

● Cambios en los hábitos de consumo de alimentos, bebidas, vestidos, artículos domésticos

cos, etc., que son más sofisticados y de tipo ciudadano.

● Una creciente tendencia a la participación comunitaria organizada, ejercida por medio de juntas vecinales, cooperativas y asociaciones insular y provinciales, proveyendo a los efectos los recursos y las normas necesarias para su accionar; a una programación local que tiene en cuenta las características características de cada área, que es centrípeta y que favorece los procesos de descentralización y de participación comunitaria.

Para llegar a este punto es necesario efectuar algunos ajustes en el sistema provincial de salud. Se necesitan cambios que deben afectar a todo el sistema y los mismos deben ser programados para disminuir al mínimo las resistencias que puedan generar en una estructura solidariamente conformada y satisfechada por los éxitos obtenidos a lo largo de los años; así como, para reducir errores iniciales que puedan afectar la marcha del proyecto.

Deben considerarse especialmente algunos aspectos básicos. Ellos son: la decisión política que debe poner en marcha el proceso, contar con un nivel técnico adecuado al que se llega mediante la capacitación de los recursos humanos disponibles y tener o preparar una organización institucional capaz de proveer información, normas, capacitación, supervisión, evaluación y control.

Secuencia adoptada para establecer la programación local

Se fijaron una serie de pasos interrelacionados, a saber:

- Obtención de la decisión preliminar para iniciar la tarea.
- Diseño de la programación local.
- Capacitación del personal y realización de una experiencia de programación local.
- Capacitación del personal y diagnóstico local.
- Capacitación del personal y diagnóstico provincial.
- Capacitación del personal y programación local.
- Capacitación del personal y programación zonal.
- Programación provincial.
- Decisión política de ejecución.
- Rediseño de subsistemas de información.

Es por ello que se ha considerado apropiado abordar la programación local de actividades de salud, esperándose efectuar diagnósticos de situación locales, identificando las necesidades reales de la comunidad, familias e individuos, considerando especialmente los grupos e individuos en situación de riesgo; disminuyendo la frecuencia de acciones discrecionales y aumentando la de las racionales; y utilizando con criterios de eficiencia todos los recursos disponibles, sectoriales y extrasectoriales.

Esta modalidad de programación facilita el desarrollo de la capacidad de autogestión en un ámbito local determinado.

Cada área ofrece una combinación distinta de problemas.

Como ya se dijo, los cambios ocurridos han llevado a una mayor heterogeneidad de los problemas de las distintas áreas locales. Estas tienen además aspectos geográficos, demográficos, económicos, sociales y culturales diferentes, en mayor o menor grado.

Se ha considerado necesario por ello, adecuar el sistema de salud a esta nueva realidad para evitar llegar a situaciones críticas.

Como ya se dijo, los cambios ocurridos han llevado a una mayor heterogeneidad de los problemas de las distintas áreas locales. Estas tienen además aspectos geográficos, demográficos, económicos, sociales y culturales diferentes, en mayor o menor grado.

- supervisión, suministros, auditoría, etc.
- Ejecución controlada.
- Evaluación.

Se programaron talleres de capacitación-ac-
ción para ir desarrollando las etapas preestable-
cidas (Cuadro 3).

Para llevar adelante este cambio programado se constituyó un grupo de trabajo interno en 1986, que asumió la responsabilidad de diseñar y conducir el proceso a los efectos de que en 1988, se pudiera comenzar un programa de ac-
ción. Se ha contado con el apoyo inestimable de los doctores Eduardo Sarué y Nora Bertoni, quienes trabajaron inafatigablemente brindando su capacidad y experiencia; así como, con el de la Oficina Sanitaria Panamericana, que facilitó su concurrencia. El Dr. Sarué expresó: "El éxito (más probable) y también el fracaso (menos pro-
bable) del esfuerzo renovador del sistema de sa-
lud de Neuquén, será recogido, de hecho, como lección sobre qué hacer y cómo hacerlo y qué no hacer y cómo no hacerlo, por la propia población de la provincia, la de otras provincias y la de otros países".

La lección se expresará en la situación de sa-
lud que se logre, en la evolución de sus proble-
mas, en menos o más muertos o enfermos, etc.
El Neuquén es de hecho, un humilde y serio
campo de experimentación de la humanidad
al finalizar el siglo XX, como también lo fue al
comenzar el último cuarto de siglo.

Cuadro 3. Desarrollo de los talleres de capacitación - acción.

PRIMERA ETAPA		CONTENIDOS		TECNICAS		TIEMPOS	
1.	Planificación en general y programación local sectorial.	Finalidad. Marco político-estratégico imponible. Concepto. documentos y guía de discusión.	Exposición. Lectura y discusión de	8 hrs.			
2.	Etapas del proceso. Ciclo y retroalimentación.	Justificación.	Exposición dialogada.	2 hrs.			
3.	Noción de salud y de sistema de salud.		Exposición. Informes.	3 hrs.			
4.	El proceso del diagnóstico local de la situación.						
a)	Concepto. Finalidad. Contenido. Técnica. Normas.	Información. Plazo. Delimitación del área local.	Lectura de documentos. Discusión con guía.	3 hrs.			
b)	Experimentación supervisada de recolección de información.	Experimentación supervisada de elaboración de información.	Instrucción y trabajo en campo.	2 días			
c)	Experimentación supervisada de elaboración de información.	Experimentación supervisada de consolidación local de la información.	Trabajo supervisado en sede.	2 días			
d)	Experimentación supervisada de consolidación local de la información. Diagnóstico. Lectura.	Experimentación supervisada de la evaluación de la situación de salud local. Identificación de riesgos de poblaciones específicas y algunos de sus factores.	Trabajo supervisado en sede.	2 días			
e)	Experimentación supervisada de la evaluación de la situación de salud local. Identificación de riesgos de poblaciones específicas y algunos de sus factores.	Experimentación supervisada de consolidación zonal de los diagnósticos locales.	Trabajo supervisado en sede.	1 día			
f)	Experimentación supervisada de consolidación zonal de los diagnósticos locales.			1 día			

EL PLAN DE SALUD "DR. RAMON CARRILLO" EN LA PROVINCIA DE SALTA, REPUBLICA ARGENTINA

Enrique Tanoni

INTRODUCCION

A pesar del déficit económico y la deuda ex-

terna que pesan sobre las economías del Estado, se proyecta una enérgica política social como herramienta básica de redistribución de recursos que alivien la deplorable situación de una impor-

tante masa de población empobrecida.

Dentro de esa política social se inserta la deci-

sión de implementar un Plan de Salud innovador por los recursos que se comprometerían y la metodología de aplicación; estos recursos, de todas maneras, serían mucho menor de lo que cualquier país afecta a la protección social de su po-

blación.

Prevalció en el Gobierno la decisión de sal-

dar en parte la "deuda social interna" contratada con un pueblo injustamente empobrecido y que estaba pagando en enfermedad, muertes infantiles, desnutrición y disminución de la esperanza de vida, cuotas dos, tres o cuatro veces mayores que el promedio de los habitantes de la República Argentina.

ESTRATEGIAS GENERALES PROPUESTAS EN 1983 (1)

● El Estado deberá asumir la responsabilidad

de la reforma y la reorganización del sector salud.

● Erradicará las barreras económicas, socia-

les y culturales que limitan o impiden el acceso al

sistema de salud.

● Reconstruirá y expandirá la capacidad ins-

talada del sector público.

● Implementará una efectiva descentraliza-

ción de la conducción de la información y de los

recursos para la salud en un esquema de región-

lización de la mayor profundidad posible.

● Asignará al área de salud una efectiva prio-

ridad en las políticas sociales del Estado; no de-

clarativa, sino expresada en términos de inver-

sión y gastos en salud.

● Señalará las formas orgánicas y efectivas de

participación popular en la planificación, con-

ducción y evaluación de los servicios de salud.

● Regulará la oferta de medicamentos en su-

función del bien común, entendiendo este insu-

Se considerara necesario, antes de describir el pro-

ceso de descentralización y desarrollo de los sis-

temas locales iniciados en 1984 en la provincia

de Salta (República Argentina), visualizar el

contenido global de las políticas y estrategias

vigentes a partir de esa fecha. En ese frondoso

contexto individualizaremos a la descentraliza-

ción y al desarrollo de los sistemas locales de

salud, como una de las numerosas herramientas

utilizadas en la implementación de un Plan de

Salud Provincial. Este Plan fue desarrollado en

dos etapas; la primera etapa incluye el quadrienio

1984/1987.

En 1983 acceden al poder los gobiernos, na-

cional y provinciales, democráticamente elegi-

dos ese año.

El gobierno de Salta había ya formulado con

claridad sus políticas globales. Particularmente

las políticas sociales tenían claros objetivos y

metas. Era necesario revertir casi una década

donde las políticas sociales de un estado "subs-

diario" estuvieron sometidas a las rígidas leyes

de la economía de mercado y, peor aun, sojuzga-

das, a los conocidos fenómenos económicos y

financieros de empobrecimiento y dependencia,

al endeudamiento externo.

El empobrecimiento de la población, la deso-

cupación y la marginalidad se extendieron a más

de un tercio de la población de la provincia. El

nivel de salud, uno de los arributos más dramáti-

cos de la pobreza, no es necesario describirlo,

pues era igual o peor que el de cualquier país

Los indicadores de salud de Salta nada tenían

que ver con los promedios nacionales de la Re-

pública Argentina, como nada tiene que ver la

proporción de población en condición de pobre-

za que reflejan las estadísticas para nuestro país

(un 8% de la población), más se aproxima a la

cifra promedio de 39%, que para diez países lati-

noamericanos adjudica Enrique De la Piedra

(Estudio sobre la evolución probable de la pobre-

za hasta el año 2000).

- Construcción y ampliación de quince servicios de salud base del área operativa.
- Duplicación de la formación de enfermeros y auxiliares de enfermería.
- Duplicación de la red de transporte y comunicaciones.
- Construcción y equipamiento de sesenta centros de atención odontológica.
- Duplicación de los servicios de laboratorio clínicos en el primer y segundo nivel de atención, incluyendo treinta y cinco laboratorios para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas.
- Implementación de veinte plantas de fluoración de las aguas, para cubrir el 100% de la población de las ocho principales ciudades de la provincia.
- Capacitación en servicio a tres mil agentes del plantel (35% del total) en cursos regulares de perfeccionamiento.
- Afectación de no menos del 30% de los recursos humanos profesionales al primer nivel de atención. (Ver definición del primer nivel el punto sobre descentralización y regionalización).
- Obtención del trabajo a tiempo completo y dedicación exclusiva, para el sector público 50% del plantel profesional y 80% en áreas rurales.
- Duplicación del presupuesto de gastos en salud. En el sector público, asignando fundamentalmente recursos extraordinarios al desarrollo del primer nivel y a programas de extensión de cobertura preventiva y social.
- Aseguramiento del suministro del 100% de los insumos y del formulario terapéutico en todos los niveles de atención.
- Incorporación de dos mil profesionales y técnicos auxiliares de la salud al sistema público de atención de la salud. Duplicación de los planteles profesionales (de médicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, etc.).

Metas propuestas y alcanzadas en la producción y rendimiento de los servicios de salud

- Duplicar la cobertura asistencial y sanitaria de los servicios públicos de salud en atención ambulatoria, de 1 439 858 consultas a 2 453 136 en cuatro años, para alcanzar la meta de 3,5 consultas/habitante/año.
- Duplicar la atención odontológica preventiva y reparadora de 297 300 a 481 800, en cuatro años.

- Construcción y puesta en servicio de un centro de salud con atención médica y odontológica, en radios de ochocientos metros en todas las ciudades de la provincia (cuarenta y cinco en total)
- Construcción y puesta en servicio de centros de salud con atención médica y odontológica en todos los núcleos rurales con más de quinientos habitantes (veintiseis en total).
- Construcción de un puesto sanitario en todos los núcleos rurales con menos de quinientos habitantes (cuarenta y nueve en total).
- Un agente sanitario permanente en sectores de trabajo por cada ciento ochenta familias, para la extensión de las acciones de atención primaria de la salud y al 100% de las familias de las áreas rurales y periurbanas (810 sectores de trabajo y ochenta y cinco mil familias en total).
- Unidades educativas sanitarias para la ejecución del programa de Salud Escolar para la cobertura integral de setenta mil escolares (cien en total), articulando orgánicamente el sector salud y educación en las acciones de atención.

ACCION PARA EL PERIODO 1984-87

Desarrollo del sistema de salud local:

- Construcción y puesta en servicio de un centro de salud con atención médica y odontológica, en radios de ochocientos metros en todas las ciudades de la provincia (cuarenta y cinco en total)
- Construcción y puesta en servicio de centros de salud con atención médica y odontológica en todos los núcleos rurales con más de quinientos habitantes (veintiseis en total).
- Construcción de un puesto sanitario en todos los núcleos rurales con menos de quinientos habitantes (cuarenta y nueve en total).
- Un agente sanitario permanente en sectores de trabajo por cada ciento ochenta familias, para la extensión de las acciones de atención primaria de la salud y al 100% de las familias de las áreas rurales y periurbanas (810 sectores de trabajo y ochenta y cinco mil familias en total).
- Unidades educativas sanitarias para la ejecución del programa de Salud Escolar para la cobertura integral de setenta mil escolares (cien en total), articulando orgánicamente el sector salud y educación en las acciones de atención.

aspectos cuantitativos

- Promoverá un modelo cualitativo de atención basado en la humanización, dignificación y ejercicio pleno de los derechos de los ciudadanos en los servicios de salud.
- Asegurará la participación de la comunidad organizada en el planteo de los problemas de salud, en la conducción y evaluación de los servicios locales de salud, a través de las leyes que lo posibiliten en forma efectiva.
- Articulará los subsistemas de obras sociales (seguro social para la salud) con el sector público.
- Preservará el subsistema de la seguridad social y obras sociales.
- Reformará administrativamente el sector público. Formulará normas básicas de organización y administración de los servicios locales de salud.

- Realizar seis visitas anuales programadas y sistemáticas en ochenta mil hogares de áreas rurales y periurbanas, con un total de 1 920 000 consultas para el cuadrenio, para la aplicación con cobertura total de dieciséis actividades básicas de salud normatizadas.
- Extender a noventa mil niños menores de cinco años, el programa de vigilancia y recuperación nutricional y a cien mil niños de seis a catorce años las acciones de salud escolar, con una concentración de seis controles ponderostatales por niño/año.
- Alcanzar el 85% de atención del parto en servicios de salud del sector público.
- Implementar la reforma del sistema de atención de la salud mental.
- Asegurar las acciones básicas de control del medio ambiente (agua, excretas y basuras) en el 85% de las ochenta mil familias, sujeto del programa de extensión de cobertura.
- Desarrollar las bases de un programa para la salud del trabajador, determinando en una primera etapa las condiciones de vida y salud de los trabajadores rurales.
- Desarrollar las acciones de prueba para integrar las actividades de control de diabetes, cáncer, hipertensión y accidentes, al trabajo regular de los servicios locales de salud, a través del agente sanitario (2).
- Desarrollar y mantener el proyecto de huertas familiares, a través de los servicios locales de salud.
- Integrar a los servicios de Nivel III y IV el equipo tecnológico de diagnóstico de alto costo, impidiendo la mercantilización del uso de la tecnología y poniendo a esta, al servicio de toda la población y sectores que la utilizan, sin fines de lucro (Tomografía computada; Ecografía; Hemodinámica).
- Trimestralmente asegurar la evaluación y monitoreo local de la totalidad de las acciones y del nivel de salud.

Metas propuestas y logradas en relación al Impacto pronosticado en el nivel de salud de la población

- Disminuir en un lapso de cuatro años a un 40%, la mortalidad de menores de 1 año. Meta a alcanzar en 1987: un 30 por mil de mortalidad infantil, aproximando a Salta al promedio nacional.
- Disminuir del 21% al 3%, la desnutrición aguda en niños menores de 6 años.

DESCENTRALIZACIÓN Y REGIONALIZACIÓN, CONCEPTO E INSTRUMENTACIÓN LEGAL Y NORMATIVA

La organización del sector público en Salta, debía partir de un absoluto subdesarrollo administrativo e institucional. En 1983, era inexistente un esquema elemental de regionalización y definición de las responsabilidades del sector salud y menos lo había para los servicios asistenciales; la centralización de los recursos era total y la participación local de la comunidad, inexistente. En 1984 se sanciona en la legislatura provincial la Ley No. 6277, promulgada por el Poder Ejecutivo el día 28 de septiembre de 1984.

Se definen con precisión:

- las características de las unidades regionales de programación y administración de la salud (área operativa);
- la forma de gobierno de las áreas operativas; las misiones, funciones y responsabilidades del área y de su conducción política y técnica.

El Área Operativa, unidad de programación, administración y ejecución de todas las acciones de salud

La Ley 6277, la define como un área territorial y una jurisdicción administrativa y programática.

La conducción la realiza un Director del área operativa que es, sin excepción, el Director del establecimiento de salud base del área y un Consejo Sanitario que asegura la intervención de todos los sectores de la comunidad, a través de representantes democráticamente elegidos por los pobladores desde los distintos sectores. La función de "Director de Hospital" es reemplazada por la función de "Director del área operativa".

La Ley faculta a la Secretaría de Estado de

El área operativa es la unidad de programación y administración del sistema público de salud. El sector de trabajo (S.T.) es la unidad de ejecución de todas las acciones básicas del programa de extensión de la cobertura. Se debe tener en cuenta que en el sistema de evaluación y monitoreo, la información se realimenta y evalúa para cada uno de los sectores de trabajo. A comienzos de 1985, la regionalización incluyó:

43 Áreas Operativas (A.O.)

43 Servicios locales de salud de diferente complejidad que funcionan como cabecera del área operativa.

64 Centros de salud (C.S.)

130 Puestos sanitarios (P.S.)

111 Puestos fijos de atención (P.F.)

631 Sectores de trabajo (S.T.)

En el transcurso de los años 1985 a 1987, la mayor parte de los puestos fijos pasaron a ser servicios institucionales por haberse construido más puestos sanitarios, y veintiséis puestos sanitarios se elevaron al rango de centros de salud.

Las necesidades planteadas por la población y aun no satisfechas, ascienden a ocho centros de salud y treinta y seis puestos sanitarios más, muchos ya en construcción. Se debe destacar que la regionalización y sectorización de cada área operativa responde a rígidos criterios de accesibilidad definidos por los propios agentes sanitarios. La sectorización con la profundidad descrita abarca el 100% del territorio de la provincia.

Las acciones y tareas básicas de salud en visita domiciliaria (ver anexo II), se aplican sobre el 95% de la extensión territorial, que asciende a 150 000 km² con una concentración de 5,2 visitas/familia/año en una total de ochenta y tres mil familias.

EL ÁREA OPERATIVA, DESCENTRALIZACIÓN DEL PODER DE DECISION Y DE LOS RECURSOS

La Ley No. 6277, en su artículo quinto establece la forma de gobierno del servicio local de salud (área operativa) y asegura la participación de los representantes de los siguientes sectores interesados:

Salud Pública, a proceder a su reglamentación. En febrero de 1985, se dicta la Resolución Ministerial No. 370. Este instrumento legal establece los límites territoriales de cada una de las cuarenta y tres áreas en que se regionaliza la provincia. Define los servicios locales de salud que serán "base de área" y donde residirá el gobierno del servicio de salud. Define los niveles de atención (Anexo III de la Resolución 370) identificándose la siguiente composición del primer nivel:

Servicios institucionales de salud

Centro de Salud. Servicio ambulatorio con atención médica diaria y permanente, realizada por profesionales médicos, odontólogos y otros que residen en la localidad. Atención de enfermería permanente.

Puesto Sanitario. Servicio de atención de la salud ambulatorio, con o sin atención médica periódica, asistido por profesionales que se desplazan desde el Hospital Base. Posee enfermería permanente.

Servicios no institucionales.

Puesto fijo de atención. Servicio de atención de la salud que se realiza en escuelas, sedes de centros vecinales, viviendas de pobladores, fábricas o establecimientos agrícolas, mineros o industriales, parroquias, etc., en forma programada y periódica, por profesionales del servicio de salud base del área operativa.

Sector de trabajo. Conjunto de viviendas y territorio geográfico constituido por cincuenta a doscientos cincuenta familias; según el grado de dispersión, rurales y urbanas, bajo la responsabilidad de un agente sanitario, promotor y ejecutor de las acciones básicas de salud, en la modalidad de visita domiciliaria, programada y sistemática. Un sector de trabajo puede tener—o no—servicios institucionales o no institucionales de salud.

- los límites territoriales de cada área operativa.
- los servicios que contiene cada área operativa según nivel;
- los sectores de trabajo;
- la cartografía básica de cada área operativa regionalizada, hasta la máxima profundidad necesaria (el sector).

● Un representante de los trabajadores de la salud del establecimiento base del A.O. elegido democráticamente por voto directo.

● Un representante del gobierno municipal designado por el Consejo Deliberante del Municipio, entre los concejales elegidos por el pueblo en las elecciones generales del Municipio.

● Un representante de la obra social mayoritaria en el A.O.
 ● Un representante del personal de los servicios de menor complejidad en el A.O.
 ● Un representante de los profesionales de la salud del A.O.
 ● Un representante de la asociación local de productores o empresarios.

● Un representante de los centros vecinales (organizaciones populares de base)
 ● Un representante de la cooperadora asistencial (organismo de asistencia social).
 La Presidencia del Consejo Sanitario la ejerce el Director del A.O. designado por el Poder Ejecutivo de la provincia.

El artículo sexto de esta ley establece la competencia y responsabilidades de los Consejos Sanitarios, que son:

“6.1 Hacer conocer al Directorio del área operativa las necesidades y opiniones de los sectores que representan en materia de salud.
 6.2 Garantizar la participación activa de los sectores que representan en la administración de los recursos para la salud y en la evaluación de los resultados sanitarios.
 6.3 Conocer y adherir cuando corresponda a las decisiones de la Dirección del Área en la administración de los recursos físicos, financieros y humanos que constituyen la infraestructura y el presupuesto de gastos de salud del área operativa.
 6.4 Evaluar permanentemente el logro de las metas definidas para el área operativa en materia de cobertura, eficacia, eficiencia de las acciones de salud.
 6.5 Promover los ajustes organizativos y administrativos que correspondan para el logro de las metas del programa de salud del área operativa.
 6.6 Promover la coordinación intrasectorial que garantice el apoyo de las áreas de educación, gobierno municipal, producción, comunicación, obras sociales, trabajadores, etc., para el

logro de las metas del programa de salud del área operativa.”

El artículo cuarto de la ley define las funciones y responsabilidades del director de salud del Área Operativa, de la siguiente manera:

“4.1 Conducir y administrar los servicios de salud del área.
 4.2 Cumplir y hacer cumplir las normas programáticas emanadas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y del Consejo Provincial de Salud.
 4.3 Administrar los recursos físicos y financieros y humanos con que cuenta el área operativa para la concreción de las acciones programadas.
 4.4 Velar por el logro de las metas y objetivos que se determinen para cada área operativa, supervisando y evaluando la cobertura, eficiencia, eficacia y calidad de las acciones que se ejecutan en el área operativa.
 4.5 Administrar las acciones del programa de salud mediante la participación de los representantes de la comunidad organizada, tanto en las fases de programación y ejecución, como en la evaluación de los resultados, participación que se concretará con la constitución del Consejo Asesor Sanitario en cada área operativa.”

Queda clara la voluntad de transferir la responsabilidad de la ejecución de las acciones de salud al nivel local, acompañado de una transferencia del poder de decisión al gobierno local del sistema sanitario público.
 El objetivo es asegurar la participación popular efectiva, es decir participación popular organizada en:

- Las decisiones.
- La información para adoptar decisiones.
- La administración de los recursos.
- El ámbito apropiado para expresar sus necesidades y proponer soluciones o innovar en la organización de los servicios de salud.
- La evaluación de la utilización de los recursos.
- La información necesaria para evaluar los logros y fracasos de su sistema sanitario.

Queda también establecido, sin dudas, que todas las acciones, programadas o no, que se realizan en el territorio de un área operativa están bajo la conducción, administración, control, su-

● "Las prioridades se establecen con criterios de justicia social"... (Art. 67).

● "El tratamiento institucional del gasto e inversión pública se orienta hacia las siguientes prioridades indicativas"... 1. Educación y Cultura; 2. Salud y Seguridad Social"... (Art. 67).

● "El gobierno municipal es elegido en forma directa y a simple mayoría de sufragios"... (Art. 165).

● "La descentralización administrativa es dispuesta siempre por ley, atendiendo los intereses de las regiones de la provincia"... (Art. 60).

● "La administración pública se ajusta al principio de centralización normativa y descentralización operativa"... (Art. 60).

El proceso de descentralización y regionalización hace crecer a los servicios locales de salud, que se sienten partícipes y protagonistas de los logros conseguidos en el mejoramiento del nivel de salud de sus pueblos.

En solo dos años, 1984/1986, dieciocho áreas operativas habían conseguido las metas propuestas. Hicieron descender, con dos años de anticipación y por debate del 30%, la mortalidad infantil. El hecho fue celebrado como un verdadero acontecimiento por los trabajadores de la salud en esas áreas, este logro tomó estado público. El tema *salud* trasciende el misterio de las estadísticas y la mortalidad de los hospitales. La salud se debate en los consejos municipales y en las asambleas populares de los sanitarios, y en las campañas populares de los agentes sanitarios, todos construyen y hacen; la salud llegó a ser tan importante como la economía a nivel de los debates, la opinión pública, las cámaras legislativas y la oposición. Todo se genera no en el voluntarismo tecnocrático, sino en la voluntad popular de constituyentes y representantes del pueblo surgidos de elecciones democráticas.

Se destaca que nunca llegó al nivel de conducción central de la Secretaría de Estado un pedido de construcción de hospital, equipo de tomografía axial computarizada o equipo de cirugía. El sistema y los recursos fueron superados por la exigencia masiva de más centros de salud, más primer nivel de atención, más agentes y puestos sanitarios, más atención primaria de la salud, más agua potable..., más muertes y menos vichucas..., más recursos y poder para los servicios locales de salud.

La necesidad expresada por el pueblo que participa, no se equivocó nunca.

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

1. Ley de presupuesto de la provincia (participación de los recursos financieros al Área Operativa se efectúa de la siguiente manera:

La conducción de la Secretaría de Salud Pública no podía equivocarse haciendo solamente lo que la población a través de sus legítimos representantes exigía como un derecho.

DESARROLLO DE LOS SERVICIOS LOCALES DE SALUD; UNA PROPUESTA CUALITATIVA

Al mismo tiempo que se enuncian en 1984 las metas programáticas globales de la provincia y de cada área operativa—en función de los recursos que se expandían y trataban de aportar en lo posible a la concreción de la meta global—se efectuaba, al conjunto social y a los servicios de salud, la propuesta cualitativa. Constitúan esta propuesta el tomar en cuenta dos variables:

a) La formulación de los *derechos de los pacientes* en los servicios locales de salud de cualquier nivel y complejidad.

b) El conjunto de normas denominadas de *organización básica de los servicios de salud*.

La primera variable diseña un perfil neto de un "modelo antagónico" de una realidad consolidada durante años en los servicios públicos argentinos.

Se consideró fundamental la propuesta explícita y la difusión pública de este modelo antagónico para revertir, o intentar hacerlo, las ancestrales deformidades de un sistema sanitario que en Salta significa un 75% de la capacidad instalada total. Se trata de hacer accesible, entendible y cálido, el viejo Hospital de la Beneficencia, de la ciudad, donde la salud no es un derecho sino una dádiva, el viejo Hospital de menesterosos, transformándolo en un Hospital digno para todos; "La vuelta a lo humano" (4).

Es un objetivo obvio; pero dramáticamente real: cuando el hombre común se inserta, enfermo o sano, en un servicio público de salud. Ese servicio está hecho por los médicos en la matriz ajustada a las pautas del informe Flexnar (191), destinado, entonces, a las escuelas norteamericanas de medicina y luego copiadas por Latinoamérica. Aquí, se mixturaron en los también arcaicos "modelos" de la caridad o beneficencia y los jóvenes "patrones" del mercado sanitario, libe- ral, individualista y mercantil farmacológico. Todo ello, abundantemente sazonado con la socioburocracia de la administración pública

que habrá perdido los valores de lo humano en su relación con la población a la cual sirve. Se dio amplia difusión y explicación pública y a todo nivel, sobre cuáles son, por qué y qué contenidos tiene cada uno de los conceptos que se dio en llamar "los derechos de los pacientes en los servicios públicos de salud".

"1. El servicio de salud es para todos; cualquier habitante tiene derecho a la atención; esta no es un regalo o un favor, es un derecho.

2. Todo paciente tiene derecho a ser correcta y totalmente informado por los médicos y por todo el personal, sobre el modo y los medios para solucionar el problema que lo aqueja.

3. Todo paciente tiene derecho a una estado digna, respetuosa y privada.

4. Todo niño tiene derecho a estar con su madre durante su internación en el servicio de salud.

5. Todo habitante tiene derecho a exigir la menor espera posible en inscripción, consulto y demás servicios.

6. Todo paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico, tratamiento y prácticas que le son instituidas.

7. Todo habitante tiene derecho a ser considerado el centro del problema de salud y a recibir, por ende, un trato respetuoso, privilegiado y digno.

8. Todo habitante tiene derecho a conocer los recursos y el funcionamiento de su servicio de salud.

9. Todo paciente tiene derecho a que su tratamiento y curación no afecten su economía personal.

10. Todo paciente en internación tiene derecho a que se respeten sus horarios de reposo, sus visitas, horario de alimentación y entretenimiento" (5).

La segunda variable de la propuesta cualitativa estuvo constituida por un conjunto de doce normas escalonadas en el tiempo, encuadrables en lo que se puede denominar "organización básica de un área operativa y de los servicios locales de salud". Incluye:

- Modos y formas de organización de los servicios y de sus recursos.
- Programación del uso de los principales o más costosos recursos de los servicios.
- Ordenamiento de las acciones para posibilitar la concreción de las metas.
- Lineamientos estratégicos para la mejor

Las poblaciones, se torna aspero, impredecible, adquiere formas propias de la administración "contingencial". Las características de "incertidumbre" de las tareas para lograrlo y las actividades del recurso, constituyen un desafío para los políticos y administradores de la salud que pretendan, con la innovación, acompañar la consecución de metas numéricas, al uso racional de los recursos y la satisfacción de necesidades y sufrimientos no medibles de la población.

DEFINICION DE LAS CARACTERISTICAS TEORICAS Y METODOLOGICAS DE LA PROGRAMACION EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Premisas básicas adoptadas

1. Todas las acciones a desarrollar por el primer nivel de atención en todas las áreas operativas pueden y deben ser minuciosamente programadas; es factible aplicar la siguiente secuencia metodológica:

- 1.1. Selección de las actividades prioritarias a realizar, aplicando la metodología apropiada para identificar qué acciones deben ser incorporadas a este nivel y para ser realizadas con extensión de cobertura al 100% de la población del área operativa y de cada sector de trabajo (S.T.) (6).
- 1.2. Concentración suficiente como para esperar un impacto significativo sobre esos problemas de salud.
- 1.3. Elaboración en lenguaje adecuado y preciso, de normas y procedimientos a los que deben ajustarse las acciones y sus operadores.
- 1.4. Capacitación, información y entrega de su ejecución y supervisión (agentes sanitarios, supervisores, profesionales y direcciones del área operativa). Explicitación de responsabilidades.
- 1.5. Definición de la forma de evaluar y supervisar su aplicación (monitoreo y supervisión directa).
- 1.6. Establecimiento de las metas cuantificadas a alcanzar, en el lapso que se define como período de aplicación.
- 1.7. Definición y aseguramiento de los recursos e insumos que serán necesarios.
- 1.8. Se destaca que las demás variables de la programación (sectorización, información de

aplicación del proceso de descentralización y desarrollo de los servicios.
 ● Aplicación de los programas de medicina social y sanitaria.
 ● Valorización de los nuevos conceptos que deberían caracterizar un servicio de salud al servicio de la población.
 ● Revalorización de los conceptos de participación, solidaridad y pertenencia de los servicios de atención de la salud.
 ● Explicitación de los derechos básicos de la población respecto a su salud y los servicios que sostiene.

Estas propuestas en su conjunto determinan, o no, que un servicio de salud sea calificado como adecuado al proyecto político y apto para brindar los servicios que satisfagan las necesidades de la población.

La respuesta esperada es la progresiva apropiación del perfil diseñado. Un ordenamiento impredecible y sujeto a una gran cantidad de variables en función de las diferentes circunstancias culturales, de disponibilidad de recursos, composición del equipo de salud y, aún, los pares grados de compromiso social que adquiere el recurso humano con la salud de su pueblo.
 Al explicitar este perfil cuantitativo ante la población, sus representantes elegidos y el equipo de salud local, debe destacarse:

- La relativa facilidad con que se alcanzan metas cuantitativas en cuanto al desarrollo y expansión de un sistema de salud, aun con inversiones impensables en el contexto de una crisis económica y financiera que atenaza al conjunto de la República.
 - La relativa "blandura" de las dificultades operativas, metodológicas y epidemiológicas para alcanzar impactos significativos en el nivel de mortimortalidad.
 - La disponibilidad cierta de operar con instrumentos aptos para evaluar los resultados de las acciones programadas.
 - Todo ello contrasta con las enormes dificultades que surgen cuando se formula una propuesta cualitativa, un modelo de actitud y comportamiento reformador de las ineficientes estructuras de los servicios de salud, a lo que se suma la inexistencia de herramientas apropiadas para evaluar las transformaciones esperadas.
- Lo objetivo, medible y programable de la concepción clásica del accionar en pos de la salud de

mográfica del área operativa y del sector de trabajo, identificación de problemas, etc.), están ya realizadas.

2. No es necesario realizar una minuciosa programación teórica o esperar disponer de toda la información necesaria para cumplir la ortodoxia de la planificación burocrática (7). Basta:

- Definir qué hacer y cómo hacerlo.
- Visualizar con el equipo de salud las metas, objetivos.
- Promover el compromiso social de lograr las con la participación de los interesados.

3. Esta programación y la ejecución se inician al mismo tiempo.

4. Las demás metas cuantitativas de la programación que se asignan como responsabilidad de los servicios institucionales abocados principalmente a resolver los problemas de reparación de la salud, son menos "programables y normatizables", o sea más difíciles. El nivel de "incertidumbre" y "contingencia" es elevado. Se promueven metas globales para la provincia y perfiles cualitativos generales que los servicios de salud deberían ir incorporando o consiguiendo en la medida de sus posibilidades fáciles y capacidad de autorreforma; ambos factores profundamente ligados a las características subjetivas de formación e ideología del personal interviniente.

5. Se asigna el mérito del logro de las metas, si se obtuvieran, a todos los niveles y a todos los sectores que se involucran con el proyecto. La visualización de estos logros, por mínimos que sean, debe entenderse como único generador del interés y compromiso para crear actividad y energía puestos al servicio de la salud de la población.

Sin embargo, sabemos fundadamente que las metas logradas a nivel operativo y de impacto en la reducción de la morbilidad proviene del esfuerzo realizado por el primer nivel de atención primaria.

Privilegiamos, por ello, el manejo colectivo y participante de la información por todo el personal y representantes de la comunidad organizada; la discusión objetiva de datos que posibilite la visualización de esos logros, o los fracasos, cuando estos, por su trascendencia, pueden generar, también, movilización de recursos, o el despertar de los desinteresados insensibles.

El análisis colectivo de las causas sociales y circunstancias que hicieron posible, o no evi-

taron una muerte infantil, "auditoria social" de cada caso de muerte, proveyó un método de singular fuerza para visualizar las fallas del servicio de salud, de los mecanismos dormidos (u optimidos), de la solidaridad y la protección social; la cuantificación, la abrumadora mayoría de muertes fácilmente evitables, fue un hecho convocante y positivo. La evaluación colectiva se realizó cuatro veces en el año. Se analizó cada sector de trabajo y cada área operativa, individualmente y en su conjunto.

6. Para esperar resultados o fijar metas a los programas o propuestas políticas, debe aceptarse la invariable presencia del fenómeno de Abilene citando a Harvey. (8).

Aunque las decisiones sean adoptadas por el conjunto social o acordadas por mayoría o por consenso, gran parte de los que participan de la decisión o proyecto pueden no estar de acuerdo con el mismo, ni con la forma de aplicarlo. En otro encuadre más duro usado en la convivencia democrática, esto se llama "tracción social", factor casi nunca dimensionado cuando se analizan los grandes fracasos de proyectos sociales.

7. No aceptamos requisito alguno para la realización del programa de trabajo.

Lo único en que puede incidir la falta de recursos en un área (la falta de información o de capacitación), es que un servicio local (S.T. o A.O.) aporte menos, poco, o nada a la consecución de la meta global. De hecho hemos observado que en estos cuatro años de aplicación del Plan de Salud "Dr. Ramón Carrillo", una decena de áreas operativas no aportaron nada, o muy poco, a lo realizado por el conjunto del sistema en la provincia. En resumen:

- Se obtuvo un detallado nivel de programación y fijación de metas para el nivel primario de atención de la salud, con un conjunto de instrumentos normativos de procedimientos muy ajustados a las necesidades ejecutivas.
- Un subsistema de información-supervisión-evaluación que permite "gobernar" el proyecto y mantenerlo en un ajuste permanente.
- Los niveles superiores de la organización sanitaria actuaron como soporte técnico administrativo para el accionar del nivel (S.T.) base receptor de la demanda y problemas inducidos. Este nivel operó con metas cuantitativas y cuali-

Aspectos positivos que surgen de la formulación del plan y su ejecución durante cuatro años

El principal hecho positivo lo constituyen las circunstancias, prácticamente inéditas en el país, de que las políticas sociales, especialmente de salud, no constituirían un "residuo" de la planificación económica. En la formulación preeliminar de los futuros gobernantes, la salud ocupa un lugar, también, inédito, prioridad uno en el accionar del estado provincial.

Más asombroso fue el hecho posterior de que realmente la aplicación de las políticas de salud constituirían el eje del accionar de la administración del Estado. Se duplicó el presupuesto del gasto público en salud, a pesar de la pobreza de las arcas del Estado, y el primer nivel de atención se expande, a valores equivalentes a cincuenta años de administración de la salud pública, en la provincia en número y dotación de recursos humanos.

La salud se transforma en un hecho político; esto tiene indudables consecuencias positivas para el conjunto de la población.

Sosteníamos en Caracas 1986 (9) que lo peor que le puede pasar a un pueblo con su salud es Baste conocer un hecho histórico local: Salta en 1940 tenía el 240% de mortalidad infantil. Sin embargo, no existen rastros en la prensa local de esa época del hecho aterrador, no consta ningún debate o análisis de este genocidio que exterminaba a un cuarto de la población que nacía en esta tierra "de paz"... En un viejo documento estadístico de un plan quinquenal del año 1946, se cita el antecedente sin ningún comentario. El silencio de los pueblos, de los medios de comunicación y de los políticos, es el sepulcro más seguro para la salud.

La simple enunciação del proyecto en Salta conmueve la paz provinciana y el debate y la polémica adquieren niveles "alarmantes", especialmente cuando se expresan y difunden los componentes cualitativos ya descritos de la propuesta del Gobierno.

Avalan esta inclusión como hecho político la decisión de todos los representantes de los partidos políticos convencionales y los constituyentes convocados para la reforma de la Constitución de la provincia; concluyen en el establecimiento de los preceptos constitucionales referidos a la salud, al rol del Estado y a las formas indicadas que debe adoptar la administración de salud pública en cuanto

tativas globales evaluadas con menor frecuencia y rigor que las propias metas operativas del primer nivel.

- Las metas cualitativas propuestas no fueron evaluadas por carecer de instrumentos probados. Sin embargo, iniciamos experiencias puntuales para evaluar el grado de satisfacción de las necesidades y de resolución de los problemas de salud mediante encuestas de opinión realizadas en la población en general y en concurrentes a los servicios de salud. Los instrumentos probados fueron diseñados en función del perfil propuesto para esos servicios. Nos parece que se pueden profundizar y extender estas experiencias que dieron resultados coincidentes con la apreciación subjetiva global que se extrae del conocimiento de un servicio y su funcionamiento.

Se analizó el grado de aplicación de las "normas básicas de organización de los servicios locales de salud" con resultados que serán analizados en el apartado siguiente.

Se destacan, sin embargo, dificultades encontradas para lograr racionalidad en el uso del recurso más costoso del servicio de salud, el recurso humano, a pesar de que la propuesta incluía un nivel mínimo de programación para la asignación de este recurso a las áreas prioritarias.

IDENTIFICACION DE LOS ASPECTOS POSITIVOS Y RESTRICCIONES DE LA PROGRAMACION ACTUAL EN RELACION CON EL NUEVO PROCESO EN DESARROLLO

Se enfatiza en este informe:

- La magnitud del desarrollo cuantitativo propuesto en el sistema público de salud.
- La premura en alcanzar metas importantes en cuanto a mortalidad y a nivel de atención de la población.
- La formulación de un modelo cualitativo para los servicios de salud.

En este apartado se resumen los principales hechos positivos y las restricciones a las que estuvo sometido todo el proyecto sanitario y la programación local de actividades, en particular. Se esboza un pronóstico.

to a la descentralización del poder y los recursos, principios ya sexagenarios en la administración de salud (Dawson 1920).

La salud no era campo de polemica y confrontación interpartidaria. Los tres partidos que tienen representación parlamentaria en Salta, más o menos liberales, más o menos conservadores o progresistas, coinciden por unanimidad en la sanción de las leyes que duplican el gasto en salud o el plantel de profesionales de la salud. Ninguno discrepa o disiente cuando se sancionan con fuerza de ley los principios de la descentralización y participación de la comunidad en el gobierno del sistema de salud, o la Ley de medicamentos.

Las organizaciones sindicales, empresariales y los centros vecinales se adhieren masivamente al proyecto político. Se debate para construir y hacer. La posición será descrita en el acápite siguiente.

No se equivocaba el ex-Director General de la O.M.S. (10) cuando sostenía que el accionar político era fundamental y no era antinómico con el accionar técnico para la resolución de los problemas de salud.

“Los compromisos y las decisiones políticas son tan importantes como la tecnología apropiada”. Hoy en plena vigencia, diez años más tarde, cuando vemos que muchos que suscriben la declaración de Alma Ata no realizan los esfuerzos necesarios para concretar las aspiraciones expresadas allí por las propias dirigencias de los Estados Miembros.

En la misma asamblea Mahler enfatizaba —disculpándose— la idea de la acción “en” los Estados Miembros y “por” los Estados Miembros. ¿Conocía el Director General lo de Abilene?, era 1979.

Por todo ello, destacamos como hecho positivo que en Salta se haya debatido políticamente sobre la salud de los salteños y que se haya dado el marco conceptual para los compromisos necesarios y las decisiones requeridas.

Como hecho positivo hacemos notar la plena coincidencia entre los reclamos populares explotivamente desatados por la democracia y la participación, con los enunciados estratégicos del proyecto; nos referimos precisamente al desarrollo del primer nivel de atención, a los servicios locales de salud, a las acciones básicas y elementales que resuelven la inmensa mayoría de sus necesidades.

Hecho positivo es la puesta en práctica de un conjunto de acciones básicas que pudo demostrar gran efectividad para resolver problemas de salud, proveyendo la experiencia necesaria para dimensionar con mucha aproximación cuál es la concentración de recursos y acciones suficientes para incidir en cada uno de los problemas de salud de las poblaciones.

La prueba y ajuste de un sistema de evaluación, supervisión y monitoreo que hace posible administrar el proyecto, también debe ser considerada como un elemento positivo en la experiencia que se describe y analiza.

Un hecho importante es la demostración de que no son necesarias grandes cantidades de recursos para ejecutar un proyecto racional de salud. En los cuatro años se invirtieron 232 millones de australes de Rentas Generales de la provincia y ocho millones de australes originados en la asistencia nacional para la salud (Programa de Apoyo en Salud, P.A.S.), financiado con el presupuesto nacional con fondos de transferencia a las provincias. Esto significa un promedio de 85 australes por habitante/año, cifra insignificante si consideramos que incluye el sostenimiento de 240 servicios de salud, con 2 000 camas hospitalarias y que proveyó 7 000 000 de atenciones ambulatorias y 120 000 hospitalizaciones de mediana y alta complejidad, más el financiamiento del más extenso programa de atención primaria y extensión de cobertura existente en el país, con 1 300 000 visitas domiciliarias programadas.

Otro aspecto a destacar por su importancia en la administración de salud, es que es posible diseñar y operar eficientemente un sistema de información para la salud capaz de:

- Proporcionar en setenta y dos horas y con frecuencia trimestral toda la información sobre salud, medio ambiente y las acciones realizadas en el primer nivel desagregado por familia, sector de trabajo y área operativa.
- Proveer más de veinte indicadores numéricos referidos a morbilidad, mortalidad, producción y rendimiento de los servicios locales de salud.
- Utilizar esa información en el nivel local para realizar los ajustes necesarios y para sostener el grado de compromiso e interés del equipo de salud en la resolución de los problemas y el acercamiento a las metas propuestas.

Se destacan como aspectos positivos de la programación local, la actividad de vigilancia y

Reacción de los factores de poder; se recurre a la transparente descripción de Humberto de Moraes Novaes: "Estos centros de poder... los sofisticadamente fuertes para conservar sus parcelas de poder en el mercado de la salud" (de la enfermedad se agrega). "En el delicado equilibrio de fuerzas de los sistemas entran en juego las ganancias y las pérdidas de insuños (clientes, medicamentos o equipo) para mantener el *status-quo* de privilegios en la sociedad".

La propuesta cualitativa, ya descrita como antagónica de realidades sostenidas durante un siglo, es lo que desencadena la polémica.

Recién al finalizar el período constitucional de Gobierno, la dirigencia de los "prestadores privados" explicó su desagrado por los aspectos cuantitativos de la expansión innecesaria (así fue calificada) de los servicios públicos de salud. Se recuerda que en toda lucha reivindicatoria las corporaciones médicas sostuvieron las banderas de la "reconstrucción del Hospital Público", entre otras. La presión ejercida fue gigantesca, llegó incluso a comprometer la continuidad del proyecto.

Las exageradas reacciones provocadas dibujaron en Salta un cuadro inequívoco de los recursos con que se cuenta como aliados en un proyecto de reforma del sistema de salud y de las fuerzas que se opondrán tenazmente, en función de los intereses y privilegios construidos laboriosamente sobre la enfermedad de los pueblos.

Falta de formación para conducir y administrar apropiadamente un servicio local de salud y, aun, para desempeñar las tareas específicas de médico, odontólogo, nutricionista, enfermero o asistente social, cuando éstas debían realizarse en el primer nivel urbano o rural, es decir, en el "punto de contacto" entre la población y su servicio de salud.

Salta incorporó dos mil profesionales y auxiliares de la salud en cuatro años, provenientes de todas las facultades y escuelas del país; capacitó a decenas de profesionales en cursos de admistración de la salud en las escuelas argentinas y latinoamericanas. Todos adquirieron el marco básico y el conocimiento de los elementos conceptuales para atender la enfermedad o plantificar y administrar servicios de salud. Pero, el aprendizaje real de "lo que se debe saber" para conducir, administrar y programar nuestros servicios locales, fue adquirido exclusivamente en el manejo cotidiano de los instrumentos de un nuevo oficio.

control de la desnutrición aguda infantil, que demostró la posibilidad real de operar con el sistema de salud en este problema, sin esperar la modificación de las tan esgrimidas condiciones del desarrollo económico. Simplemente, casa por casa, niño por niño, operando con la tecnología apropiada y recurriendo a la protección elemental de la familia y la comunidad, recursos que se movilizaron cuando el pueblo tiene información; en este caso el dato preciso de la desnutrición de un niño. "No hay participación si no se accede a la información", sostenemos hasta el cansancio que el primer paso de la participación es sentarse al convite de los datos, para decidir, opinar y exigir.

Incluimos entre los aspectos positivos, el desarrollo de una metodología simple para el control de la enfermedad de Chagas a través del control de la infestación de las viviendas con vinchucas. El programa tenía ya veinte años de aplicación en el territorio de Salta.

Se introdujo reformas en la metodología de trabajo: descentralización de los recursos y de la operación; horizontalización del programa de control del vector a nivel local; integración de un programa de vigilancia vertical al accionar regular del agente sanitario en cada sector de trabajo. Se redujo del 50% al 25% el índice de infestación triatómica de viviendas en un ámbito programático de cincuenta mil viviendas rurales de Salta. Durante veinte años se aplica casi un millón de dólares anuales a este programa de salud; el mando central del programa no advertía, o sí, que el índice de infestación permanecía inmutable en Salta (entre el 90 y el 30% de casas demuestra que la conducción local, la transferencia de la responsabilidad y de los recursos, puede por sí sola hacer efectiva una tecnología aparentemente inútil. Toda la ciencia consistió en verificar que la velocidad de reinfección era diez veces superior a la velocidad de la vigilancia y rociado, cuando se operaba con un mando situado a 1 600 km y operadores que residían a 300 km del "frente de ataque", como se lo denominaba.

La programación de la vigilancia local y la apertura de treinta áreas de vigilancia y rociado, a cargo de los servicios locales de salud, hace que ambas velocidades se igualen al menos; la respuesta era infinitamente simple.

Restricciones

Las restricciones más severas se resumen como sigue:

Miembros de la O.M.S. a fines de la década del 70, no solo sobre los aspectos metodológicos para conseguir las metas propuestas, sino sobre las condiciones políticas que deben desencadenar el proceso esperado.

El ámbito indudable es el político.

El parlamento latinoamericano debe incluir el debate profundo de las políticas y estrategias referidas a la salud del Continente.

No es impensable que pueda organizarse el Parlamento Latinoamericano de la Salud. El

enorme peso de la problemática económica y financiera de América Latina aplasta la dimensión que debería tener la discusión y análisis de la salud, transformándose esta en la variable de ajuste de los déficit de la economía y el comercio, o, peor aún, de las políticas sociales de los gobiernos en este contexto; es utópico pensar en las metas idealizadas para el año 2000.

● La identificación de experiencias válidas es impostergable como una responsabilidad específica de la organización regional de la salud. Sobre esas experiencias debe concurrir el

accionar de los programas de apoyo internacional y regional; se debe asistir técnicamente, cooperar en el perfeccionamiento de las metodologías, se debe apoyar para aliviar la presión que se ejerce sobre estos procesos incipientes o muy

labiles. ¿Un proyecto regional de solidaridad con los planes populares de salud en ejecución?

● Un proyecto de apoyo regional o entre países debe contemplar el uso efectivo de esas experiencias válidas, no solo para estudiar su desarrollo, sino como áreas de formación y entrenamiento para preparar administradores y conductores de servicios locales de salud, cuyo perfil debe definirse con claridad en su ideología y destrezas.

El conjunto de la veintena de herramientas sanitarias y sociales que son imprescindibles para el desarrollo del proceso esperado, se conciben y manejan allí donde su manejo es cotidiano y su efectividad demostrada.

El discurso político correcto que no se sabe implementar es una realidad omnipresente, tan frecuente como el discurso político correcto que no se piensa llevar a la práctica.

Difícil y no necesariamente fue aprendido por quienes ejercieron la gran responsabilidad de administrar cada área operativa. Debían construir sus propias herramientas (las reales) y aprender el oficio, no en un laboratorio ni en un aula, sino sobre la cruda realidad, delante de un pueblo que confiaba en las herramientas inconclusas y en el oficio supuesto del aprendiz.

No es tema requerido en este artículo la descripción de lo "que debe saber" el que tiene que conducir un proyecto local de salud y cual debe ser su perfil ideológico y científico; solo se mencionará que la restitución más dura fueron las

actitudes y actitudes de un recurso humano formado para otro sistema de salud que no era, precisamente, lo que la voluntad popular había decidido para Salta. ¿Dónde está la escuela en que se aprende el oficio? La respuesta es una sola: en

cada lugar de América Latina donde se gesta o crece por voluntad de las mayorías un proyecto de salud fundado en la justicia, la equidad, el bien común y la solidaridad humana; al tiempo que desarrolla con rigor científico una metodología adecuada, una veintena de acciones básicas de salud de resultados probados.

Esas son las escuelas donde se debería aprender el oficio de "conducción política y técnica de servicios locales de salud en un proyecto sujeto a las necesidades y derechos del conjunto social", extenso nombre para una Escuela de Salud Pública.

La tercera restricción fue el tiempo; cuatro años es poco tiempo para que un proyecto de salud alcance estabilidad, se perfeccione y ajuste sus tácticas. Una experiencia puede ser calificada de válida, si pudo sobrevivir diez años a las

acechanzas de las crisis económicas, políticas y sociales que oprimen a las naciones en desarrollo. Mucho más corto es ese lapso para satisfacer tantas necesidades postergadas por la falta de voluntad política, sustentada en la creencia de que la eliminación de la pobreza y el crecimiento económico, son dos objetivos independientes entre sí (11).

PROPUESTAS PARA LA

IMPLEMENTACION DE ACCIONES CON

APoyo REGIONAL A LOS PROCESOS

MENCIONADOS

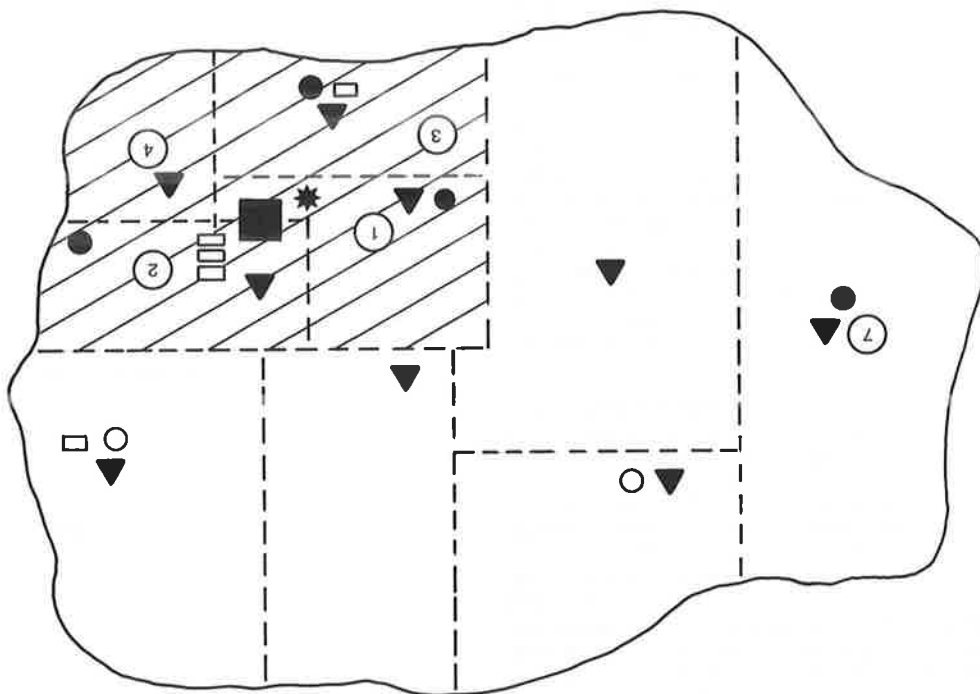
Se considera necesario:

- Retomar o reforzar el análisis y debate sobre los compromisos asumidos por los Estados










ANEXO I

ORGANIZACION DEL SERVICIO LOCAL DE
SALUD
Unidad de programación y administración de todos los
servicios de salud.

AREA OPERATIVA (A.O.)



Componentes del nivel local

-  Sector de Trabajo (S.T.)
-  Servicio de Salud Base del Area Operativa
-  Centro de Salud (C.S.)
-  Puesto Sanitario (P.S.)
-  Unidad Educativo Sanitaria (U.E.S.)
-  Agente Sanitario (A.S.)
-  Sector de Trabajo urbano (S.T.)
-  Consejo Sanitario del Area Operativa
-  Puesto Fijo de atención

ANEXO II

ACTIVIDADES Y TAREAS QUE SE REALIZAN EN FORMA PROGRAMADA Y SISTEMÁTICA SOBRE EL 100% DEL ÁREA OPERATIVA CON LA MODALIDAD DE VISITA DOMICILIARIA REGULAR DEL AGENTE SANITARIO Y EN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES DEL ÁREA OPERATIVA (PUESTOS FIJOS, PUESTO SANITARIO, CENTROS DE SALUD Y UNIDAD EDUCATIVO-SANITARIA)

ACTIVIDAD	TAREA
1. Registro de población, familia y viviendas (A.S.)	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocimiento geográfico. -Registro censal, registro de nacimientos y defunciones. -Registro de familias e identificación de familias en riesgo (familias críticas) y de los factores sociales y sanitarios que lo determinen. -Búsqueda e identificación de problemas de salud.
2. Inmunizaciones (A.S.)	<ul style="list-style-type: none"> -Promoción y organización de las vacunaciones. -Abastecimiento y organización de las vacunas. -Esterilización de materales. -Aplicación de vacunas: Sabin, Doble, adultos, Doble niños, Antisarampionosa, B.C.G. y Triple. -Educación para la salud.
3. Nutrición y Alimentación (A.S.)	<ul style="list-style-type: none"> -Control del estado nutricional (peso, talla, edad). -Gratificación y curva antropométrica. -Educación alimentaria del niño y la madre. -Promoción de lactancia materna. -Detección de niños desnutridos. -Recuperación de niños desnutridos. -Apoyo alimentario. -Promoción de huertas y granjas familiares y comunitarias. -Derivación de desnutridos para tratamiento de patología agregada. -Promoción de huertas comunitarias y familiares.
4. Control del niño (A.S.)	<ul style="list-style-type: none"> -Derivación a atención médica. -Examen clínico del niño. -Educación sanitaria a la madre. -Control del desarrollo psicomotor. -Estimulación, enseñanza.
5. Control del embarazo (A.S.)	<ul style="list-style-type: none"> -Detección y captación de embarazada para control. -Determinación de la fecha probable del parto. -Determinación de signos de alarma. -Vacunación Sabin, anti-tétanica. -Derivación de embarazos de riesgo o con signos de alarma. -Concentración de la asistencia al parto.
6. Atención del parto y puerperio (A.S.)	<ul style="list-style-type: none"> -Asistencia institucional del parto. -Control del recién nacido y derivación cuando corresponda (recién nacido de riesgo). -Educación alimentaria. -Control del puerperio y determinación de riesgo y complicaciones. -Derivación de puerperas en riesgo o con signo de alarma.
7. Vigilancia epidemiológica. (A.S.)	<ul style="list-style-type: none"> -Notificación de enfermedades. -Aplicación de las medidas que correspondan.

Continuación Anexo II

8. Control de la Tuberculosis. (A.S.)
- Identificación de síntomas respiratorios.
 - Toma y remisión de muestras de esputo.
 - Identificación bacteriológica de bacilíferos.
 - Citación y derivación para atención médica.
 - Supervisión y control de tratamientos.
 - Investigación de contactos.
 - Educación para la salud.
9. Derivación de casos (A.S.)
- Derivación de accidentes y enfermedades que requieran atención médica u odontológica en el nivel inmediato superior (Puesto Fijo de Atención, Puesto de Salud Periférico o Establecimiento Base del Área Operativa).
 - Consulta médica profesional a toda la población que lo requiera a los Puestos Fijos, Puestos de Salud y Consultorios Externos del Establecimiento Base.
 - Derivación al nivel superior que corresponda.
10. Atención médica ambulatoria. (P.F., P.S. y C.S.)
- Atención preventiva y reparativa al preescolar y escolar.
 - Atención preventiva y reparativa del adolescente y adulto.
 - Derivación al nivel superior que corresponda.
11. Agua potable (A.S.)
- Promoción del tratamiento doméstico del agua de consumo.
 - Organización y participación comunitaria para la construcción de plantas de tratamiento de agua en pequeñas localidades.
 - Control de potabilidad de agua de consumo.
 - Remisión de muestras para análisis de potabilidad.
 - Educación para la salud.
13. Disposición sanitaria de excretas (A.S.)
- Promoción del tratamiento sanitario domiciliario de excretas.
 - Mejoramiento de la vivienda.
 - Educación para la salud.
14. Tratamiento sanitario de basuras (A.S.)
- Promoción del tratamiento sanitario doméstico de las basuras.
 - Organización social para el tratamiento y disposición de las basuras.
 - Educación para la salud.
15. Control de vectores (A.S.)
- Identificación de viviendas infestadas con vinchucas.
 - Roceado de viviendas.
 - Evaluación de la reinfestación.
 - Toma y remisión de especímenes, para estudio.
 - Educación para la salud.
 - Promoción de la organización comunitaria para la vigilancia epidemiológica.
 - Capacitación de colaboradores voluntarios.
16. Mejoramiento de la vivienda (A.S.)
- Promoción del mejoramiento de pisos, paredes y techos.
 - Coordinación de las tareas de mejoramiento de la vivienda con los demás sectores de gobierno.
17. Control de enfermedades no transmisibles (A.S.)
- Detección de Diabetes y derivación al nivel superior.
 - Identificación de hipertensión arterial y derivación.
 - Información y educación para la salud.
18. Salud escolar (U.E.S.)
- Examen médico odontológico en escolares.
 - Antropometría.
 - Presión arterial.
 - Medición agudeza visual.
 - Derivación al servicio de salud.
 - Integración, educación - salud para la formación de docentes.

REFERENCIAS

(1) Argentina, Gobierno de Salta. *Política de Salud*. (Documento de trabajo), 1983

(2) Boletín de la Federación Internacional de Diabetes 32 (3), 1987.

(3) Argentina, Secretaría de Estado de Salud Pùblica, *Tomografía computada*. Sociedad del Estado, 1987.

(4) Casado, Dr. *El Bienestar social acorralado*. Ed. Humanitas, 1986.

(5) Argentina, Salta, Secretaría de Estado de Salud Pùblica, 1984.

(6) Suárez Ojeda, N. et al. *Lineamientos generales para la implementación de servicios de atención primaria de salud en el primer nivel*. Grupo de trabajo OMS/OPS, Washington D.C., 1980.

(7) Rodríguez, et al. *Guía para la programación local de los servicios de salud*, Organización Panamericana de la Salud, Panamá, 1981.

(8) Novaes, Humberto de Moraes. Educación Médica y Salud 16 (2), 1982.

(9) Organización Panamericana de la Salud. *Reunión sobre tendencias y políticas de organización de servicios de salud*. Caracas, 1986.

(10) Mahler, H. *32ª Asamblea Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, 1979.

(11) Molina, S. *La pobreza, descripción y análisis de políticas para superarla*. Revista de la CEPAL, 1982.

BIBLIOGRAFIA

Blaudon, Robert. *The prospects for state and local government. Playing a Broader Role in Health Care in the 1980's*.

Boisier, Sergio. *Centralización y descentralización en el proceso decisorio del Sector Pùblico*. Documentos ILPES. Bravo, Alfredo Leonarado. *Regionalización: Organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rural y urbana*. Boletín de la OPS. Septiembre 1974.

Capote Mir, Roberto. *La Regionalización y la Red de Servicios de Salud*. Enero 1987. Primera Reunión de Hospitales en Santo Domingo, República Dominicana.

Capote, R. y Gonzales, G. *Evaluación de la regionalización en salud*. caso: Nicaragua, 1986, Documento OPS.

Clarke, Gary J. *The role of the State in the delivery of health services*. American Journal of Public Health. Vol. 71, January, 1981.

Ferreira, José Roberto. *La integración de los servicios, la docencia y la investigación en la atención primaria*. Sociedad y Salud No 2-3, Lima 1986.

Flietsch A., Franco R. y Palma E. *Plantificación con participación*. Boletín de Planificación No 14 de ILPES, Marzo 1982.

Gosselin, Roger. *Decentralization/Regionalization in health care: The Quebec experience in health care. Management Review* 1984.

López Acuña, Daniel y Romero Arturo. *Proyecto para el desarrollo de métodos para la programación local de salud*. Mimeo OPS/OMS.

Macedo, Carlyle Guerra de. *Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud*. 1987-1990.

Macedo, Carlyle Guerra de. *Mensaje del Director*. BOSP, OPS/OMS, Feb. 1987.

Marton, Ana María, Almeida, Formigli V., Santana García C., Monticero J. y Luna de Araujo, T. *Regionalización Dos Servicios de Saúde Do Brasil*. Revista de Administração Pùblica. Rio de Janeiro 17 (3) 121-49, Jul/Sept. 1983.

Mayer, J.D. *The distance behavior of hospital patients: Disaggregated. Analysts: Social Science and Medicine*. 1983: 17 (12) : 819-27.

Mendes, Eugenio Vilaga. *Reformulacao do Sistema Nacional de Saude*. Contribución a los Debates de la VII Conferencia Nacional de Saude. MIMBO, Brasilia, 1986.

Novaes, Humberto de Moraes y Capote Mir, Roberto. *Sistemas locales de servicios de salud*. Washington, Feb. 1987.

Organización Panamericana de la Salud. *Actas de la Reunión de Quereqaro*. México. 26-30 noviembre 1984. "Seminario/Taller sobre Descentralización y administración local de sistemas de salud".

Organización Panamericana de la Salud. *Reunión sobre Extensión de salud: Programación local y descentralización administrativa*. Santo Domingo, República Dominicana, 1 al 5 de noviembre de 1987.

Organización Panamericana de la Salud. *Guía de Documentación para un Análisis de Situación de la Descentralización y los sistemas locales de salud*.

Organización Panamericana de la Salud. *Discurso del Dr. Mahler H. a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Puentes, Cristina. *Bibliografía sobre descentralización de sistemas de salud*. OPS/OMS, Noviembre, 1984.

Siwiek-Ponydesseen, Jeonne. *Centralización burocrática, administración moderna y descentralización*. Colección Seminario No 1. Secretaría de la Presidencia, Dirección General de Estudios Administrativos, México 1976.

World Health Organization. *Review of the Report of the Director General on the Work of WHO in 1984-1985*.

World Health Organization. *District health system based on primary health care*. Septiembre 1986.

Wolfe, Marshall. *La participación, una visión desde arriba*. Revista de la CEPAL No 23. Agosto 1984.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN LA REPUBLICA DE BOLIVIA

Ramón Granado y Gustavo Mora

ANTECEDENTES

bajos para un proyecto de "Desarrollo de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria de salud" donde se propone, con financiación externa, un plan a mediano plazo de desarrollo de servicios de salud descentralizados, que adaptan la estrategia propugnada por OPS de los sistemas locales de salud, de acuerdo a la realidad boliviana.

FACTIBILIDAD POLITICA DE LA PROPUESTA

La Constitución Política establece "que el Estado tiene la responsabilidad de atender la salud del habitante boliviano, siendo el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, como cabeza del sector, el responsable de dar cobertura al 100% de la población" (2). A pesar de eso, en la actualidad los servicios de salud, dependientes del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, solo dan cobertura a 35% de la población. La propuesta actual de desarrollo de los servicios de salud descentralizados con énfasis en la APS, es un viejo anhelo de los sanitarios bolivianos comprometidos con la meta de salud para todos en el año 2000 y con los principios de una salud pública basada en equidad, eficiencia, eficacia y participación social. Es, además, una vieja necesidad en el campo del desarrollo social.

Como se ha señalado anteriormente, a partir de 1980, se inician esfuerzos en este sentido, que se van concretando más con la propuesta del PIAAS, en 1983, y con el proyecto de desarrollo de los servicios de salud con énfasis en la APS, de 1986.

En los últimos años se ha ido generando una conciencia institucional en el sector acerca de la importancia de responder con medidas epidemiológico-sanitarias y de prestación de servicios, que gradualmente permitan disminuir la inequidad social de la salud, la ineficiencia e ineficacia de los servicios y que logren hacer realidad la salud para todos en el año 2000.

Es así que "a partir de 1986, el Ministerio, a

Luego de la constitución del Ministerio de Salud Pública en 1958, se regionalizan administrativamente los servicios de salud. Surgen de esa forma once unidades sanitarias basadas, fundamentalmente, en razones de accesibilidad. Ellas siguen en general la división político-administrativa del país; aunque se establecen dos unidades sanitarias adicionales que dividen a los Departamentos del Beni, Pando y Potosí. Para esta división político-administrativa, se tuvieron en cuenta características socio-económicas, demográficas y de comunicación (1).

Puede decirse que no obstante lo anterior, el desarrollo de un sistema nacional de salud regionalizado en Bolivia ha sido muy precario, si tenemos en cuenta que la red de servicios públicos para la protección y el restablecimiento de la salud de la población ha sido totalmente insuficiente para las necesidades de salud de los habitantes bolivianos.

En 1980, con fondos de USAID, se desarrolla un proyecto de "Prestación de servicios de salud en el área rural" que define técnicamente un esquema de regionalización con tres niveles administrativos y de servicios. Tal proyecto no fue concluido.

En 1983, nace el Plan Integral de Actividades en Areas de Salud (PIAAS), que utilizando la estrategia de atención primaria de salud (APS) comienza a darle un contenido más concreto a la regionalización.

Surgen las áreas de salud como Unidades Múltiplas de Servicio Territorial responsables de ofrecer atención médica integral a una población definida.

A pesar de tales esfuerzos, aún persisten para la población boliviana, grandes dificultades para el acceso a las unidades de salud pública, ubicándose sus condiciones de salud como las más precarias de América Latina.

A partir de octubre de 1986, se inician los tra-

llan, queremos sintéticamente exponer cuál es la situación actual de la salud del pueblo boliviano y algunos factores que la determinan.

Desde el punto de vista demográfico, Bolivia tiene una población esencialmente joven; un 53% de la población tiene menos de 19 años. Es además una población muy dispersa; la densidad de población es de seis habitantes por km². Ello constituye un serio problema para la organización de servicios de salud.

La esperanza de vida al nacer se calcula en alrededor de 50 años, mientras que la tasa global de fecundidad arroja un promedio de 6,25 hijos por mujer.

La tasa de natalidad se encuentra en 44,02 por 1 000 habitantes.

La mortalidad en Bolivia es alta. La tasa bruta de mortalidad se encuentra en 15,87 por 1 000 habitantes, la mortalidad infantil es de 159 por 1 000 nacidos vivos, la probabilidad de morir hasta los 5 años es de 286 por 1 000 habitantes y la mortalidad materna es de 48,6 por 10 000 nacidos vivos.

Estas cifras por supuesto tienen diferencias manifiestas según estratos socio-económicos (censo 1976) y se consideraran subestimadas por la poca fiabilidad de los registros.

Se considera que el 70% de las muertes en infecciosas prevenibles por vacunas.

En cuanto a la morbilidad, conocida fundamentalmente a través de los pocos datos de mortalidad y de egresos hospitalarios, es esencialmente infecciosa y parasitaria. Entre ellas las respiratorias agudas y las diarreicas son las más frecuentes. Constituyen además importantes causas de mortalidad en todas las edades.

Es elevada la presencia de tuberculosis pulmonar en todos los grupos etarios. Así, por ejemplo, en el grupo de 5 - 14 años se registró en 1984, que el 14% de las muertes del total correspondieron a tuberculosis pulmonar (32% si se excluyen las mal definidas y "demás causas"). Tienen altas tasas de incidencia la malaria, salmonellosis, amebiasis, etc.

La fiebre amarilla es endémica en algunas zonas, así como el mal de Chagas y la Leishmaniasis. La desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 6 años es de 47% en el área rural y del 57% en el área urbana.

A grandes rasgos, en el análisis de factores determinantes vemos que el ingreso unitario familiar se redujo en un 29% y el consumo en 18%, entre 1980 y 1985.

través de la Subsecretaría de Salud Pública y organismos dependientes de las mismas, inicia las actividades preliminares para definir la idea del proyecto y los estudios requeridos para su concreción" (2). Asimismo, en la Reunión de Análisis de la Cooperación Internacional realizada en la ciudad de La Paz, el 10 de octubre de 1986, se toman acuerdos para la configuración de la Estrategia de Desarrollo de los servicios de salud de Bolivia.

Todo ello se halla inscrito dentro de las prioridades establecidas por el Gobierno que plantea "La unidad de los bolivianos en torno a la reacción económica para que sea una realidad inmediata y concreta para derrotar la crisis y erradicar la pobreza, la alimentación deficiente, superar los problemas de salud y educación" (2). El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública plantea, expresada en el "Plan Trienal de Salud" 1987 - 1989, lo siguiente:

- Fortalecer la estructura institucional a fin de dar una respuesta adecuada a las demandas de salud por parte de la población.
- Fortalecer la participación del pueblo como objeto y sujeto, de suerte que la comunidad organizada pueda potenciar los sistemas de salud.
- Lograr que la atención de salud llegue en forma integral, oportuna y permanente a todos los bolivianos y especialmente a las mayorías nacionales.
- Que las injustas desigualdades, en cuanto a salud se refiere, entre las minorías privilegiadas y las grandes mayorías abandonadas, se acorten a través de la distribución equitativa de los recursos financieros y humanos que el país y la cooperación internacional asignan al pueblo (3).

En síntesis, puede decirse que en las condiciones actuales (económicas, políticas y sociales) de Bolivia, existe factibilidad política para el desarrollo de la estrategia de descentralización y los SILOS.

ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION

Situación de salud de la población boliviana y algunos factores determinantes

Antes de entrar en el análisis de las estrategias de implementación y como necesaria introducción al contexto de salud en que ellas se desarro-

- Necesidad de una estrategia única de los servicios de salud bolivianos.

- Unidad de acción de todos los recursos, en función del mejoramiento de la salud de la población.

- Realidad de los recursos con que se cuenta.
- Necesidad de aumentar la cobertura en cantidad y calidad.

- Descentralización de la determinación epidemiológica de prioridades locales.
- Equidad, eficiencia y desarrollo armónico de la red en su conjunto.

- Resolución por niveles de complejidad.
- Heterogeneidad de modelos acordes a la realidad y a la heterogeneidad de problemas.

- El no rechazo de la demanda espontánea.
- Gerencia en salud en función del impacto.
- Participación social activa.

Como resultado de todo este trabajo, se ha llegado a la conclusión de que en el caso de Bolivia el sistema regionalizado de salud comprenderá cuatro niveles:

Nivel Central. Caracterizado por la función de conducción e integración de recursos, a través de la política nacional de salud, las estrategias y el plan, a partir de instrumentos y normas que garanticen el comportamiento armónico de todos sus componentes.

Nivel Regional. Se conforman o establecen en el país once unidades sanitarias, cada una de las cuales se halla dividida en distritos, según la accesibilidad y densidad geográfica, que necesariamente es diferente para cada unidad regional. Teniendo en cuenta que la regionalización implica la descentralización administrativa, a este nivel regional se le asigna la responsabilidad de administrar la prestación de servicios de salud, dentro de los marcos de la delegación de autoridad.

De esta manera el nivel regional tiene como función principal la planificación y organización operativa de la región, traduciendo en metas y acciones específicas la intención de las políticas, estrategias y lineamientos del Plan Nacional de Salud.

El Distrito. Es el nivel intermedio entre la región y el área de salud; constituye una unidad socio-espacial y un nivel técnico-administrativo, que incorpora un determinado número de áreas

El analfabetismo se calcula en alrededor de un 28% de la población total.

La población nacional sin agua potable es de un 64%, y sin sistemas de eliminación de excretas es del 78%.

La desocupación en estos momentos se calcula en un 20,9%; y el porcentaje de viviendas sin dormitorio es de un 33%.

Esas son las patéticas realidades de Bolivia en cuanto a situación de salud.

La estrategia

Para el desarrollo de las políticas de salud, Bolivia ha definido dos líneas estratégicas básicas:

- Fortalecer el sector público y orientar su desarrollo hacia un sistema único de salud.
- Fortalecer la movilización y la participación popular.

Para ello, se determinó la reorganización y el desarrollo del sistema de servicios de salud en todo el país.

Como principio metodológico básico para la reorganización de los servicios de salud se ha adoptado la regionalización y descentralización de los servicios, para cuyo efecto se parte de un estudio minucioso de la realidad boliviana, de la historia de los servicios de salud del país, de las experiencias de otros países, de los principios teórico-conceptuales de la estrategia de atención primaria de salud y su adaptación a las condiciones locales.

Otros principios básicos han sido conseguir que la reorganización de los servicios permita lograr la extensión de cobertura y la oferta de atención médica sanitaria equitativa, eficiente, activa de daños, grupos de riesgo, etc. en una población determinada.

Para la regionalización en salud del país se han tenido en cuenta: características socio-económicas, culturales y demográficas; capacidad instalada en salud; accesibilidad a los servicios y factores políticos.

Los ejes clásicos de regionalización en salud tales como: político-administrativo, de administración de servicios, de atención y epidemiológico, también fueron utilizados. Para la definición de territorios se partió de las recomendaciones técnicas siguientes (4):

de salud, y es la instancia responsable de los recursos humanos, físicos y del desarrollo de los subsistemas de apoyo administrativo.

El Área de Salud. Es el punto último del sistema administrativo y se constituye en uno de los componentes básicos de la extensión de cobertura, a través de sus efectores que forman parte de la red de servicios de salud, y garantiza el acceso de la población a los servicios mediante el desarrollo de acciones oportunas, eficientes, éticas y equitativas.

Basado en los criterios anteriores, se estima que cada área de salud debe tener una población entre veinte mil y treinta mil habitantes, incorporados en una extensión territorial delimitada. Se establece este rango de población, en función de los recursos disponibles en el país.

Las funciones del área son, tanto administrativas, en toda su jurisdicción, como de servicio a través de las unidades de prestaciones de salud; administrativas, porque se basan en la planificación, supervisión y control de los elementos de la red inscritos en ellas; y de servicios, porque tienen la responsabilidad de ofertar atención médico-sanitaria integral a la población.

Como modelo de prestación de servicios se ha adoptado el trabajo en equipo de salud, conformado por: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos de saneamiento y personal administrativo, que conjuntamente con la participación activa de la comunidad, materializan el principio de que la protección y el mejoramiento de la salud de la población es una responsabilidad compartida entre los servicios y la comunidad.

LOS SISTEMAS LOCALES EN BOLIVIA

Los sistemas locales de salud se corresponden con los distritos sanitarios. Ellos se conciben como un conjunto de recursos de salud interrelacionados y responsables de la atención integral de la salud, de una población definida, en un área geográfica delimitada, con un equipo de dirección responsable de la gestión del equipo de trabajo social, dedicado a la protección y el mejoramiento de la salud de la población de ese territorio y con poder resolutivo, capaz de resolver en proporción significativa los problemas de salud de la colectividad. Presupone, por tanto, la existencia de una red integrada de servicios de

salud que bajo una filosofía única de trabajo deben responder con eficiencia, eficacia y equidad a las necesidades de salud de la población. Los distritos sanitarios "basados en una estrategia de atención primaria de salud no pueden desarrollarse, no pueden funcionar y su implementación no puede existir sin una red de hospitales con responsabilidad para apoyar la atención primaria, promoviendo el desarrollo de acciones de salud comunitaria básicas y educación continua en todas las categorías del personal de salud e investigadores" (#).

La configuración de un modelo óptimo de atención requiere que cada distrito sanitario (SILOS) cuente con un hospital distrital. En el modelo teórico de organización de servicios interrelacionados del distrito así se ha concebido; pero, en las condiciones de Bolivia esto, en el momento actual, no es posible. Se identifica, no obstante, en una estrategia de desarrollo de los servicios de salud prospectiva la necesidad de fortalecer no solo la atención ambulatoria, sino también la atención estacionaria (de encamados). Mientras tanto, se organizará la referencia intradistrital de pacientes de diferentes distritos contiguos.

Una estrategia de desarrollo de los servicios de salud de este tipo, en la cual el distrito sanitario debe responder con su red de servicios a los problemas de salud de la población del distrito, necesariamente conlleva la redefinición de los aparatos gerenciales conductores de esta nueva dinámica de trabajo a nivel local. En este sentido se ha trabajado en la definición de las estructuras y funcionamiento de los aparatos de gestión distrital. Ellos fueron adaptados a la realidad de Bolivia y, por supuesto, tienen diferencias inter e intra-regionales de acuerdo a los diferentes grados de desarrollo que podrán alcanzar los distintos distritos sanitarios. Entre los principios básicos de trabajo que fueron definidos para las direcciones distritales de salud, pueden ser enunciados los siguientes:

- Implementar las políticas nacionales de salud y adaptar las mismas al perfil epidemiológico de la población asignada y al nivel de desarrollo de la red de instituciones.
- Cumplir la responsabilidad social de asegurar la integralidad del enfoque y de las acciones encaminadas a promover, proteger y restaurar la salud de la población.
- Planificar, organizar, dirigir y controlar to-

Las responsabilidades sociales de las Áreas de Salud como unidades mínimas territoriales, administrativas y de servicio son las siguientes:

- La implementación de políticas y la identificación de daños locales para la elaboración de estrategias de ataque.
- Implementar las políticas generales y de salud, adecuadas a las condiciones concretas del hospital distrital.
- Participar activamente en la organización, desarrollo y funcionamiento eficiente y eficaz de las redes de servicios de salud del distrito.
- Desarrollar los sistemas de información, control, vigilancia epidemiológica y de análisis de la situación local de salud del hospital, cooperando con el resto de unidades de la red con menos desarrollo científico-técnico, asistencial y administrativo.
- Evaluar la calidad y desarrollo científico de los servicios hospitalarios y cooperar en la evaluación de todos los servicios de la red.
- Promover un espíritu de trabajo interinstitucional, de forma tal que los trabajadores hospitalarios adquieran sentido de pertenencia a toda la red del distrito sanitario.
- Participar en la formación de los recursos humanos de la red, así como en su capacitación y educación continua, de acuerdo a los nuevos estilos de trabajo.
- Fortalecer los medios de apoyo necesarios para el funcionamiento de la red, tales como transportes, mantenimiento, suministros y sistemas de contabilidad.
- Lograr un trabajo de equipo con las áreas de salud y la comunidad.
- Normar las actividades asistenciales hospitalarias, así como la provisión y distribución de medicamentos según su nivel de complejidad.
- Estimular la investigación de servicios de salud en cooperación con el resto de unidades de la red, que sirva de retroalimentación al trabajo administrativo y asistencial.
- Asegurar el máximo de resolutivez y creatividad de acuerdo a su nivel de complejidad y al rol que ocupa en el poder resolutivo asignado al distrito sanitario.
- Contribuir a la fluidez de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de información y pacientes atendidos en los distintos niveles de la red.
- Participar activamente, con las áreas de salud, en la colaboración intersectorial para la solución de los problemas de salud de la población asignada al distrito.
- Brindar cooperación en servicios de apoyo científico-técnico y diagnóstico a las áreas de salud.
- Participar en la evaluación, conjuntamente con las áreas de salud, de la calidad de la prestación de servicios de toda la red distrital.

Las actividades sanitarias e higiénico-epidemiológicas de la red de servicios del distrito, mediante un uso balanceado de la centralización-descentralización de autoridad y de medios. Ello asegura la integridad del distrito como unidad funcional básica del sector salud en la cual cada servicio (de diferente nivel de complejidad) es una parte del todo funcionalmente organizado

- Desarrollar suficientemente la capacidad de gestión administrativa propia y de los servicios subordinados, mediante la aplicación de conocimientos de las áreas de Administración y Epidemiología, que le permitan evaluar el avance del distrito en el alcance de sus objetivos.
- Ser responsables por la formación de los recursos humanos en salud, su capacitación y educación continua, de los servicios de su territorio.
- Velar, conjuntamente con los servicios subordinados, por la participación activa de la comunidad y la acción intersectorial en la solución de los problemas de salud.
- Asegurar que la ejecución de programas de salud "verticales" no conspira contra la integridad del trabajo sanitario de los servicios del distrito, sino que más bien contribuya a ella. Asimismo, que el cumplimiento por cada institución del rol que tiene asignado dentro de la red, no la convierta en un "ente aislado" de las demás.
- Velar por el funcionamiento adecuado de los flujos de referencia y contrarreferencia en la red.
- Ser responsables máximos del funcionamiento de los subsistemas de información, vigilancia epidemiológica, control, contabilidad, etc., del distrito.
- Responder ante los niveles superiores y ante la comunidad por el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, para las cuales se les ha descentralizado autoridad y medios.

En los distritos sanitarios de Bolivia que cuentan con hospitales, estos deben cumplir las siguientes funciones:

- Implementar las políticas generales y de salud, adecuadas a las condiciones concretas del hospital distrital.
- Participar activamente en la organización, desarrollo y funcionamiento eficiente y eficaz de las redes de servicios de salud del distrito.
- Desarrollar los sistemas de información, control, vigilancia epidemiológica y de análisis de la situación local de salud del hospital, cooperando con el resto de unidades de la red con menos desarrollo científico-técnico, asistencial y administrativo.
- Evaluar la calidad y desarrollo científico de los servicios hospitalarios y cooperar en la evaluación de todos los servicios de la red.
- Promover un espíritu de trabajo interinstitucional, de forma tal que los trabajadores hospitalarios adquieran sentido de pertenencia a toda la red del distrito sanitario.
- Participar en la formación de los recursos humanos de la red, así como en su capacitación y educación continua, de acuerdo a los nuevos estilos de trabajo.
- Fortalecer los medios de apoyo necesarios para el funcionamiento de la red, tales como transportes, mantenimiento, suministros y sistemas de contabilidad.
- Lograr un trabajo de equipo con las áreas de salud y la comunidad.
- Normar las actividades asistenciales hospitalarias, así como la provisión y distribución de medicamentos según su nivel de complejidad.
- Estimular la investigación de servicios de salud en cooperación con el resto de unidades de la red, que sirva de retroalimentación al trabajo administrativo y asistencial.
- Asegurar el máximo de resolutivez y creatividad de acuerdo a su nivel de complejidad y al rol que ocupa en el poder resolutivo asignado al distrito sanitario.
- Contribuir a la fluidez de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de información y pacientes atendidos en los distintos niveles de la red.
- Participar activamente, con las áreas de salud, en la colaboración intersectorial para la solución de los problemas de salud de la población asignada al distrito.
- Brindar cooperación en servicios de apoyo científico-técnico y diagnóstico a las áreas de salud.
- Participar en la evaluación, conjuntamente con las áreas de salud, de la calidad de la prestación de servicios de toda la red distrital.

El funcionamiento institucional consciente como parte de una red de servicios, de forma tal que se asegure la referencia y contrarreferencia de información y pacientes.

- El funcionamiento institucional consciente como parte de una red, en nuevos estilos de pensamiento y trabajo profesional.
- El desarrollo del subsistema de información que refleje las condiciones de salud de la población y la prestación de servicios.
- El desarrollo de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- El desarrollo de los subsistemas de control y evaluación técnica de la calidad de los servicios.

El enfoque epidemiológico activo en la búsqueda de daños y en la identificación de riesgos en la población.

- La normatización de las actividades a nivel de área.
- La organización de la colaboración intersectorial alrededor de la solución de los problemas de salud locales.
- La estimulación de la participación activa de la comunidad y su vinculación a las tareas de planificación, organización, dirección y control de las actividades sanitarias.

En síntesis, tales son los lineamientos generales que se han tenido en cuenta para la formulación del modelo teórico de los SILEOS descentralizados en Bolivia.

Es fácil suponer que de no resolverse las insuficiencias de infraestructura física y de recursos humanos, el modelo se haría inviable. Una estrategia de desarrollo de servicios de salud descentralizados, de este tipo, requiere la reorganización y el fortalecimiento institucional de todo el sector, incluido su nivel central; en el caso de Bolivia el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

En el modelo de regionalización actual se han identificado cincuenta y tres Distritos Sanitarios y trescientas Áreas de Salud. El estudio de la capacidad instalada permitió detectar las insuficiencias de infraestructura física y recursos humanos de cada área y distrito.

Sería necesario construir un gran número de hospitales y centros de salud de diferentes capacidades para el funcionamiento "ideal" del modelo. El costo de tales inversiones sería gigantesco. Ello ha obligado a definir prioridades y a establecer fases de implementación en la estrategia de desarrollo de servicios de salud descentralizados en Bolivia, se prevé lograr un préstamo concesionario del Banco Interamericano de Desarrollo, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública otorga una gran

VIABILIDAD TÉCNICO - FINANCIERA

A partir de la definición de la estrategia de desarrollo de los servicios de salud en el país, la configuración de los mecanismos técnico-financieros que la hagan viable, se ha circunscrito a dos líneas:

- Financiamiento nacional.
- Cooperación técnica y financiamiento externo.

En cuanto al financiamiento nacional, este está representado por el Proyecto Presupuestario del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, que si bien es coherente con la estrategia de desarrollo de los servicios de salud, es insuficiente para asumir los gastos que su implementación requiere.

En cuanto a las fuentes externas, Bolivia requiere para el desarrollo del proyecto, tanto cooperación técnica, como financiamiento. Según los estudios realizados, el desarrollo de los servicios de salud descentralizados en Bolivia requiere de inversiones en infraestructura física y en formación y capacitación de recursos humanos. Se ha concebido, también, la necesidad de que el financiamiento externo apoye al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, asimilando los gastos de operación de apertura y explotación de las unidades que se construyan.

Los gastos de operación serían paulatinamente asumidos por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, de forma tal que en cinco años serían responsabilidad total del Gobierno boliviano.

Dada la magnitud de las inversiones a realizar, se concibe ejecutar este proyecto en dos fases:

- 1988 - 1992. Período en que se pretende dar cobertura al 60% de la población.
- 1993 - 1997. Se completará la cobertura al 100% de la población.

Para ejecutar esta estrategia de desarrollo de los servicios de salud en Bolivia, se prevé lograr un préstamo concesionario del Banco Interamericano de Desarrollo, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública otorga una gran

"Organización de los servicios de salud, basados en la atención primaria", "Desarrollo de recursos humanos", "Salud Ambiental", "Enfermedades transmisibles", "Salud de la madre y el niño" y "Proceso de Gestión para el desarrollo nacional de salud". Ello traduce una síntesis de las prioridades nacionales en salud y las prioridades regionales aprobadas por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana y recogidas en el documento "Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS en el cuadrenio 1987 - 1990" (5).

Bajo tales orientaciones se elaboró el APB de 1988, tratando de concentrar la cooperación técnica y los recursos en áreas de alta prioridad para el país y la Región.

Con esta concepción se priorizan en el país el fortalecimiento institucional, la capacidad de gestión de todos los niveles del sistema de salud, el desarrollo de la infraestructura y la atención a problemas de salud prioritarios en grupos vulnerables.

El desarrollo de la infraestructura de servicios de salud se convierte en el núcleo para la transformación del sistema de salud boliviano y el fundamento material para el desarrollo eficiente, eficaz y equitativo de los distintos programas de salud, tanto de aquellos dirigidos al ambiente, como a la atención de las personas.

El APB ha tratado de ser coherente con estos postulados. Naturalmente, el logro de programas de cooperación técnica integrados, es un proceso que no se logra con la sola elaboración de un documento. Esto constituye un desafío para el proceso de gestión de la cooperación técnica en Bolivia.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

1. Existe decisión política de transformar los servicios de salud de Bolivia y de responder en forma equitativa, eficaz y eficiente a la problemática de salud de la población boliviana.
2. La situación de salud de la población en Bolivia es precaria, considerándose una de las peores de América Latina y el Caribe.
3. El desarrollo de los servicios de salud es insuficiente para responder a las necesidades de salud de la población. Si no se logra la transferencia

importancia a la cooperación técnica de distintos organismos internacionales del sistema de NN.UU. tales como OPS-OMS, UNICEF, PNUD, UNFPA y PMA. La asesoría técnica de cada uno de estos Organismos deberá ser aprovechada de forma tal, que cada cual contribuya al objetivo único de transformar los servicios de salud de Bolivia y mejorar el precario estado de salud de la población boliviana, fundamentándose en principios de equidad, eficiencia, eficacia, justicia social y participación popular.

Una estrategia de tal amplitud y alcance requiere un aprovechamiento óptimo de todos los recursos: nacionales y externos. Requiere, además, de un fortalecimiento institucional del sector y de formas más eficientes de administración de la cooperación técnica. En este sentido, a la OPS, como organismo internacional especializado en salud, le corresponde una gran responsabilidad. Es necesario que el proyecto de desarrollo de los servicios de salud descentralizados en Bolivia, se convierta en el eje central para toda la cooperación técnica de OPS. Es, además, indispensable que los programas regionales oferten su aporte integrado a la materialización de esta estrategia.

A su vez, se impone un nuevo estilo de trabajo en la coordinación de esfuerzos con otras agencias internacionales en lo que, tanto la OPS, como el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, deberán entregar todas sus energías y capacidad de iniciativas creadoras.

EXPRESION DE LA ESTRATEGIA EN EL PROGRAMA DEL PRESUPUESTO ANUAL

En la confección del APB de Bolivia, para 1988, se ha tenido en cuenta como eje central articulador de todos los programas de cooperación técnica, la tarea prioritaria del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, cual es: el desarrollo de los servicios de salud con énfasis en la APS.

Se ha tratado que la programación de la cooperación técnica refleje, lo más exactamente posible, el momento político actual por el que atraviesa la sociedad boliviana, en general, y las políticas de salud del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, en particular.

El estudio del APB nos muestra que los capitulos programáticos más fuertes en proyección de actividades y recursos financieros son los de:

mación del sistema de salud boliviano, no será posible alcanzar la meta social de salud para todos en el año 2000 con equidad, eficacia, eficiencia y justicia social.

4. A partir de 1983, se inició la transformación de la atención primaria en el país. Desde octubre de 1986, se comenzaron los estudios para profundizar en alcance y amplitud los éxitos logrados, al elaborarse la "Estrategia de desarrollo de los servicios de salud con énfasis en la APS":

5. En la situación actual (económica, política, social, sanitaria) un proyecto de tal naturaleza no puede ejecutarse sin la movilización de recursos financieros externos. Para ello se pretende lograr un préstamo concesionario del BID.

6. Es además indispensable la cooperación técnica coordinada de todas las Agencias de Cooperación Técnica del sistema de NN.UU.

Dentro de ellas, la OPS (Programas Regionales y Representación) ocupa un lugar central dado su carácter de organismo internacional especializado en salud.

7. El logro de un sistema de salud descentralizado, eficiente, eficaz, equitativo y justo es la tarea central de los próximos años. Solamente con la consecución de tales transformaciones se podrá impactar en la salud del pueblo y alcanzar la meta social de salud para todos en el año 2000.

REFERENCIAS

- (1) Bolivia. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Protocolo de investigación en servicios de salud. Valida-ción de un modelo de atención regionalizado basado en áreas de salud*. La Paz, Bolivia, 1986.
- (2) Bolivia. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Perfil de estudio para el desarrollo de los servicios de salud con énfasis en la APS*. Octubre 1986. La Paz, Bolivia.
- (3) Bolivia. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Subsecretaría de Salud Pública. *Plan Trienal de Salud*. 1987 - 1989. La Paz, Bolivia.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. *Reunión sobre descentralización de los servicios de salud. Informe final y documentos. Tomo I. El Hospital y la red de los sistemas locales de salud (SILLOS)*, 18 al 22 de mayo de 1987. Buenos Aires, Argentina.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. *Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuadrante 1987 - 1990*. Washington, D.C., USA, 1986.

BIBLIOGRAFÍA

- Capote Mir, R. - *Informe. Consultoría realizada sobre desarrollo de los servicios de salud*, 9 al 21 de octubre 1986. La Paz, Bolivia.
- Díaz, L.N. y Segarra, M.M. - *Informe sobre visita a La Paz, Bolivia*, 22 de marzo al 2 de abril 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Guía sobre la movilización de recursos financieros para el sector salud en la Región de las Américas*. Washington, D.C., USA, 1986.
- Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y al proceso de descentralización en los países de la Región de las Américas*. Washington, D.C., Agosto 1987.

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN BRASIL Relato de experiencias

Celia Maria de Almeida

PENAPOLIS, SÃO PAULO

Presentación y antecedentes

El objetivo de este estudio de casos es presentar el sistema de salud establecido en el municipio de Penápolis, integrante de la subregión del mismo nombre, en el Estado de São Paulo, así como la estrategia utilizada para la creación de un Consorcio Intermunicipal de Salud (CISA). En 1981, como parte de su campaña electoral, el alcalde actual de Penápolis se comprometió a dar prioridad durante su gobierno a la política social—vivienda, saneamiento, educación y principalmente salud—ya que la encuesta realizada en los barrios periféricos reveló las precarias condiciones de vida y de salud en que se encontraba la población. En la propuesta central en materia de salud se prometió la organización de una red básica de servicios, promovida en una campaña cuyo lema fue “La salud es un deber del Estado y un derecho del ciudadano”. En enero de 1983 el gabinete del nuevo alcalde, que logró una victoria electoral en el año inmediatamente anterior, presentó al gobierno estatal la propuesta de creación del sistema único de salud (SUDS) en el municipio, descentralizando y a cargo de esa división política. En esa época la alcaldía destinaba menos de 0,6% de su presupuesto a salud y 0,8% a asistencia social. Seis meses después, se propuso la creación de la Coordinación de Salud y Asistencia Social Municipal (COSAS), proyecto rechazado en un principio por la representación del Partido Democrata Social (PDS) por el Estado de São Paulo, que constituye una mayoría en la Cámara, y aprobado algunos meses después. Alrededor de esa misma época (julio de 1983), el alcalde propuso un programa de planificación conjunto para la subregión, en el que se consideró la salud como una prioridad, con el fin de que el proyecto adquiriera fuerza social.

Los problemas semejantes afrontados por los municipios en el plano regional y la necesidad de unir fuerzas para resolverlos, llevaron a movilizar recursos para el establecimiento de la Asociación de Municipios del Medio Tietê (AMTE), que agrupaba a 15 municipios y se convirtió en un foro político de gran importancia, tanto para la región, como para los municipios menores, que pasaron a tener un medio de expresión y captación de recursos. Utilizando algunos mecanismos ya existentes en el Estado de São Paulo, como el Convenio PAS¹ (puesto de atención sanitaria para el sector rural) y el Convenio del Municipio Carente², se inició el trabajo de extensión de las acciones de salud en el municipio. Se amplió el Convenio PAS al sector urbano y se instituyó un Consejo Directivo del Convenio que, sin embargo, nunca funcionó. En 1984, el municipio presentó al gobierno esta- tal una propuesta de convenio de municipalización que, en realidad, comprendía apenas el Centro de Salud del Estado de São Paulo, cuya resistencia a la integración obstaculizaba la implantación del plan municipal de salud. Esta propuesta causó una crisis local por estar mal orientada. Por conducto de la AMTE se exigió la firma del convenio de las acciones integradas de salud, que tuvo lugar en Penápolis en 1985, antes que en Araguatuba, sede de la Dirección Regional. Se organizó la CIMS³ pero no llegó a funcionar por la resistencia de las “fuerzas estatales”. En 1985, se fomentó una reforma administrativa—va en la que la COSAS, ya reorganizada, asumió las funciones de Secretaría Municipal de Salud. En 1986, para superar la grave crisis financiera-

¹ La Alcaldía Municipal construye el puesto rural y la Secretaría Estatal de Salud lo dotaba de equipo y contrataba a un médico para atender a los pacientes una vez por semana. ² Decreto 21.415, en virtud del cual el Estado de São Paulo transfería recursos al Municipio para la contratación de médicos cuyos servicios estarían a su disposición. ³ Comisión Intermunicipal de Salud.

ra, el Servicio de Primeros Auxilios de la Casa de Beneficencia recurrió a la alcaldía, que puso su incorporación en la red básica. Se firmó un acuerdo de cesión de instalaciones en préstamo gratuito por 20 años y dicha casa cedió un terreno contiguo para la construcción del nuevo Servicio de Primeros Auxilios. Con eso se inició el proceso de municipalización y surgió la posibilidad concreta de reformar el sistema de una manera "visible" para la población, mediante la incorporación de un servicio importante para la composición de la sede.

Las conclusiones de la 8ª CNS⁴ y el proceso de discusión que ofrece refuerzan la propuesta del municipio.

Solo en 1987, se convirtió la CIMS en órgano decisorio y ejecutor de la integración, lo que pudo efectuarse a causa del cambio político y su composición varió: se nombró un nuevo director del Centro de Salud, que no solo favoreció la propuesta, sino que fue uno de sus gestores. En septiembre del mismo año se firmó el convenio de municipalización previsto al crearse el SUDS.

En 1987, se realizó un encuentro para discutir la política de salud en el municipio y la subregión, con el fin de ampliar el debate y promover la participación popular. Se decidió incorporar a la CIMS, a representantes de la sociedad organizada y crear el Consejo Municipal de Salud y Consejos de Salud, en cada PAS.

En ese marco y al fomentar la discusión en la subregión con una mayor concientización de los gobiernos municipales, se pudo establecer el Consorcio Intermunicipal de Salud (CISA), mediante la asociación entre las alcaldías municipales de la subregión, cuya creación está prevista en la Ley Orgánica de los municipios y en la Constitución del Estado de Sao Paulo.

Los primeros consorcios de la Región fueron los de recuperación de llanuras fértiles, informática, alimentos y merienda escolar y tratamiento de basura.

Consorcio Intermunicipal de Salud (CISA)

Por último, en 1987, los municipios de la comarca firmaron con la Secretaría del Estado de Sao Paulo el convenio del CISA que incluyó a los siete municipios citados. En virtud de dicho convenio, el consorcio asumió la responsabilidad de las unidades secundarias del módulo asistencial, administradas por medio del Consejo Directivo, y por dos representantes del SUDS regionales; así como, de la operacionalización del sistema de salud de la subregión, con lo que se organizaron varios niveles de atención. Cada alcaldía municipal se responsabilizó de la organización (y administración) de la red básica de su municipio y para ello se vale de los mecanismos administrativos del CISA; las alcaldías pueden asignar recursos del consorcio para la compra de material permanente y de consumo, contratación de personal y otros fines apropiados.

En la configuración de ese sistema se previeron, además de las respectivas redes básicas, un laboratorio de análisis clínico, un servicio de Primeros Auxilios, la Casa de Beneficencia y el Hospital Psiquiátrico. Esos servicios estaban en Penápolis y constituían el nivel secundario. Se amplió el servicio de Vigilancia Sanitaria y del Medio Ambiente y el Centro de Control de Zoonosis. La administración de los servicios secundarios de referencia estuvo a cargo del CISA; y la Casa de Beneficencia y el Hospital Psiquiátrico a cargo del Convenio SUDS, de una forma indirecta.

El CISA tiene un órgano deliberativo que es el Consejo Directivo, formado por los siete alcaldes, un presidente elegido entre ellos y un órgano ejecutivo que es la Secretaría Ejecutiva, con un coordinador general nombrado por el Consejo Directivo. Dicha secretaria tiene divisiones específicas, a saber: administración, vigilancia sanitaria, clínica de especialidades, laboratorio, servicio de primeros auxilios y salud mental, que coinciden con los servicios prestados.

La estructura de la Secretaría Ejecutiva toda vía esta en período de establecimiento y, por la propia dinámica del proceso, seguirá cambiando mucho, ya que debe responder a la realidad que origina y a la cual se destina. Por tanto, la Secretaría Municipal de Salud de Penápolis se incorporó a partir del CISA y forma parte de su estructura.

Los municipios y su región

La subregión de Penápolis está localizada en el noroeste de Sao Paulo y tiene una superficie de 3 207 km² y una población de 76 008 habitantes (según estimaciones de 1987).

Esa población es eminentemente joven y esta

⁴ Conferencia Nacional de Salud.

El sistema de servicios locales de salud (SILOS)

Las instituciones que toman parte de la administración del SILOS de Penápolis son:

- Los sectores de salud de las alcaldías municipales.
- La Secretaría Estatal de Salud (dirección del Centro de Salud Estatal).
- La hermandad de la Casa de Beneficencia.
- La Asociación Espiritista (Hospital Psiquiátrico).
- El Consorcio Intermunicipal de Salud.

La Casa de Beneficencia, que realiza las funciones de un hospital general, tiene ciento cincuenta y dos camas, y el Hospital Psiquiátrico setenta y ocho camas asignadas por convenio.

Existen también tres laboratorios, doce servicios médicos ambulatorios y un consultorio odontológico, todos debidamente acreditados. De los consultorios médicos acreditados, nueve están localizados en las unidades básicas y tres en especializadas. Esa localización fue heredada por la actual administración en una estrategia de transferencia de atención (calculadas por el promedio de casos atendidos anteriormente); ya se ha implantado el sistema de preparación de formularios de historias clínicas en las unidades, y se pretende contratar a esos profesionales y acabar con el requisito de acreditación.

También existe un hospital privado (de más o menos veinticuatro camas o doce apartamentos) que no tiene convenio con el SUDS de São Paulo. Existen servicios que esperan la firma de convenios para incorporarse al SUDS, como el Servicio Ambulatorio del Sindicato de Trabajadores Rurales, Copersucar (Fábrica Campesre y Fábrica Diamina), Copla Cana y Cortume Atlántico. La gran dificultad está en la cláusula que preconiza la universalización de la clientela de esas unidades, lo cual no es aceptado por esas instituciones.

Los programas de asistencia al niño, de salud de la mujer y de salud del trabajador, se establecieron a partir del nivel central del SUDS de São Paulo y lo mismo los subprogramas de tuberculosis, lepra, salud mental y salud oral. Después de un proceso de discusión y adaptación al nivel local, se presentaron otras metas.

La vigilancia sanitaria viene implantándose con el desarrollo del CISA, que dio origen a la

constituida casi en un 50% por menores de 20 años.

Es una región esencialmente agrícola, vinculada en un principio a la producción cafetalera, sustituida luego por la industria pecuaria y otras líneas de producción agrícola, como caña de azúcar. Ese cambio dio lugar al despido de un gran número de trabajadores y fomento su desplazamiento hacia la periferia del núcleo urbano en busca de empleo estacional. Por el predominio de la industria agropecuaria en las funciones urbanas se destacan, por una parte, los núcleos de comercialización regional y, por otra, los de elaboración y transformación de insumos agrícolas. En los últimos tres decenios, sobre todo en el de los años 70, se registró una reducción demográfica, quizá por la búsqueda de empleo.

En general, el 40% de la población gana, en promedio, menos de cinco salarios mínimos.

La tasa de natalidad es elevada, la de mortalidad infantil viene disminuyendo, sobre todo cuando es tardía, y la de mortalidad general tiene una clara tendencia a la disminución (1970-80). Desaparecieron las causas de defunción por "sin-tomas y causas mal definidas" y aumentó el número de defunciones por accidentes, alcoholismo y enfermedades crónico-degenerativas y se redujo el de las causadas por enfermedades infecciosas. La morbilidad predominante sigue atribuyéndose a estas últimas, así como, a la hipertensión (en personas mayores de 50 años) y a las enfermedades crónico-degenerativas.

Las principales causas de hospitalización son la bronconeumonía y la neumonía, la gastroenteritis, la hipertensión y la insuficiencia cardiopulmonar. En los siete municipios de la subregión varían mucho, tanto la captación, como el tratamiento del agua y la calidad de ella no es uniforme. En general, la red de acueducto cubre a casi todos los municipios, pero alrededor de 10% carece de conexiones domiciliarias por falta de poder adquisitivo.

También hay diversos tipos de evacuación de desechos, desde pozos sépticos hasta lanzamiento en corrientes de agua con tratamiento incompleto o nulo. La cobertura de la red en el municipio se sitúa alrededor de 90%.

⁵ Se estudia la hipótesis de que ese gran número de casos de SUDS se debió a infecciones respiratorias causadas por un hongo que habita en los cañaverales y se libera durante la quema.

División de Vigilancia Sanitaria y ha tratado de realizar un trabajo integrado con los siete municipios y con la población, además, de adiestrar personal y agentes especializados en control de zoonosis, el medio ambiente, alimentos y otras actividades.

Por medio de esa División y del Centro de Control de Zoonosis se viene prestando ayuda colectiva gratuita, con visitadores sanitarios y voluntarios, con muy buenos resultados. Se ha producido, también, material de instrucción como videocintas, que se divulga en las escuelas y en diversas celebraciones en la comunidad.

Para determinar la localización de las unidades se utilizan criterios técnicos basados en la proximidad y facilidad de acceso del usuario y criterios políticos, que implican discusión de las demandas populares.

La definición de las actividades realizadas en general está a cargo de los profesionales e incorporada, cuando es posible, las solitudes de los usuarios.

La jerarquización de los servicios se hace por medio de las puertas de entrada que están formadas por las unidades básicas, es decir los puestos y centros de salud y las unidades mixtas de la subregión. Al prestar atención en este nivel de referencia se observa la necesidad de enviar pacientes a los demás niveles.

La atención de nivel secundario es prestada por los servicios del Consorcio, la Casa de Beneficencia y el Hospital Psiquiátrico (único servicio terciario en la subregión).

La referencia se realiza, principalmente, por medio del Servicio Ambulatorio de Especialidades de Aragua y los servicios del Hospital de Base de São José do Rio Preto y del Hospital Psiquiátrico de Lins.

Las actividades se registran en una ficha básica numerada en secuencia por el servicio de salud. La producción se anota en el boletín diario y se consolida mensualmente en el boletín de producción. Hay gran dificultad en la transmisión de información de las unidades básicas a las de referencia y vice-versa, que se realiza por medio de un formulario de envío.

Una vez atendido en la unidad básica de salud, el paciente es enviado, cuando es necesario, a las unidades de mayor complejidad como el Centro de Salud I de Penápolis (Servicio Ambulatorio de Especialidades o de Salud Mental), la Casa de Beneficencia o el Servicio de Primeros Auxilios, todos con sede en Penápolis.

Las referencias se realizan por medio de un formulario de envío que debe ser llenado por el médico y entregado al paciente para que lo presente en la unidad de origen, aunque no siempre se observa ese procedimiento.

Las citas (hechas por teléfono), el triaje (clasificación de casos) y el envío presentan muchos problemas.

A pesar de que el servicio tiene alguna forma de jerarquización, la demanda está poco organizada y hay un gran número de pacientes que solicitan atención por su propia cuenta, sobre todo en busca de solución de sus problemas. Eso ocurre por falta de información sobre los niveles de complejidad y por las deficiencias de los servicios, cuya pesada burocracia y escasez de instrumentos adecuados de envío, tienen una influencia decisiva en el empeoramiento del sistema.

Con el fin de resolver esos problemas se ha procedido a elaborar nuevos instrumentos, como fichas básicas sistematizadas, formularios de envío y carnes de salud que quedan en poder del paciente.

También se realizan estudios y encuestas de la nosología de la zona, para redefinir el perfil de atención de las unidades según las necesidades de la población, ya que hasta ahora se atiende toda la demanda recibida que aumenta cada vez más, a tal punto que en algunas unidades se ha implantado un tercer turno por medio de los Consejos de Salud de los Barrios, según la zona de influencia, decisión tomada en el Encuentro Municipal de Salud realizado en 1987. Ahí, se decidió también crear el Consejo Municipal de Salud que estaría formado por representantes de los Consejos de Salud de los Barrios y del Sindicato de Trabajadores Rurales, consejeros municipales, el Director Clínico de la Casa de Beneficencia, y representantes del CISA y de las organizaciones que tengan algún servicio de salud.

En general, la cobertura de los servicios es baja y se sitúa en un 40%.

La Casa de Beneficencia tiene un nuevo servicio de primeros auxilios; pero necesita otro centro quirúrgico, un nuevo servicio de maternidad y una unidad de tratamiento intensivo (UTI), además de reformas y equipo (nuevo). Las unidades básicas existentes deben ampliarse y es preciso construir otras (la atención básica, en general, alcanzó una cobertura de 78%).

En lo que respecta a recursos humanos, la cuestión central son las diferencias salariales en-

tre las distintas categorías profesionales e institucio- nes. Cabe señalar, también, que la mejor escala de sueldos del sector de salud, en compa- ración con otros sectores de la alcaldía, ha crea- do insatisfacción por parte de otros trabajadores. Lo mismo ha ocurrido con los demás profesiona- les de salud que trabajan en servicios privados. Por tanto, la mayor dificultad no radica solo en lograr igualdad salarial, sino también en me- jorar los niveles globales de los salarios generales, lo que exige una reforma tributaria y la posibilidad de que el municipio atienda esas demandas.

Actualmente, ha sido posible equiparar los sa- larios del sector de salud por medio de los recur- sos del SUDS y de una ley municipal aprobada en 1986, y el CISA mantiene esa misma política. Sin embargo, hay que definir un plan de puestos y salarios que favorezca, aunque sea en un mí- nimo, a todos los empleados del sistema unifica- do. Se ofrece adiestramiento por medio de cursos, servicios y actualización en locales de referencia. La evaluación de la calidad de los servicios se realiza por medio de encuestas domiciliarias y la evaluación técnica se efectúa, de manera precaria, con auditorías de fichas y visitas a los servicios. Los medicamentos y la suplementación alimen- taria son suministrados por el SUDS; pero no son suficientes para atender las necesidades de la po- blación.

Se trabaja actualmente para automatizar el siste- ma, implantar un programa de vigilancia epide- miológica y estandarizar los procedimientos admi- nistrativos y técnicos. Las unidades básicas de salud son administradas en cada municipio y, con el tiempo, el consorcio podrá encargarse de la administración de compras de material y medicamentos, o de la selección de personal para esas unidades, por solicitud. En el nivel de administración técnica de las actividades de referencia y contratación com- peters al consorcio realizar la supervisión con la participación de las unidades básicas locales. El consorcio deberá participar, también, en las reuniones de la CIMS de cada municipio, como órgano de articulación regional, y discutir las cuestiones pertinentes en el ámbito de cada municipio.

El consorcio, mientras forme parte de la CIMS y esté dirigido por los siete alcaldes, podrá obte- ner el máximo grado de aprobación de las medi- das técnicas necesarias para la efectiva regionali- zación. Para la adquisición de insumos y equipo se

La ejecución de los proyectos es competencia siempre del municipio, después de la discusión y aprobación en los órganos de la CIMS y en el consorcio. La observación de la marcha de los proyectos de ingeniería deberá provenir siempre del municipio en que se realiza la obra, con ase- soramiento del consorcio. La asignación de re- cursos competera al consorcio, y se descentrali- zará al municipio por convenio, con lo que se establecerá la responsabilidad conjunta de rendir cuentas de la utilización de los recursos asignados. Las instituciones filantrópicas tienen auto- nomía de administración por medio de la Asamblea General, órgano deliberativo al cual está subor- dinado un Consejo Directivo, cuya presidencia realiza las deliberaciones. Los recursos destinados a la operaciona- lización del consorcio provienen, principalmente, de fuentes públicas: las alcaldías municipales, los convenios SUDS y otros órganos de financiamien- to para inversiones específicas (el BNDES⁶, el Go- bierno del Estado de São Paulo y el Ministerio de Salud). Los recursos de operación y mantenimiento del consorcio, que provienen del convenio SUDS de São Paulo, deberán depositarse mensualmente de acuerdo con el plan de operaciona- lización que, a su vez, contiene metas establecidas de conformi- dad con la realidad social y epidemiológica local. El movimiento de las cuentas del consorcio se realiza según el Plan de Aplicación aprobado por el Consejo Directivo, en virtud del cual se ha abierto una cuenta conjunta que manejan el Pre- sidente y el Coordinador del consorcio. Las cuentas se rinden regularmente, según las nor- mas pertinentes del Tribunal de Cuentas del Es- tado de São Paulo.

Dentro del programa global de inversiones que necesita el módulo de salud, con recursos del BNDES, se citaron como prioritarias las obras que constituyen limitaciones dentro del sistema de salud, a saber: el laboratorio local, el Servicio Ambulatorio de Salud Mental y la Casa de Bene- ficencia. Luego se consideraría la necesidad de reacondicionar y construir las unidades básicas. Las diversas instituciones participantes en el

⁶ Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social.

SIOS de Penápolis se relacionan por medio de las Comisiones Interregionales Municipales y, por lo general, hay concordancia respecto de las directrices centrales, sobre todo en lo que se refiere a evitar el paralelismo de los servicios y actividades.

Hasta que no se apruebe la Ley Municipal que

estructura el nuevo Consejo de Salud, la CIMS de Penápolis ha optado por reunirse semanalmente con los representantes de varias instituciones (SMS + SUDS + CISA + Casa de Beneficencia + Hospital Espiritista) y ese es el foro de deliberaciones del sistema de salud que aprobó, por ejemplo, el convenio SUDS.

Las decisiones, adoptadas por mutuo consentimiento o sin este, se envían para consideración a la CRIS⁷ regional (Aragatuba). Esta forma de organización ha sido fundamental para el desarrollo del proceso en curso.

Conclusión

El proceso de transformación sectorial que acabamos de describir, además de ser propio para la implementación de un nuevo modelo de asistencia a la salud, permitió ejercer también un efecto favorable en el campo asistencial y político. Sin embargo, no se puede decir que se cumplieron todas esas etapas, y que todavía hay una gran cantidad de problemas por resolver.

En la actualidad, el CISA se encuentra organizando su secretaría ejecutiva e implantando una estructura orgánica más eficiente para el mejor desarrollo del sistema local.

Obviamente, la mejor experiencia acumulada en ese proceso es la organización del Consorcio Inter municipal de Salud de la subregión.

Las elecciones municipales que se aproximan, aunque pueden introducir reformas en el poder local, en sí no amenazan el proceso de transformación sectorial ya desencadenado.

Es evidente el liderazgo político que tiene el alcalde en ejercicio en la subregión, y el vehículo principal de la actual administración ha sido siempre el campo de la política social, con grandes inversiones y mejoras en la comunidad, sobre todo en lo relativo a saneamiento básico, vivienda, deporte y salud.

Siendo, así, por lo menos hasta el momento actual, el respaldo y la fuerza política logrados

RONDA ALTA, RIO GRANDE DO SUL

La salud como instrumento de cambio⁸

Ronda Alta es un municipio de 22 000 habitantes con una superficie de 707 km², situado al norte del Estado de Rio Grande do Sul, a 362 km de distancia de Porto Alegre. El sector rural comprende tres cuartas partes de la población y el urbano, un cuarto. Sus habitantes son básicamente descendientes de inmigrantes europeos. Son sobre todo pequeños productores rurales que trabajan en minifundios propios o arrendados y se dedican al cultivo de soja, en primer lugar, y al de trigo y productos de subsistencia, en segundo lugar.

Ronda Alta está situada en una región del Estado, hoy profundamente marcada por luchas por posesión de la tierra. Estas se iniciaron en los años 70, como reacción a la concentración de la propiedad agraria, resultante de la política agrícola oficial que favoreció a las grandes empresas dedicadas a la producción para exportación y de la amenaza que constituye esa tendencia para una población de colonos profundamente vinculados a la tierra por razones de propiedad u ocupación.

La acción emprendida por los trabajadores sin tierra que, sin lugar a dudas, constituye el más vigoroso movimiento social del Estado de Rio Grande do Sul, es notable en la región por su alto grado de organización y capacidad de movilización. Los recientes cambios en la estructura agraria y productiva de la región han llevado a la degradación de las condiciones generales de vida de la población, principalmente del creciente número de trabajadores rurales sin tierra.

En una situación como esa, no solo se ha agravado el cuadro de enfermedades carenciales, sino que han surgido otras, principalmente respiratorias, a consecuencia del uso generalizado de sustancias agroquímicas.

⁸ Este punto se ha transcrito en su totalidad del texto de Maria das Mercedes G. Somarriba *Participación popular y distritos sanitarios*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud, No 3, págs. 37 a 44. Brasilia, Brasil, 1988.

⁷ Consejo Regional Interinstitucional de Salud.

Una de las iniciativas inmediatas fue la apertura del servicio ambulatorio del sindicato, que se encontraba desactivado desde hacía mucho tiempo. Las limitaciones de estas medidas se hicieron luego más evidentes, con la enorme expansión de la demanda de los servicios ofrecidos y la persistencia del alto costo de la atención hospitalaria.

El primer problema afrontado fue la decisión de proponerle a la alcaldía municipal que participara en un convenio para implantar las acciones integradas de salud en el municipio. Esta iniciativa se tomó después del intenso proceso de debates que abarcó las formas de organización popular existentes y se realizó con el asesoramiento de profesionales de salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, que ya venían observando la movilización política de los trabajadores rurales de Ronda Alta alrededor de las cuestiones de salud. En esa ocasión, como en otras que se citarán, las decisiones relativas a los servicios de salud son tomadas por una asamblea con amplia participación de la población del municipio, sobre todo del sector rural.

Con la firma del convenio de las acciones integradas de salud fue posible ampliar la oferta de atención ambulatoria, por medio de la contratación de otros médicos y de la implantación de cuatro unidades de salud en el interior del municipio. Se iniciaba, así, el proceso de descentralización e interacción de los servicios primarios de salud.

En lo que se refiere a la atención hospitalaria, entre los colonos y sus dirigentes fue tomado el cuerpo la idea de comprar al sector privado el hospital más grande de los tres existentes en la localidad. Dicho hospital venía presentando una situación financiera deficitaria después de la implementación de la incipiente red de servicios ambulatorios. Al mismo tiempo, las iniciativas organizadas de los trabajadores rurales en el campo de la salud habían creado un clima de inseguridad entre los empresarios médicos locales, algunos de los cuales se habían ausentado de la ciudad en busca de posibilidades en otros lugares. Por todas esas razones, el hospital se puso a la venta por un precio considerado muy razonable por los representantes de los trabajadores: tres millones de cruzados en marzo de 1986.¹²

Actualmente, el equipo de salud local está formado por once médicos, de los cuales cinco son clínicos generales y seis son especialistas; cuatro enfermeras, una técnica de enfermería, cuatro dentistas, cinco auxiliares de odontólogos, dos bioquímicos, dos auxiliares de laboratorio, una psicóloga, un ingeniero sanitaria, un asistente social, treinta y cinco visitadoras sanitarias, cuatro auxiliares de salud, una secretaria, dos auxiliares administrativos y dos auxiliares de servicios generales.

- Integración de las acciones.
- Regionalización y jerarquización de las unidades.
- Introducción de prácticas sustitutivas.
- Incorporación de los agentes de salud en el cuadro de funcionarios del sistema.
- Composición multiprofesional del equipo.

El plan de salud para el municipio tiene como objetivos los siguientes:

La población de Ronda Alta vive sobre todo en la zona rural y es predominantemente joven; 46,3% tiene de 6 a 25 años y 36,3% de 26 a 60 años. Los datos de 1985, indican que las principales causas de defunción son las enfermedades crónicas-degenerativas, las causas "externas" y las enfermedades de las vías respiratorias, que fueron las predominantes en 1987. En general, todas las familias usan hierbas medicinales para tratar sus trastornos de salud. El plan de salud para el municipio tiene como objetivos los siguientes:

El sistema de salud de los trabajadores

Cerca de sesenta trabajadores rurales, elegidos para actuar en el campo de salud, negociaron con el propietario la compra del hospital. Los dirigentes entienden claramente que el funcionamiento del sistema de salud a que aspiran para el municipio y la región solo puede realizarse con financiamiento público en masa. Por otro lado, temen las consecuencias que pueda tener la presencia de instituciones del Estado, para un proyecto iniciado con la movilización y organización de los trabajadores en grupos de afiliación religiosa y otros propios de su clase, y como reacción a la ausencia casi total del Estado en la prestación de servicios de salud a la población rural.

de exámenes de laboratorio solicitados por los demás niveles del sistema. El índice de internados es de 80%, ya que gran parte de los pacientes son enviados de otros servicios (después del triage) y la resoluidad se sitúa alrededor de 98%; apenas se envían a Passo Fundo y a Porto Alegre los casos que necesitan terapia intensiva o tratamiento de gran complejidad.

Las prioridades de los servicios definidas en el plano de la CIMIS son:

- Atención materno infantil.
- Atención de las enfermedades crónicas.
- Organización comunitaria.
- Asesoramiento técnico a los sectores agro-veterinario, nutricional y de ingeniería sanitaria.

Administración, planificación y participación popular

Como se explicó anteriormente, el proyecto de salud de Ronda Alta tiene por característica fundamental el control popular garantizado por medio de la CIMIS.

La planificación del sistema ha estado siempre fundada de los usuarios. Con el fin de permitir una mayor agilidad, la CIMIS creó una comisión ejecutiva de administración con la participación de los técnicos de salud, un representante de la alcaldía municipal y un representante de la misma con funciones administrativas.

Gran parte de la estructura del proyecto está todavía bajo la responsabilidad de la ATRA, cuya dirección está a cargo de una asamblea compuesta por sesenta y tres agentes de salud, una comisión ejecutiva, una comisión paritaria (formada por tres representantes de la ATRA), treinta y un funcionarios del hospital de trabajadores y un administrador.

La participación de la alcaldía municipal en el proyecto se inició con los contratos firmados con la Secretaría de Salud y del Medio Ambiente del Estado (SSAM), con miras a implantar el SUDS y a permitir la transferencia de fondos. A partir de ese momento, comenzó a organizarse su Secretaría Municipal de Salud, que no existía hasta entonces.

La SSAM participa en el financiamiento del servicio ambulatorio, lo mismo que el INAMPS, por medio del convenio suscrito con la ATRA.

La organización del sistema local de salud determina que la cobertura asistencial se ejecutará en tres niveles.

Primer nivel

Atención primaria/agentes populares de salud

Esta es la puerta de entrada del sistema, donde se utilizan los servicios del visitador sanitario como personaje principal, cuya atribución fundamental es la supervisión sanitaria integral de cada familia de la comunidad que lo escogió por voto directo. El trabajo de los agentes está vinculado con el de los cinco centros integrados de salud (tres ya están en funcionamiento y dos en la fase final de construcción) y la sede urbana, sobre todo, con el hospital de los trabajadores.

Segundo nivel

Centros integrados de salud

Son el lugar de referencia para los agentes, los visitantes y la población. Están localizados en las cinco comunidades más populosas del interior y funcionan también como centros regionales para varias comunidades vecinas. Todos tienen un auxiliar de salud fijo. Dos de ellos tienen asistencia médica diaria y los demás en días alternos; se presta asistencia odontológica en días alternos en todos los centros y el equipo divide su trabajo entre atención en el centro, por la mañana y reuniones con la comunidad, por la tarde. Los demás profesionales del equipo trabajan básicamente en la comunidad (agronomos, ingeniero y nutricionista) y los mismos médicos que atienden en el hospital se turnan en los centros.

Tercer nivel

Asistencia hospitalaria

El hospital de los trabajadores es un hospital general con cuarenta y dos camas y servicios de laboratorio de análisis clínicos, electrocardiografía, radiología y ultrasonografía, rehabilitación y fisioterapia (en vía de implantarse). El hospital se destina a la atención ambulatoria de casos enviados de los centros y de la demanda espontánea, y tiene turnos médicos de veinticuatro horas al día e internado en las cuatro clínicas básicas, inclusive cirugía general y realización

Los programas se establecen en los tres niveles citados y los visitantes sanitarios, que venían manteniéndose con una redistribución interna de recursos, son remunerados, hoy en día, por medio de becas financiadas en virtud de las disposiciones de un *addendum* al convenio SUDS. Su incorporación definitiva todavía constituye un problema. En general, la planificación y organización de los servicios del municipio se realizan de acuerdo con el siguiente proceso:

- Discusión con la comunidad por medio de reuniones, utilización de los datos provenientes de censos de salud oficiales, así como de los realizados por los agentes populares de salud.
- Definición de prioridades en la CIMS, partiendo de la base de las definiciones establecidas en la comunidad.
- Envío, por medio de la CIMS, a los órganos competentes con el fin de conseguir el financiamiento de los proyectos necesarios.
- Administración ejecutada por la CIMS y nueva planificación presupuestaria.
- Ejecución en los servicios de salud existentes vinculados a la CIMS, a cargo del equipo técnico de la ATRA y de la alcaldía (por medio de un *addendum*).
- Evaluación realizada por la CIMS, principalmente por medio de evaluación de los usuarios.

En cada una de las seis divisiones regionales se define y moldea la planificación a partir de las características propias de cada comunidad intercada y se ajusta siempre al análisis de la realidad.

Conclusión

A pesar del enorme avance logrado en tan poco tiempo en Ronda Alta (prácticamente apenas tres años), los problemas son todavía muchos y están lejos de resolverse.

Los atrasos y obstáculos burocráticos, tanto en el plano central, como en la alcaldía municipal, que nada hizo fuera de transferir recursos a la ATRA; la necesidad de asistencia técnica cuyas consecuencias sufren el joven equipo de profesionales; y, la proximidad de las elecciones municipales, forman un cuadro sombrío y agrestan elementos que a veces son desalentadores. Para los dirigentes locales es totalmente claro

que el funcionamiento del sistema de salud, a que aspiran en el municipio y la región, solo será posible por medio del financiamiento público en masa. Por otro lado, temen las consecuencias que puede acarrear la presencia de las instituciones del Estado para un proyecto iniciado con la movilización y organización de los trabajadores, en grupos de afiliación religiosa y otros propios de su clase, y como reacción a la ausencia casi total del Estado en la prestación de servicios de salud a la población rural.

Sin embargo, los dirigentes del movimiento de salud de Ronda Alta tienen mucha desconfianza en las instituciones públicas y se resisten profundamente a participar en la estructura oficial de poder, en la que intervienen las fuerzas políticas que la controlan localmente.

Por estas razones y por la importancia que tiene el órgano de poder local con la norma política de municipalización de los servicios de salud del país, los dirigentes están decididos a participar en las elecciones para Alcalde Municipal. En ese caso, la leyenda escogida es el Partido de los Trabajadores (PT) que está muy arraigado en la región, por medio del Movimiento de los Trabajadores sin Tierra, al cual están vinculados, el párroco local, los afiliados a los sindicatos rurales y algunos de los profesionales que trabajan en el sistema de salud en vía de implantación en el municipio.¹³

Sin embargo, el resultado de la transformación sectorial, en curso, en Ronda Alta. El mantenimiento de un sistema de salud que toma el lugar del servicio público, asumiendo las atribuciones de este, como resultado de la movilización popular y sustentado por una institución filantrópica es, de hecho, el mérito de esa experiencia y lo que le confiere respeto y belleza en grado poco común. Esto nos llevaría, por un lado, a comprobar la imposibilidad de mantener una situación donde el sector público local hace poco—porque su presencia es limitada o nula—y por otro, a demostrar que transformar y cambiar es para mejorar, pese a los obstáculos y dificultades inherentes.

¹³ Somarriva, M. das M.G., *Participación popular y distritos sanitarios*. op. cit., págs. 44 y 45.

BIBLIOGRAFIA

- Brasil. Asociación de Trabajadores Rurales de Ronda Alta, Hospital de Trabajadores y Sindicato de Trabajadores Rurales, *Proyecto de Asistencia a la Salud*, Municipio de Ronda Alta, RS, julio, 1985.
- Portinho J.C., *Democratização da Saúde: o esforço dos Trabalhadores de Ronda Alta*. Revista de Humanidades, No. 15, Ed. Universidad de Brasilia, año IV/1987-88.
- Brasil. Programa de Atención Primaria de Salud, *Cobertura Ambulatoria*, Ronda Alta, octubre, 1987.
- Brasil. Comisión Interinstitucional de Salud de Ronda Alta, *Plan Municipal de Asistencia y Promoción de la Salud de Ronda Alta*, s/f (documento mimeografiado).
- Brasil. Programa de Atención Primaria de Salud, *Cobertura Ambulatoria*, Ronda Alta, octubre, 1987.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD DE LA PROVINCIA DE QUEBEC, CANADA*

SITUACION SOCIO-SANTARIA

El panorama socio cultural de Quebec ha sufrido una profunda transformación durante los últimos veinte años. El aumento de la esperanza de vida, sumado a la disminución de la tasa de natalidad y a un saldo migratorio que desde hace tiempo es negativo, esta produciendo importantes cambios demográficos: los jóvenes son cada vez menos, en tanto que la proporción de habitantes de edad avanzada, en especial mujeres, aumenta continuamente. La población de Quebec está envejeciendo tan rápidamente, que el número de habitantes mayores de 65 años aumentará en un 40% durante los próximos veinte años y se duplicará de aquí al año 2021.

La tasa actual de fecundidad de Quebec es una de las más bajas del mundo. El porcentaje de habitantes que contraen matrimonio, también, es uno de los más bajos del mundo, en tanto que las tasas de divorcio y de concubinato son superiores al promedio de los países industrializados. Además de las secuencias demográficas de esta transformación radical de la familia, se están produciendo cambios de actitud y de valores que se reflejan en la diversidad de modelos familiares, así como en su gran inestabilidad. Al mismo tiempo, la soledad acecha a un número creciente de personas.

En este contexto resulta fácil comprender la importancia de la labor de solidaridad de los voluntarios. El dinamismo de las organizaciones comunitarias de Quebec se perfila como una de las tendencias que más influirán en la evolución futura de nuestro sistema de salud y bienestar social. Además, de que el 80% de la población de Quebec es urbana, se observa una diversificación importante en el plano étnico, especialmente en las grandes ciudades, donde se concentran distintas colectividades, así como la población de habla inglesa. Quebec debe tener en cuenta, también, la afirmación cada vez más pronunciada de la identidad de las distintas regiones, que ha sido visible durante los últimos veinte años. Ya sea en materia de cultura, recreación o desarrollo económico y social, las regiones se han impuesto

*Canadá. Ministerio de Salud de Quebec. Reunión sobre SÍLOS en Quebec, Canadá, mayo de 1989.

En cuanto a la morbilidad, la población de Quebec sufre enfermedades e impedimentos tales como artritis, reumatismo, dolores de espalda, cardiopatías, hipertensión y trastornos pulmonares. La esperanza de vida con buena salud a menudo se reduce debido a las secuelas de accidentes y de problemas de salud que se prolongan durante períodos de hasta cinco años. Ciertas enfermedades de transmisión sexual, específicamente el SIDA, son motivo de preocupación.

Sin embargo, la población de Quebec sigue teniendo varios problemas sociales y de salud. A pesar de la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, estas continúan siendo la principal causa de defunción. El número de casos de cáncer, que ocupa el segundo lugar entre las causas de defunción, aumenta incesantemente, acompañado de las enfermedades del aparato circulatorio. En la lista de problemas que más influyen en la mortalidad cabe agregar los accidentes y traumatismos, incluso el suicidio, así como las anomalías congénitas.

La situación social y sanitaria, también ha evolucionado. Durante los últimos veinte años, Quebec ha alcanzado varios triunfos sobre la enfermedad y el sufrimiento. La esperanza de vida ha aumentado, gracias a la disminución de la mortalidad perinatal, de los accidentes automovilísticos y de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y por ciertos tipos de cáncer. En general, los habitantes de Quebec se alimentan mejor, practican más deportes, fuman menos y están más conscientes sobre los peligros del alcohol.

Se han producido, también, otras transformaciones importantes relacionadas con la evolución del mercado laboral. Por una parte, la proporción de mujeres trabajadoras aumentó de 34%, en 1970, a 55%, en 1988, y este proceso de incorporación de la mujer en la fuerza de trabajo continúa. Por otra parte, se observa el nuevo fenómeno de la especialización, que favorece mayormente los adelantos tecnológicos. Algunos grupos, como los jóvenes, tienen ciertas dificultades para ingresar en el mercado laboral y permanecer en el mismo.

Québec se ha convertido en una sociedad pluralista y polivalente; pero al mismo tiempo inestable, en la cual son evidentes ciertos problemas sociales muy agudos. Los niños, las mujeres, los ancianos y los impedidos, en particular, son víctimas de actos de violencia y abusos. Los problemas relacionados con la inadaptación y las devianciones sociales se reflejan en la proliferación de la delincuencia juvenil y los problemas del comportamiento de los jóvenes, el aumento de las tendencias suicidas entre los adolescentes y el incremento de la población itinerante. Por último, ciertos grupos se enfrentan con importantes problemas de integración social, especialmente en el caso de las familias donde falta el padre o la madre; las personas con limitaciones de la autonomía funcional y los inmigrantes.

Estos problemas tienen varias causas y guardan relación con fenómenos a menudo complejos. Sin embargo—y este es uno de los resultados más elocuentes de la encuesta sobre salud realzada en Québec en 1988—la salud y el bienestar de la población varían considerablemente según la categoría socioeconómica de cada persona, el sexo y el territorio donde vive. Hoy en día, estas diferencias persistentes son difícilmente aceptables. Por consiguiente, la consecución de una mayor equidad en materia de salud y bienestar seguirá constituyendo un desafío esencial para el sistema de Québec durante los años venideros.

Esta preocupación también ha fomentado la reflexión sobre la concepción de los servicios, la organización del sistema y la asignación de los recursos. Se han anunciado cambios importantes que modificarán progresivamente las reglas del juego y el funcionamiento del sistema de salud y bienestar social de Québec. Recientemente se propusieron veinte objetivos específicos orientados hacia la reducción de problemas sociales y de salud, que deseamos alcanzar en un plazo de diez años. Esos objetivos consisten en aumentar el número de años de vida con salud y bienestar. Se considerará que estos objetivos se han alcanzado solo si se traducen en una disminución de las disparidades actuales entre los diversos sectores de la población en lo que concierne a la salud y el bienestar.

Estos objetivos son ciertamente ambiciosos, y conducirán a la adopción de una verdadera política de salud y bienestar social para Québec, que no se limitará a los servicios sociales y de salud, sino que movilizará a las autoridades de los distintos poderes y jurisdicciones capaces de ejercer una influencia positiva en la salud y el bienestar de la población a nivel local, regional y nacional. A partir de allí, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales proseguirá, en coordinación con el conjunto de sus colaboradores, las actividades iniciadas en seis campos prioritarios: las deficiencias intelectuales, la salud mental, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, el uso y abuso de psicotrópicos, la violencia y la vida familiar.

Huelga decir que el sistema de servicios continuará desempeñando una función esencial, aun que sea solo uno de los factores determinantes de la salud y el bienestar de la población. Algunas características actuales del sistema constituyen conquistas importantes y encierran promesas para el futuro. La accesibilidad universal y gratuita a una diversa gama de servicios constituye la base de la intervención pública en materia de salud y adaptación social. La diversidad de servicios disponibles es el producto de una elección social. Financiado con los ingresos del Estado, el régimen público de Québec ha permitido superar las barreras financieras que podían impedir el acceso de una gran parte de la población a los servicios.

Asimismo, es necesario preservar la combinación de una red única de establecimientos. Esta integración ha favorecido la apertura de las prácticas sanitarias a la dimensión social de ciertos problemas, y es tanto más justificada en vista de que son cada vez más los problemas que se sitúan en la confluencia de la salud y el ámbito social. Esta preocupación ya se revela en todos los niveles de la estructura institucional. El Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec ha asignado a una jurisdicción única la administración de una vasta red de establecimientos públicos cuya finalidad es mantener la salud y el bienestar de la población. El Ministerio es el principal administrador y responsable en última instancia de los objetivos establecidos por la legislación. Se encarga de reglamentar el régimen en general y de formular y controlar las normas de funcionamiento, y su responsabilidad se va concentrando progresivamente en las tareas de gestión del sistema en conjunto y la coordinación entre las distintas regiones. Su titular da cuenta en nombre del Gobierno, a la Asamblea Nacional y a la población, del cumplimiento de tres grandes responsabilidades: las directrices y políticas relativas a la salud y el bienestar social, la distribución

la población de Quebec. Dichos establecimientos son autónomos; pero están vinculados entre sí de distintas formas: por medio de contratos de servicios, representación en el consejo de admistración de otras categorías de establecimientos e instancias regionales, participación en las reuniones de concertación regional e intrarregional, etc.

Entre estos establecimientos se encuentran algunos cuya misión está más estrechamente vinculada a uno u otro campo. Los hospitales generales y especializados, los hospitales e institutos universitarios, y los hospitales psiquiátricos (docientos veintinueve establecimientos públicos y privados), proporcionan servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación física o mental, y alojamiento. Los centros de servicios sociales ofrecen servicios especializados a las personas que experimentan dificultades de orden social, así como la ayuda necesaria a la familia. En Quebec hay catorce centros de ese tipo (pron- to habrá quince), que comprenden ciento dieciséis puestos de salud dispersos en todas las regiones socio-sanitarias. Al reemplazar a los cuatrocientos veintidos centros de ayuda y hospedaje y a los cien hospitales para internaciones prolongadas; los centros de hospedaje e internación su transformación en administradores de los servicios sociales y de salud, con funciones en materia de gestión de recursos, organización de los servicios y asignación del presupuesto. Compartirán con el Ministerio, a título de organismos asociados, la gestión de la red pública, y gozarán de autonomía funcional efectiva que es necesaria para continuar el proceso de descentralización iniciado hace veinte años. Los consejos regionales tendrán las siguientes atribuciones específicas: promoción de la participación de la población y de la protección de los derechos de los usuarios; programación de los servicios sociales y de salud; asignación de presupuestos a los establecimientos y organismos comunitarios; coordinación y concertación de los establecimientos profesionales y organismos comunitarios; control presupuestario de los establecimientos y organismos comunitarios, y evaluación de pro-

gramas. Sin embargo, es en el nivel de la atención y la distribución de los servicios donde se traduce más concretamente y en forma original la unión de las dimensiones sociales y sanitarias. Más de noventa establecimientos públicos y privados ofrecen servicios sociales y de salud a la población de Quebec hay, también, alrededor de ciento cincuenta centros locales de servicios comunitarios (CLSC), con más de trescientos treinta instalaciones y departamentos de salud comunitaria (DSC), que pronto sumarán veintidos. En nuestra opinión, a ellos se debe en gran medida la originalidad, el carácter relativamente único en su género del sistema de servicios de Quebec. Un mismo establecimiento (el CLSC) ofrece a nivel local, servicios médicos, de enfermería y psicossociales corrientes, así como servicios domi- ciliarios y otros servicios para ciertos grupos expuestos a riesgos específicos. Su inserción en la comunidad y su función de proveedor de atención y servicios de primera línea se consolidarán

Además, en Quebec existe un mecanismo regional que pronto se convertirá en el verdadero artífice de los cambios en materia de salud y servicios sociales en cada una de las regiones: los trece Consejos Regionales de Salud y servicios sociales creados en virtud de la reforma de los años setenta. Su participación en la administración de los servicios de salud ha aumentado gradualmente. Al principio, los consejos regionales actuaban como consultores del Ministerio y promotores en los distintos establecimientos. Con el tiempo, su mandato se fue ampliando y en la actualidad pueden intervenir en la organización de los servicios, la distribución del personal médico, la implantación de las prioridades regionales y la implantación de numerosas políticas. Las directrices que se acaban de anunciar prevén su transformación en administradores de los servicios sociales y de salud, con funciones en materia de gestión de recursos, organización de los servicios y asignación del presupuesto. Compartirán con el Ministerio, a título de organismos asociados, la gestión de la red pública, y gozarán de autonomía funcional efectiva que es necesaria para continuar el proceso de descentralización iniciado hace veinte años. Los consejos regionales tendrán las siguientes atribuciones específicas: promoción de la participación de la población y de la protección de los derechos de los usuarios; programación de los servicios sociales y de salud; asignación de presupuestos a los establecimientos y organismos comunitarios; coordinación y concertación de los establecimientos profesionales y organismos comunitarios; control presupuestario de los establecimientos y organismos comunitarios, y evaluación de pro-

gramas. Sin embargo, es en el nivel de la atención y la distribución de los servicios donde se traduce más concretamente y en forma original la unión de las dimensiones sociales y sanitarias. Más de noventa establecimientos públicos y privados ofrecen servicios sociales y de salud a la población de Quebec hay, también, alrededor de ciento cincuenta centros locales de servicios comunitarios (CLSC), con más de trescientos treinta instalaciones y departamentos de salud comunitaria (DSC), que pronto sumarán veintidos. En nuestra opinión, a ellos se debe en gran medida la originalidad, el carácter relativamente único en su género del sistema de servicios de Quebec. Un mismo establecimiento (el CLSC) ofrece a nivel local, servicios médicos, de enfermería y psicossociales corrientes, así como servicios domi- ciliarios y otros servicios para ciertos grupos expuestos a riesgos específicos. Su inserción en la comunidad y su función de proveedor de aten-

durante los próximos años conforme a las directrices anunciadas recientemente.

En cuanto a los DSC, cada uno interviene directamente en las actividades de prevención de las enfermedades y promoción de la salud en las instancias sectoriales y multisectoriales de su territorio, así como en el campo de la salud ocupacional. Los DSC son, además, mandatarios del Ministerio de Salud y Servicios Sociales en lo que concierne a la protección de la salud pública. La vinculación a los hospitales coloca a los DSC en una posición estratégica, en el seno de los servicios en los cuales deben influir conforme a su mandato con un enfoque global y comunitario.

Fuera de la red pública de establecimientos hay consultorios privados de profesionales, tales como médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, etc., que ejercen su profesión en forma privada, individualmente o en grupo. Son remunerados por la Administración del Seguro Médico de Quebec, organismo por medio del cual el Gobierno reembolsa a los profesionales que prestan servicios comprendidos en el seguro médico, actúan o no en el seno de la red de establecimientos.

El sistema de Quebec cuenta con la contribución esencial de los organismos comunitarios, cuya labor facilita la diversificación de los servicios y establece los vínculos necesarios entre la sociedad y la red pública de servicios. En 1988 había más de mil trescientos organismos subvencionados por el Ministerio.

Para concluir este panorama de los recursos y de su organización, es necesario mencionar los recursos humanos que prestan servicios a la población de Quebec. En 1987, trabajaban unas doscientas cincuenta mil personas en el sistema socio-sanitario, excluidos los profesionales remunerados por la administración del Seguro Médico de Quebec, cuyo número asciende a 18 779, de los cuales 13 258 son médicos. Un poco menos de la mitad de estos médicos (6 346) son especialistas. Con el correr de los años se han realizado esfuerzos para garantizar una mejor planificación del personal y su distribución equitativa entre las regiones. En general, Quebec es una de las sociedades con el mayor número de médicos en relación con la población (véase el Cuadro 1).

En torno a esta vasta red de servicios se articulan los grandes principios en que se basa el sistema de salud y bienestar social de Quebec, es decir, la accesibilidad universal y gratuita a una diversa gama de recursos en todo el territorio. Los cuadros y figuras siguientes muestran el alto grado de utilización de los servicios por población de Quebec.

Cuadro 1. Profesionales remunerados por la Administración del Seguro Médico de Quebec (ASMQ) según la categoría de proveedores de servicios en 1987.

CATEGORIA	NUMERO	NUMERO DE HABITANTES ³ ATENDIDOS POR CADA PROVEEDOR
Médicos generales y residentes ¹	6 912	947,8
Especialistas	6 346	1 032,3
Total de médicos	13 258	494,1
Dentistas	2 556	2 563,1
Especialistas en cirugía bucodental	49	133 699,2
Estomatólogos	796	8 230,2
Total de dentistas y estomatólogos	3 401	1 926,3
Optométristas	899	7 287,3
Farmacéuticos propietarios de farmacias ²	1 221	5 365,5
Farmacias	1 399	4 682,8

*DGPE, SEO, Ago. 1988.

NOTAS:

¹ Comprende los residentes con menos de un año de práctica y los que han cumplido un año de residencia.

² Algunos farmacéuticos son propietarios de más de una farmacia.

³ Población de Quebec al 1 de julio de 1987 según el modelo SUPERPOP: 6 551 252.

FUENTE: Estadísticas anuales de la ASMQ, 1987.

*Dirección General de Planificación y Evaluación/Servicio de Estudios Operacionales, agosto 1988.

Cuadro 2. 'Camas y plazas autorizadas' en Quebec según el tipo al 1 de enero de 1988.

TIPO	NUMERO	NUMERO POR 1 000 HAB. ⁶
Camas para internaciones breves en establecimientos	28 439	4.33
Públicos	489	0.07
Privados	28 928	4.40
Total		
Camas para internaciones prolongadas en establecimientos	16 663	2.54
Públicos ²	2 383	0.36
Privados	19 046	2.90
Total		
Plazas de hospedaje en establecimientos	31 812	4.84
Públicos ³	8 610	1.31
Privados	40 422	6.15
Total		
Plazas en pabellones de hospedaje	4 420	0.67
Plazas en establecimientos de readaptación para	9 133	1.39
Pacientes internos ⁴	4 283	0.65
Hogares colectivos ⁵	1 598	0.24
*DGPE, SEO agosto, 1988		

NOTAS:

- ¹ Según la habilitación otorgada por el Ministerio de Salud y Servicios Sociales (MSS)
- ² Incluye las 910 camas de un centro federal de hospedaje y tratamientos de larga duración (Hospital Sainte-Anne-de-Belleue).
- ³ Incluye las 4 420 plazas en pabellones de hospedaje.
- ⁴ Incluye 668 plazas privadas.
- ⁵ Incluye 10 plazas en apartamentos subvencionados.
- ⁶ Población de Quebec al 1 de julio de 1988 según el modelo SUPERPOP: 6 570 115.
- FUENTE: Fichero de establecimientos de servicios sociales y de salud al 1 de enero de 1988.
- *Dirección General de Planificación y Evaluación/Servicio de Estudios Operacionales, agosto 1988.

Cuadro 3. Utilización de la red de hospitales de Quebec según la clase de establecimientos¹ y el tipo de atención en 1986-1987.

	HTCD ²	HTLD ³	HP	CS ⁴	TOTAL
Número de beneficiarios atendidos.	850 517	17 310	27 369	6 744	901 940
Nº de días de internación para tratamientos de corta duración.	7 904 386	57 013	642 653	43 540	8 647 592
Nº de días de internación para tratamientos de larga duración.	1 657 168	3 292 071	2 066 306	55 757	7 071 302
Estada en hospedajes.	849 399	700 866	1 194 523	107 609	2 852 397
Estada en guarderías infantiles.	437 468		356	1 358	439 182
Número total de días de internación y estada.	10 848 421	4 049 950	3 903 838	208 264	19 010 473

1988. Dirección General de Planificación y Evaluación/Servicios de Estudios Operacionales, agosto, 1988.

NOTAS:

¹ Públicos y privados.

² Incluye un HTCD privado autofinanciado.

³ Incluye un HTLD federal (Hospital Sante-Anne-de-Belleve)

⁴ Centros de salud, o sea CLSC que desempeñan también funciones propias de un hospital.

FUENTE: Informe estadístico anual preparado por los establecimientos hospitalarios de la red (Formulario AS-477), 1986-1987.

HTCD = hospitales para tratamientos de corta duración.
 HTLD = hospitales para tratamientos de larga duración.
 HP = hospitales psiquiátricos.

Cuadro 4. Utilización de la red de centros de readaptación de Quebec según el grupo de establecimientos ¹ en 1986-1987.

	Grupo 60 CAR en CH y en CAH	Grupo 61 CAR Alcohólicos y Toxicómanos	Grupo 62 CAR Inadaptados Socio- aéctivos	Grupo 63 CAR Públicos para perso- nas con impe- dimentos mentales	Grupo 64 CAR Personas con impe- dimentos auditivos	Grupo 65 CAR Madres con difi- cultades	Grupo 66 CAR Privados para perso- nas con impe- dimentos mentales	Grupo 67 CAR Aprendizaje de hábitos de trabajo	Grupo 68 CAR Personas con impedi- mentos moto- res	Grupo 69 CAR Personas con impedi- mentos visua- les	Grupo 60 a 69 CAR Todos los CAR
BENEFICIARIOS INTERNOS											
Número de beneficiarios presentes al comienzo del año ¹	322	230	3 982	3 308	51	125	437		171	32	8 658
Número de beneficiarios admitidos durante el año ²	65	4 074	12 720	562	28	714	17		446	42	18 668
Número de beneficiarios que se fueron de la institución durante el año ²	66	4 078	12 831	668	35	711	16		448	42	18 895
Número de beneficiarios fallecidos durante el año ²	7		5	33	1		12		5		63
Número de beneficiarios presentes a fin de año ³	314	226	3 866	3 169	43	128	426		164	32	8 368
PACIENTES EXTERNOS INSCRITOS											
Número de beneficiarios presentes al comienzo del año ¹	385	3 764	2 584	5 053	2 616	649		3 221	2 927	5 751	26 950

Continuación Cuadro 4.

Número de beneficiarios inscritos durante el año ²	Grupo 60 CAR en CH y en CAH	Grupo 61 CAR Alcohólicos y Toxicómanos	Grupo 62 CAR Inadaptados Socio-afectivos	Grupo 63 CAR Públicos para personas con impedimentos mentales	Grupo 64 CAR Personas con impedimentos auditivos	Grupo 65 CAR Madres con dificultades	Grupo 66 CAR Privados para personas con impedimentos mentales	Grupo 67 CAR Aprendizaje de hábitos de trabajo	Grupo 68 CAR Personas con impedimentos motores	Grupo 69 CAR Personas con impedimentos visuales	Grupo 60 a 69 Todos los CAR
106	5 580	14 059	1 789	799	1 065	2	1 139	2 506	1 247	28 292	
Número de beneficiarios que dejaron de acudir a la institución durante el año ³	67	4 154	13 311	1 323	1 184	1 045	764	2 150	672	24 670	
Número de beneficiarios presentes a fin de año ³	424	5 190	3 332	5 519	2 231	669	2	3 596	3 283	6 326	30 572
Número total de días de internación o estadía ⁴	116 672	89 199	1 432 991	1 173 734	15 402	43 866	1 58 398	474 039	64 724	7 423	3 576 448

DGPE, SEO, Agosto 1988

NOTAS:

- ¹ Situación al 1 de abril de 1986.
 - ² Del 1 de abril de 1986 al 31 de marzo de 1987.
 - ³ Situación al 31 de marzo de 1987.
 - ⁴ Comprende únicamente los beneficiarios internados, salvo en el caso de los CAR para aprendizaje de hábitos de trabajo (Grupo 67).
- FUENTE: Informe estadístico anual preparado por los CAR (Formulario AS-479R), 1986-1987.

Figura 1. Personas hospedadas según el sexo y la edad - Quebec, 1987.

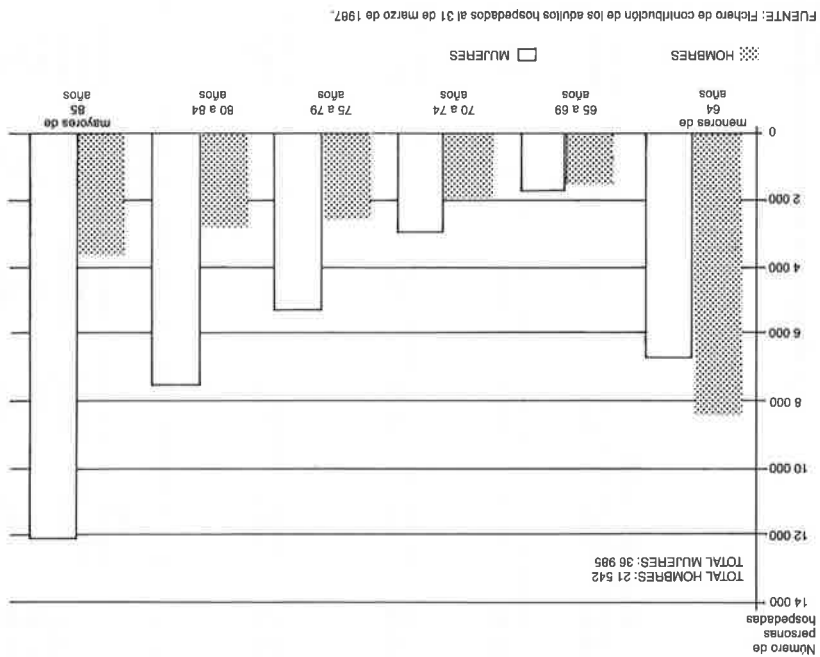
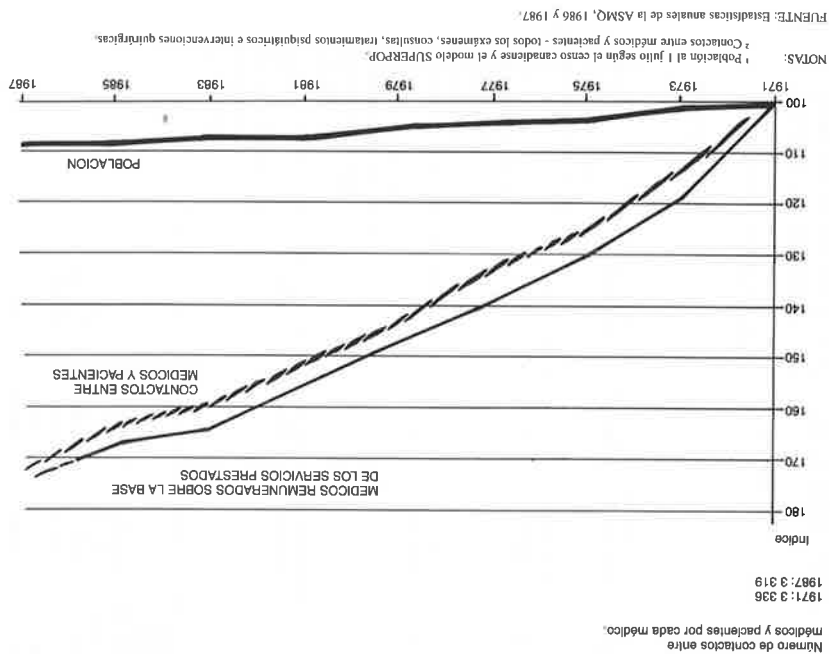


Figura 2. Evolución comparada de la población, los médicos remunerados sobre la base de los servicios prestados y el número de contactos entre médicos y pacientes en Quebec de 1971 a 1987.



No obstante, durante los próximos años será necesario garantizar que, a la par del éxito notable del sistema de Québec en lo que a accesibilidad se refiere, se preste atención a la calidad y la eficiencia de los servicios. En ese contexto, las medidas que el Ministerio autorizará en relación con los sistemas de información y evaluación, existen especial importancia.

Además, el proceso de descentralización y participación de la población iniciado hace veinte años continuará afianzándose. En este marco se inscribe la creación de administraciones regionales, que fueron señaladas anteriormente. Sin embargo, esas medidas no bastarán si al mismo tiempo no se refuerza el nivel local. ¿Qué mejor que las comunidades mismas se pronuncien sobre la gestión de los servicios y recursos en su territorio?

Para promover la democratización del sistema hay que cerciorarse al mismo tiempo de que evolucione en una forma más flexible, teniendo en cuenta las necesidades del medio. Basado en esta convicción, el Ministerio anunció recientemente una modificación importante de diversos mecanismos de participación en la red pública. Por una parte, los consejos de administración de los establecimientos y administraciones estarán formados, exclusivamente, por miembros de la comunidad. Cada consejo de administración, que hasta ahora estaba vinculado a un solo establecimiento, se encargará, de aquí en adelante, de la gestión de varios establecimientos en un territorio determinado. En consecuencia, el número de consejos de administración disminuirá considerablemente. El objetivo de esta unificación de los consejos es, además, poner fin a la compartimentación todavía visible de los distintos establecimientos, la superposición de actividades y las rivalidades, a fin de coordinar mejor los servicios.

Por otra parte, se prevé establecer mecanismos para que los distintos niveles de intervención se complementen entre sí. Prueba de ello es la importancia que se atribuye a la concertación y la consulta entre los distintos recursos sanitarios y otros campos de actividad. Asimismo, una definición más exacta de las funciones de cada establecimiento, de las instancias regionales y del Ministerio favorecerá el desarrollo de vínculos basados en la complementariedad y el respeto de todos los participantes.

CAPACITACION E INVESTIGACIONES

En la formación práctica de los futuros profesionales de salud y servicios sociales intervienen

varias instituciones: universidades, escuelas de enseñanza general y profesional, establecimientos de salud y servicios sociales, asociaciones profesionales, el Ministerio de Enseñanza Superior y Ciencias, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales, cuyas funciones han experimentado cambios con el correr de los años.

Actualmente, las universidades se encargan de la concepción, formulación y evaluación de cursos de formación práctica, en tanto que los establecimientos garantizan su puesta en marcha y el seguimiento de los alumnos. Las asociaciones profesionales proporcionan asesoramiento durante la formulación de programas de formación y pueden imponer condiciones adicionales, exámenes o períodos de práctica a los aspirantes. Los numerosos cambios que han marcado la evolución de la formación práctica han conducido a un cierto alejamiento del Ministerio y de los establecimientos, que ha dado lugar a ciertos problemas.

En el sector médico, los establecimientos se muestran menos interesados en la formación práctica predocctoral. Asimismo, se observa una dispersión excesiva de las instituciones donde se realizan prácticas especializadas, así como la falta de diversificación de la práctica general.

En las otras disciplinas, los establecimientos a menudo no atribuyen importancia a la formación práctica. Los profesionales no se sienten inclinados a asumir funciones de supervisión debido a que no se les brinda suficiente apoyo y a que esa función no es valorada debidamente. En el sector de la readaptación, la falta de instituciones abiertas a la formación práctica es deplorable.

En el futuro, el Ministerio concentrará los programas de formación médica especializada en un número más pequeño de hospitales universitarios. En el campo de la medicina familiar y las especializaciones básicas, es necesario ofrecer más cursos de formación práctica en las regiones alejadas.

Además, el Ministerio impulsará a las universidades, los hospitales y los médicos que se dediquen a la enseñanza, a que adopten un sistema de remuneración fijo, basado en el acopio de los ingresos provenientes de las remuneraciones por servicios prestados y su posterior redistribución. El Ministerio fomentará, igualmente, la adaptación del contenido de los cursos para personal de servicios sociales teniendo en cuenta las exigencias de la práctica actual.

Por último, propondrá la creación de un programa de becas dirigido a los profesionales de estos sectores, a fin de que se puedan ofrecer más cursos en las distintas regiones, y promoverá la revisión de las normas de financiamiento de los cursos de formación práctica aumentando su presupuesto.

En materia de investigaciones, el Ministerio respalda los estudios en el campo de la salud y las ciencias sociales por medio del Fondo para Investigaciones en Salud de Quebec y el Consejo de Investigaciones Sociales de Quebec. El fondo invierte en la formación y el perfeccionamiento de investigadores y subvenciona equipos de investigadores. Asimismo, garantiza la remuneración de los investigadores becados, gracias a la contribución de la Administración del Seguro Médico de Quebec.

El Fondo para Investigaciones en Salud de Quebec mantiene, también, la infraestructura de veintitres centros o institutos de investigaciones clínicas y biomédicas. La integración de estos centros e institutos en el medio clínico constituye una conquista original y exclusiva de Quebec. Este acercamiento entre la investigación y la práctica favorece la formación de jóvenes investigadores y la aplicación de los conocimientos adquiridos.

El apoyo brindado a los centros e institutos ha permitido la creación o el mantenimiento de dos mil puestos de trabajo en el campo de las investigaciones y ha atraído a otros organismos donantes (Consejo de Investigaciones Médicas de Canadá; Salud y Bienestar Social Canadá y grandes fundaciones privadas canadienses, etc.) que financian casi el 85% de las investigaciones sobre salud en Quebec. Por cada dólar invertido se obtiene casi seis de otras fuentes.

El efecto multiplicador de las inversiones realizadas en el Fondo para Investigaciones en Salud en el sentido de concebir programas que complementen los de los organismos donantes. Por esa razón, se impulsa a los investigadores de Quebec a que se esfuerzen para realizar un trabajo excelente. Cabe señalar que su rendimiento es bueno en comparación con el de los profesionales de otras provincias de Canadá. Actualmente, las investigaciones biomédicas constituyen el sector más desarrollado de las investigaciones en salud en Quebec y reciben el 80% de los recursos disponibles. A las investigaciones clínicas y epidemiológicas, en cambio, se les asigna el 20% del presupuesto total.

Una de las causas del retraso del desarrollo de esos campos de investigación es la falta de fondos. El presupuesto para investigadores becados es insuficiente, y ello tiene consecuencias nefastas. El número total de becarios, prácticamente, no ha aumentado durante los últimos cinco años y varios candidatos idóneos no han podido obtener puestos de investigador.

En cuanto a las investigaciones en salud, el Ministerio ya ha iniciado la implantación de la política de contribución gubernamental a los proyectos de construcción de instalaciones en el sector de las investigaciones en salud de Quebec, a fin de ayudar a los centros e institutos interesados a mantener la competitividad a escala internacional. Próximamente, se hará hincapié en este esfuerzo de consolidación, favoreciendo los proyectos capaces de autofinanciar por lo menos el 80% de los costos de construcción de instalaciones y de funcionamiento. El Ministerio persigue igualmente los siguientes objetivos:

- Promoción, por el Fondo para Investigaciones en Salud de Quebec, del desarrollo multidisciplinario y multidisciplinario en los distintos campos de investigación;
- Mantenimiento del nivel de desarrollo de las investigaciones biomédicas.
- Adopción de medidas para que las investigaciones clínicas y epidemiológicas se pongan a la par de las investigaciones en otros campos.
- Asignación de prioridad al programa de investigadores becados.

En Quebec las investigaciones sociales no tienen una tradición tan larga como las investigaciones en salud. El presupuesto del Consejo de Investigaciones Sociales de Quebec, que financia las actividades en este campo, representa alrededor del 6,5% del presupuesto asignado al Fondo para Investigaciones en Salud de Quebec. Otros factores que han contribuido al retraso del desarrollo de las investigaciones sociales son la falta de centros de investigación especializados, la escasez de vínculos entre las universidades y las instituciones donde se realizan cursos prácticos, y las carencias de la formación de investigadores especializados en este campo. En consecuencia, el Ministerio promoverá la ejecución de un programa de becas a cargo del Consejo de Investigaciones Sociales de Quebec, a fin de que se puedan organizar cursos en instituciones apropiadas para la formación práctica. Además, fomentará la creación de puestos de trabajo para

investigadores a tiempo completo, así como el desarrollo de centros de investigaciones vinculadas a los centros de formación y de prácticas, y aumentará el presupuesto para investigaciones sociales.

En general, el Ministerio proseguirá durante los próximos años su labor en dos campos de investigación prioritarios: la evaluación de programas de salud y de servicios sociales, y las investigaciones institucionales; así como, en tres campos de estudio importantes: la salud mental, la adaptación/readaptación y el SIDA; además, de hacer hincapié en la formación de investigadores.

El Ministerio se propone, también, destinar a las investigaciones sociales y en salud el 1% del presupuesto de la red de servicios sociales y de salud, a diferencia del 0,4% que se destina actualmente. Específicamente, aumentará el presupuesto para el programa de investigadores becados, reservándole, de conformidad con las disposiciones de la Ley de Seguro Médico de Québec, el 0,4% de las remuneraciones totales abonadas por la Administración del Seguro Médico de Québec, a los profesionales de la salud.

FINANCIAMIENTO

En Québec, el gasto público en salud asciende al 80% del total de gastos en el sector, y representa el 7% del PIB.

El método de financiamiento del sistema de servicios de Québec es el resultado de una decisión social. El Estado determina la gama de servicios comprendidos en el régimen público y del sector de servicios sociales y de salud, y su intervención se basa en el principio de accesibilidad universal a los servicios amparados por el seguro. Los servicios comprendidos en el régimen público se financian con recursos fiscales, es decir, con los ingresos generales del Gobierno. En ese contexto, la determinación del nivel de financiamiento público del sistema de servicios sociales y de salud se apoya en una decisión más bien política que técnica. En esa decisión se tienen en cuenta los siguientes elementos: los objetivos del sistema de servicios sociales y de salud, la gama de servicios comprendidos en el seguro, las prioridades de los demás sectores gubernamentales y los objetivos de la regulación de las finanzas públicas.

A pesar de la magnitud de los recursos públicos que se destinan al sector (el 30% del presupuesto de Québec), los costos están sujetos a un control estricto.

Se estima que, en 1987, el Estado gastaba en promedio \$ 1 472 (dólares canadienses) per cápita en Québec, en comparación con \$ 1 556 en Ontario y \$ 1 534 en el país en conjunto. Desde 1980 hasta la fecha, el aumento del gasto público en salud ha sido inferior al registrado en otras provincias canadienses. Durante los últimos cuatro años, los gastos han aumentado en solo un 6,8% en Québec, mientras que se ha producido un aumento del 10,9% en Ontario y del 8,3% en el país en conjunto. De hecho durante los últimos cinco años el gasto público en salud ha disminuido en Québec del 7,3% al 7% del PIB. A pesar de esta disminución, que es el resultado directo de un control más estricto de los gastos, Québec consagra al sector salud un porcentaje elevado de su riqueza colectiva (o sea del PIB): el 7% en comparación con el 6,7% en el país en conjunto y el 6% en Ontario.

A fin de hacer frente al aumento virtual de la demanda, el Ministerio prevé mantener el nivel actual de incremento del presupuesto y recurrir a otras fuentes de financiamiento, como aumento de los impuestos sobre los productos perjudiciales para la salud, en el marco de la política de salud y bienestar social en preparación.

Además, el Ministerio tomará diversas medidas para aumentar la eficiencia del sistema de servicios y promover la innovación y el rendimiento. Por medio del financiamiento por programas, fomentará la colaboración entre los establecimientos y entre la red pública y los organismos comunitarios. Se pondrá de relieve la noción del programa como instrumento flexible de asignación presupuestaria para las regiones, susceptible de modificaciones según el contexto y los recursos disponibles.

Un programa es esencialmente un conjunto de servicios destinados a una clientela determinada. Se basa en los elementos siguientes:

- El problema o los problemas existentes y los grupos a los cuales esté dirigido.
- Los resultados que se espera obtener en un plazo determinado a fin de disminuir la intensidad o la frecuencia de los problemas.
- Las medidas y los servicios necesarios.
- Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.
- Los vínculos que se establezcan, según el caso, con otros programas.

● El apoyo que se brinde a la ejecución del programa.

● Los indicadores del rendimiento basados en la utilización de los servicios y la consecución de los objetivos.

Actualmente, los recursos se distribuyen en la red pública en función de una estructura presupuestaria por programas. Sin embargo, este método de distribución no hace justicia a la noción de programa, ya que no se tienen en cuenta, ni los problemas que se desea abordar, ni los objetivos establecidos. Con frecuencia, los programas se formulan en función de los distintos tipos de establecimientos. Por lo tanto, era imprescindible realizar una revisión completa que posibilitara la consecución de los objetivos propuestos en el documento de orientación.

Con el nuevo sistema de asignación presupuestaria, el Ministerio transferirá a las administraciones la gestión de los programas y los presupuestos correspondientes. Esta transferencia se hará por etapas.

Los primeros programas que serán descentralizados son los de salud mental y salud comunitaria, así como el programa para ancianos los cuales han perdido autonomía.

El nuevo proceso de asignación presupuestaria comprenderá las siguientes etapas:

- Etapa inicial, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales asignarán a las regiones los recursos autorizados por la Asamblea Nacional, respetando las exigencias de la equidad entre las regiones.
- Segunda etapa, la administración elaborará una propuesta de distribución de los recursos presupuestarios entre los establecimientos y los organismos comunitarios, en función de las necesidades regionales y de los criterios de equidad interregional y en conformidad con los principios y el marco presupuestario establecidos por el Gobierno.
- Tercera etapa, el Ministerio aprobará (modificará o sancionará, según el caso) la propuesta de distribución del presupuesto regional presentada por la administración e informará al respecto a la Asamblea Nacional.
- Cuarta etapa, por último, un Colegio Electoral Regional, integrado por representantes de los sectores participantes que se encuentran, tanto dentro, como fuera de la red de servicios, habrá examinado y aprobado con anticipación las prioridades regionales.

CONCLUSIONES

El sistema público de Quebec, que tiene casi veinte años de existencia, ha introducido algunos ajustes para responder mejor a las necesidades de una sociedad cambiante. El documento "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec" (Para mejorar la salud y el bienestar social en Quebec), que la Ministro de Salud y Servicios Sociales dio a conocer recientemente, se basa en tres convicciones:

- Los servicios sociales y de salud deben ser gratuitos y accesibles para toda la población;
- es necesario introducir mejoras inmediatas en ciertos sectores de la red pública de servicios;
- en general, es necesario reorientar progresivamente el sistema de servicios sociales y de salud, a fin de responder mejor y de la manera más eficaz posible a las necesidades de una sociedad cambiante.

La primera convicción refleja un principio que ha generado un consenso en Quebec. El Gobierno no ha tomado nota de ello y, en esencia, mantiene las bases actuales de financiamiento del régimen público.

Las otras dos convicciones requieren dos tipos de medidas. En primer lugar, se han anunciado medidas inmediatas para mejorar los servicios que se ofrecen a los ciudadanos. Dichas medidas se pueden aplicar en el marco actual de la red pública. Algunos consisten en una mejor coordinación, o en un aumento de las inversiones en ciertos sectores; otras están dirigidas a grupos específicos, como grupos étnicos y abortígenes. Todas las medidas anunciadas están encaminadas a una mejor planificación y una gestión más eficaz de los recursos, en particular de los recursos humanos.

En otro plano, las directrices gubernamentales anuncian un cambio de rumbo importante para el sistema de servicios sociales y de salud en conjunto. La configuración y sobre todo la manera de pensar y actuar en el seno de la red pública deberán sufrir gradualmente profundas transformaciones durante los próximos cinco o seis años.

En primer lugar, el sistema de servicios debe alejarse de la lógica de funcionamiento centrada en el desarrollo de los recursos. Al formular objetivos encaminados a la reducción de problemas sociales y de salud específicos, el Gobierno rea-

Firma la razón de ser del sistema de servicios. De hecho, ha anunciado la formulación de nuevos criterios para la distribución del presupuesto y la administración de los servicios. Conforme al método propuesto, los objetivos en materia de salud y bienestar social que se adopten deberán estar respaldados por un consenso social.

La política de salud y bienestar social de Québec pondrá de relieve cuatro estrategias fundamentales: la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud y bienestar; la acción multisectorial; el fortalecimiento de la autonomía de las personas, los grupos y las comunidades; y el mantenimiento de un sistema público sólido.

Las directrices gubernamentales se proponen igualmente modificar la organización del sistema de servicios, haciendo hincapié en la descentralización y democratización de la red pública. En un documento de orientación se indican los mecanismos que se emplearán para facilitar el acceso de los ciudadanos a los centros de decisión y fomentando la colaboración entre las partes interesadas en la salud y el bienestar social: los establecimientos públicos, los profesionales que se dedican a la práctica privada, los organismos comunitarios y los demás sectores que intervienen en la vida colectiva. El documento refleja una apertura hacia el sector privado y las disciplinas médicas no tradicionales, reconoce la contribución de los organismos comunitarios y prevé la adopción de nuevas normas de financiación y asignación de presupuestos que favorezcan la colaboración con dichos sectores.

El principio de la equidad domina el documento de orientación. Uno de los objetivos es alcanzar un mejor equilibrio entre las regiones y aun entre los territorios de cada región, garantizando asimismo, que todos los territorios estén representados en forma equitativa en el seno del consejo de administración de la instancia regional. Por último, el objetivo de equidad en materia de salud y bienestar social es una condición esencial para alcanzar los objetivos de la política que será elaborada dentro de poco. Se procurará también disminuir las disparidades existentes entre los distintos sectores de la población. Este principio deberá orientar en forma preponderante la acción de la red pública.

En conclusión, las directrices gubernamentales en materia de salud y servicios sociales se deben interpretar con una doble perspectiva: dar una respuesta inmediata a ciertos problemas actuales; pero también introducir cambios que permitan orientar todos los objetivos específicos en materia de salud y bienestar social, tras un impulso dinámico y nuevas funciones que facilitarán su consecución.

DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD MEDIANTE LOS PROCESOS DE PROGRAMACION LOCAL Y DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA*

INTRODUCCION

El sector salud, en Costa Rica, está constituido por los Ministerios de Salud; el de Planificación Nacional y Política Económica; y, el de la Presidencia; también por el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y por la Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica está atravesando por una de las crisis económicas más importantes, agravada por la desaceleración del crecimiento—que fue negativo en 1981 y 1982—y el recrudescimiento del problema fiscal —El Estado sobrepasó su capacidad de endeudamiento— el deterioro del sector externo con una pérdida sostenida de las reservas, la depreciación de los términos de intercambio y una inflación con desempleo; cabe agregar que el PIB en 1986 de US\$ 1 971 per cápita, disminuyó en un 8.3% en el período 1980-1986.

La inflación acelerada que experimentó el país en 1981 y 1982, acompañada de altas salariales, comparativamente moderadas, dio como resultado una fuerte pérdida del poder adquisitivo. En consecuencia, el porcentaje de familias pobres se incrementó en forma alarmante entre 1980-1982 (del 27 al 40%). En este último año, las familias cuyo ingreso per cápita las colocaba en la categoría de extrema pobreza sumaban casi 160 000, aproximadamente el 37% de las familias costarricenses.

En 1985, la población nacional se estimó en 2 599 000 habitantes. Algo más de la mitad de la población vive en zonas rurales, la gran mayoría de la población urbana se concentra en la capital y su zona de influencia. En 1985, la tasa de mortalidad general era de 3.9 por 1 000 habitantes, lo que se ha traducido en un aumento de la esperanza de vida, que en el período 1980-1985 se estimó en 73.7 años. Al mismo tiempo, se produjeron reducciones en la fecundidad en todo el país; la evolución de la mortalidad y la natalidad

Para la prestación de servicios a las personas, el Ministerio de Salud se responsabiliza en el nivel primario de atención, de las funciones de promoción y prevención de la salud, de la referencia de casos a otros niveles. En el aspecto de prestación de servicios a las personas por organismos locales de salud, la estructura del Ministerio y la de la Caja Costarricense del Seguro Social se han organizado para que funcionen conforme a los conceptos de regionalización, con el fin de concentrar los instrumentos de alta especialización y desconcentrar los servicios básicos en función de las necesidades, por medio de establecimientos de salud puestos a disposición de la totalidad de la población.

El gasto del sector público en salud, que en 1980 alcanzaba un 7.6% del PIB, se redujo al 6.6% en 1981 y al 4.2% en 1985. La participación del gasto en salud en relación al gasto público sigue bajando: en 1982 era de cerca del 13%, en 1983 era del 9.4% y en 1985 era del 8.2%. Las autoridades nacionales del sector salud han definido, entre otros, los siguientes principios de la política para la rectoría y dirección de

determinó el comportamiento del crecimiento demográfico que después de algunos altibajos durante el período de 1977-1980, se mantiene alrededor de 2.7%, en el período 1981-1984.

En 1980 la tasa de mortalidad infantil fue de 19.1 por 1 000 nacidos vivos, 18.9 en 1982 y 18.6 en 1985. A nivel regional, las tasas de mortalidad infantil presentan las siguientes características: la más alta se presenta en la región Chortega, 19.9 por 1 000 nacidos vivos, y la más baja, 16.5, en la región Huetar Norte.

Las principales causas de defunción fueron las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio y los accidentes, envenenamientos y violencias.

En 1985, el 92.8% de la población total (82% rural) gozaba de los beneficios de abastecimiento de agua, de los cuales el 64.6% tenía conexión domiciliaria y el 28.2% tenía fácil acceso. En lo que concierne a alcantarillado y otros medios de eliminación de excretas, en 1983 la cobertura alcanzó el 94.8%.

este realizando una revisión y reformulación de sus directrices, de su organización y de sus formas de trabajo, a fin de obtener el máximo rendimiento de los recursos humanos y materiales de que dispone, en dos decisiones de trascendencia que importancia para los servicios de salud del país: la conformación del programa de atención primaria y la reorganización administrativa de sus estructuras y de sus funciones.

El propósito general del programa de atención primaria es el de proporcionar los servicios básicos de salud a toda la población, inicialmente a las zonas rurales y a las zonas urbano-marginales. Toma como punto de partida las experiencias y los logros alcanzados, a la vez que integra los recursos de programas como los de salud rural, salud comunitaria, los centros de educación nutricional, los centros de atención integral y las unidades móviles médicas y odontológicas. También, ha emprendido el Ministerio de Salud la reorganización administrativa de todas sus estructuras y funciones, con el fin de proporcionar el adecuado soporte administrativo a los servicios de atención primaria y mejorar su administración general.

Entre las deficiencias que más se destacan en el Ministerio de Salud están la centralización y la concentración de la toma de decisiones en el nivel central, superponiéndose y mezclándose las dos finalidades fundamentales de su existencia, que son: la prestación directa de servicios de salud y la función rectora del sector salud, a través de la formulación de la legislación y los reglamentos necesarios; así como la elaboración de las normas técnicas para la ejecución de las actividades de salud en todas las instituciones.

El Ministerio de Salud ha iniciado un decidido proceso de desconcentración administrativa, dirigido al fortalecimiento de cada una de las regiones de salud para convertir las instancias con verdadera capacidad de responsabilidad y decisión para la ejecución y la coordinación de las acciones de salud en sus respectivas áreas de responsabilidad.

Como primer paso, se están definiendo en forma clara y precisa las funciones, responsabilidades y delegación de autoridad que les corresponde a los niveles central, regional y local. En adelante el nivel local se organizará en los llamados sistemas locales de salud, cuya extensión geográfica, en lo posible, coincidirá con la división política, para cumplir los anteriores principios de política, hace que el Ministerio de Salud

La orientación actual de los servicios de salud en Costa Rica, para cumplir los anteriores principios de política, hace que el Ministerio de Salud

POLITICA DE SALUD. TENDENCIAS

La orientación actual de los servicios de salud en Costa Rica, para cumplir los anteriores principios de política, hace que el Ministerio de Salud

La orientación actual de los servicios de salud en Costa Rica, para cumplir los anteriores principios de política, hace que el Ministerio de Salud

La orientación actual de los servicios de salud en Costa Rica, para cumplir los anteriores principios de política, hace que el Ministerio de Salud

La orientación actual de los servicios de salud en Costa Rica, para cumplir los anteriores principios de política, hace que el Ministerio de Salud

La orientación actual de los servicios de salud en Costa Rica, para cumplir los anteriores principios de política, hace que el Ministerio de Salud

En cuanto al nivel central, todas las divisiones y los departamentos técnicos del Ministerio de Salud ubicados en dicho nivel, deberán tomar su verdadero papel como entidades técnico-normativas de las acciones de salud en sus respectivos campos de competencia. Es pertinente mencionar que esta función técnico-normativa del Ministerio de Salud, por ley se extiende a todas las instancias de las distintas instituciones que actúan en el campo de la salud en todo el país.

Igualmente, el nivel central desempeñará la función de supervisión a los niveles regional y local, pero siempre bajo el nuevo concepto de adaptación en servicio, con autoridad técnico-normativa y no de línea.

El nivel central, al retomar las funciones que por definición le corresponden, deberá absoluta-mente de tener autoridad administrativa sobre los niveles regional y local, ya que estos asumirán sus propios niveles de autoridad y de responsabilidad.

Es así como, el objetivo principal de la desconcentración administrativa es el de fortalecer el nivel regional y crear el nivel local como una instancia administrativa y dotar a estos niveles para que tengan amplia capacidad de tomar decisiones, o generarlas al menos, sobre actividades básicas o sustantivas y administrativas, de tal manera que la gestión de la prestación integral de los servicios dentro de su jurisdicción pueda funcionar con relativa autosuficiencia frente a los problemas y necesidades prevalentes en el área de influencia.

Se pretende desconcentrar tres áreas administrativas básicas: personal, financiero-contable y suministros, para que el volumen mayor de procedimientos que son de trámites puedan realizarse en el nivel regional; elaboraciones manuales de organización y procedimientos para estos niveles, como parte del desarrollo estructural operativo; identificar y ponderar problemas organizacionales que se presentan en las sedes regionales y que restringen el proceso de desconcentración; desarticular la capacidad gerencial del personal involucrado, tanto del nivel regional, como local, para la correcta aplicación del proceso; y establecer mecanismos de articulación de los diferentes niveles institucionales a fin de que la administración de estas tres áreas pueda realizarse en forma sistemática.

En la actualidad y como resultado del proceso de desconcentración, se están realizando acciones tendientes: a fortalecer la unidad de personal regional, para que esta pueda tomar decisiones y realizar los trámites administrativos de personal que regulariamente se efectúan en el departamento de personal a nivel central; a fortalecer el sistema de suministros a nivel regional principalmente, de tal manera que mediante un enfoque sistémico que articule los diferentes componentes del sistema y con fundamentos en la programación sustantiva, la región no solo pueda detectar las necesidades básicas de los programas sustantivos, sino que también pueda determinar y elaborar su programación anual de suministros conforme al presupuesto operativo anual; y por último, se está desarrollando el sistema financiero contable a nivel regional y de apoyo a los SIIOS con un enfoque eminentemente de control y de análisis financieros, con base en el costo de los consumos e insumos básicos para la programación sustantiva y en la ejecución del presupuesto operativo.

El Ministerio de Salud considera necesario que se establezca un verdadero proceso nacional de planificación y programación local en salud, con la participación de todas las entidades del sector y la coordinación con otros sectores, pero consistentemente y con el propósito de acelerar las acciones que ya ha iniciado dicho proceso a través del diseño e implantación de instrumentos para la programación local en el propio Ministerio. El proceso de programación no es una acción nueva en Costa Rica, ya que desde hace años los puestos de salud de las diferentes regiones del país organizan sus actividades anuales siguiendo un modelo uniforme. Lo mismo sucede con las áreas de salud comunitaria de cada centro de salud que, igualmente, las programas para el mismo período.

Consecuentemente, la programación del centro de salud y de todo el sistema local de salud debe adaptarse a una realidad ya existente y que acumula una larga práctica con el correr de los años. Puede, así, mencionarse a los programas de salud rural y comunitaria que tienen áreas geográficas preestablecidas; y a los programas de erradicación de la malaria, de saneamiento ambiental, de odontología, etc., que aunque sin áreas geográficas predefinidas, organizan sus actividades de una manera racional y con ámbito de aplicación nacional.

Una vez que del modelo de programación local se esta aplicando se obtenga la experiencia necesaria, se deberá pasar a un modelo más elaborado e integral que estandarice los procedimientos de cada uno de los sectores con responsabilidad operativa. Esto requiere no solo un cambio en las técnicas de programación, sino implicaría necesariamente otras modificaciones que son indispensables para la implantación de un modelo de mayor complejidad. Por ejemplo, será requerida una racionalización de las responsabilidades del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social; una mayor coordinación e interrelacionamiento con acueductos y alcantarillados.

La estrategia de programación de los sistemas locales de salud es, pues, una instancia intermedias: identificación de prioridades para cada SILOS, basándose en la realidad local y en las prioridades de la política nacional de salud; la tematiza el accionar de cada miembro en cada unidad de salud; y el ajuste de la programación de los SILOS, en que se consolidan las acciones para cada unidad, se identifican áreas sin cobertura, se proponen cambios en la distribución de las normas que se usaron, o eventualmente se solicitan recursos adicionales a otros niveles superiores.

La etapa primera se lleva a cabo en el centro de salud y participan en ella los responsables (aproximadamente 860 funcionarios) de la programación local de las diferentes unidades, puestos de salud, áreas de salud comunitaria, centro de salud, odontología, saneamiento, malaria, que conforman el Consejo Técnico Básico del SILOS. Allí se trabaja con los datos básicos desde el nivel central ministerial y con los datos locales de cada unidad de programación. Se analizan estos datos de la realidad de cada área y se los compara con los previstos en las políticas y prioridades. De esta comparación resulta el conocimiento de la realidad local a la luz de las directivas nacionales, de la cual se obtienen las prioridades locales. Además, se ajustan las normas de contratación y cobertura según las posibilidades de cada SILOS.

Con este conjunto de prioridades del SILOS, cada responsable de programación (aproximadamente 60 funcionarios), supervisor de campo, enfermera y médicos de los centros, odontólogos, etc., retorna a su área y procede a la realización de la segunda etapa. Agregan a sus prioridades las normas de programación del nivel central y los datos básicos locales. Con estos elementos hace la programación del año, con lo cual se logra el ordenamiento local de las acciones a realizar. Ellas serán finales, si no hay ninguna modificación posterior a adoptar como consecuencia de la última etapa de ajuste global de la programación del SILOS.

Por último, el grupo que se reuna al comienzo para fijar las prioridades del SILOS, trabajará con las metas trazadoras (MT), sumará las acciones de cada efector y obtendrá el conocimiento de lo que se lograría hacer si se realizaran las actividades programadas por cada una de ellas. De la comparación entre estas sumatorias y los valores fijados para las MT del SILOS, se tendrá el conocimiento entre las actividades que se programaron y las que se requieren para lograr las metas previstas. Si la discrepancia encontrada es de una magnitud significativa y de valor práctico, se procederá a acordar qué línea de acción es más recomendable para abrir las deficiencias. Esta puede implicar una modificación de las acciones que realizará cada efector, o un pedido de recursos adicionales al nivel regional o al central.

Hay una serie de principios, presunciones básicas y procedimientos sobre los que descansa la evaluación del nuevo enfoque de programación integral de los SILOS. Las metodologías de evaluación y participación que se aplican a este rediseño deberán cumplir indispensablemente los requisitos: hacer el análisis del conjunto de los componentes y sus interacciones, y analizar las relaciones con el entorno que condiciona su funcionamiento. Es así, como el sistema de información de los SILOS debe satisfacer las necesidades de información emanadas de los diferentes niveles que conforman la organización para la cual operan.

Este proceso debe suministrar la información requerida para apoyar la toma de decisiones en las áreas de control y monitoria de las actividades, así como la evaluación del desarrollo de las políticas y el nivel de salud, a través de los resultados obtenidos.

La estructura de los subsistemas de información debe responder a los requerimientos de las etapas básicas de todo proceso administrativo:

- Diagnóstico de la situación.
- Programación de las actividades.

- Ejecución de las actividades.
- Control y monitoría de la ejecución de las actividades.
- Evaluación de resultados.

A continuación se hace una breve descripción de cada una de las etapas en cuanto al diagnóstico de la situación encontrada; el punto de partida de esta etapa lo constituyen los documentos de Datos Básicos del Área Programática del SILOS y la Guía Estructurada para el diagnóstico.

Los datos básicos del SILOS están constituidos por los datos básicos de atención primaria y el centro de salud que permitirán elaborar el diagnóstico. A través de este se realizará un análisis de la situación detectada en el área programática, jerarquizando los principales problemas identificados de acuerdo a las prioridades. En cuanto a la programación de actividades, esta etapa se desarrollará basándose en el análisis realizado por medio del diagnóstico, de tal manera que las actividades respondan a las prioridades identificadas por el Consejo Técnico Básico. Posteriormente, cada ejecutor elaborará la programación de actividades en un formulario diseñado para tal efecto. En una tercera etapa, el Consejo Técnico Básico hará una revisión de las actividades programadas, las reajustará a fin de asegurar la cobertura integral. Como una última etapa, el ejecutor, en conjunto con el responsable de la disciplina, actualizará las metas anuales programadas y las distribuirá en los doce meses del año, en el formulario "Distribución Mensual de la Programación". La copia de este documento se enviará a la Comisión de Información para su correspondiente procesamiento.

Las actividades ejecutadas serán registradas diariamente por cada funcionario en el formulario "Informe Mensual de Actividades". Al final del mes, el responsable de cada disciplina procederá a sumar los totales de las actividades ejecutadas por cada funcionario, anotándolas en las casillas respectivas del formulario "Resumen Mensual de Actividades", el cual será enviado a la Comisión de Información para su procesamiento.

La Comisión, basándose en los datos suministrados por los formularios "Distribución Mensual de la Programación de Actividades" y "Resumen Mensual de Actividades", determinará trimestralmente los porcentajes de cumplimiento para cada disciplina del SILOS, creando para tal efecto el informe "Control y Monitoría de Acti-

OBJETIVOS Y RESULTADOS

En consecuencia con la Política Nacional de

Desarrollo Económico y Social, fundamentada en un proceso real de descentralización para rescatar la autonomía y autodesarrollo de las regiones del país, con la Política Nacional de Salud de desconcentración de los servicios de salud, con delegación de autoridad y de responsabilidad en todos los niveles de atención del sistema de salud; y el mandato de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, en el que el proceso de descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud aparecen como elementos fundamentales de la estrategia de atención primaria para lograr la reorganización y reorientación de los sistemas de salud hacia la equidad, la eficiencia y la eficacia en función de la meta social de salud para todos en el año 2000, se han definido los siguientes objetivos de este proyecto, bajo el entendido de que las actividades que se progra-

El objetivo general será enviado al nivel local para su correspondiente revisión y análisis, de manera que se identifiquen las causas que han condicionado los bajos rendimientos, así como las soluciones planteadas para resolver las mismas. Posteriormente, el nivel local, mediante un informe, deberá dar a conocer al nivel regional los problemas identificados y las soluciones planteadas, a fin de que este tome las acciones pertinentes para solucionar aquellos problemas que no puedan resolverse a nivel local. Igualmente el nivel regional enviará al nivel central un consolidado de los problemas identificados y de las soluciones planteadas para estos. Por último, la Comisión de Información elaborará un informe nacional para cada programa y lo canalizará a la dirección del departamento respectivo, para que se ejecuten acciones tendientes a resolver los problemas que el nivel regional no está en capacidad de atender.

La evaluación de los resultados se llevará a cabo anualmente mediante la formulación de una serie de indicadores planteados para cada subcomponente, los cuales se deberán producir a partir de la información contenida en los documentos "Control y Monitoría de Actividades", "Datos Básicos" y en las estadísticas vitales de salud producidas por el Departamento de Estadística. Este proceso deberá generarse en el nivel central, el cual retroalimentará al nivel regional y local con los resultados obtenidos.

men para su ejecución son complementarias y de apoyo al proceso nacional de desconcentración administrativa y programación local actualmen- te en ejecución, descrito anteriormente, y en el cual están comprometidos el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.

Objetivo general

Fortalecer la capacidad operativa de los servi- cios de salud de Costa Rica desarrollando en forma integral ochenta y seis sistemas locales de salud, mediante los procesos de desconcentración admi- nistrativa y programación local.

Objetivos específicos

1. Capacitar aproximadamente a novecientos veinte funcionarios del nivel regional y local con responsabilidad en la desconcentración y progra- mación local, mediante un proceso de capacitación autoinstruccional, desescolarizada y continua.
2. Brindar cooperación técnica para el diseño y aplicación de metodologías, normas y procedi- mientos acordes a las necesidades de los procesos de desconcentración y programación local, me- diante su revisión y actualización permanentes.

Resultados

Objetivo 1:
Capacitar aproximadamente a novecientos veinte funcionarios del nivel regional y local con responsabilidad en la desconcentración y progra- mación local.

- Revisar y actualizar de acuerdo a los requere- mientos del proceso, aproximadamente nueve módulos de autoinstrucción (diagnóstico, toma de decisiones, programación, control de gestión, información, suministros, personal y financiero- contable). Este material será utilizado en el pro- ceso de capacitación.
- Diseñar y aplicar un sistema de información que apoye el proceso de desarrollo integral de los SILOS, dándose énfasis a la monitoria y evalua- ción de actividades, estrategias, políticas de sa- lud y los servicios efectores del sistema.
- Diseñar una metodología y elaborar un pro- yecto integral para el nivel local en el que partici- pen diferentes sectores sociales y económicos.

Objetivo 2:
Brindar cooperación técnica para el diseño y aplicación de metodologías, normas y procedi- mientos, acordes a las necesidades de los proce- sos de desconcentración y programación local.

- Realizar dos cursos con actividades presen- ciales durante una semana y de autoinstrucción en el sitio de trabajo en las tres semanas siguien- tes; este proceso se realizará durante tres meses con la participación de sesenta funcionarios que integran los seis grupos interdisciplinarios de las regiones de salud.
- Realizar cuatro cursos en forma similar a la modalidad descrita en el resultado anterior du- rante dos meses cada uno, con la participación de ochocientos sesenta funcionarios que integran los ochenta y seis consejos técnicos básicos de los SILOS.
- Diseñar y aplicar el modelo integral de pro- gramación local para el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados.
- Diseñar y aplicar el módulo de control de gestión, con base en indicadores para cada nivel administrativo y de atención en los SILOS.
- Diseñar y aplicar los manuales de adminis- tración desconcentrada en las áreas de suminis- tros, personal, financiero-contable y organiza- ción para los SILOS. En este resultado se incluye el estudio de perfiles ocupacionales y educati- vos, condiciones laborales, y necesidades de es- tablecer programas de educación permanente con nuevos modelos educativos.

EXPERIENCIA DE PROGRAMACION A NIVEL NACIONAL Y LOCAL EN LA REPUBLICA DE CUBA*

POLITICA NACIONAL DE SALUD

En los últimos treinta años Cuba ha conferido decidida prioridad a la elevación de la salud del pueblo y dedicado considerables esfuerzos y recursos a la creación y consolidación de una salud pública que se encuentra ya en planos avanzados a nivel mundial. Esta concepción profundamente humanista, sitúa a la salud como componente esencial de la felicidad del hombre y objetivo estratégico de desarrollo para toda la sociedad. En correspondencia con ello, el Estado Socialista ha asumido totalmente la responsabilidad de la atención a la salud de sus ciudadanos y, en tal sentido, lleva a cabo acciones económicas y médicas para asegurar la protección de la salud, partiendo, entre otros, de los principios de gratuidad y accesibilidad completa a los servicios, de modo que esta garantizado que la totalidad de los habitantes del país, independientemente del lugar donde vivan, estudien o trabajen, participen, participación social y nivel de ingresos, tengan iguales oportunidades de recibir una atención completa de su salud y la utilización, si para ello es necesario, de las más complejas formas de asistencia, de los especialistas de más alta calificación y de la tecnología médica más avanzada disponible.

CARACTERISTICAS DEL PAIS

Situación geográfica

El archipiélago cubano está formado por la Isla de Cuba, la Isla de la Juventud y los cayos adyacentes, con una extensión total de 110 860 km². Ubicada entre los 19° y 24° de latitud norte y los 74° y 85° de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Alrededor del 75% de la superficie del país es llano y el resto cubierto por tres cadenas montañosas ubicadas en las regiones occidental, central y oriental.

*Cuba. Ministerio de Salud Pública. Documento presentado en la Reunión de SILOS, de la Subregión Norte, Quebec, Canadá, mayo de 1989.

Las asambleas municipales del Poder Popular se integran por los delegados electos directamente por la población por períodos de dos años y medio, mediante el ejercicio del voto libre, directo y secreto. Las Asambleas Provinciales y la Asamblea Nacional del Poder Popular se integran respectivamente por delegados y diputados elegidos por las Asambleas Municipales, por períodos de dos años y medio los primeros y de cinco años la Asamblea Nacional. Las Asambleas Municipales y Provinciales eligen entre sus delegados a su Comité Ejecutivo. La Asamblea Nacional elige al Consejo de Estado y al Consejo de Ministros. Administrativamente el país se divide en catorce provincias y estas en ciento sesenta y nueve municipios.

El Estado cubano es un estado de obreros y campesinos y demás trabajadores manuales e intelectuales; forma parte del sistema de la democracia socialista, constituyendo su instrumento más directo, cuyas resoluciones revisten fuerza jurídica obligatoria para todos los ciudadanos. Tiene un carácter profundamente democrático, que garantiza institucionalmente la participación de la mayoría absoluta del pueblo en el ejercicio del poder, bien directamente o por las asambleas del poder popular y demás órganos del Estado que de ellos se derivan. El aparato estatal lo integran diversos órganos: ● Las instituciones representativas del poder estatal, que constituyen los órganos primarios. ● Los órganos encargados de la administración y dirección. ● Los órganos judiciales y fiscales.

Características sociopolíticas

La longitud máxima de la Isla es de 1 250 km en el sentido este-oeste y 191 km de ancho en la parte oriental en sentido norte-sur; la parte más estrecha en occidente es de 36 km. Los países más cercanos son México por el oeste, a 210 km; Estados Unidos por el norte, a 100 km; Haití por el este, a 77 km, y por el sur Jamaica, a una distancia de 140 km.

de estos profesionales trabajando como médicos de familia.

No obstante que el esfuerzo principal se realiza en la esfera de la prevención, se continuará avanzando en los demás aspectos de carácter curativo y en la rehabilitación, y por ello, también, será necesario:

- Continuar el desarrollo de la red hospitalaria, mediante la construcción de varias obras y la ampliación y modernización de otras. Actualmente están en construcción cuatro Hospitales Generales o clínico-quirúrgicos de más de seiscientas camas, tres hospitales pediátricos de más de cuatrocientas camas y se ampliará otro número importante de estas instituciones.

- Ejecutar los programas de desarrollo de las especialidades médicas, para lo cual se dispondrá de unos treinta mil médicos trabajando en la red, en las diferentes especialidades.

- Elevar el nivel de las enfermeras a licenciadas con formación universitaria, mediante el incremento de las matrículas en las facultades y el decrecimiento, hasta la suspensión, de los cursos de formación con nivel medio, logrando, además, que las actuales enfermeras no universitarias se incorporen a los cursos superiores hasta alcanzar la categoría de licenciadas.

- Aprovechar en el desarrollo de las ciencias médicas el potente caudal de nuevos conocimientos y nuevas tecnologías que se están alcanzando en el país, en ciencias tan avanzadas como la ingeniería genética y la biotecnología, la electrónica y otras.

- Como complemento indispensable de tan ambiciosos objetivos, se ejecuta el Programa de Desarrollo de la Industria Farmacéutica, que contempla el avance tecnológico de las mismas y la aceleración de la construcción de nuevas fábricas, que incluye la producción de antibióticos, hemoderivados, esteroides, terapéuticos, vacunas, reactivos y otros productos biológicos, lo cual, unido a los esfuerzos que realiza el país en la esfera de la ingeniería genética y la biotecnología, de extraordinaria aplicación en el campo de la medicina, ofrecen un camino promisorio.

Resulta, también, significativo señalar que el Ministerio de la Industria Sidero-Mecánica ejecuta un importante programa para la creación y fabricación de equipos médicos, habiendo puesto en marcha recientemente dos grandes combinados destinados a dichas producciones.

En los sectores atendidos por médicos de familia donde la totalidad de la población está dispersada, se han detectado las siguientes tasas de prevalencia de enfermedades crónicas por cada mil habitantes.

Hipertensión arterial	60,9
Diabetes mellitus	36,7
Asma bronquial	16,9

Cuba ha definido sus objetivos de desarrollo en la salud pública hasta el próximo siglo. Un resumen de la estrategia a seguir y de los programas y recursos a priorizar, sin pretender abarcar todos los aspectos, abarcará los siguientes:

- Perfeccionar el enfoque profiláctico como línea general de la salud pública, conjugando un sistema de medidas económicas y sociales, educativas y médico-sanitarias.

- Desarrollar programas preventivos que abarquen todas las etapas de la vida, desde el diagnóstico prenatal, hasta las edades más avanzadas, con objetivos bien definidos de mejoramiento de niveles de salud.

- Elevar la educación sanitaria de la población y su participación en el logro de estilos de vida saludables, mediante la lucha contra el hábito de fumar, el sedentarismo, la obesidad y la ingestión de bebidas alcohólicas, y también en la obtención una composición saludable de la dieta alimenticia, así como la práctica del ejercicio físico y el deporte masivo.

En el logro de todos estos aspectos de la promoción y la prevención, jugará un papel primordial el médico de familia, cuya expansión continuará a ritmo acelerado. A mediados de la década del 90, se habrá alcanzado la cobertura total de un médico de familia por 600 habitantes. Pero, además, las fábricas de más de 500 trabajadores, las escuelas de más de 400 alumnos de todos los tipos y niveles de enseñanza, los Centros Infantiles y otros, dispondrán también de uno o varios médicos. Para ello se contará con 25 000

en la promoción y prevención de la salud se alcanzan en el campo de la APS.

El punto crucial de la importancia y necesidad de este nuevo tipo de médico radica en el espacio social de su ejercicio, que es la comunidad, integrada por individuos y familias; donde se detecta más tempranamente la desviación de lo normal hacia lo patológico; donde se puede promover mejor la salud y prevenir las enfermedades; pudiéndose ejercer a plenitud el enfoque clínico-epidemiológico y social para la solución de los problemas de salud del individuo, de la familia y de la comunidad, constituyendo una interrelación dinámica individuo-familia-comunidad-sociedad.

Este subsistema surge como una necesidad social, con la finalidad de mejorar el funcionamiento del sistema de atención de la salud y aprovechar plenamente el potencial médico e institucional existente en el país.

El médico de familia se subordina jerárquicamente, en primera instancia al policlínico u hospital rural; desde el punto de vista funcional se subordina a las políticas, normas, procedimientos y otras reglamentaciones y orientaciones que emitan el Ministerio de Salud Pública y las Direcciones de Salud de los órganos locales del Poder Popular, a nivel de las provincias y municipios del país.

Establece relaciones directas de trabajo con las organizaciones de masas insertadas en la comunidad, con el delegado del Poder Popular en la circunscripción que le corresponda y con los centros de referencia como: Hospitales, Centros de Higiene y Epidemiología, Clínicas Estomatológicas, Hogares de Ancianos y otras dependencias de seguridad social.

Otras relaciones de trabajos las establecen con las dependencias estatales y gubernamentales que incidan en su objeto de trabajo.

La población a atender por cada médico y enfermera de familia, oscila entre setecientos y seiscientos habitantes (aproximadamente ciento cincuenta familias). En las áreas rurales el número de habitantes es inferior, estando en dependencia de la accesibilidad de la población al consultorio médico.

El equipo de salud médico-enfermera labora en consultorios construidos con proyectos típicos, enclavados en la propia zona donde residen las familias (o en fábricas o escuelas, según sea el caso). En cuanto a los primeros, también, cuentan con las viviendas para el médico y la enfermera.

Como ya se expresó anteriormente, en Cuba todos los ciudadanos tienen iguales derechos en la atención de su salud y existen programas especiales preventivo-curativos para todas las etapas de la vida desde el período prenatal hasta las edades más avanzadas.

Importancia de la atención primaria de salud

La atención primaria constituye el eslabón fundamental de nuestro sistema nacional de salud, por desarrollarse en ella los programas dirigidos a elevar el nivel de salud de la población, mediante acciones planificadas en dichos programas básicos, con objetivos, normas, actividades y procedimientos para la atención integral a la población y al ambiente, mediante el principio de la sectorización, combinando los aspectos de la atención preventiva y curativa.

El desarrollo de un serio trabajo de educación para la salud constituye el primer eslabón de enfrentamiento profiláctico a las enfermedades no infecciosas.

La promoción de campañas dirigidas a la práctica masiva del deporte, como medio para luchar contra la obesidad, el sedentarismo y el estrés, toman cada día más auge, así como la lucha contra el mal hábito de fumar.

El método de la dispensarización constituye el segundo nivel profiláctico de diferentes grupos de riesgos de la población.

Asimismo, el servicio médico rural como parte de la APS, se tornó en un componente esencial del Sistema Nacional de Salud, desempeñando una importante función en el aseguramiento de la atención preventivo-curativa a la población residente en las zonas rurales del país.

El tránsito recorrido en el perfeccionamiento de la APS, en correspondencia con las exigencias que el estado de salud de la población ha ido demandando, nos ha permitido llegar a una etapa cualitativamente superior, al tener al subsistema de médico de familia como expresión preponderante y significativa dentro de la estrategia y táctica a seguir por las ciencias médicas y la salud pública. Y, es que en estos momentos de creciente especialización y desarrollo tecnológico, se hace necesario contar con un nuevo médico que comprenda, integre, controle y coordine el cuidado de salud del individuo, de la familia y de la comunidad, ya que sin lugar a dudas, los grandes avances

tituye el sector de salud de "nuevo tipo". Estos

sectores forman parte del área de salud en la cual existe un Policlínico (u Hospital Rural) que es la unidad ejecutora de salud pública que coordina, orienta, dirige y controla el trabajo de los médicos y enfermeras de la familia de su área de

El trabajo de este personal se proyecta consistentemente a la comunidad con un enfoque integral, constituyendo su fundamental método de trabajo la dispensarización de toda la población asignada (personas sanas, supuestamente sanas, en riesgo o enfermas).

El médico de familia ha sido definido como guardián de la salud. Debe ser el médico de la salud antes que el médico de la enfermedad; es un educador sanitario y su mayor posibilidad de influir sobre la población es con su propio ejemplo. Con sus hábitos cotidianos demostrará y enseñará la forma más saludable de vivir.

Este médico de formación integral resulta idóneo para ejecutar los programas de prevención y profilaxis en todas las edades y en todos los lugares donde se encuentra cada persona.

Así, además de su ubicación a nivel de la comunidad, urbana, rural, de montaña, etc., se destina a proteger la salud de las personas en los lugares donde estudian y trabajan, lo que garantiza una doble cobertura para cada ciudadano del país, donde quiera que se encuentre.

Este subsistema de APS produce modificaciones positivas en la forma, el contenido y la práctica de la atención médica, a cuyos fines se han adecuado los programas de salud, de forma tal que responde a esta nueva realidad, facilitando los cambios cualitativos que se vienen produciendo, concentrándose las actividades a realizar en un programa único que hemos denominado de "Atención Integral a la familia", cuyos aspectos fundamentales son los siguientes:

- Las actividades se han programado teniendo en cuenta a la familia como unidad básica; pero sin olvidar las funciones a realizar en el niño, la mujer, el adulto y el anciano en forma integral.
- Especial atención se le brinda a los aspectos preventivos, sociales e higiénico-epidemiológicos.

Objetivos de la atención primaria

Entre los años 1992 y 1995, las provincias del país irán completando el 100% de la cobertura,

- Promover la salud de la población.
- Prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud.
- Garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral oportuna y continua a la comunidad, de cuya salud es responsable.
- Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria.
- Lograr cambios positivos en el saneamiento ambiental.
- Alcanzar cambios positivos en la integración social de la familia y la comunidad.

El cumplimiento de todo lo anterior posibilitará alcanzar el objetivo general que nos proponemos, que no es otro que: "mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y al ambiente, a través de una vinculación con las masas organizadas en sus pu-
jantes organizaciones desde la base misma".

En la evaluación se tienen en cuenta fundamentealmente, los resultados que se van alcanzando y los progresos que se van produciendo en el cumplimiento de los objetivos trazados.

El Policlínico como centro de dirección, control y apoyo del trabajo del médico de familia, va transformando su organización hacia un centro de coordinación de los servicios, la docencia y la investigación; o sea que, insoslayablemente, deberá convertirse en una verdadera facultad de atención médico-estomatológica con la mayor jerarquía científica, se garantice la formación y perfeccionamiento de los especialistas de medicina general integral y estomatología, siendo su principal función la de complementar y facilitar la labor que ejecutan los médicos de familia; garantizando la continuidad de la atención y los medios materiales necesarios en forma permanente y con alta calidad ética y científica, contri-
buyendo al mismo tiempo en la enseñanza de Pregrado y Postgrado del personal profesional y técnico de la salud que laboran en el mismo.

Esta experiencia que se inició en 1984, con diez médicos e igual número de personal de enfermería, ya cuenta con 621 médicos de familia, para una cobertura de 37,1% de la población del país.

Salud Pública y de todas las redes de instituciones del sistema.

● La producción, distribución y comercialización, incluyendo el comercio exterior de los medicamentos, para lo cual se dispone de una unión industrial que agrupa empresas productivas. Y, además, de una empresa distribuidora y otra para el comercio exterior.

● La distribución y comercialización del equipamiento tecnológico médico.

Estructura del sistema

El sistema de salud pública con sus características de su organización estatal, se distribuye en

tres niveles administrativos, que se corresponden con la división político-administrativa del país.

Las estructuras administrativas que ejercen las funciones de dirección de la salud pública a cada nivel, se subordinan a los órganos estatales y de Gobierno, como aparecen esquematizados en la

Figura 1.

La organización de la salud pública de Cuba, tiene un alto grado de descentralización administrativa; no obstante, su funcionamiento como sistema único está garantizado por estar bien definida y establecida una política de desarrollo, con objetivos estratégicos claramente trazados, lo que permite una gran homogeneidad en los servicios, tanto cuantitativa, como cualitativa, que se traduce en el resultado de salud de la población, cuya tendencia a hacer mínimas las diferencias en los indicadores entre los diferentes territorios, es una de las características más notable de la experiencia cubana.

Servicios

Los servicios a la población han crecido interrumpidamente en los últimos años.

Las consultas médicas en toda la red asistencial alcanzaron en 1988, el índice de 6,5 por habitante; de ellas el 38% se efectuó en los hospitales, el 39% en los policlínicos, el 19% en los consultorios de los médicos de familia, y el 4% en otras instituciones.

Las consultas estomatológicas ofrecidas en 1988, alcanzaron el índice de 1,5 por habitante. Los servicios de hospitalización a la población crecieron a ritmo interrumuido hasta 1985, manteniéndose estables desde entonces, en un volumen de 15,5 ingresos por 100 habitantes.

habiéndose trazado la estrategia de formar veinticinco mil de estos profesionales médicos. Por último, debemos enfatizar que este subsistema de la APS determina cambios en todo el S.N.S.

PRINCIPALES COMPONENTES DEL SISTEMA DE ATENCION

El sistema de salud de Cuba es una potente organización estatal, dotado de una extensa red de instituciones, estructurado y planificado sobre el principio territorial y que emplea a más de doscientos ochenta mil trabajadores, de los cuales el 50% posee calificación universitaria o media.

La Ley de Salud Pública de la República de Cuba otorga al Ministerio de Salud Pública las funciones rectoras para todo el sistema nacional, estableciendo las normas jurídicas que regulan el funcionamiento de toda la compleja red en su conjunto.

Integran la Organización Estatal de la Salud Pública los siguientes componentes:

● La asistencia médica preventivo-curativa y de rehabilitación a la población basada en la red de instituciones hospitalarias, policlínicos, médicos de familias, clínicas estomatológicas, bancos de sangre, etc.

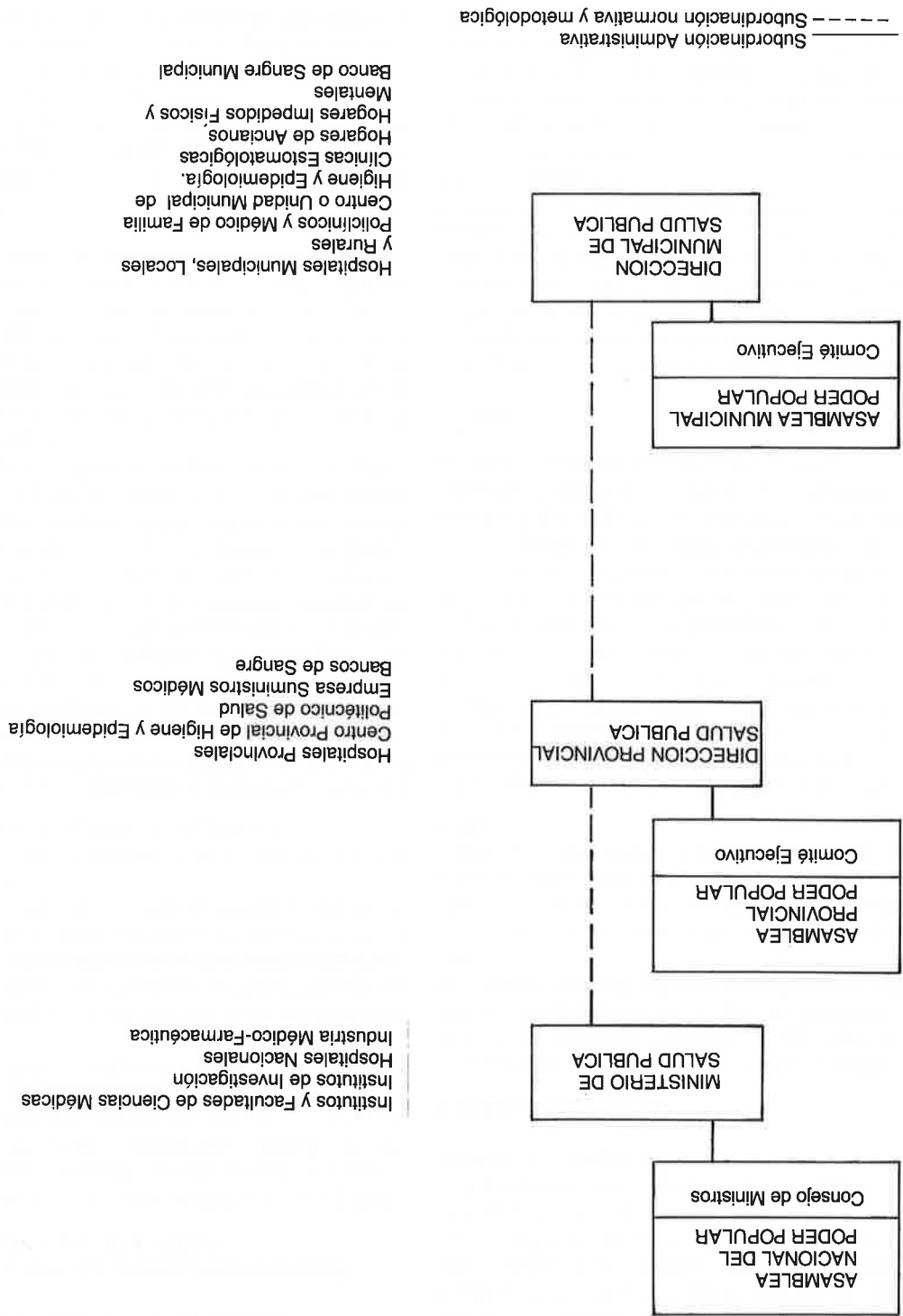
● El Servicio Higiénico-Epidemiológico, que efectúa por intermedio de sus unidades, la inspección sanitaria estatal, la protección sanitaria del ambiente y la vigilancia y control de las enfermedades, es ejercida a través de una red de tres instituciones nacionales, catorce centros provinciales de Higiene y Epidemiología y ciento sesenta y nueve centros o unidades municipales de Higiene y Epidemiología.

● La formación, especialización y educación continuada de médicos, estomatólogos, licenciados de enfermería y otros técnicos propios de la salud, se garantiza mediante los Institutos y Facultades de Ciencias Médicas, para la formación universitaria y de los Institutos Politécnicos de la Salud para la formación de técnicos de nivel medio.

● La asistencia social para ancianos, impedidos físicos y mentales, y otros minusválidos, incluyendo la atención institucionalizada de los que lo requieran en los hogares de ancianos y de impedidos físicos y mentales.

● La investigación científica en la esfera de las ciencias médicas y la salud pública, mediante los Institutos de Investigación del Ministerio de

Figura 1. Estructura del sistema de salud pública de la República de Cuba.



Recursos humanos

Los recursos humanos que emplea el sistema eran, al 31 de diciembre de 1988, los siguientes:

Categoría	Número	Tasa x 10 000 Hab.
Médicos	31 229	30,0
Estomatólogos	6 134	5,9
Lic. Enfermería	1 696	1,6
Emf. Nivel Medio	58 893	54,7
Técnicos de Salud	48 129	46,3
Otros	136 139	130,8

Total de trabajadores de la salud: 280 220

Financiamiento

En el sistema estatal de salud pública cubano existen dos modos de financiamiento.

- Presupuestario
- Cálculo económico.

Presupuestario: se financian todos los gastos de las unidades mediante el presupuesto del Estado. Cálculo económico: las empresas de la industria farmacéutica financian sus gastos con los ingresos que obtienen de la venta de su producción. Aportan al presupuesto del Estado sus compromisos obligatorios (Impuesto de Circulación, Saldo Libre de Ganancia, etc.). Las fuentes de ingreso al presupuesto del Estado son las siguientes:

- Parte del ingreso neto generado por las empresas estatales, que se captan a través de los impuestos y otros aportes.
- Contribución a la seguridad social.
- Otras contribuciones del sector estatal.
- Impuestos, contribuciones, tasas y derechos provenientes de las entidades del sector no estatal, incluyendo la población.
- Otros ingresos

Proceso de elaboración del presupuesto

Las orientaciones y directivas para la elaboración del presupuesto, bajan desde los niveles superiores a los inferiores. Las propuestas de presupuesto de las unidades se discuten y analizan con todos los trabajadores de la institución para recibir sus opiniones y so-

Nivel provincial

Esta representado por las direcciones provinciales de salud pública, dependientes administrativa y financieramente de la Asamblea Provincial del Poder Popular.

Las principales unidades que componen este nivel son los hospitales provinciales, los centros provinciales de higiene y epidemiología, las escuelas formadoras de técnicos de nivel medio propios de la salud pública, y las empresas provinciales de distribución y comercialización de medicamentos y equipos médicos, con su red de farmacia y ópticas de venta a la población.

Los Institutos o Facultades de Ciencias Médicas, aunque mantienen su subordinación administrativa directa al Ministerio de Salud Pública, al estar ubicados en las capitales de provincias, se integran al sistema local, garantizando la formación, especialización y educación continuada de médicos, estomatólogos y licenciados de en-

PRESENTACION DEL NIVEL LOCAL

Estos sistemas locales de salud están constituidos por las unidades directamente dependientes de los gobiernos provinciales y municipales.

No obstante, su funcionamiento como sistema único está garantizado por estar bien definida y aprobada una política de desarrollo, con objetivos estratégicos claramente trazados, lo que permite una gran homogeneidad en los servicios, tanto cuantitativa, como cualitativamente, que se traduce en resultados en el estado de salud de la población, cuya tendencia a hacer mínimas las diferencias en los indicadores entre los diferentes territorios, es una de las características más notables de la experiencia cubana.

El sistema de Salud Pública de Cuba está altamente descentralizado desde el punto de vista administrativo y financiero.

En 1988, por ejemplo, de los gastos presupuestarios de la rama Salud Pública, correspondió a los gobiernos locales el 96,7% del presupuesto y solo el restante 3,3% fue financiado por el Presupuesto Central.

El presupuesto es finalmente aprobado por la Asamblea Nacional y se convierte en ley. En 1988, los gastos en la salud pública constituyeron el 3,7% del producto social global, y representaron el 8% del presupuesto del Estado.

fermería, de acuerdo a los requerimientos de las unidades del territorio.

Nivel municipal

Esta constituido por las Direcciones Municipales de Salud Pública, dependientes en el orden administrativo y financiero de las Asambleas Municipales del Poder Popular.

Las unidades subordinadas a los gobiernos municipales son los policlínicos, hospitales municipales, locales y rurales, los centros o unidades municipales de higiene y epidemiología, las clínicas estomatológicas, y las instituciones de asistencia social a ancianos e impedidos físicos y mentales.

La forma más adecuada de presentar las características y funcionamiento de los sistemas locales de salud en Cuba es tomar para ello, el ejemplo de un sistema provincial y uno municipal.

Se ha seleccionado la provincia de Villa Clara y uno de sus municipios. A pesar de la tendencia al desarrollo homogéneo, aun se mantienen algunas diferencias entre las provincias de la región occidental y oriental del país, a favor de las primeras. La provincia seleccionada, ubicada en la región central, se acerca más a la media del país.

SISTEMA LOCAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE VILLA CLARA

Características

La provincia de Villa Clara, situada en la región central norte del país, tiene una extensión territorial de 7 943,1 km² de superficie. Limita al norte con el océano Atlántico, hacia el este y sureste con la provincia de Sancti Spiritus, hacia el suroeste con Cienfuegos y al oeste con Matanzas. Su relieve se caracteriza por un escalonamiento topográfico: al norte se elevan las alturas del noroeste y nordeste; en la parte central las alturas de Sta. Clara y al sur la Sierra del Escambray.

El gobierno de la provincia está constituido por la Asamblea Provincial del Poder Popular integrada por Delegados y su Comité Ejecutivo y por sus direcciones administrativas subordinadas. El territorio de la provincia se divide en trece municipios, en los cuales existe una estructura de gobierno constituida por las Asambleas Municipales del Poder Popular.

La economía de la provincia esta fundamen-

talmente basada en la industria azucarera, en la cual es una de las principales productoras del país. Integran esta industria en el territorio vein-tiocho complejos agroindustriales, con una producción anual superior al millón de toneladas de azúcar.

La provincia es también asiento de importantes industrias: mecánica, textil, útiles domésticos y química.

El sector agropecuario aporta también a la economía cítricos, ganado y tabaco. La población residente en la provincia en 1987, era de 798 900 habitantes, de los cuales el 72% habitaba en áreas urbanas y el otro 28% lo hacia en zonas rurales.

La densidad de población es de 101 habitantes por km².

La estructura por edades de la población en grandes grupos es la siguiente:

- Menores de 15 años, 21,0%
- De 15 a 64 años, 68,3%
- De 65 años y más, 10,7%

En 1987, la provincia registró una tasa de natalidad de 14,9 por mil habitantes. La tasa de fecundidad general fue 54,5 nacimientos por mil mujeres de 15 a 49 años. La esperanza de vida al nacer es de 75,66 años promedio para ambos sexos.

Situación socio-sanitaria

La provincia en las últimas tres décadas ha experimentado grandes transformaciones en el estado de salud de su población. La mortalidad infantil descendió hasta 11,7 fallecidos por mil nacidos vivos, en 1987, y a 11,0, en 1988. La mortalidad materna registró en 1987, una tasa de 25,0 defunciones por 100 000 habitantes. La mortalidad de 1 a 4 años fue de 0,5 fallecidos por 1 000 habitantes de la edad. La mortalidad del escolar (5 a 14 años) fue de 0,4 defunciones por 1 000 habitantes. La mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias fue de solo 6,2 por 100 000 habitantes. La mortalidad por enfermedades diarreicas agudas fue de 1,2 por 100 000 habitantes. Las enfermedades prevenibles por vacunas han experimentado apreciables reducciones. Es-tan erradicadas la poliomielitis, difteria y tétanos infantil.

Además, existen en el territorio de la provincia 1 330 camas de asistencia médica subordinadas a los sistemas locales municipales.

B) Centro Provincial de higiene y epidemiología.

C) Banco de Sangre Provincial

D) Empresa Provincial de suministros médicos con sus almacenes centrales y una red distribuidora de ciento veintiocho farmacias de venta a la población y cinco ópticas

E) Otras unidades: centro de educación para la salud, taller de electromedicina, taller de ortopedia técnica y taller automotor.

F) Instituto Politécnico de la Salud para la formación de enfermeras y otros técnicos de nivel medio.

El Instituto Superior de Ciencias Médicas, aunque administrativamente pertenece al Ministerio de Salud Pública, se integra al sistema local, ubicado en la capital de la provincia, el cual es un gran centro universitario que cuenta actualmente con una matrícula de 3 701 estudiantes, correspondiendo 2 816 a medicina, 416 a Estomatología y 469 a la licenciatura en enfermería.

Esta institución docente utiliza como áreas prácticas la red de unidades asistenciales de la provincia y forma, especializa y organiza la educación continuada en función de los requerimientos del sistema provincial.

No aparecen descritos en el sistema provincial la asistencia social, la asistencia estomatológica y otras, que pertenecen a los sistemas locales municipales.

Este municipio se encuentra ubicado en la parte norte de la provincia, tiene una extensión territorial de 661,38 km² y una población de 60 294 habitantes, de los cuales el 92,6% residen en las áreas urbanas, siendo este alto grado de urbanización la característica fundamental por la cual se describe.

El sistema local de salud está estructurado por una Dirección Municipal de Salud Pública con dependencia administrativa y financiera de la Asamblea Municipal del Poder Popular.

La red de unidades del sistema municipal esta constituida de la siguiente forma:

Sistema local municipal de Sagua la Grande

En las restantes, la incidencia por cada 100 000 habitantes, en 1987, fue la siguiente:

Tétanos	0
Sarampión	10,5
Rubeola	9,1
Parotiditis	71,9

Se tiene como propósito reducir a cero la incidencia de estas enfermedades en los próximos tres años.

Enfermedades donde la influencia de los problemas sociales es alta, también registran reducciones notables. Así tenemos, que en el mismo año (1987) e igual cantidad de habitantes, la tasa para la tuberculosis fue de 4,3, mientras que para la fiebre tifoidea esta tasa se redujo a cero.

Funcionamiento del sistema local provincial de salud en Villa Clara

En la provincia de Villa Clara existe un sistema local provincial y trece sistemas locales municipales correspondientes a igual número de municipios en que se divide la provincia.

Para tratar de lograr una comprensión más clara de su estructura y funcionamiento, describiremos el sistema provincial y los sistemas municipales correspondientes al municipio de Sagua la Grande con un 92,5% de su población residente en área urbana y el de Manicaragua, municipio rural, donde el 71,6% de sus habitantes reside en zonas montañosas. Esto nos permite establecer comparaciones entre la organización de un sistema local urbano y uno rural de montaña.

El sistema provincial de Villa Clara esta integrado por la Dirección Provincial de Salud Pública, subordinada administrativamente a la Asamblea Provincial del Poder Popular.

Las unidades directamente subordinadas a la Dirección Provincial son las siguientes:

A) Hospitales provinciales

Hosp. C. Q. Provincial	755
Hosp. Psiquiátrico Provincial	475
Hosp. Ginecoobstétrico Provincial	360
Hosp. Psiquiátrico Provincial	228
Hosp. Prov. C. Q.*	700
Total de camas en el sistema provincial	2 510

Camas

Número de

* Nueva construcción que se pondrá en marcha en 1989

A) Unidades de atención primaria

- Tres Policlínicos
- Cuarenta y siete consultorios de médicos de la familia, de los cuales uno se ubica en una fábrica y dos en escuelas

B) Hospital General de Sagua la Grande con

- C) Cuenta con veintuna unidades de estomatología instaladas en una clínica municipal y el resto de las instituciones ambulatorias.

D) Hogar de ancianos con ciento sesenta ca-

- mas ubicadas en la cabecera del municipio.

E) Un servicio de extracción de sangre.

F) Un centro municipal de higiene y epidemiología.

G) Una escuela politécnica de enfermería.

Sistema local municipal de Manicaragua

Este municipio se ubica geográficamente en el sur de la provincia, estando la mayor parte de su territorio de 1 062,89 km²; formado por las estraciones de la sierra del Escambray, lo que determina que el 71,6% de sus habitantes viva en zonas de montaña. Esta característica de alta ruralidad determina su presentación.

Residen en su territorio 70 197 habitantes, con una densidad de población de 66,4 habitantes por km².

El sistema local de salud esta integrado por la Dirección Municipal de Salud Pública, dependiente de la Asamblea Municipal del Poder Popular de Manicaragua.

La red de unidades del sistema municipal esta constituida por las siguientes instituciones:

A) Atención primaria

- Dos policlínicos
- Tres hospitales rurales
- Ochenta y dos consultorios del médico de familia.

B) Una Clínica Estomatológica y dieciséis unidades de Estomatología en diferentes unidades del municipio.

C) Unidad municipal de higiene y epidemiología.

Descentralización y participación de la población.

Todos los tipos de instituciones que componen la red de unidades de la salud pública están interconectados entre sí por diferentes necesidades de relaciones funcionales, que aseguran el trabajo del sistema en su conjunto y que pueden corresponder a las líneas de jerarquización administrativa.

Estas relaciones son:

- Remisión de pacientes de los niveles inferiores a los superiores.
- Intercambio de información, cuando varios tipos de unidades de un mismo nivel brindan diferentes formas de atención a un mismo paciente.
- Apoyo con especialistas de los niveles superiores a los inferiores.
- Intercambio de información necesaria, capacitada en un tipo de unidad y que es demandada para el trabajo de otras.

- Supervisión técnica por especialistas de niveles superiores a las unidades inferiores.
- Perfeccionamiento y educación continuada de especialistas de los niveles inferiores en los superiores.

Participación de la población

Nuestro pueblo ha jugado un rol decisivo en el logro de los objetivos trazados en los programas de salud, por el amplio, variado y complejo trabajo canalizado a través de sus organizaciones de masas, que hace que se robustezca y reafirme la línea de masa desplegada por la revolución desde un principio.

El mas estrecho contacto entre la comunidad y el sector salud se establece en el nivel primario de atención, y se traduce en la contribución consciente, crítica, continua y permanente de los miembros de la comunidad para alcanzar objetivos comunes que le beneficien.

O sea, que la comunidad tiene mucho que decir y decidir dado su carácter protagónico en la solución de sus problemas de salud y la evaluación de los servicios que se le brindan, a los fines de enfrentar dichos problemas.

Esta participación activa se expresa en la presencia de la comunidad en las decisiones y en la

● La Federación Estudiantil Universitaria (FEU).

A partir del año 1976 surge, con la creación del Poder Popular, una forma superior de participación de la comunidad en la solución de sus problemas, alcanzando un carácter más directo y objetivo.

Claro está que para obtener los resultados esperados con esta participación, ha sido necesario realizar previamente una intensa labor educativa a nivel de cada área de salud, teniendo como centro institucional al Policlínico u Hospital Rural y más recientemente al Consultorio del Médico y Enfermera(o) de familia, de forma tal que posibilite entregar a la comunidad los instrumentos de cultura sanitaria para ejercer plenamente sus derechos en salud y desarrollar en mejores condiciones su potencialidad y capacidad creadora.

El balance del trabajo de la participación a lo largo de estos años, se expresa en forma resumida en los siguientes aspectos:

- Elevación de la conciencia sanitaria.
- Participación decisiva del pueblo en los problemas de salud pública (vacunación, higiene, exámenes masivos de salud)
- Vigilancia sanitaria de la población, diagnóstico o detección de los problemas en el nivel local.
- La Federación de Estudiantes de la Enseñanza Media (FEM).
- La Organización de Pioneros de Cuba José Martí.
- La Central de Trabajadores de Cuba (CTC) y sus sindicatos.
- La Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP).
- La Federación de Mujeres Cubanas (FMC).
- Los comités de defensa de la revolución (CDR).

planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

No se trata de solicitar la colaboración pasiva de la comunidad en forma esporádica para la solución de un determinado problema. De lo que se trata es de romper con el enfoque unilateral de la salud, con el propósito de lograr que la comunidad sea objeto y sujeto del sistema nacional de salud.

Ahora bien, ¿cómo se logra esa participación? Ciertamente ello no es fácil, por lo cual se toma en uno de los problemas más complejos para el desarrollo del sistema nacional de salud; convirtiéndose de hecho en un reto permanente dentro del sector salud el alcanzar esa activa participación. En Cuba el sistema social asegura e induce la organización de las masas en la comunidad para generar y promover consecuentemente esa participación, a través de las diferentes organizaciones de masas existentes. Ellas son:

LA PROGRAMACION LOCAL EN EL SALVADOR *

INTRODUCCION

De acuerdo con las Políticas del Plan Nacional de Salud 1985/1989, congruentes con los requerimientos de la estrategia de atención primaria de salud, para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y las resoluciones de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo, de la cual nuestro país es signatario, el MSPAS tomó la decisión de desarrollar los sistemas integrados locales de salud (SILOS) como marco adecuado para alcanzar los objetivos del Plan antes mencionado. Durante estos últimos años, el MSPAS ha venido desarrollando las actividades inherentes a su responsabilidad en relación al ordenamiento de los recursos del sector para producir, progresivamente, el cambio de la situación de salud que la población requiere. Este esfuerzo se ve ahora más claramente orientado y coordinado al estar dirigido a un objetivo único, tanto a corto, como a mediano plazo, abriéndose la posibilidad de un desarrollo institucional integral y ordenado. Para esto cuenta con una clara decisión política, capacidad técnica y el apoyo de la cooperación externa, que han sido enmarcados hacia el mismo objetivo.

Conscientes de la responsabilidad que se asumen y de las dificultades existentes, pero completamente convencidos de que esa decisión será en beneficio de la población, el MSPAS se aboca a la tarea de organizar, coordinar y desarrollar mediante la programación local y los SILOS, aquellas actividades necesarias para que el accionar de toda la institución tenga una sola y única dirección: lograr un aumento sustantivo y calidad en su cobertura, utilizando mejor sus recursos y los de la comunidad.

El MSPAS está convencido que combinando mejor los recursos a su alcance, podrá desarrollar con una verdadera participación de la comunidad, un proceso ordenado de desarrollo de la salud y lograr un impacto positivo y duradero en la situación de salud.

El proceso de programación local que se está iniciando representa un esfuerzo participativo de todos los niveles del MSPAS y de la comunidad.

* El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONCEPTOS BASICOS

Programación local (PL)

Es el procedimiento del cual se vale el MSPAS para mejorar y extender la cobertura de los servicios de salud, con el fin de causar el mayor impacto posible en la situación de salud de la población. Su implementación será progresiva y su perfeccionamiento dependerá de la experiencia que se gane durante el proceso.

La PL lleva el nivel de decisión lo más cerca posible de donde se ejecutan los programas, para lo cual es necesario un grado suficiente de descentralización administrativa y la consecuente adecuación de normas y procedimientos.

La PL busca por medio de la priorización de grupos humanos y de problemas específicos, utilizar los recursos disponibles de la manera más eficaz, eficiente y equitativa, no solo evitando el despilfarro, sino potencializándolos al actuar al mismo tiempo, sobre los problemas prioritarios de salud y sobre los factores de riesgo que los condicionan.

Para esto se deben definir métodos de trabajo innovadores que utilicen en forma efectiva y activa la potencialidad local, dirigiendo su acción a la prevención, detección y solución de los problemas en la propia comunidad, devolviéndole a esta el rol protagónico que le corresponde en la construcción de su bienestar.

En la PL se entiende como comunidad a los grupos humanos con algún grado de organización social, capaces de tomar decisiones importantes, utilizando la información de que se dispone; así como, también, a las instituciones gubernamentales o no, que en ella trabajan. La participación de la comunidad se prevé en la PL, en todas sus etapas, desde la delimitación de áreas de acción y la población objetivo, pasando por la priorización de actividades y su ejecución, hasta llegar a la evaluación del resultado de las mismas y del proceso que se ha seguido.

Si bien la aplicación de la PL es netamente local, para que esta rinda los frutos esperados se requerirá de la acción mancomunada de toda la institución con el fin de conseguir todo el apoyo técnico y administrativo necesarios.

Para esto, se deben definir los programas integrados de salud que, basados en las prioridades nacionales, integren la acción de todos los recursos institucionales y de la comunidad, evitando las duplicaciones de funciones y las estructuras administrativas redundantes, dependientes de los requerimientos de proyectos individuales. Como se ve, la PL necesita que el nivel central produzca un desarrollo normativo basado en la desconcentración técnico-administrativa, así como de un cambio de actitud y de métodos de trabajo a nivel local.

También se entiende a la PL como un proceso que irá dando nueva forma a los servicios de salud, delimitándolos con más precisión, identificando sus fortalezas y debilidades, poniendo de relieve las limitaciones de su cobertura, etc. Proceso que, inevitablemente, se dará con distinta velocidad y profundidad, de acuerdo a las condiciones locales, pero que forzosamente deberá mantener una unidad metodológica sin la cual ahondaríamos el desorden que queremos eliminar.

Este último concepto determina el rol primordial que la PL tiene en la organización futura de los sistemas integrados locales de salud (SILOS), siendo su implantación necesariamente anterior a la delimitación de estos, ya que aportará los elementos esenciales para la articulación de niveles de atención, que sean técnica y administrativamente suficientes y con la necesaria capacidad resolutiva como para integrarse en un sistema armónico. A continuación y a modo informativo se indican algunas de las tareas que el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá llevar a cabo de manera progresiva para dar apoyo a la PL, lo que orientará en forma concreta su desarrollo institucional.

A nivel central:

- Se definirán los objetivos y prioridades globales, los que serán validados a nivel regional.
- Se formularán los programas integrados de salud en los cuales se definirán las responsabilidades individuales y colectivas en los diferentes niveles de atención.
- Las unidades técnicas definirán las normas y procedimientos orientados a las nuevas modalidades de trabajo y a las nuevas responsabilidades adoptadas al nivel local.
- Se definirán las funciones y responsabilidades administrativas de los distintos niveles,

Los sistemas locales de salud (SILOS)

La PL por sí misma será un factor positivo en la entrega de las acciones de salud; pero, a su vez, hay que contemplarla como el inicio y el motor de un proceso de reordenamiento y desarrollo de los servicios de salud que tiene como finalidad el aumento y mejoramiento de su cobertura.

Este proceso buscará articular los distintos niveles de atención a la comunidad, de tal manera que se complementen y potencialicen y logren brindar una atención integral, eficiente, eficaz y equitativa a la población.

Las características que, de acuerdo con las definiciones nacionales, tendrán los futuros SILOS son las siguientes:

- Los SILOS se plantean como una propuesta de división del trabajo dentro del sistema nacional de salud, con responsabilidad geográfica y poblacional, tanto en áreas urbanas, como rurales, pasados en las necesidades de la población e identificadas con su plena participación.

Desarrollo institucional en función de la programación local y de los sistemas locales de salud.

El MSPAS ha venido impulsando su desarrollo operativo desde hace más de veinte años, sin embargo, no se ha logrado alcanzar el objetivo de aumentar la capacidad de respuesta institucional en relación con las necesidades de salud de la población.

Para analizar esta situación, el MSPAS realizó a mediados de 1988, una reunión de las más altas autoridades centrales y regionales, las que coincidieron en que esta situación se debe fundamentalmente a:

- Falta de claridad en la definición de los servicios de salud, en la direccionalidad de su desarrollo, y en la identificación de sus requerimientos de apoyo;
- Orientación de los esfuerzos del MSPAS hacia trabajos de organización y métodos, y de mejoramiento de subsistemas administrativos de manera inconexa, sin tener en cuenta las necesidades del desarrollo de los servicios.

Esta reunión se llevó a cabo a la luz de una clara decisión técnico-política de orientar el desarrollo de los servicios de salud teniendo como imagen objetivo a los SILOS, y como motor de su articulación a la programación local.

Como resultado de la reunión se decidió que era necesario impulsar un proceso de desarrollo institucional, orientado a hacer factible la PL y la constitución de los SILOS y que tuviera como marco, la plena participación de la comunidad y la realidad del entorno político, social y económico del país.

Con base en lo anterior, se formuló el Plan Maestro de Desarrollo Institucional, el cual tiene dos partes: la primera a corto plazo, destinada a dar factibilidad al inicio de la PL; y la segunda a mediano plazo, orientada al desarrollo institucional integral.

El Plan Maestro tiene como núcleo integrador y como imagen objetivo a los SILOS, ubicados en su ambiente territorial y poblacional y entendidos como centros de las intervenciones de la salud del sector, de las acciones propias de la comunidad, y de las relaciones intersectoriales destinadas al desarrollo social.

En los SILOS deberán converger e interrelacionarse, a través de un proceso de descon-

● Un SILOS debe responsabilizarse por la articulación de todos los recursos existentes en un espacio geográfico delimitado (hospitales, centros de salud, unidad de salud, puestos de salud, trabajadores comunitarios, organizamos comunitarios, etc.), para lograr su mejor utilización y adecuación a la realidad local.

● Los SILOS deben asumir, por lo tanto, la responsabilidad por la atención a los individuos, las familias, los grupos sociales y el medio ambiente, con capacidad de coordinar los recursos disponibles del sector o extrasectoriales y de facilitar la participación social.

● La dimensión o tamaño de los SILOS varía de acuerdo a la realidad local, a las condiciones de urbanización, de transporte y de comunicaciones, y a la disponibilidad de tecnologías capaces de otorgar a esa unidad técnico-administrativa, un adecuado poder de resolución para la mayoría de los problemas de salud, con el mayor grado de eficacia.

● La constitución de los SILOS no parte de un vacío, sino de una infraestructura de servicios existente y ordenada según el estilo administrativo vigente.

De manera que se requiere el cambio del sistema actualmente gradual; pero que deberá ser ordenado permanentemente para que mantenga su direccionalidad y se asegure el alcance de sus objetivos.

Como se ve, no se trata simplemente de ordenar en un mapa una serie de establecimientos teóricamente ligados por un sistema de referencia y por sistemas administrativos, sino que se debe otorgar a cada uno de los niveles del SILOS, y a este en particular, la imprescindible capacidad de resolución técnico-administrativa que le permita hacer frente a los problemas planteados.

Se trata, entonces, de identificar en una primera etapa, según la experiencia adquirida, cuál sería la conformación del SILOS, e inmediatamente determinar los requerimientos de desarrollo, tanto técnicos, como administrativos, para que ese conjunto de unidades posea el deseado poder de resolución. Alcanzar ese poder constituirá el desarrollo futuro del desarrollo de salud en El Salvador.

Estamos convencidos de que es posible ordenar mejor nuestros recursos, evitar el despilfarro que significa la atomización de los programas de salud y así, poder mejorar nuestra cobertura de salud.

- Atención a las personas (Atención médica integral)
- Atención al medio.
- Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud.
- Participación comunitaria.

A su vez estos capítulos se dividen en programas, subprogramas y actividades, lo que constituye la Apertura Programática.

Ejemplos:

Componente: Atención a las personas.

Programa: Materno Infantil.

Subprograma: Infantil.

Actividad:

- Atención al niño menor de 5 años.
- Fomento del registro del recién nacido.
- Control de crecimiento y desarrollo, etc.

Existe la decisión política de contar con programas integrados de salud y de orientarlos prioritariamente hacia las poblaciones más necesitadas; por lo que se hace necesario que estos definan, desde su planteamiento (apertura programática), la interrelación de los recursos de la institución para su ejecución, de manera de lograr el máximo de eficacia y eficiencia de los mismos.

Se requiere, en consecuencia, revisar la forma en que se presenta la apertura programática ya que esta *per se*, no es suficiente para expresar la integralidad deseada. La nueva presentación debe relacionar cada actividad con los elementos organizativos de los servicios por medio de los cuales se operacionalizará, con el fin de orientar las estrategias y las formas de organización que aseguren la integralidad en la utilización de los servicios.

Esto significa definir para las distintas actividades, sus objetivos, normas y procedimientos de acuerdo con el grado de complejidad de las mismas, en cada uno de los niveles de atención (comunidad, puesto de salud, unidad de salud, etc.)

La apertura programática deberá, por tanto, expresar la responsabilidad común de cada nivel de ejecución y las características de la responsabilidad que a cada miembro de dicho nivel le competen.

Sin esta integralidad, que para cada nivel de

tración administrativa y de la metodología de PL, cuatro componentes que contribuyen a dar factibilidad y a mejorar la extensión de cobertura de los servicios de salud; y son:

- El primer componente está constituido por los programas que corresponden a la atención de la salud, tanto en lo referente a la atención de las personas, como al medio ambiente. Estos programas deberán formularse de manera integrada, buscando la complementariedad entre los mismos dentro de los distintos niveles de atención, y en relación con todos los factores que componen los equipos de salud. Deben, por lo tanto, expresarse en su planteamiento, la responsabilidad colectiva del nivel de atención para su ejecución, y la responsabilidad individual de cada uno de los individuos que laboran en los mismos.

- El segundo componente está constituido por los elementos del área de administración, que van desde la alta gerencia y conducción institucional, hasta los sistemas y procesos administrativos que interactúan como instrumentos para la formulación, ejecución y control de los programas de salud del primer componente. Se pretende, así, alcanzar la educación y fortalecimiento de la infraestructura de los servicios al brindar un soporte gerencial a los requerimientos tecnológicos y administrativos de los programas integrados de salud.

- El tercer componente se refiere al desarrollo de los recursos humanos y comprende una serie de programas tendientes al fortalecimiento de la infraestructura, que permita no solo adecuar los programas de capacitación y formación, sino también, descentralizar estas funciones en los niveles regionales. Abarca así mismo, la capacitación del personal docente en técnicas y métodos didácticos y la sistematización de la aplicación de la estrategia de estudio-trabajo.
- El cuarto componente se orienta a facilitar la participación de la comunidad en todas las etapas de la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud, y en los procedimientos de concertación de los recursos intersectoriales orientados a su desarrollo.

Estructura y apertura programática

La estructura programática consiste en los grandes capítulos en que se divide el Plan Nacional, a saber:

atención da la responsabilidad común y la individual en la prestación de servicios, la apertura programática no pasará de ser un listado ordenado de actividades.

Habrà que tomar en cuenta, también, las modalidades de trabajo (intramuros o extramuros) para la ejecución de las actividades, ya que se requerirá de la formulación de normas y procedimientos adecuados a las mismas.

Es importante puntualizar que deberá utilizarse la apertura programática, no como un instrumento que obligue al nivel operativo a efectuar todas las actividades de manera exhaustiva, sino, más bien, como un instrumento que sirva para identificar entre un grupo muy grande de posibilidades, aquellas que efectivamente estén orientadas a resolver la problemática de las áreas marginales.

Modalidades de trabajo

Se entiende como modalidad de trabajo, la forma en que se entregan las acciones de salud, buscando eliminar en lo posible los distintos métodos de inaccessibilidad de la población a los servicios.

Generalmente la inaccessibilidad se puede dividir en los siguientes tipos:

- Geográfica, dada por la lejanía, accidentes geográficos, dificultades de transporte, etc.
- Económica, producida por la dificultad para hacer frente a los gastos requeridos.
- Funcional, causada por los horarios y programación de los servicios que no guardan relación con el tiempo disponible de la población, tanto por sus horarios, como por la parcelación de los servicios brindados.
- Socio-cultural, relacionada con el grado de educación, factores culturales, religiosos, etc.
- Tecnológica, fundamentalmente dada por la utilización de tecnologías no apropiadas, o no aceptadas por la comunidad.

Para adaptar las modalidades de trabajo de los servicios de salud, con miras a minimizar la inaccessibilidad de la población, se requiere tomar medidas organizativas que lleven las acciones lo más cerca posible de donde se producen los problemas (en la familia y en la comunidad), por medio de las visitas domiciliarias integrales, y de la utilización racional de los voluntarios de la comunidad y de sus instituciones.

Participación de la comunidad

Requiere, también, adaptar y extender, si fuera posible, los horarios de atención de los servicios de salud, de acuerdo con los tiempos que los pobladores dispongan para utilizar los servicios. Se debe, además, determinar con la comunidad, por medio de la programación local, no solo las prioridades de salud, sino también las normas y métodos que se deben tener para abordarlas.

La adopción de modalidades de trabajo innovadoras, es esencial para la programación local y, necesariamente, debe ser el producto de la toma de decisión a nivel local con la asesoría regional.

La PL y la futura conformación de los SILOS, tienen como elemento fundamental la participación de la comunidad.

Si bien se reconoce que la participación activa y consciente de la comunidad, a todos los niveles, es una meta a ser alcanzada quizás a largo plazo, debemos iniciar ya acciones en este sentido, no olvidando las lecciones del pasado y utilizando el método de aproximaciones sucesivas que nos permita avanzar aprendiendo.

La comunidad debe cambiar su rol de simple receptora de los servicios, por el de una participación más activa en la toma de decisiones y en una intervención más directa en el diseño y selección de sus propias opciones de acción.

La importancia de que la comunidad movilice recursos humanos y físicos para contribuir a la solución de sus problemas no se discute; pero se cuestiona cuando la participación de la comunidad se orienta simplemente a reducir costos, por cuanto la instrumentaliza, convirtiéndola en herramienta y no en actora de su propio desarrollo.

Una de las razones por las cuales no se ha producido en forma efectiva la participación de los servicios, de estar organizados en unidades con comando muy centralizado, donde la toma de decisiones se efectúa en un nivel muy alejado de las posibilidades de influencia de la comunidad.

La descentralización es, por tanto, un requisito fundamental para incentivar la participación social en los sistemas locales de salud; puesto que la misma crea el espacio necesario, para la toma de decisiones por parte de los actores sociales.

Se entiende como participación social en los sistemas locales de salud, el proceso de la intervención de la comunidad organizada en las deci-

● La organización técnica de los servicios, determinada por: la apertura programática, los niveles de complejidad, los métodos de trabajo y la responsabilidad individual de los distintos actores;

● La organización administrativa de la institución, prestando especial atención al grado de descentralización posible y a los puntos de decisión administrativa.

Teniendo en cuenta lo anterior y previo al diseño de instrumentos, se analizarán con los departamentos técnico-normativos y con las regiones, los indicadores mínimos necesarios para los distintos programas, a los que también deberá responder el sistema de información.

Con todo este bagaje de datos se diseñarán los instrumentos para recoger, tabular, analizar, programar y medir el cumplimiento de las acciones de salud.

Para cada etapa del proceso de PL (Análisis Situacional, Programación de Actividades y Ejecución de Actividades), se determinarán:

- Formularios a ser utilizados.
- Responsable del llenado.
- Momento del llenado.
- Origen de la información.
- Archivos (puntos de análisis) y
- Frecuencia de envío.

El diseño del sistema de información será validado en todas sus etapas por el nivel local, y su implantación y utilización serán permanentemente monitoreadas, para mejorarlo y adaptarlo a las situaciones cambiantes de los servicios.

ELEMENTOS DE LA PROGRAMACION LOCAL

Resumiendo lo anteriormente dicho y enfocándolo hacia los niveles locales, tenemos que la PL es un procedimiento que basado en normas, prioridades, formas de trabajo definidas y datos sobre la situación de salud local y los recursos existentes, se lleva a cabo entre la comunidad, el nivel local y el nivel supervisor, con el fin de fijar las metas programáticas para un período determinado.

Para la implementación de la PL habrá que partir del modelo de atención existente, perfeccionándolo dentro de un proceso continuo que se desarrollará de manera ordenada. Este desarrollo tendrá el propósito de adecuar, combinar y dis-

siones que tienen que ver con la satisfacción de sus necesidades, en el control de los procesos, y en la aceptación de las responsabilidades y obligaciones que se derivan del desempeño de una función decisoria. La participación social es, entonces, una forma de relacionar a la sociedad con el Estado, para que este sea más representativo de la sociedad civil, y que se cumpla la premisa de que "no puede haber desarrollo si no hay organización comunal".

El punto relevante es, entonces, cómo lograr una verdadera y efectiva organización y participación comunal.

Una estrategia viable a corto plazo es la programación local, la que comprende delegación de responsabilidad y autoridad del nivel central al nivel de un área geográfica definida, que permita la programación local de intervenciones tomando como base las necesidades identificadas por las personas de esa comunidad y la participación activa de ellas en la ejecución de lo programado, en la monitoria de su avance y en la evaluación de los resultados.

Sistema de información

La situación actual del manejo de la información a nivel local está lejos de ser óptima, debido, fundamentalmente, a dos factores: el primero es la falta de delegación de autoridad para la toma de decisiones, y el segundo, la proliferación de sistemas de información dependientes de proyectos verticales que responden a requerimientos administrativos centrales.

Para implantar la PL es necesario poder contar con datos válidos y oportunos en los puntos de decisión (comunidad, puestos de salud, unidades de salud, etc.), que permitan el conocimiento de la realidad (análisis situacional), la toma de decisiones (programación local), y el seguimiento de estas (monitoreo, supervisión, evaluación).

Para esto, se diseñará un sistema de información adecuado a los requerimientos antes mencionados y que brinde, también, los datos que necesita el nivel central.

Una vez implantado este sistema de información, todo requerimiento adicional de datos a los niveles locales deberá ser sometido a la aprobación de un comité *ad-hoc* y a las autoridades regionales.

El diseño de este sistema de información tendrá los siguientes puntos de partida:

vicios de salud en forma directa o referida a ese establecimiento.

Actualmente los diferentes establecimientos de salud tienen asignada un área de influencia por bien delimitada y cuya población es estimada por proyecciones censales, originadas en el último censo nacional de hace dieciocho años.

Para delimitar el AGI de cada establecimiento, su personal revisará en los documentos existentes sobre las comunidades de origen de la población que demanda servicios; recabará datos de la experiencia de cada uno de sus miembros; consultará con la comunidad sus hallazgos y, posteriormente, junto con el equipo regional, trazarán los límites en el mapa.

En el mapa se ubicarán las comunidades, se determinarán las distancias al establecimiento, las vías de acceso y los tiempos de desplazamiento. Un apoyo importante a este ejercicio lo constituye el Programa de Lucha Contra la Malaria.

Asimismo, junto con la comunidad se deberá estimar con la mayor precisión posible la población que habita en el AGI.

Para definir el AGI se facilitarán:

- a) Mapas municipales.
- b) Croquis de cantones.
- c) Croquis de Programas de Malaria.
- d) Mapa de isócronas.
- e) Guías para elaborar croquis.
- f) Instrumento para delimitar el AGI y estimar su población.

Una vez delimitadas las áreas de cada establecimiento se analizará, en la región, la nueva conformación de la red periférica de establecimientos y se actualizarán los datos poblacionales.

Posteriormente, las regiones y el nivel central decidirán, si fuera necesario, la nueva delimitación de las regiones y actualizarán los datos nacionales de población.

También, se identificarán aquellas poblaciones que no tienen acceso a los servicios, hacia las cuales se orientarán acciones especiales para llevarles un mínimo de intervenciones básicas. Estos grupos serán el objetivo de futuros proyectos de extensión de la cobertura de los servicios de salud.

Análisis situacional

Esta es la segunda etapa de la PL, posterior a la definición del AGI.

tribuir los recursos disponibles, para lograr su

males locales, identificadas en un análisis permanente con la comunidad y aplicando la estrategia de atención primaria en salud.

La PL debe generar la movilización de las fuerzas locales constituidas por el equipo local de salud, la comunidad y sus órganos de expresión, así como los órganos regionales e intersectoriales, procurando su integración.

A nivel local, la PL se constituye en un contrato tripartito que garantiza realismo y dirección a la programación entre el nivel local, la comunidad y el nivel supervisor, en el cual se fijan metas concretas y se comprometen los recursos posibles para lograr el mayor impacto en la situación de salud.

El análisis situacional de salud como base de la PL, debe comprender no solo el análisis de los problemas de salud, sino, también, el de los factores de riesgo condicionantes que faciliten el diálogo entre la comunidad y otras fuerzas sociales, con el fin de removerlos progresivamente.

La PL es un proceso en el cual se siguen las siguientes etapas:

1) Delimitación del área geográfica de influencia (AGI) y estimación de la población.

2) Análisis situacional:
● Identificación y análisis de variables.
● Identificación de factores de riesgo y problemas de salud.

● Identificación de prioridades.
● Identificación de la población de responsabilidad programática (PRP).

3) Programación local de actividades.
● Sectorización y levantamiento de croquis.
● Encuesta familiar y comunitaria.
● Programación por niveles:

– Comunidad
a) Nivel local
– Intamuros
– Extramuros
b) Nivel superior o de apoyo

● Asignación de recursos y responsabilidades.

Delimitación del área geográfica de influencia (AGI) y estimación de su población
El AGI de un establecimiento es la primera etapa del proceso de la PL y se define como el área geográfica dentro de la cual la población, tanto concentrada, como dispersa, demanda ser-

El análisis situacional es un procedimiento que permite llegar al conocimiento suficiente de la realidad de una población, para decidir la conducta a seguir en función de prioridades. El análisis situacional es especialmente útil cuando no contamos con la suficiente información estadística confiable y ordenada, de manera que permita su rápido manejo.

Los rasgos más relevantes del análisis situacional son los siguientes:

- Es de rápida ejecución y permite la toma de decisiones casi inmediatas.
- No requiere de conocimientos especializados para su aplicación.
- Se basa en documentos ya existentes, y no en la aplicación de encuestas.
- Se fundamenta en la experiencia del grupo humano que hace el análisis, el que está controlado por personal institucional y de la comunidad.
- Se basa en la observación de la realidad y en su interpretación por el mismo grupo local.
- Debe ser permanentemente actualizado.
- Puede hacerse más preciso, si fuera necesario capacitando progresivamente al personal en técnicas específicas.

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

Las variables a analizar son:

- Población
- Trabajo
- Ingresos
- Educación

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

Identificación y análisis de variables

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

- Alta tasa de fecundidad
- Crecimiento poblacional desordenado sin acceso a bienes y servicios
- Estructura poblacional vulnerable
- Disolución de la organización familiar tradicional.
- Desempleo
- Falta de estabilidad familiar
- Limitación de accesos a bienes y servicios
- Menores abandonados
- Analfabetismo
- Inaccesibilidad a bienes y servicios
- Déficit alimentario
- Falta de recreación
- Falta de oportunidad para mejorar el nivel de vida
- Inadecuación a la demanda de mano de obra capacitada
- Desorientación frente al medio sensorial
- Pobre estimulación sensorial

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

- Población
- Trabajo
- Producción
- Educación
- Vivienda
- Agua
- Desechos sólidos
- Disposición de excretas
- Servicios de salud y otros
- Otras que la comunidad considere de importancia

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

El análisis situacional se realiza desarrollando secuencialmente los pasos que se describen a continuación:

Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - Haciamamiento y promiscuidad - Probabilidad de accidentes e intoxicaciones - Alta contaminación fecal - Escaso abrigo - Contaminación ambiental 	
Agua	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene deficiente - Contaminación del agua 	
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades de transmisión sexual 	
Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición - Atención no oportuna a los problemas de salud 	
Educación	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición - Pobre utilización de los servicios de salud 	
Excretas	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente fecal 	
Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccesibilidad funcional, cultural - Deficiente prevención - Pobre utilización de los recursos - Baja cobertura de los servicios 	
Desechos sólidos	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación ambiental - Proliferación de vectores - Peligro de accidentes 	
Excretas	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente fecal 	
Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccesibilidad funcional, cultural - Deficiente prevención - Pobre utilización de los recursos - Baja cobertura de los servicios 	
Desechos sólidos	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación ambiental - Proliferación de vectores - Peligro de accidentes 	
Excretas	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente fecal 	
Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccesibilidad funcional, cultural - Deficiente prevención - Pobre utilización de los recursos - Baja cobertura de los servicios 	
Problemas de salud:	<p>Después de analizar las variables se deducirán los problemas de salud que la situación local puede acarrear. Esta deducción se complementará con los datos obtenidos de registros oficiales y con la prioridades nacionales.</p> <p>A continuación se lista una serie de problemas de salud por variable, a modo de ejemplo, y no se espera que sean tomados como modelo.</p>	
Variable	<i>Problemas de salud</i>	
Población	<ul style="list-style-type: none"> - Alto riesgo obstétrico (ARO) - 50% de la población requiere de programa materno infantil y de control de enfermedades crónicas (degenerativas, diabetes, carcinomas) - Trastornos psíquicos - Farmacodependencia - Abortos - Accidentes de tránsito 	
Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos psíquicos - Enfermedades de transmisión sexual - Violencias - Accidentes de tránsito - Alcohólico 	
		<p>Identificación de prioridades</p> <p>Del análisis y de la discusión con la comunidad es probable que surja un número considerable de problemas de salud, los que por consiguiente debemos priorizar.</p> <p>Para priorizar los problemas de salud se sugiere tomar en cuenta los criterios siguientes:</p> <p>Magnitud. Dada por el volumen, la importancia o trascendencia del problema. Se expresa por la estructura de la morbilidad y mortalidad, por la fuerza del factor riesgo y por la valoración socio-política que se tenga del problema.</p> <p>Vulnerabilidad. Es la posibilidad técnica, económica y socio-política de actuar sobre un</p>

problema de salud y/o sus factores de riesgo, con un grado considerable de impacto.

Trascendencia. Es la importancia que la sociedad (comunidad) otorga al problema, independientemente de su magnitud.

Los problemas de salud prioritarios se identificarán otorgando valores de 1 a 4 a los criterios antes mencionados y seleccionando a los que obtengan un valor de 3 o más.

Identificación de la población de responsabilidad programática (PRP).

Uno de los principios de la PL es lograr la equidad en la atención en salud, para de esta forma ayudar a disminuir la brecha social entre grupos con distintos recursos.

Reconociendo lo anterior, por medio de la PL se orientarán acciones directas y de gran dinamismo hacia los grupos más desprotegidos y se fomentará la demanda voluntaria de los grupos con mejor situación socio-económica y de salud.

Es, por tanto, imprescindible identificar los grupos más desprotegidos de los cuales el equipo del establecimiento, la comunidad organizada y el nivel supervisor se responsabilizarán para lograr cambios en su situación de salud. Esa población es la llamada PRP y es parte de la población estimada de AGI.

Es de destacar que la PRP debe ser localizada en un área geográfica perfectamente delimitada y que no se trata solo de personas o familias individualizadas y separadas del resto por condiciones que afectan al individuo y a la familia son soluciones, solo al ser enfocados en el contexto social que los rodea.

Se define como PRP de un establecimiento a grupos poblacionales dentro del AGI, a los cuales por sus condiciones de marginalidad, se les programará un paquete de servicios básicos de salud (acciones integradas), dándole cobertura total a través de acciones conjuntas entre la comunidad, el establecimiento y la coordinación con otros sectores.

Se seleccionará la PRP con participación activa de la comunidad tomando como criterios:

- Comunidades con condiciones especiales de accesibilidad, económica, funcional, cultural o geográfica, a los servicios de salud.
- Comunidades con ingresos económicos por debajo del resto.
- Comunidades con ingresos económicos por etc.).

De entre estas comunidades se priorizarán aquellas que cuenten o den indicios de que intentan desarrollar organizaciones comunitarias y preparar voluntarios de salud.

El factor restrictivo para la atención de las comunidades en mayor riesgo es la disponibilidad de recursos, ya que estas deberán ser atendidas con modalidades de trabajo como la visita domiciliar por ronda periódica.

Este factor restrictivo podrá minimizarse utilizando formas nuevas de trabajo con la comunidad, que movilicen al máximo sus recursos.

La PRP será objeto de encuestas familiares y comunitarias específicas para determinar con precisión los problemas de los individuos, de las familias y de las comunidades y poder, así, articular los recursos disponibles para su solución. Las comunidades que conformen la PRP se delimitarán con toda claridad en los mapas.

Programación local de actividades

La programación local de actividades (PLA), es la tercera etapa del proceso de la programación local. Para realizarla se necesita:

- a) Del nivel central:

- Identificación de objetivos y prioridades nacionales.
- Definición de las actividades factibles de ser realizadas por las unidades productoras de servicios.
- Indicación, para cada actividad, de su posición objetivo, la cobertura que se pretende y la concentración, y el rendimiento a alcanzar.
- Asignación de recursos necesarios para cumplir con las prioridades establecidas.
- Formulación de programas con enfoque integral y con responsabilidad común en su ejecución por nivel de atención.
- Enunciación de normas y procedimientos orientados a las nuevas modalidades de trabajo.
- Descentralización administrativa suficiente como para dar factibilidad a la PL.

b) Del nivel local:

- Capacitación del personal.
- Delimitación del AGI y estimación de responsabilidad programática.
- Organización y participación social.

MANUAL OPERATIVO DE PROGRAMA-CIÓN LOCAL*

Motivación y consulta con la comunidad

Previo el inicio de la PL, el equipo de salud

identificará las organizaciones y líderes comunales, así como a todos los empleados de otros sectores que actúen localmente y solicitará una reunión con ellos con el fin de difundir los principios de la PL, explicar su funcionamiento y solicitarles toda su colaboración.

Estas reuniones serán apoyadas por el nivel regional y central, quienes buscarán acuerdos que faciliten las relaciones locales entre Ministros y entre agencias.

Los puntos más importantes a tratar en la comunidad, podrán ser los siguientes:

- Hay que analizar los problemas entre todos para buscar soluciones en las que cada uno pueda participar.

● En el trabajo diario de salud se van a compartir responsabilidades entre los trabajadores de salud y la población, para lograr beneficiar a la mayor cantidad de personas.

● Donde haga más falta se visitarán las familias casa por casa, para evitar las enfermedades. Entre todos buscaremos solucionar los problemas que nos afectan.

● Entre todos cuidaremos que las cosas que decidimos hacer, se cumplan.

● Es necesario que las organizaciones comunales, si existen, nombren a un grupo para trabajar en salud. Si no existen, la comunidad debe organizarse.

Hay que recalcar que sin organización de la comunidad no puede haber progreso y que, por lo tanto, este primer paso es fundamental y no debe olvidarse. Puede que no sea posible lograr una participación entusiasta desde un primer momento; pero con dedicación y perseverancia en consulta con la población y el trabajar junto

*Este Manual Operativo se incluye como un ejemplo detallado en un país, con el fin de instrumentar actividades a nivel local en forma programada.

En algunos casos se ha optado por suprimir cuadros o fichas, omisión que estimamos no dificulta el sentido general del ejemplo, ya que de cualquier manera la aplicación en cada país, región, o SILOS, deberá hacerse con las cortes-pendientes y necesarias adaptaciones. Los Editores.

De esta manera se llegará a un acuerdo tripartito, el que será periódicamente monitoreado por las partes involucradas.

La PLA tendrá tres ambientes:

1) La comunidad, en la que se incluyen los voluntarios de la misma, sus organizaciones, y los recursos gubernamentales o no, que en ella

2) El establecimiento en su dimensión intramuros, donde se programará la atención a la demanda espontánea y a la referencia, así como las actividades administrativas, como capacitación, supervisión, suministros, personal, etc.

3) El establecimiento en su dimensión extramuros, donde se programarán las actividades a ser ejecutadas en la población de responsabilidad programática, en forma de visitas domiciliarias, reuniones con la comunidad, acciones sobre el medio ambiente, etc.

Como resultado de la PLA se presentarán metas y responsabilidades y se establecerán los lazos de coordinación necesarios.

Es de gran importancia que en el momento de establecerse las metas programáticas se comprometan los recursos para alcanzarlas. Si estos recursos no pueden ser aportados por el nivel local, ni por el nivel superior, ni por la comunidad, la programación de esa acción específica quedará pendiente de las gestiones que se hagan para movilizar los recursos requeridos.

Como principio se programará aquello que sea identificado como prioritario, que sea vulnerable y que existan los elementos para las intervenciones necesarias.

con ella se logrará, sin duda, una buena relación en el futuro.

Delimitación del área geográfica de influencia (AGI) y estimación de su población

Instructivo

Formulario PL.1

Delimitación del área geográfica de influencia

Estimación de su población

Introducción

En la delimitación del AGI de un establecimiento es importante contar con el completo apoyo de todo el equipo de salud, la comunidad y trabajadores de otros sectores, como maestros, extensionistas agrícolas, etc.

Como elementos de apoyo se contará con:

● Mapas municipales.

● Croquis de cantones.

● Mapas de isócronas.

● Guía para elaborar un croquis.

AGI.

La delimitación del AGI se hará con la supervisión de la Región la que deberá aprobarla oficialmente.

En ocasiones aparecerán comunidades que acuden al establecimiento que realiza el estudio, cuando están más cerca de otro, o viceversa. Esta situación se da por varias razones, a saber, el fácil acceso, la calidad del servicio, etc. Esto hará que las AGI no concuerden, necesitaríamos, con los límites de la división político-administrativa del país, sino que sigan límites dictados por razones funcionales que se deben respetar.

Para conciliar esta situación es importante que se negocie con los establecimientos vecinos los verdaderos límites de las respectivas AGI. El instrumento PL-1 para determinar el AGI consta de un mapa y un formulario.

Objetivo:

Delimitar en un mapa el área geográfica que ocupan las comunidades que acuden al establecimiento, identificar esas comunidades, determinar la accesibilidad de las mismas a los servicios y estimar su población.

Responsable del llenado:

El director del establecimiento.

Frecuencia del llenado:

Se actualizará anualmente con base en los datos recogidos durante las operaciones.

Destino:

Se mantendrá un ejemplar en el establecimiento y se enviará uno a la Región.

Instrucciones para su llenado:

Encabezamiento:

● Nombre del establecimiento y tipo (PS, US, CS, etc.).

● Región sanitaria a la que pertenece.

● Departamento y distrito en el que está ubicada el AGI.

● Nombre del responsable de llenar el formulario y fecha en que se elaboró.

Cuerpo del Formulario:

● Columna 1. Anotar los nombres de las comunidades que se han identificado dentro del AGI del establecimiento.

● Columna 2. Para cada comunidad anotar el municipio al que pertenece.

● Columna 3. Para cada comunidad anotar el cantón al que pertenece.

● Columna 4. Para cada comunidad anotar aproximadamente la distancia en kilómetros que la separa del establecimiento.

● Columna 5. Para cada comunidad anotar el tiempo de camino hasta el establecimiento por los medios habituales de transporte.

● Columna 6. Para cada comunidad anotar el medio de transporte habitual.

● Columna 7. Para cada comunidad anotar la población total que se estima y cómo se divide por grupos de edad. Si este dato no se conoce con certeza, se aplicarán los siguientes factores de cálculos:

< De 1 año	: 4.0%
De 1-4	: 13.0%
De 5-14	: 29.0%
De 15 y más	: 53.0%

Dentro de la columna 1, en la última línea (Total) se sumarán los totales de población de cada comunidad, para obtener el *Total General* de población estimada del AGI.

PL-1

**PROGRAMACION LOCAL
DELIMITACION DEL AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA
Y ESTIMACION DE SU POBLACION**

REGION _____
ESTABLECIMIENTO _____
RESPONSABLE DEL LLENADO _____
DEPARTAMENTO _____
MUNICIPIO _____
FECHA DEL LLENADO _____

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			Total	0-1	1-4	5-14	15-45	45 + de	(7)
				Tiempo de recorrido									
Comunidad	Municipio	Cantón	Distancia en Kilómetros	A pie (6)	A Caballo (6)	Bus (6)	Población						
TOTAL													

Definición de la unidad de programación

Este es un paso importante en la PL, que permite conocer y programar todos los recursos de salud que existen en el AGI de cada establecimiento, independientemente del programa, proyecto o institución al que pertenece. Dependiendo de la complejidad del AGI (puesto de salud, unidad de salud, centro de salud, u hospital), la definición de la unidad de programación facilitará en el futuro la estructuración de los SILOS.

Por el momento nos referiremos a los establecimientos en forma general, sin indicar su complejidad, ya que las instrucciones que se dan son válidas para cualquier tipo al que se quiera aplicar. Se entiende como Unidad Programática al conjunto funcional de recursos organizados por medio de la PL que permita la programación, monitoria y evaluación de los servicios de salud a ser brindados a los individuos, las familias y el medio ambiente en un AGI determinado.

Pasos a seguir:

- Delimitar el AGI.
- Identificar todos los recursos de salud con que cuenta el AGI.

- a) Establecimientos de menor complejidad.
- b) Voluntarios de salud de la comunidad.
- c) Voluntarios de Malaria.
- d) Asistentes rurales de salud.
- e) Inspectores de salud, etc.
- Delimitar el área geográfica y la responsabilidad poblacional de cada uno de los recursos, Son situaciones o elementos que afectan la salud de los individuos y que mientras existan

Problema de salud:

Todos sabemos que son enfermedades que afectan a la mente o al cuerpo de las personas.

Factores de riesgo:

Son cosas o situaciones que se analizan para saber cual es el problema al que nos enfrentamos. Las variables propuestas aparecen en el formulario.

Variable:

Durante el análisis situacional utilizaremos algunas palabras cuyo significado tenemos que conocer.

El análisis situacional se realiza sobre la totalidad de AGI y es imprescindible que en el proceso la comunidad y el nivel supervisor. Tiene varias etapas que nos llevan a conocer en qué condición se encuentra la población que vive en el AGI.

Introducción:

Análisis situacional del AGI

El análisis situacional se realiza sobre la totalidad de AGI y es imprescindible que en el proceso la comunidad y el nivel supervisor. Tiene varias etapas que nos llevan a conocer en qué condición se encuentra la población que vive en el AGI.

seguridad apareciendo enfermedades, por ejemplo: la falta de agua potable produce la aparición de diarreas; los criaderos de zancudos permiten que se transmita la malaria y el dengue; la falta de escuelas hace que los jóvenes no aprendan cosas útiles para el cuidado de su salud; la falta de carreteras impide que los enfermos lleguen al establecimiento, etc.

Responsable del llenado:

El jefe del establecimiento, con la participación de la comunidad y el equipo de salud.

Población de Responsabilidad Programática:

Dentro del AGI existen comunidades que son más pobres que las demás, que tienen más factores de riesgo, en las que las personas se enferman más. Es responsabilidad del equipo de salud mejorar las condiciones en esas comunidades, por lo que se programarán acciones especiales para lograrlas, como las visitas domiciliarias. Esa población en mayor necesidad se denomina Población de Responsabilidad Programática (PRP).

Sector:

Es el área de terreno en donde viven esas comunidades que constituyen la PRP y deben ser bien delimitadas en los mapas de las AGI.

El Análisis Situacional comprende tres elementos:

- a) Análisis de variables y factores de riesgo e identificación de la PRP.
- b) Identificación de problemas de salud.
- c) Inventario de recursos del AGI.
- d) Identificación de la PRP.

Instrucciones para su llenado:

Igual que PL. 1.

Cuerpo del formulario:

Todas las anotaciones se harán en las líneas en blanco que corresponden verticalmente a una comunidad, cuyo nombre se anotará al inicio del trabajo.

Punto 1.

1.1 En cada columna anotar el nombre de cada comunidad del AGI.

1.2 En la columna correspondiente anotar la población estimada para cada comunidad y al final de esta línea sumar las poblaciones de todas las comunidades y anotarlas en: Total.

Punto 2.

De 2.1 a 2.6 se listan las variables a analizar. En las líneas en que dice *Valor* anotar el puntaje que se le da al factor de riesgo descrito en el renglón superior y correspondiente a cada comunidad. Al terminar el puntaje estos se sumarán vertical y horizontalmente, y se anotará el resultado en la columna de total y en la línea final de total.

**Instructivo formulario PL. 2
Identificación de factores de riesgo y
estimación de la PRP**

Objetivo:

Identificar para el AGI de cada establecimiento

PROGRAMACION LOCAL

Identificación de factores de riesgo y estimación de la P. R. P.

REGION:
 ESTABLECIMIENTO:
 RESPONSABLE:
 DEPARTAMENTO:
 MUNICIPIO:
 FECHA DEL LLENADO:

Nombre del Establecimiento: Región: Año:

DESCRIPCION	1	2	3	4	5	6	TOTAL
-------------	---	---	---	---	---	---	-------

1. COMUNIDADES							
1.1 Nombre							
1.2 Población							

2. Factores de riesgo

2.1 Factores de riesgo poblacionales:

Ha existido en esta comunidad un crecimiento desordenado (debido a migraciones internas) (5 Mucho) (3 Moderado) (0 No.)

Valor

2.2 Factores de riesgo de la vivienda:

Existe en esta comunidad mucho hacinamiento entre una vivienda y otra (5 Mucho) (3 Moderado) (0 No.)

Valor

Existe en esta comunidad hacinamiento en las viviendas (5 Mucho) (3 Moderado) (0 No.)

Valor

2.3 Factores de riesgo ambientales:

Existe en general en esta comunidad un sistema para la disposición de las excretas (5. Inadecuado) (0. Adecuado).

Valor

Existe en general en esta comunidad un sistema para el abastecimiento del agua. (5. Inadecuado) (0. Adecuado).

Valor

Existe en general en esta comunidad un sistema para la eliminación de las basuras (5. Inadecuado) (0. Adecuado).

Valor

Existe en esta comunidad proliferación de vectores (cucarachas, mosquitos, chinches) (5. mucha a 0. Ninguna).

Valor

Como es la condición general de las viviendas (5. Malísima 3. Regular 1. Buena. 0. Muy Buena).

Valor

Existe contaminación ambiental por gases (humos en fábricas, vehículos, etc.) (5. Mucho. 3 Medio. 0. No.).

Valor

Existe una importante contaminación ambiental por líquidos (contaminación de ríos) (5. Mucho 3. Medio 0. No.).

Valor

Existe una importante contaminación ambiental por sólidos (desechos industriales) (5. Mucho 3. Medio 0. No.).

Valor

Condición general de los establecimientos que preparan, manipulan y expendan alimentos (5. Buena 0. Mala).

Valor

2.4 Factores de riesgo de accesibilidad a los servicios:

Existe una accesibilidad geográfica a los establecimientos (5. Mala 3. Regular 0. Buena).

Valor

Existe una accesibilidad funcional a los establecimientos (5. Mala 3. Regular 0. Buena).

Valor

Existencia de una accesibilidad cultural a los establecimientos (5. Mala 3. Regular 0. Buena).	Valor	.....
Existencia de accesibilidad de la comunidad al establecimiento desde el punto de vista económico (5. Mala 3. Regular 0. Buena)	Valor	.....
2.5 Factores de riesgo sobre prestación de servicios:		
Como estima la atención integral de salud para la comunidad (recursos, coberturas, actividades) (5. Mala 0. Excelente)	Valor	.....
2.6 Factores de riesgo sobre educación:		
Hay en la comunidad suficiente número de establecimientos educativos (5. No hay 0. Si hay).	Valor	.....
Existencia de accesibilidad de la población a la educación, desde el punto de vista cultural (5. No hay 0. Si hay).	Valor	.....
Existencia de accesibilidad de la población a la educación, desde el punto de vista geográfico (5. No hay 0. Si hay).	Valor	.....
Existencia de accesibilidad de la población a la educación, desde el punto de vista económico (trabajo) (5. No hay 0. Si hay)	Valor	.....
2.7 Factores de riesgo sobre trabajo:		
Existencia en la comunidad fuentes estables de trabajo (5. No existen 0. Si existen).	Valor	.....
Tipo de trabajo que predomina (5. Desocupados 4. Peón 3. obrero 2. artesano 1. técnicos 0. profesional).	Valor	.....
Totales	Valor	.....

NOTA: Identificación de los factores de riesgo. Con el propósito de reconocer los factores de riesgo más importantes, sume horizontalmente los puntajes de cada uno de los indicadores, para así establecer el orden de importancia de los mismos.

Identificación de las comunidades en mayor riesgo (PRP)

Esta evaluación se hará anualmente por un período de cinco años, para evaluar a *grasso modo* el retroceso o avance en la posición de las prioridades comunales.

En el siguiente cuadro se consignarán los nombres de todas las comunidades que conforman el área, ahora priorizadas de acuerdo a los criterios y puntajes obtenidos en la evaluación anterior, ordenándolas de mayor a menor. Colo-que a la par la población de cada una de ellas.

PL - 2

IDENTIFICACION DE COMUNIDADES CON MAYOR RIESGO.

No.	ORDEN	NOMBRE	NUMERO	AÑO
1.	COMUNIDAD 1	POBLACION	PRIORIDAD	1988
2.	COMUNIDAD 2	POBLACION	PRIORIDAD	1989
3.	COMUNIDAD 3	POBLACION	PRIORIDAD	1990
4.	COMUNIDAD 4	POBLACION	PRIORIDAD	1991
5.	COMUNIDAD 5	POBLACION	PRIORIDAD	1992
6.	COMUNIDAD 6	POBLACION	PRIORIDAD	
7.	COMUNIDAD 7	POBLACION	PRIORIDAD	
TOTAL				

Investigación de los principales problemas de salud

Se utilizarán los formularios PL.4 y PL.5. El personal de salud puede desempeñar un papel de gran importancia en este sentido. Como complemento del formulario anterior, el equipo de salud del establecimiento realizará una investigación de sus expedientes clínicos durante los últimos cinco años, utilizando el Reporte Epidemiológico de la última semana de cada año.

● Columna 1

Anotar la causa de morbilidad encontrada. Las diez primeras y luego las inmunoprevenibles.

● Columnas 2 a la 6

Anotar por año el número de veces que se presenta.

● Columna 7

Sumar el resultado de todos los años.

Inventario de recursos de la comunidad y de salud en el AGI

Este componente consiste en recoger información sobre todo el personal disponible, tanto en salud, como en otros sectores que puedan ayudar a la comunidad en su desarrollo.

Es importante que todo el personal del que se recoja la información para estos formularios, conozca que se está haciendo y se le explique la importancia de trabajar unidos por el bienestar de la comunidad utilizando al máximo los recursos que en ella existen.

PL - 3

**PROGRAMACION LOCAL
INVESTIGACION DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD**

REGION _____ ESTABLECIMIENTO _____ RESPONSABLE DEL LLENADO _____

DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____ FECHA DEL LLENADO _____

MORBILIDAD	FRECUENCIA EN NUMEROS ABSOLUTOS POR AÑO						TOTAL EN 5 AÑOS (7)
	(1)	1983 (2)	1984 (3)	1985 (4)	1986 (5)	1987 (6)	
TOTAL							

NOTA: La morbilidad se anotará en números absolutos por la variación de la población.

estrategias y de atención que se ajusten a la disponibilidad real del recurso humano.

Responsable del llenado:

El jefe del establecimiento.

Frecuencia del llenado:

Annual o cuando haya cambios en la composición del equipo local.

Destino:

El original en el establecimiento y una copia a la Región.

Poder distribuir el tiempo de las distintas categorías de personal y programar las metas administrativas.

Objetivo:

Permite hacer un inventario del recurso humano de cada establecimiento, según su completitud y conocer su disponibilidad de tiempo.

Introducción:

*Formulación local
Instruccionario PL. 4
Recursos institucionales, distribución del tiempo*

**PROGRAMACION LOCAL
"RECURSOS INSTITUCIONALES-DISTRIBUCION DEL TIEMPO"**

PL - 4

REGION _____
 ESTABLECIMIENTO _____
 RESPONSABLE DEL LLENADO _____
 DEPARTAMENTO _____
 MUNICIPIO _____
 FECHA DEL LLENADO _____

RECURSOS INSTITUCIONALES	HORAS CONTRATADAS.	PROGRAMADO	CUMPLIDO	ADMINISTRACION	ATENCIÓN AL PÚBLICO	EXTRAMUROS	CUMPLIDO
				PROGRAMADO	CUMPLIDO	INTRAMUROS	PROGRAMADO
1	2	3	4	5	6	7	8
MEDICO (Dirección-supervisión-monitoreo, etc.) ODONTOLOGO (Planación-información, etc.) ENFERMERA (Planación-supervisión-monitoreo, etc.) ADMINISTRADOR (Administración-supervisión-monitoreo, etc.) ENCARGADO ALMACEN (Control-recibir-despachar, etc.) ENCARGADO FARMACIA (Control-registro-despacho, etc.) TECNICO RADIOLOGO (Planación-información, etc.) NUTRICIONISTA (Planación-supervisión-monitoreo, etc.) AUXILIAR ENFERMERIA (Planear-registrar-informar, etc.) INSPECTOR SANAMIENTO (Planear-registrar-informar, etc.) TECNICO (Planear-registrar-informar, etc.)							

Instrucciones para el llenado:

Encabezamiento:

Igual que los anteriores.

Cuerpo del formulario:

● Columna 1: Viene listado todo el personal posible de ser encontrado en los establecimientos periféricos.

Se utilizarán solo aquellos con los que realmente cuente el establecimiento. Si existiera otro tipo de personal que no aparezca en la lista, se escribirá a continuación del último.

● Columna 2: Anotar para cada tipo de personal el número total de horas contratadas por mes.

● Columnas 3 y 4:

Se refiere a funciones administrativas, como administración de personal, sumistros y contabilidad; pero, también, se incluye la programación, el monitoreo, la supervisión y la evaluación.

Columna 3: Anotar el número de horas programadas por recurso.

Columna 4: Anotar el número de horas cumplidas por recurso.

● Columnas 5, 6, 7 y 8:

Se refiere a tareas de atención al público (atención a la demanda, visitas domiciliarias, trabajo en la comunidad, atención al medio).

Las columnas 3 y 4 se dedican a las actividades dentro del establecimiento, siendo la 5 para el programado y la 6 para lo cumplido; las columnas 7 y 8 se dedican a las labores en la comunidad, siendo la 7 para lo programado y la 8 para lo cumplido.

Programación local

**Instructivo
Formulario PL. 5
Recursos físicos del
área geográfica de influencia**

Objetivo:

Conocer la clase y cantidad de recursos físicos con que se cuenta en el AGI, sean estos del sector

salud o de otros sectores, con fines de facilitar la programación local y hacer un mejor uso de los mismos.

Responsable del llenado:

Jefe del establecimiento, la comunidad y el equipo local.

Oportunidad del llenado:

Annual.

Destino:

El original se guarda en el establecimiento y una copia se envía a la Región.

Instrucciones para el llenado:

Encabezamiento (pendiente)

Cuerpo del formulario:

● Columna 1

Se han anotado una serie de recursos físicos importantes para la programación local, a los que hay que ubicar por establecimiento. Al final de la columna se anota OTROS, para dar espacio y anotar recursos que se consideren importantes localmente; pero que no aparecen en la lista.

● Columna 2

Anotar para cada tipo de establecimiento los recursos con que cuenta.

● Columna 3

Igual para el ISSS.

● Columna 4

Otras instituciones oficiales o privadas cuyos recursos físicos sean importantes para las acciones de desarrollo de la comunidad.

● Columna 5

Recursos de la comunidad.

● Columna 6

Se suma el total de cada línea (recurso).

PROGRAMACION LOCAL

RECURSOS DE LA COMUNIDAD

REGION _____
 ESTABLECIMIENTO _____
 DEPARTAMENTO _____
 MUNICIPIO(S) _____
 COMUNIDAD _____
 SECTOR _____
 RESPONSABLE _____

Escuela _____ No. Grados _____ No. Alumnos _____ No. Maestros _____
 Colegio Sec. _____ No. Alumnos _____ No. Profesores _____ Otros Ministerios _____
 Obras Pùblicas _____ Educación _____ Agricultura _____ Justicia _____
 Alcaldía _____ Gobernación _____
 Otras instituciones: ANDA _____ ISTA _____ ISSS _____ Cruz Roja _____
 Cruz Verde _____ Clínicas Privadas _____ Scouts _____ Club de Leones _____
 Rotarios _____ Otros: _____
 Otros grupos organizados: Comité de Desarrollo _____ Comité Cívico _____ Comité de Salud _____
 Comité Escolar _____
 Medios de comunicación: Radio _____ Televisión _____ Teléfono _____ Correo _____
 Telégrafo _____
 Vías de comunicación: Carretera Primer Orden _____ 2do. Orden _____ De tierra _____
 Vereda _____ Río _____ Lago _____ Mar _____
 Medios de transporte: Bus _____ Vehículo doble tracción _____ A pie _____
 A caballo _____ Lancha _____
 Distancia de la comunidad al establecimiento en kilómetros: _____ En tiempo: _____
 Hay energía eléctrica: _____ Agua: _____ Refrigeración: _____ Otros: _____

cipación de la propia familia se mejorará su si-
 tuación de salud.
 Ese número de familias, que será responsabi-
 lidad de un trabajador de salud, se denomina
 sector.
 Cada sector tendrá su croquis, el que se levan-
 tará de acuerdo a la guía y en el que aparecerán
 las vías de acceso: los puntos más relevantes,
 como edificios públicos, ríos, quebradas, etc.; y
 lo más importante, la ubicación de las casas con
 la numeración que desde ese momento tendrán
 para la programación.
 El número de sectores que se decida tener por
 establecimiento dependerá no solo de la cantidad
 de población en mayor riesgo, sino también de
 los recursos del establecimiento y de la comuni-
 dad, que permitan prestarle una atención espe-
 cial que asegure el cambio rápido de su situación
 de salud.
 Hay que recordar que un sector es siempre
 responsabilidad de un trabajador de salud, sea
 este institucional o de la comunidad, quien se com-
 promete a ejecutar acciones concretas de salud, por
 medio de visitas domiciliarias periódicas.
 Una vez delimitado y levantado el croquis del
 sector, se procederá a recoger la información
 para la *Ficha Familiar*, en la que se obtendrán
 datos sobre las personas y la condición de la
 vivienda. Estos datos se recogerán en forma in-
 dividua, de manera que el trabajador de salud a
 cargo del sector pueda conocer a fondo las nece-
 sidades de cada una de las familias de su respon-
 sabilidad.
 Esta *Ficha Familiar*, por lo tanto, será una
 herramienta de trabajo que se consultará y actua-
 lizará en cada visita domiciliar. Durante el llena-
 do de las fichas familiares del sector, diariamente
 se pasarán los datos de estas a un formulario, en el
 que cada familia ocupará un renglón, con los cua-
 les después de ser tabulados se obtendrán los datos
 generales del sector.
 Al mismo tiempo que se llenan las fichas fa-
 miliares, se hará un inventario de los recursos
 con que cuenta el sector y se verá la mejor mane-
 ra de utilizarlos en favor de la comunidad.

del cuadrante, las manzanas, las casas y los puntos de referencia mediante los signos convencionales, se numerarán las manzanas y las casas por orden correlativo, siempre de izquierda a derecha. En lo referente a las casas, también estas serán numeradas correlativamente de izquierda a derecha; pero la numeración será independiente para cada manzana. Es decir, en cada una de las manzanas se empezará con la casa número uno y se terminará con el número correlativo que corresponda al total de las viviendas.

El número de la casa estará precedido por las siglas del programa (P. L.) y por el número del Sector (1; 2;...) y quedará así: PL-1-38.

Cuadro de referencias:

Situado en un recuadro, en la parte inferior derecha del croquis, debe contener los siguientes datos: departamento, municipio, ciudad, número de manzanas, número de casas, número de habitantes, distancia de este a oeste, de norte a sur, área de la ciudad, fecha de elaboración del croquis y nombre de la persona que lo elaboró.

CUADRO DE REFERENCIAS

Departamento:	_____
Municipio:	_____
Ciudad:	_____
Colonia o barrio:	_____
No. de manzanas:	_____
No. de casas:	_____
No. Habitantes:	_____
distancia de	_____
Norte a Sur	_____
de este a oeste	_____
Fecha de elaboración:	_____
Total área:	_____
Nombre del que lo elaboró:	_____

Sectorización y levantamiento de croquis de la RRP
Guía para la elaboración de un croquis (Área rural)

Así como en el caso de la elaboración del croquis del área urbana, se requiere un orden que facilite su levantamiento, de igual manera, es necesario seguirlo cuando se elabora uno del área rural.

También en este caso, antes de iniciar el dibujo, se identificará la vía de acceso principal que comunica la comunidad con el núcleo urbano que pertenece políticamente, o sea, la cabecera municipal.

En el levantamiento de un croquis de la demarcación política llamada *cantón*, debe considerarse que éste está compuesto por uno o más caseríos, y por uno o más sectores, los cuales deben ser incorporados al dibujo a manera de plano de conjunto, para lo cual se seguirán los siguientes pasos:

- Delinear y reconocer el entorno del área que comprende el cantón y el, o los sectores.
- Identificar los límites del contorno en cada uno de los puntos cardinales, tratando de emplear para ello cualquier accidente geográfico, como ríos, quebradas, hondonadas, lomas, etc. que sean fácilmente identificables.
- Proceder a orientar el croquis de acuerdo a la configuración que le da el contorno, y a la posición del sol en relación a la hora en que se hace dicha orientación. Por ejemplo: parado de cara al sol (si la orientación se hace antes de las 12 del día) a su izquierda estará el norte y a la derecha el sur.
- Siempre antes de iniciar el dibujo, se hará un recorrido del área que ocupa el cantón, de norte a sur y de este a oeste, tratando de establecer, lo más aproximadamente posible, la extensión territorial que ocupa.
- Una vez definidos los límites del contorno, su orientación y haber completado el recorrido del área geográfica que ocupa, se procederá a iniciar el dibujo y la localización geográfica de cada una de las viviendas existentes en cada caserío y sector que la conforman, siguiendo el orden que a continuación se indica:

Se comienza por el primer caserío que se encuentre situado en relación a la vía de acceso principal y que nos conduzca desde la cabecera municipal al cantón. Se iniciará el recorrido localizando primero las viviendas que se encuentran a la derecha de la vía de acceso, siguiendo en ese mismo orden por todo el contorno, hasta terminar frente al punto opuesto donde se inició.

Durante el recorrido se emplearán, para la identificación de puntos de referencias, los que aparecen en la Figura 2, Signos Convencionales,

DEPRESION NATURAL		CASCO DE HACIENDA	
COSTA		PRESA	
CHARCOS		PILAS	
CANAL SIN REVESTIR		ARBOLES	
ZANJA DE PRESTAMO		PUERTA DE GOLPE	
CANAL REVESTIDO		BOVEDA PASO DE AGUA	
LAGUNETAS		PUENTES	
CUNETAS		CEMENTERIOS	
POZAS		KILOMETRAJE	
BARRANCAS		POZOS	
CANADAS		MUNICIPIO O CIUDAD	
ARROYOS		CASERIO O CANTON	
RIOS		ESTABLOS	
QUEBRADAS		CUARTEL	
PISCINAS		IGLESIA	
PANTANOS		TELEGRAFO	
LAGOS		CORREO	
SEMBRADOS		ALCALDIA	
CERRO		ESCUELA	
CAMPO DE FUTBOL		HOSPITAL	
CERCO DE PIEDRA		COLABORADOR VOLUNTARIO	
CERCO DE ALAMBRE		VIVIENDA COLECTIVA	
LIMITE POLITICO		GALERAS DE TEJA	
CARRETERAS PAVIMENTADAS		GALERAS DE PAJA	
CARRETERAS DE TIERRA		RANCHOS	
VEREDAS		CASA EN CONSTRUCCION	
FERROCARRIL		CASAS	

Figura 2. Signos convencionales.

como escuelas, iglesias, correo, teléfono, cuarto de salud, centro de salud, puesto de salud, unidad de salud, AOS, ARS, colaborador voluntario de malaria, etc.

No se deben numerar las casas hasta tanto no se tenga completo el dibujo de cada uno de los caseríos que constituyen el cantón. La numeración del o los caseríos y sectores se hará individualmente, siguiendo el mismo orden que se hizo para el recorrido de la localización de las viviendas.

En cuanto a la numeración de las viviendas, se refiere, se darán situaciones muy variadas que dependerán de la topografía, hidrografía y otros factores condicionantes, imposibles de prever todos en una guía. En ocasiones, un río o quebrada puede dividir la localidad, en cuyo caso se tendrá que numerar primero una margen y después la otra.

Numeración de las viviendas. Las viviendas que aparecen en el dibujo, se numerarán en el orden de su localización geográfica. Se iniciará por el lado derecho de la vía de acceso principal, continuando siempre por la derecha y por proximidad entre una y otra, es decir la más próxima a la número uno será la número dos y, así, sucesivamente, por orden correlativo, hasta numerar el total de las viviendas existentes.

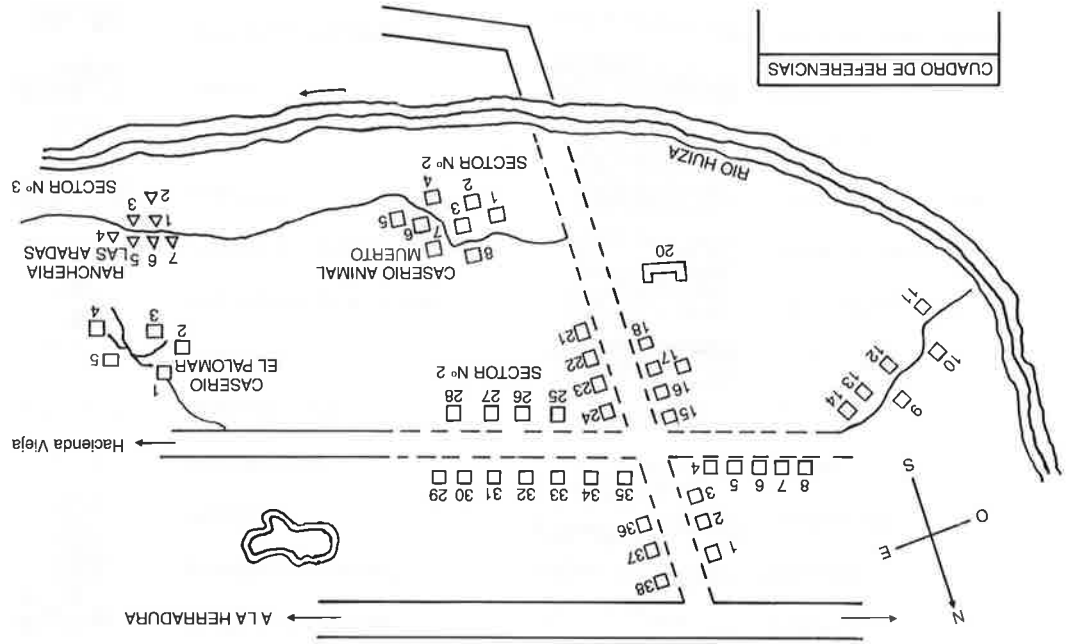
En cuanto a la numeración de la vivienda en sí, el número correspondiente a cada una se pondrá en el margen superior derecho del marco de la puerta, en la entrada principal de la casa; empleando para ello una plantilla, pintura y brocha u otro medio que se tenga a mano.

El número de la casa estará precedido por la sigla del programa, en este caso PL, y por el número del sector, por ejemplo, I. De manera que se anotará PL. I-30.

Al igual que en el croquis de un área urbana, el croquis del área rural (cantón, sector y caserío) llevará también el cuadro de referencias que contendrá los siguientes datos:

Departamento, municipio, cantón, número de caseríos, número de casas, número de habitantes, distancia de la cabecera municipal al cantón, superficie estimada que ocupa el cantón, fecha del levantamiento y responsable del levantamiento.

Figura 3. Croquis de un área rural.



Frecuencia del llenado:

La Ficha Familiar tiene una vida útil de cinco años, se llevará durante la encuesta, al inicio de las operaciones en el sector y se actualizará en cada visita domiciliaria.

Destino:

Se mantendrá archivada en el establecimiento donde opere el responsable del sector.

¿Quién será la persona a encuestar:

De preferencia la madre, o la persona responsable de la familia.

Instrucciones para su llenado:

Debe ser hecho con lápiz y letra de molde.

La Ficha Familiar está dividida en un encabezamiento y el cuerpo del formulario contiene cinco secciones. Nos referiremos a cada uno de estos componentes por separado.

Encabezamiento:

Ficha número: El número de la ficha debe corresponder al de la vivienda, otorgado durante el levantamiento del croquis del sector.

Establecimiento responsable: Anote el nombre del establecimiento de salud al cual pertenece la comunidad, colonia o cantón donde se encuentra la vivienda.

Departamento: Anote el nombre del departamento donde está ubicada la comunidad, colonia, cantón al cual pertenece la vivienda.

Municipio: Anote el nombre del municipio donde está ubicada la comunidad, colonia o cantón a la cual pertenece la vivienda.

Cantón y caserío: Anote el nombre del cantón, área rural. Para ubicarla mejor, anote también el nombre del caserío al cual pertenece.

Comunidad, colonia y sector: Anote el nombre de la comunidad o colonia donde se encuentra la vivienda. Para ubicarla mejor, anote también el nombre del sector al cual pertenece.

Dirección exacta: Anote la dirección exacta en donde está ubicada la vivienda. En el caso de que no exista, identifique la vivienda con un punto de referencia. Anote la fecha en que se está haciendo la encuesta a la familia.

Programación local
Instructivo
Formulario PL 6
Ficha familiar*

Introducción:

La Ficha Familiar es el instrumento básico del personal de salud que es responsable de un sector. En ella se recogerán y se mantendrán permanentemente actualizados los datos más importantes sobre la familia, a la que visitará cada tres meses. Sirve, también, como fuente de datos para la PL del sector y para otras agencias o instituciones que trabajen con la comunidad; es por eso que en la ficha familiar se recoge información sobre asuntos, como trabajo, educación y vivienda, y que no está al alcance del MSPAS dar apoyo para la solución de los problemas detectados.

Servirá, también, al trabajador de salud y a la familia para decidir sobre posibles mejoras al medio ambiente para elevar la condición de vida y evitar enfermedades. La Ficha Familiar está dividida en cinco secciones que se explicarán por separado.

Inicialmente se llevará para las familias de la PRP y posteriormente se irá extendiendo su uso a otros grupos a medida que se cuente con recursos para ofrecerles los servicios necesarios en forma regular.

Esta Ficha Familiar no pretende ser un censo oficial de la población del país, es solo un instrumento de trabajo para el personal local y para la comunidad que le permite conocer los problemas a los que se le debe dar solución a nivel de cada familia. La Ficha Familiar que se llene y no se utilice permanentemente, pierde todo su valor y es un esfuerzo perdido. Solo se deberá utilizar, por tanto, en aquellas familias que serán objeto de visitas domiciliarias periódicas. Al resto de la población del AGI se le conocerá por estimación.

Objetivos:

Recoger y mantener actualizados datos útiles sobre las familias que comprenden la PRP y que permitan programar actividades conjuntas para mejorar su condición de vida.

Responsable del llenado:

El trabajador de salud encargado del sector.

*No se ha incluido el diseño de la ficha, pero sí la descripción para indicar el contenido de la misma.

Características de la vivienda

Tiene cinco columnas, una para cada año. En la primera columna completar el año en que se hace la encuesta (Ej: 1988). Las siguientes son para actualizaciones a niveles.

Vivienda Número: Añote el número de la vivienda otorgado durante el levantamiento del

croquis.

Agua para beber: Se pretende conocer cual es la condición más frecuente del agua que es usada para tomar, relacionando esta con la forma de

abastecimiento. Identifique lo que mejor se ajusta y márquela con una x.

Disposición de basura: Se pretende conocer los métodos utilizados por la familia para eliminar la basura. Identifique la opción que más se ajusta al método que la familia utiliza y márquelo con una x.

Disposición de excretas: Se pretende conocer cual es el método que utiliza la familia para eliminar las materias fecales.

Identifique la opción que mejor se ajuste a las que usa la familia y márquela con una x.

Número de dormitorios: Añote el número de cuartos que tiene la vivienda, los cuales se usan para dormir.

Gatos o perros no vacunados: Marque con una x en la casilla que corresponda si hay gatos o perros vacunados o no, que conviven con la familia.

En caso de que no haya animales en la vivienda, marque con un guión (-) las dos casillas.

Humo en la casa: Marque con una x la casilla correspondiente si en la casa hay o no hay exceso de humo como producto de candiles o de la cocina.

Características de la familia

Añote en la casilla superior el año en que se hace el censo.

Total de miembros de esta familia: Añote el número de miembros que conforman esta familia.

Jefe de familia trabaja: Marque con una x en la casilla correspondiente, si el jefe de la familia tiene trabajo actualmente.

Jefe de familia asegurado: Marque con una x en la casilla correspondiente, si el jefe de la familia está o no asegurado con los servicios que brinda el ISSS u otra institución.

Número de incapacitados: Añote el número total de personas de esta familia, con incapacidad física y mental, separándolos en menores y mayores de 15 años.

Se entiende por incapacidad física: Aquellas limitaciones de las personas que disminuyen la capacidad de moverse, hablar, de ver o de oír.

Se entiende por incapacidad mental: Aquellos problemas (ejemplo: retraso mental, locura, ataques convulsivos, uso de drogas, etc.) que en ausencia de la incapacidad física, disminuyen o impiden la capacidad de estudiar, trabajar, tener amistades y relaciones de pareja.

Tiempo de vivir aquí: Añote el número de años o meses que la familia tiene de vivir en esta comunidad.

Dónde vivía en 1978: Añote el lugar y o de-partamento donde vivía la familia en el año 1978, en el caso que esta sea diferente de la actual.

Miembros de la familia: Por cada miembro de la familia, empezando por el de más edad, llene una columna siguiendo el orden correlativo.

Marque con una x el sexo correspondiente, anote la fecha de nacimiento y la edad de cada uno de ellos (recítrique la edad, calculándola con la fecha de nacimiento).

Marque también con una x si cada miembro de la familia sabe leer y escribir.

*Hechos vitales**Nacimientos - últimos 12 meses*

Número de orden: Añote el número de orden correlativo que le correspondió al niño, en el cuadro Miembros de familia.

En el caso de los niños que fallecieron durante los últimos doce meses, anotarlos en el cuadro sin número de orden.

Fecha de nacimiento: Añote el mes y año de nacimiento.

Lugar de nacimiento: Marque con una x la casilla que corresponda al lugar en que nació el niño (en la casa o establecimiento).

Parto en la casa atendido por partera: Marque con una x la casilla correspondiente, si el parto ocurrió en la casa fue o no atendido por partera.

Número de atenciones durante el embarazo: Añote el número de atenciones que tuvo la mujer durante el embarazo por personal de los establecimientos de salud privados u oficiales.

Datos sobre mujeres de 15 a 44 años más 364 días (en orden de mayor a menor).

Atención: incluye también a las mujeres menores de 15 años que estén o hayan estado embarazadas.

Número de orden: Anote el número de orden relativo que le correspondió a la mujer en el cuadro Miembros de la familia.

Fecha de nacimiento mes - año: Anote el mes y año de nacimiento de la mujer.

Cuántos hijos de los que nacieron vivos han muerto: Anote el número total de hijos que nacieron vivos, pero que ya murieron.

Hijos vivos que la mujer tiene actualmente.

Hijos que nacieron después de los seis meses de embarazo (partos prematuros): Anote el número total de hijos que dio a luz cuando el embarazo tenía más de seis meses cumplidos.

Esta embarazada: Marque la casilla correspondiente con una x, si esta mujer está o no embarazada.

Actualmente esta en control del embarazo: Marque la casilla correspondiente si esta mujer, actualmente embarazada, está en control de su embarazo, ya sea por partera o por el personal del establecimiento de salud.

Esta planificando la familia: Marque la casilla correspondiente, si la mujer o la pareja actualmente planifica la familia.

Realizó prueba del cáncer vaginal en los últimos doce meses (citología): Marque la casilla correspondiente, si a esta mujer le han hecho pruebas del cáncer en los últimos doce meses.

**Programación local
Instrutivo
Formulario PL. 7
Síntesis por sector***

Introducción:

Este es un instrumento de tabulación que permite presentar la información recogida en las

*No se ha incluido el diseño de la ficha, pero sí la descripción para indicar el contenido de la misma.

Vacunación de segunda dosis toxoide tetánico o refuerzo: Marque con una x, si la mujer recibió en este embarazo la segunda dosis o refuerzo en contra del tétano. Verifique en el carnet de vacunación.

Control después del parto: Marque con una x la casilla correspondiente, si la mujer tuvo control en los treinta días después del parto, ya sea que este haya sido realizado por partera o por personal de salud.

Defunciones (Últimos 12 meses)

Edad: Anote la edad que tenía la persona al momento de morir.

Fecha de muerte mes - año: Anote el mes y el año en que ocurrió la muerte.

Causa de muerte: Anote la causa de muerte en el caso que se conozca.

Muerte con asistencia médica: Marque la casilla correspondiente con una x, si la persona que murió recibió, antes o durante su enfermedad, alguna atención por parte del personal de salud.

Datos sobre población menor de un año (en orden de mayor a menor)

Estas mismas instrucciones deberán ser utilizadas para la población de 1 a 4 años más 364 días.

Número de orden: Anotar el número de orden relativo que le correspondió al niño en el cuadro Miembros de la familia.

Fecha de nacimiento mes - año: Anote el mes y el año de nacimiento del niño.

Alimentos que toma:

Solo pecho: Marque con una x esta casilla, si el niño actualmente toma solo pecho.

Toma otros alimentos: Marque esta casilla, si el niño toma otros alimentos diariamente.

Si el niño toma pecho y otros alimentos, marque las dos casillas.

Vacunación polio, DPT, BCG, sarampión: Marque las casillas en relación a las dosis de vacunación recibidas. Verifique las mismas en el carnet correspondiente.

Recibió alguna atención en los últimos 12 meses ya sea por niño sano, y por enfermedad: Marque con una x la casilla correspondiente, si el niño recibió o no alguna atención, ya sea por niño sano o por enfermedad, de parte del personal de salud.

Fichas Familiares, de manera que podamos programar las actividades necesarias para mejorar la situación de esas familias.
Se puede usar como resumen de un sector o como resumen de todos los sectores de un establecimiento, dependiendo de si en la columna se indican familias o sectores.

Objetivos:

Tener un resumen de la situación de todas las familias de un sector o de todos los sectores de un AGI, de manera de poder programar actividades para la solución de sus principales problemas.

Responsable del llenado:

En el sector, el personal de salud que ha levantado la encuesta familiar.
En el establecimiento, el jefe del establecimiento.

Oportunidad del llenado:

En el sector: al terminar cada día de encuestas familiares, cada Ficha Familiar se resumirá en una línea de este formulario. Posteriormente, se llenará un nuevo formulario con la actualización de las Fichas Familiares.
En el establecimiento: Al finalizar las encuestas de todos los sectores, el total de cada uno se colocará en una línea del formulario. Posteriormente, se llenará uno cada año con la actualización de los sectores.

Destino:

Cada sector mantendrá un original y enviará una copia a la Región.

Instrucciones para el llenado:

Encabezamiento:
Igual que el anterior.

Cuerpo del formulario:

Los datos de cada familia se resumirán en una línea y posteriormente, cada columna se sumará en la última línea de total.

**Programación local
Instructivo
Formulario PL. 8
Programación de actividades**

Introducción:

Este formulario permitirá fijar las metas a ser cumplidas en actividades propias de salud que se identifiquen como prioritarias a nivel local. Puede ser usado a nivel de sector o de establecimiento. Si bien, en su primera columna aparecerán listadas todas las actividades que se derivan de los programas de salud, el equipo local junto a la supervisión regional y a la comunidad seleccionarán aquellas que de acuerdo al análisis situacional parezcan como prioritarias, las cuales se subrayarán.

Al fijar las metas, el equipo local, el supervisor y la comunidad, tendrán especial cuidado de tener en cuenta:

- las prioridades locales y las nacionales;
- los recursos de la comunidad;
- los recursos institucionales.

De manera que las metas estén de acuerdo a las necesidades, pero también a la disponibilidad de recursos.

Objetivo:

Determinar las metas a cumplir durante el año y monitorear su cumplimiento, con responsabilidad compartida entre el equipo local, la comunidad y el nivel supervisor.

Responsable del llenado:

El jefe del equipo local del sector o del establecimiento.

Destino:

Original en el sector o establecimiento, copia al establecimiento y a la Región.

Instrucciones para su llenado:

Cuerpo del formulario:

El mismo formulario se utilizará para programar las actividades de atención a las personas,

PROGRAMACION LOCAL
Programación de Actividades

REGION _____
 ESTABLECIMIENTO _____
 RESPONSABLE DEL LLENADO _____

DEPARTAMENTO _____
 MUNICIPIO _____
 FECHA DEL LLENADO _____

ACTIVIDADES Y TAREAS	SUJETO PROGRAMATICO (POBLACION, VIVIENDA, OTROS)	PROGRAMACION					MONITORIA				
		CANTIDAD DE PERSONAS VIVIENTAS U OTROS	CONCEN- TRACION	META ANUAL	CUMPLIMIENTO POR TRIMESTRES				TOTAL CUMPLIDO	% CUMPLI- MIENTO	
					1°	2°	3°	4°			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

atención al medio, así como, actividades de participación de la comunidad.

Columna 1: Actividades y tareas. Aquí se listan todas las actividades que conforman cada uno de los programas, así como las tareas de las mismas.

Columna 2: Sujeto programático (población, vivienda u otros). Así se anota la parte de un universo que va a ser objeto de programar. Ej: vacunación contra la polio; en este espacio se anotará para la actividad el 100% de los menores de un año.

Ejemplo: Control de calidad de agua potable; muestra de agua y lectura de cloro residual; en el espacio correspondiente al sujeto programático se anotará el 5% de las viviendas del AGI.

Columna 3: Cantidad de personas, viviendas u otro sujeto a programar. En esta columna se anotará en números el sujeto definido en la columna 2.

Columna 4: Concentración. Esta columna viene impresa y se refiere al número de veces que se repite la misma actividad al sujeto.

Columna 5: Corresponde al total de actividades que se realizarán en el período programado. Y se obtiene multiplicando la columna 3 por la meta anual = columna 3 por columna 4

Columnas 6, 7, 8, 9, 10 y 11: Son destinadas a medir el cumplimiento de la meta anual. Se llenan la 6, 7, 8 y 9 de acuerdo a la producción de cada trimestre y darán una idea del avance para lograr la meta anual.

La columna 10, es el total cumplido en los cuatrimestres.

La columna 11, es el porcentaje del cumplimiento de meta anual, y se obtiene multiplicando la columna 10 por 100 y dividiendo por la columna 5.

Para la obtención de cantidad de acciones a realizar referirse a la Síntesis Comunal.

**Programación local
Instructivo
Formulario PL. 9
Actividades de desarrollo comunal***

Introducción:
Es para ser utilizado, tanto a nivel de sector, como de establecimiento. En el primer caso, sir-

*No se ha incluido el diseño de la ficha, pero sí la descripción para indicar el contenido de la misma.

ve para definir las responsabilidades que adquiere la comunidad, el equipo de salud u otros sectores, en la eliminación de factores de riesgo del sector. En el segundo caso lo mismo, pero para todo el AGI del establecimiento.

El llenado de este formulario es, quizás, lo más importante de la PL ya que permite enfocar en forma conjunta los problemas más importantes y facilitar, posteriormente, el seguimiento de su cumplimiento. La comunidad deberá jugar un papel principal en las discusiones que lleven a los acuerdos para completar este formulario.

Objetivos:

Programar actividades locales para resolver los problemas prioritarios comprometiéndose cursos de la comunidad, del equipo local de salud y de otros sectores o instituciones fuentes en la comunidad.

Responsable del llenado:

El jefe del equipo de salud en la comunidad.

Frecuencia del llenado:

Anualmente o cada vez que la comunidad, o el equipo local consideren necesario.

Destino:

Original en la comunidad, con copia en el sector y establecimiento.

Instructivo para su llenado:

Cuerpo del formulario:

Columna 1: Anotar en el formulario los problemas prioritarios encontrados.
Columna 2: Factores de riesgo. Anotar para cada problema encontrado el factor de riesgo correspondiente.

Columna 3: Anotar las actividades a que se comprometen todos los presentes para dar solución al problema encontrado.
Columnas 4, 5, 6: Anotar en cada una el compromiso que adquiere la comunidad, el nivel local y otros sectores o instituciones que trabajen en la comunidad.

Columnas 7, 8, 9 y 10: Hacer una marca (x) en el trimestre del año en que se comprometen a solucionar el problema.

LOS SILOS EN AREAS URBANAS DE MEXICO

La programación local en Palmatita, Región I Norte del Distrito Federal

Humberto Jaime Alarid y Alfonso López González

EL MARCO POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL PREDOMINANTE

El Distrito Federal (D.F.), es la capital de la República Mexicana, con una superficie territorial de 1 499 kilómetros cuadrados y una población estimada a junio de 1987, de 10 000 000 de habitantes que, aunados a los de las zonas conurbadas, convierten a la Ciudad de México en la metrópoli más poblada del mundo y en un área de contrastes, con una población desigual y heterogénea que aglomera ciudades perdidas (Favelas, Ranchitos, Camtegriles, Villa Miseria, Precaristas, etc.), unidades populares y centros residenciales en un solo plano, estando circunscrita por un cinturón de miseria.

Los problemas de salud en esta ciudad muestran un doble perfil epidemiológico: por un lado los derivados del desarrollo como son los accidentes y los padecimientos crónico-degenerativos, y por otro, los del subdesarrollo manifestados por problemas infecto-contagiosos y deficiencias nutricionales; además, en forma simultánea presenta un medio ambiente altamente contaminado, características de ciudades de acelerado desarrollo económico e industrial, al mismo tiempo que se identifica la carencia de servicios básicos, típica de asentamientos humanos de latitudes en vías de desarrollo.

La más alta concentración demográfica, la multiplicidad y gran cantidad de vehículos automotores contaminantes y la insuficiencia de servicios públicos, convierten al Distrito Federal en una megalópolis singular con crecientes y complejos problemas.

Los servicios de salud en el Distrito Federal están conformados en tres sistemas: el privado, con una cobertura estimada del 5% de la población, constituido exclusivamente por servicios de atención médica; el de seguridad social, para la población que guarda relaciones formales de trabajo (Derecho habientes), constituido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) y por otras instituciones como Petróleos Mexicanos (PE-MEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), etc., con una cobertura aproximada del 60% al 65%; y el de atención médica para no afiliados a ningún régimen de seguridad social, denominada población abierta, constituido por la Secretaría de Salud (SSA) y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, que cubren al resto de la población.

El responsable de la atención a la población abierta, que en esta entidad federativa se calcula en 3.1 millones de personas, es un organismo descentrado de la Secretaría de Salud, denominado Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, a través de un modelo de atención regionalizado y estratificado por niveles, con tres instancias: la local o de primer nivel de atención, considerada muy importante por la magnitud de la población que asiste y por ser la puerta de entrada al sistema de salud; la intermedia o de segundo nivel que incluye hospitales generales, así como hospitales de urgencias; y la superior o de tercer nivel, conformada por los hospitales de concentración (1).

Desde el punto de vista administrativo, los servicios de salud pública en el Distrito Federal están divididos en cuatro regiones, que a su vez se constituyen en jurisdicciones sanitarias, las cuales corresponden a los límites geográficos de cada una de las dieciséis Delegaciones Políticas. La Región es el área geográfica del distrito federal, integrada por jurisdicciones sanitarias que se encuentran dentro de los límites de una delegación política y en la cual reside una población cuyo rango oscila entre 1.5 y 2.5 millones de habitantes; en tanto que la región de servicios de salud es el conjunto de hospitales y centros de atención que se localizan en dicha área geográfica, caracterizándose por ser autosuficiente en atención médica de primer nivel y por tener un mecanismo eficiente de referencia para la atención

médica en los niveles secundario y terciario, ya sea con recursos intra o extrarregionales (2).

Antes de 1983, fecha de instalación de las cuatro regiones, la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal operaba al unisono con tres programas: el Programa de Atención Primaria en Áreas Marginadas (PA(P)AM), que se inició en noviembre de 1978, buscó extender la cobertura ubicando centros de salud en las comunidades marginadas con la participación responsable y solidaria de la población; esto da lugar al nacimiento de los centros comunitarios de salud Tipo I, consistentes en un consultorio y un equipo de salud conformado por un médico, una asistente médico y un promotor de salud. El Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes (PASP(M)GU), que data de 1981, buscó responder a necesidades y no solo a demandas, también trató de extender la cobertura; por tanto, se constituyeron los centros comunitarios Tipo II y Tipo III en donde se agrupaban equipos de salud integrados por un médico, una enfermera y un promotor de salud, a los que se agregó el apoyo odontológico. Finalmente, el Programa de Medicina General Familiar que se inició también en 1981, transformó los servicios por especialidad de los centros de salud tradicionales en centros Tipo III - A, a módulos de medicina general familiar pretendiendo atender al individuo y a la familia en forma continua y ambulatoria, independiente-mente del sexo, edad y tipo de patología; la estructura modular es conformada por un médico, una enfermera de campo y una enfermera clínica y con apoyos de trabajo social, laboratorio clínico y radiodiagnóstico (3).

Es bajo estas condiciones que se creó la Región I Norte de Servicios de Salud Pública.

DESCRIPCION DE LA SITUACION EN TERMINOS DE POBLACION, SERVICIOS, RECURSOS Y COBERTURA

La Región de Salud I Norte, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F., está integrada por las jurisdicciones Gustavo A. Madero y Azcapotzalco, ubicadas en el norte y noroeste, respectivamente, del Distrito Federal; ocupa una superficie de 122,93 kilómetros cuadrados y representa el 8,2% del total de la entidad federativa; la población calculada para 1985 fue de 2 641 618, lo que daba una

Las jurisdicciones sanitarias dependientes de una región de servicios de salud son las instancias encargadas del control del conjunto de unidades de primer nivel, mediante la supervisión técnico-médica, la promoción de la salud con la participación de la comunidad y la vigilancia epidemiológica del área de su responsabilidad.

La Jurisdicción Sanitaria Número 1, correspondiente al área geográfica de la Delegación Gustavo A. Madero y tiene por límites: al norte de la Ciudad de México y tiene por límites: al norte los Municipios de Tlalnequahualco y Ecatepec, al sur las Delegaciones Cuauhtémoc y Venustiano Carranza.

Se establecieron además tres objetivos básicos:

1. Optimizar los recursos físicos, humanos y materiales existentes, para otorgar servicios médicos integrados a población abierta habitante de las Delegaciones Políticas de Azcapotzalco y Gustavo A. Madero.
2. Integrar el recurso humano del primer y segundo nivel de atención en un equipo participativo y capacitado para la atención a la salud.
3. Disminuir los trámites, facilitar la toma de decisiones y acortar los trámites de control técnico y administrativo para dar servicios oportunos y de calidad (2).

Al establecer la Región I Norte se fijaron las siguientes políticas:

- a) Todas las acciones que se realicen en los niveles jurisdiccional y regional deben impactar positivamente en los servicios aplicativos.
- b) La relación médico-paciente debe otorgarse en un marco de oportunidad, calidad y cortesía.
- c) Simplificación administrativa: disminuir trámites y reducir informes.
- d) Planeación participativa: mayor información al trabajador para que en base al conocimiento exista comprensión y se establezca un compromiso con la institución.
- e) Eficiencia: optimización de recursos, mayor producto con el menor insumo.
- f) Veracidad en la información, tanto de recursos disponibles como de productividad para una toma de decisiones adecuada.
- g) Integración docente-asistencial: que todas las categorías enseñen haciendo y aprendan al hacer.

cho el Fraile, al poniente por Picacho Tlacomulco y Picacho el Jaral; las calles Francisco I. Madero, El Rosario, Cinco de Mayo y Morelos, constituyen el límite sur con el que se integra al resto de la Delegación Gustavo A. Madero. Este espacio geográfico incluye veintidós colonias.

Como resultado del censo que se llevó a cabo en el área de Palmitilla del 8 de octubre al 13 de diciembre de 1984, se encontró un total de población de 70 071 habitantes en 13 341 familias; 38,42% de la población manifestó ser derechohabiente del IMSS y 9,04% del ISSSTE; el 25,42% de las familias encuestadas manifestó ser usuarios de los servicios de la SSA y el resto de la población cuenta con otro tipo de servicios.

El 50,73% correspondió al sexo masculino y el 49,27 al femenino; en cuanto al desglose por grupos etarios se observó que el grupo de menores de un año corresponde al 2,56% del total; el grupo de 1 a 4 años al 10,99%; de 5 a 14 años al 30,67%; de 15 a 44 años al 49,81% y el resto son mayores de 45 años.

En relación a la procedencia de las familias, el 58,36% son oriundas del Distrito Federal y el resto del interior de la República, principalmente de los Estados de México, Guanajuato e Hidalgo. De acuerdo al tiempo de permanencia en esa área, el 7,18% de las familias tenían menos de un año de residir ahí, el 28,46% entre uno y cuatro años, el 28,68% entre cinco y nueve años, y el resto más de diez años; pero en su mayoría menos de veinte años.

De las 13 341 viviendas encuestadas el 74,14% estaban constituidas con material impercedero. El 85,04% reportó toma de agua intradomiciliar; pero el 50,31% no contaba con drenaje.

Los encuestadores estimaron haber cubierto un 80% de las viviendas del área (8). Por ser considerada la población de esta área como económicamente deprimida, en 1979 como resultado del Programa de Atención Primaria a las Áreas Marginadas (PAPAM), la entonces Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) habilitó cinco Centros Comunitarios Tipo I: "Mala-cate Ponderosa", "Lomas de Cuauhtpec", "Arboledas de Cuauhtpec", "Compositores Mexicanos" y "Felipe Bertozaabal". En 1981 dentro del Programa de Atención a la Población Marginada de las Grandes Urbes (PASPAGU) se construyó el Centro Comunitario de Salud Tipo III de Palmitilla.

Para 1984, el recurso humano disponible su-

traza, al oriente el Municipio de Tlalnepantla (las delegaciones pertenecen al Distrito Federal y los Municipios al Estado de México); su extensión territorial es de 95,5 kilómetros cuadrados y la población estimada, mediante el método aritmético, para el mes de julio de 1983, fue de 2 023 741 habitantes con una densidad de población de 21 191 habitantes por kilómetro cuadrado (5). De los 289 533 nacidos vivos en el Distrito Federal, en 1983, 50 957 nacieron en la jurisdicción Gustavo A. Madero: 26 030 del sexo masculino y 24 927 del sexo femenino, con una tasa de 31 por mil (6).

En 1983 hubo 48 927 defunciones en el Distrito Federal (5,1 por mil), 7 851 de las cuales fueron en Gustavo A. Madero (4,7 por mil), 4 100 hombres y 3 751 mujeres.

En cuanto a las causas de morbilidad general en Gustavo A. Madero se enlistan las diez principales y las tasas por 100 000 habitantes por población general.

- Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (1 564)
- Infecciones intestinales (462)
- Enteritis y colitis no infecciosas (238)
- Helmintiasis (153)
- Dermatitis y dermatosis (136)
- Trastornos de la menstruación (544*)
- Amebiasis (120)
- Traumatismo en todas formas (114)
- Enfermedad hipertensiva (113)
- Enfermedad inflamatoria de los órganos pélvicos femeninos (186**)

A partir de la década del 50 se inicia en el pueblo de Cuauhtpec de la jurisdicción Gustavo A. Madero, un crecimiento demográfico explosivo debido a los asentamientos humanos irregulares que se ubicaron principalmente en la zona ejidal de Palmitilla, sin que en el paralelo se desarrollaran los servicios municipales para la población (7).

La zona geográfica de Palmitilla tiene los siguientes límites: separada del Estado de México, al oriente por el cerro del Chiquihuite y Picacho Grande, al norte por el Pico Tres Padres y Pica-

* Tasa por 100 000 mujeres de 15 a 44 años.
 ** Tasa por 100 000 población femenina (6).

más producto con el menor insumo, conservar-
do la mayor satisfacción tanto del prestador de
servicios como del usuario.

Las hipótesis de la investigación fueron: (7)

- "Que sin necesidad de incrementar recur-
sos, se puede obtener mayor eficiencia gracias a
un cambio en la organización que redunde en la
funcionalidad de la unidad".
- "Que no obstante la oferta permanente es-
table, con la participación responsable del equi-
po de salud se satisfará una mayor demanda".
- "Que con los recursos actuales es posible
organizar atención primaria integral, mediante la
integración funcional de las instituciones que
atienden población abierta en el área".
- "Que aunque sea a pequeña escala se puede
lograr calidad en la atención, quedando la gene-
ralización sujeta al incremento de recursos".

Los objetivos de la investigación fueron:

1. Modificar el enfoque por programas en la
relación médico-paciente, sustituyéndolo por el
número de familias, de acuerdo a la capacidad
real de generar servicios.
3. Establecer un sistema de información, sen-
cillo, veraz y estratificado según el nivel de toma
de decisiones.
4. Instaurar y consolidar un sistema de transfe-
rencia eficiente.
5. Fijar normas mínimas para la atención.
6. Utilizar instrumentos de registro de fácil
llenado que incluyan el estudio y control de fa-
milias, así como el expediente orientado por pro-
blemas.
7. Mantener una conducta preventiva que per-
mita el fomento y mantenimiento del estado de
salud a partir de las detecciones y la vigilancia
epidemiológica.
8. Introducir la técnica evaluativa en el control
y análisis de la gestión.
9. Organizar un sistema permanente de capa-
citación, tanto del personal, como de la población.

Se fijaron las siguientes estrategias:

- a) Integración docente asistencial:
- Enseñando al hacer y aprendiendo al en-
senar.

La programación de la unidad de atención pri-
maria integral se basa en tres premisas básicas:

- Todos los integrantes del equipo de salud
deben actuar en un marco de libertad, recordan-

MODELO DE PROGRAMACION

La UAPI es la efectora por excelencia de los
servicios de primer nivel de atención a la salud e
instrumento reordenador para la correcta programa-
ción de personas sin seguridad social que vivan
dentro de ese ámbito geográfico.

De esta investigación nace la Unidad de Aten-
ción Primaria Integral (UAPI), que es una ins-
tancia administrativa dependiente de la jurisdic-
ción sanitaria, derivada de la integración fun-
cional de centros comunitarios de salud que
constituyen una unidad programático-presu-
puestal responsable de la cobertura de 54 a 72
mil habitantes de población abierta residente en
el área de influencia o sector, cuya dimensión
depende de la densidad poblacional y la propor-
ción de personas sin seguridad social que vivan
dentro de ese ámbito geográfico.

h) Coordinación en el equipo de salud:
-Actuar como un organismo multi e interdis-
ciplinario.

f) Participación de la comunidad:
-Integrar a las familias como parte importante
del equipo de salud.

g) Conocer a partir de los recursos actuales,
cuál es la capacidad real de generar servicios;
-Identificar los que se pueden dar a toda la
población, cuales a la mayoría de ella y los que
solo es posible otorgar a alguna fracción de la
misma.

b) Contemplar el proceso riesgo-daño:
- Identificando el riesgo y previniendo o ma-
nejando el daño.

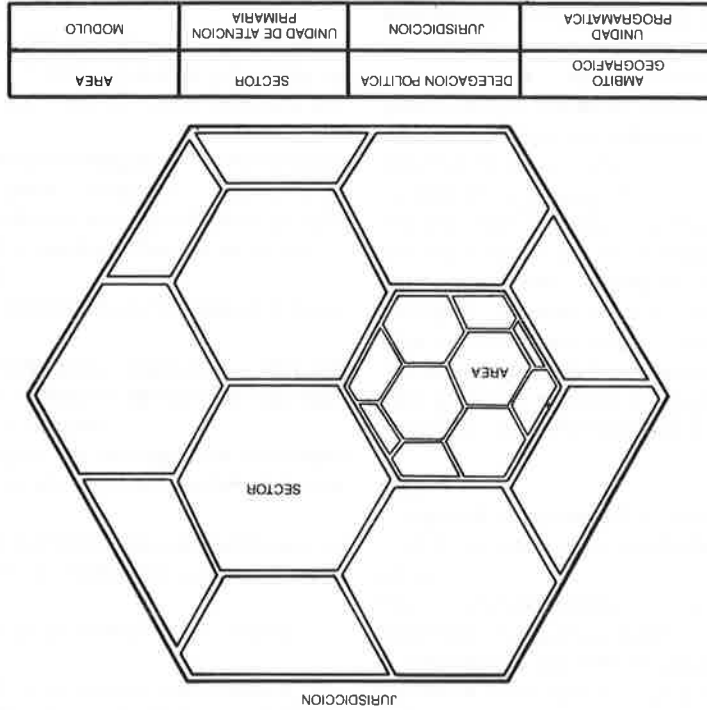
c) Utilización del método inductivo:
-Considerar al individuo como punto de parti-
da, abarcando después a toda la familia.
-Mayor acceso del equipo de salud a la infor-
mación y a la toma de decisiones:
-Gracias al conocimiento y comprensión se
adquiere mayor compromiso en la participación.
e) Optimizar la capacidad instalada interinsti-
tucional y por niveles de atención:
-Operar con un sistema eficiente de transfe-
rencia que garantice la referencia y contrarefe-
rencia.

do que el derecho de uno termina en donde se inicia el derecho de los demás.

- Que, el que cada quien tenga funciones precisas hace que el grupo actúe en forma sincrónica, armónica y complementaria.
- La participación responsable del equipo de salud en la toma de decisiones, enfatizando el concepto de liderazgo situacional; es decir, dependiendo del tipo de problema y del momento en que se presenta este, será un miembro del grupo el que asumirá la responsabilidad de la conducción de los demás.

Por otro lado, ensambla una estructura informacional que asumió la responsabilidad de la región de servicios de salud.

Figura 1. Áreas de influencia del primer nivel.

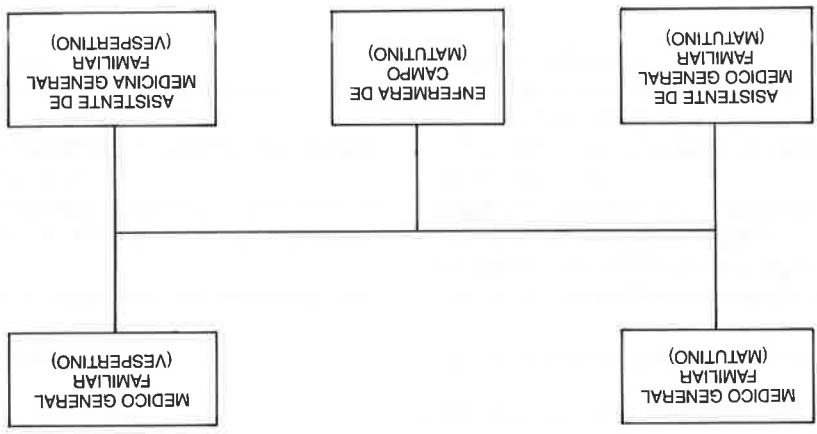


La dimensión de cada uno de los ámbitos geográficos es variable: en el caso de las jurisdicciones sanitarias esta determinada por la división política de las delegaciones del distrito federal, en tanto que la de las áreas modulares depende de factores demográficos. El área es responsable del módulo básico y del sector, es la zona de influencia de la UAPI

Los elementos constitutivos de la UAPI son:

- Módulos de Medicina General Familiar.
- Servicios de apoyo.
- Cuerpo de gobierno.

Figura 2. Estructura del módulo de medicina general familiar.



El Módulo de Medicina General Familiar (Figura 2) es el equipo operativo que representa la unidad fundamental de atención a la salud, responsable de la cobertura de 6 000 habitantes de población abierta, residentes en el ámbito geográfico de influencia o área modular (IO), conformado por tres categorías, las cuales laboran en dos turnos: matutino de las 8 a 15 horas y vespertino de 13 a 20 horas.

Categoría	Jornada	Indicador
Médico general familiar	7 hrs.	1 por consultorio y 1 por médico general familiar.
Enfermera clínica o asistente de medicina	7 hrs.	1 por área modular.
Promotora de salud o enfermera de campo	7 hrs.	1 por área modular.

Servicios de apoyo:

Odontología:

- Un cirujano dentista seis horas por cada cinco módulos de Medicina General Familiar (un sillón por odontólogo), para los dos turnos.

Laboratorio Clínico:

- Un laboratorio por UAPI, un químico (siete horas por laboratorio), un técnico de laboratorio (siete horas por sección).
- Un auxiliar de intendencia, siete horas por cada 350 m² en área cerrada, a 600 m² de área abierta.
- Un oficial de transporte, siete horas por vehículo y por turno, cinco vehículos por UAPI.

Intendencia y transportes:

Estadística: Dos estadígrafos, siete horas por UAPI.

cinco o diez consultorios y por turno. Una enfermera general, siete horas de inmunizaciones por cada diez consultorios y por turno. Un servicio de inmunizaciones e inyecciones por centro. Una enfermera, siete horas de CEYE por cada cinco o diez consultorios y por turno. Una auxiliar en-fermera, siete horas de CEYE por cada cinco o diez consultorios y por turno. Una central de esterilización (CEYE), por centro comunitario, una auxiliar en-fermera, siete horas de CEYE por cada cinco o diez consultorios y por turno.

Enfermería:

- Una trabajadora social, siete horas por turno.

Adscripción y control de usuarios:

- Una trabajadora social, siete horas por turno.
- Un técnico radiólogo, siete horas por aparato y por turno.
- Un equipo de RX de 300 m.a. por UAPI
- Un servicio de radiodiagnóstico por UAPI

Radiodiagnóstico:

Farmacia:
 ● Una farmacia por centro comunitario de la UAPI.
 Almacén e inventario:
 ● Un almacén por UAPI.

ORGANIZACION PROGRAMATICA

La población se clasifica en tres tipos:

a) Asignada geográficamente (población total que habita en el sector de la UAPI).

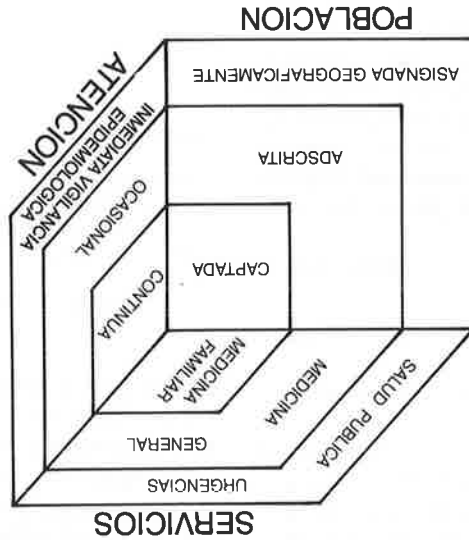
b) Adscrita al Centro Comunitario de Salud (población asignada que en algún momento solicita un servicio).

c) Captada por el módulo de Medicina General Familiar (la población adscrita a la que se le abre carpeta familiar y está sujeta a control de familias). (Figura 3).

- Un director, siete horas por UAPI.
- Un coordinador de atención asistencial, siete horas por UAPI.
- Un coordinador de atención preventiva y docente, siete horas por UAPI.
- Un coordinador de apoyo logístico, siete horas por UAPI.

El Cuerpo de Gobierno está constituido por:

Figura 3. Relación entre población, servicios y atención.

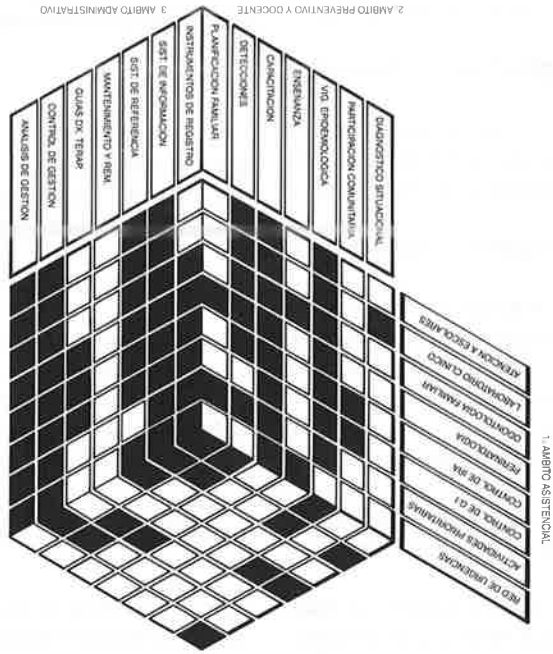


En la población asignada geográficamente, se efectuará vigilancia epidemiológica y se procurará la atención inmediata en caso de urgencias; a la población adscrita al Centro se proseguirá otorgando atención continua e integral.

Se dará servicios de Salud Pública y Urgencia a toda la población (asignada); de Medicina General a la población usuaria (adscrita); y de Medicina Asistencial, Preventivo y docente, Administrativo.

- Asistencial.
- Preventivo y docente.
- Administrativo.

Figura 4. Unidad de atención primaria integral: Líneas de acción.



Estos ámbitos son operados a través de líneas de acción, por las mismas personas de la estructura formal.

Aunque existen cuatro niveles jerárquicos (Operativo, Responsable de Línea, Coordinadores de Ambito y Director de la Unidad) en su funcionamiento todo el personal debe actuar en el mismo plano de igualdad, dado que es más eficaz asignar a cada responsable operacional la función de controlar la gestión de su sector de actividad, en lugar de concentrar todo ello en el campo reservado a una sola persona.

Todo el personal es jefe y subalterno a la vez, ya que el liderazgo es contingente, dependiendo del problema o situación, de tal forma que una persona de rango superior en la estructura formal en algún momento puede ser subordinada en la organización funcional.

El personal de la unidad, además de las acciones sustantivas, puede participar en el control de la operación como una actividad agregada ya que al hacerlo no debe descuidar las actividades básicas.

Ambito asistencial

Esta integrado por ocho líneas operativas, dos dirigidas a la población asignada geográficamente (red de urgencias y atención a escolar); cinco a la población adscrita (actividades prioritarias, odontología familiar, laboratorio clínico, control de padecimientos gastrointestinales y control de infecciones respiratorias agudas) y la última, a la población captada (perinatología).

Los objetivos de las líneas que constituyen este ámbito son:

Red de urgencias

Brindar a los pacientes atención inmediata de primeros auxilios o cirugía menor en la UAPI y garantizar, en su caso, la referencia oportuna al nivel hospitalario mediante una estructura integrada del conjunto de recursos institucionales.

<p>dirigidas a la población asignada geográficamente (diagnóstico situacional, participación comunitaria y vigilancia epidemiológica), dos a la población adscrita (detecciones y planificación familiar) y otras dos al equipo de salud general (enseñanza y capacitación).</p>	<p>Los objetivos de las líneas que integran este ámbito, son:</p>	<p><i>Actividades prioritarias</i></p> <p>Identificar y aplicar las acciones que no tienen un costo agregado, que no requieran registro o informe y que impactan positivamente en la calidad, oportunidad y corteza de la atención médica del primer nivel.</p> <p><i>Control de padecimientos gastrointestinales</i></p> <p>Clasificar los padecimientos gastrointestinales por fases (leve, moderada y severa complicación) evitando tratamientos costosos, agresivos e innecesarios, así como retención de pacientes graves, dando énfasis a la hidratación oral.</p> <p><i>Control de infecciones respiratorias agudas</i></p> <p>Clasificar los padecimientos respiratorios agudos por fases de complicación, haciendo énfasis en la detección de la fiebre reumática y en la erradicación del estreptococo beta hemolítico.</p>
<p><i>Diagnóstico situacional</i></p> <p>Identificar y analizar tanto los factores de riesgo a la salud y los daños en la población, como los recursos disponibles para la prevención y atención de los mismos.</p>	<p><i>Participación comunitaria</i></p> <p>Integrar las acciones de los promotores voluntarios de salud comunitaria, adultos y jóvenes, a las del equipo de salud.</p>	<p><i>Pernatología</i></p> <p>Homogeneizar el control prenatal, supervisar la atención del parto y vigilar la evolución del puerperio de la madre; así como vigilar el crecimiento y desarrollo del producto con énfasis en el esquema de inmunizaciones.</p>
<p><i>Enseñanza</i></p> <p>Introducir al puesto y capacitar al personal de pre y postgrado, de Medicina, Odontología, Enfermería, Trabajo Social y Laboratorio Clínico, evitando considerarlo fuerza de trabajo sustituta.</p>	<p><i>Capacitación</i></p> <p>Desarrollar en paralelo a todo el equipo de salud mediante jornadas, cursos o sesiones.</p>	<p><i>Laboratorio clínico</i></p> <p>Atender con oportunidad a la población que requiere análisis clínicos, mediante la toma local de muestras y/o productos con procesamiento centralizado en el laboratorio de la UAPL.</p>
<p><i>Detecciones</i></p> <p>Buscar intencional y oportunamente, entre la población de riesgo, sospechosos de tener hipertensión arterial, diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar, cáncer mamario y cervicouterino.</p>	<p><i>Planificación familiar</i></p> <p>Impulsar los métodos de mayor efectividad y menor riesgo.</p>	<p><i>Atención a escolares</i></p> <p>Detectar y resolver en la población escolar de la zona de influencia o sector, las patologías que impiden el aprendizaje normal, con la participación del propio personal docente.</p> <p>Ambito preventivo docente</p> <p>Constituido por siete líneas operativas, tres</p>

Análisis de la gestión

Conocer los datos pertinentes, compararlos contra indicadores, utilizar la estrella de evaluación, analizar la información resultante y re-organizar a todos los elementos operativos. Cada una de las veintidós líneas están a cargo, indistintamente, de un elemento operativo del equipo de salud, quien además de conducirla y evaluarla, debe establecer estrecha coordinación con los demás responsables de línea para una oportuna toma de decisiones.

RECURSOS Y SERVICIOS

Con el propósito de cumplir la política regional de optimizar los recursos humanos existentes, se hizo imperativo dimensionar el número de los necesarios, a través de la formulación del Catálogo de Indicadores de Recursos Humanos (11). El paso siguiente fue contrastar los cincuenta y nueve recursos originales de la UAPI Palmatita con el total de los necesarios de acuerdo a indicadores, para lo cual se diseñó la Planilla de Personal, donde se especifica la categoría, puesto, servicio y turno; encontrando que para las características de las unidades que integran la UAPI y completar sus elementos constitutivos (módulos de M.G.F., servicio de apoyo y cuerpo de gobierno) se requirían setenta y nueve recursos (quince médicos generales familiares, cuatro odontólogos, quince enfermeras, doce trabajadoras sociales, tres técnicos y el resto de personal de apoyo) (12).

Como era necesaria la coordinación entre las diferentes categorías del personal de la Unidad Palmatita se diseñaron los Perfiles de Puesto para los recursos fundamentales que incluyen la descripción genérica del mismo, sus requisitos, relaciones de mando, funciones, jornada, hora-rio y la especificación de sus actividades (10). Los recursos de material y equipo de los módulos de M.G.F. para las funciones que debe desarrollar el equipo de salud fueron especificados en un catálogo, para después realizar un balance entre los necesarios y los existentes, determinando que había falta de aparatos imprescindibles, como estuches de diagnóstico, estetoscopios binaurales y de muebles de guarda-visitables para el archivo de carpetas familiares de cada módulo.

Pasando al renglón de los servicios que otorga la UAPI, se determinó que debe ser autosuficiente

Ámbito administrativo

Conformado por siete líneas de acción, dos de control de la productividad (instrumentos de registro y sistemas de información), una de comunicación con el segundo nivel de atención (sistemas de referencias) y cuatro de control operativo (mantenimiento y remodelaciones, guías diagnósticas terapéuticas, control de gestión y análisis de la gestión).

Los objetivos de las líneas componentes de este ámbito son:

Instrumentos de registro

Utilizar para el control de familias, la carpeta familiar de fácil llenado con expediente clínico orientado por problemas.

Sistema de información

Simplificar los registros, permitiendo la fácil captura de datos, el procesamiento oportuno de los mismos y el mayor análisis de la información, según nivel de responsabilidad.

Sistema de referencia

Establecer un mecanismo de envío adecuado, oportuno y justificado, utilizando la guía de referencia y el directorio logístico procurando el seguimiento de las transferencias.

Mantenimiento y remodelaciones

Orientar el presupuesto y las cuotas de recuperación para mejorar la capacidad instalada de acuerdo a las sugerencias del equipo de salud.

Guías diagnósticas y terapéuticas

Garantizar un mínimo de calidad aceptable en la atención médica, mediante el seguimiento de lineamientos técnicos elaborados y aceptados por el equipo de salud.

Control de gestión

Supervisar y vigilar el desarrollo operativo de las líneas de acción, corrigiendo oportunamente las desviaciones.

ciente en la atención de primer nivel, tanto al medio como a las personas, otorgando los siguientes servicios:

- Atención médica y odontológica.
- Detección de enfermedades.
- Control prenatal.
- Supervisión de la atención del parto.
- Vigilancia del puerperio.
- Control de niño sano.
- Planificación familiar.
- Medición del riesgo familiar.
- Apgar familiar (grado de disfunción familiar).

Para verificar que las actividades se realizaran eficientemente en el tiempo, lugar, modo, persona y magnitud en que fueron programadas, se llevó a cabo la supervisión planeada, calendarizada, periódica, resolutoria y escalonada debido a que se realizó en forma directa y lineal de un nivel superior a uno inmediato inferior, partiendo de la base modular y llegando hasta nivel regional.

Esquema de supervisión escalonada

La supervisión se basa en las guías, estas fueron las que marcaron el curso de la acción del supervisor, al definir, orientar y precisar los aspectos a supervisar; en tanto que en la ejecución se utilizaron las cédulas que permitieron registrar tabularmente las omisiones, desviaciones y, por supuesto, los aciertos (15).

Con objeto de conocer oportunamente los problemas críticos que afectaban la operación; así como, los aspectos sobresalientes, sugerencias y soluciones en la UAPI, como un subsistema de control se encuentra el de asuntos relevantes que permite la comunicación informal y expedita.

Cada uno de los procedimientos previstos en las veintidos líneas de investigación, fueron esquematizados en fluxogramas que precisaban la secuencia de actividades y el responsable de realizarlas.

Otra herramienta de control estuvo representada por la Cédula de Captación de Recursos Físicos y Humanos, la cual se aplicó semestralmente para conocer el inventario actualizado. Un medio práctico para conocer la distribución de la fuerza de trabajo que permitía identificar faltantes y sobrantes fue la plantilla departamental, la cual se basa en una plantilla ideal a partir del catálogo de indicadores para la asignación del recurso humano.

Para conocer la demanda satísfecha, el director de la UAPI mensualmente cuenta con el informe de servicios de consulta externa (IMSCB), en el cual identifica la productividad por módulo. El SICOSEPRO (Sistema para el Control y Seguimiento Programático), es un instrumento que captura, procesa y suministra información del cronograma anual de metas y el avance programático a las diferentes instancias de decisión. El análisis de gestión es un proceso dinámico a través del cual cada individuo identifica la im-

Como corolario, la necesidad de recursos de todo tipo no se consideró como determinante para el pilotaje del proyecto, ya que la estrategia de organización participativa y la creatividad de sus participantes fueron una substancial alternativa.

MODELO DE SUPERVISION Y EVALUACION

En la Unidad de Atención Primaria Integral se utilizó un control de gestión sin enfoque contable, como un método analítico de la actuación para medir los resultados, identificar las desviaciones, corregirlas oportunamente y orientar las decisiones futuras; también, como un conjunto de esfuerzos para asegurarse que cada una de las partes utilice eficientemente los recursos de que dispone, con el fin de que la organización como un todo alcance los objetivos que tiene fijados (14). El control de gestión busca ser inicitativo y no represivo, con la participación de todos los elementos involucrados en el proceso. Los principales instrumentos de control de la gestión de la UAPI son: el sistema de supervisión escalonada, el sistema de asuntos relevantes, el catálogo de operaciones, el censo de recursos, la plantilla

portancia de su actividad dentro de la organiza-

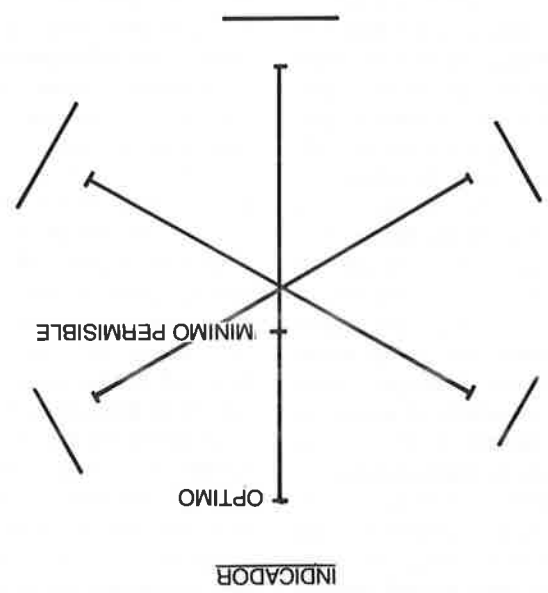
ción; consiste en la comprobación permanente de que los instrumentos se utilizan en el desarrollo de las actividades, en el tiempo y espacio establecidos para conseguir los objetivos predeterminados (16).

Para el análisis de la gestión se utilizaron indicadores prácticos y factibles por cada una de las líneas específicas y representados objetivamente mediante estrellas de evaluación.

La estrella de evaluación (Figura 5) es un instrumento que consiste en elaborar ocho radios en los cuales se anota el indicador que se desea evaluar. Se considera el extremo distal del radio

Periódicamente se realizan mediciones de los indicadores que traducidos a un valor permiten marcar puntos en el eje correspondiente, al unir estos puntos conforman una figura característica del estado que guarda el servicio a evaluar, para este fin se utilizan diferentes colores con objeto de hacer comparaciones en el tiempo de las diversas evaluaciones (17).

Figura 5. Estrella de evaluación.



Al final se circunda la estrella, haciendo coincidir las marcas de intervalo de acuerdo al porcentaje de avance del indicador, lo que permite identificar el avance de las líneas en su conjunto. Un ejemplo práctico lo constituye la estrella de evaluación modular, la cual se maneja en dos fases: en la primera se hace una evaluación de la estructura en donde se pondrá el recurso humano, la planta física, el equipo, mobiliario, papelería y material de consultorio; de tal forma que si se obtiene un mínimo del 75%, el módulo se considera evaluable porque ha recibido de las

autoridades superiores suficiente apoyo; citras inferiores al 75% establecen que el módulo no es evaluable por no contar con los recursos mínimos indispensables. Cuando el módulo es evaluable se miden, comparan y analizan los aspectos referentes a casos de enfermedades prevenibles por vacunación, promotores voluntarios, cartografía, pirámide de población, carpeta familiar, transferencias, ausentismo, rendimiento, detecciones y actividades mínimas de planificación familiar y manejo integral del paciente (18).

LOGROS ALCANZADOS

La aplicación del proyecto tuvo como responsable operativo al director de la UAPI Palmarita, apoyado en tres elementos distinguidos de la organización a los cuales se les encomendó la coordinación de cada uno de los tres ámbitos, designándose a los veintidós responsables de cada línea. Un punto importante a destacar es que las actividades que generaba el proyecto se realizaban sin descuidar las actividades sustantivas de cada participante.

Para el mes de mayo de 1985, estaban en operación todas las líneas del proyecto y para conocer el avance de la investigación en conjunto se realizaron tres cortes evaluativos donde se informaba de alcances y limitaciones, se discutían procedimientos y se presentaban resultados parciales a través de valores en los indicadores y su representación en las estrellas de evaluación.

En abril de 1986, se integró el documento de evaluación final (19) que contiene las opiniones y sugerencias de los directamente participantes. El objetivo que planteaba era modificar el enfoque de trabajo para los programas en la relación médico-paciente, sustituyéndolo por el de diferentes eventos, se acordó realizar una atención primaria integral y secuencial, tanto a las personas, como a las familias, quedando la posibilidad de aumentar su capacidad de acuerdo al incremento de los recursos necesarios.

Otro objetivo constituía el establecimiento de un sistema de información sencillo, veraz y estratégico, según nivel de toma de decisiones; este fue ampliamente conseguido al diseñar formatos de fácil registro, procesamiento sencillo y concentrado, que permitía puntos de análisis y concentración de actuación. El sistema fue generalizado a las jurisdicciones de la Región y en la actualidad se ha modificado para constituirse en el sistema fuente, que proporciona información útil y relevante para directivos, con la tendencia a aumentar su potencial con el procesamiento computarizado mediante una red estructurada, según nivel de decisión.

El sistema de transferencia representa un reto en todos los servicios de salud, pues se conforma de una sola vía. Dos objetivos del proyecto planteaban establecer y consolidar uno eficiente, involucrando a los hospitales del área de Palmarita para la atención escalonada. La coordinación y el apoyo, entre directivos y personal comprometido, fueron establecidos a través de reuniones conjuntas donde se analizaban problemas e implementaban soluciones; el resultado: referencia justificada y oportuna, incremento de la contratación y mejor seguimiento de los pacientes. Para fijar normas mínimas de atención se formularon guías diagnóstico-terapéuticas de algunos padecimientos más frecuentes y se seleccionaron criterios para la clasificación de enfermedades agudas de las vías respiratorias y gastroenterales por fases de leve, moderada y severa complicación.

Fue pilotado el uso de Carpetas Familiares y Carpetas para el Control de Familias donde participaron en su registro los integrantes del equipo de salud, facilitando el manejo integral de las familias e iniciando la programación modular. Las diferentes actividades denominadas prioritarias, que sin tener un costo agregado, ni formarlas específicas de registro, trataban de conseguir un impacto en la calidad, oportunidad y corteza de la atención de primer nivel, estuvieron representadas en la UAPI Palmarita a través del inicio de la consulta con más oportunidad, la reducción de tiempos de espera de los pacientes, el establecimiento de citas programadas, la realización de notas conjuntas y auditoría de expedientes individuales y carpetas familiares; la implantación y calendarización de sesiones; con análisis de casos, clínicas y bibliográficas, con la participación del equipo interdisciplinario de salud, entre otras.

Aunque al hacer una revisión estadística se aprecia que el total de acciones de detección de enfermedades no se equiparan a las curativas; sin embargo, sí hubo un incremento substancial de aquellas que se tradujeron en una detección oportuna y un control ulterior más adecuado.

Para establecer un sistema permanente de capacitación de todo el personal se formularon descripciones de cursos introductorios a la Medicina General Familiar, hasta cursos intra y extramuros relacionados a la función de cada categoría del personal; cincuenta y cinco de los cincuenta y nueve cursos asistieron, cuando menos a un curso durante el año de la investigación.

Prácticamente, la construcción de indicadores, el establecimiento de sus rangos, valores óptimos y mínimos permisibles, así como su representación en estrellas de evaluación, han sido instrumentos de control distintivos para la mayor parte de las acciones sustantivas que se realizan en la Región I Norte.

Algunos otros avances relevantes de la investigación son:

- Al inicio de la misma, en la UAPI, no existía el servicio de Laboratorio Clínico, por tanto, los usuarios que lo requerían, a solicitud del consultante, debían desplazarse a la unidad más próxima del sistema, con la consecuente inversión de tiempo y dinero. El primer paso que se determinó para abordar el problema fue que la línea de Laboratorio Clínico estableciera en Palmarita, para la toma de productos, un día fijo y se canalizaran para su procesamiento al centro correspondiente, en el vehículo asignado a la UAPI, al mismo tiempo que se recogían los resultados de la entrega anterior.
- La etapa definitiva se realizó en 1986, cuando con recursos materiales de la Región y sin existir un financiamiento específico, se instaló un Laboratorio Clínico para las determinaciones más usuales en la propia unidad; de esta manera en cada uno de los centros que la integran y de acuerdo a un cronograma semanal, se realiza, por parte del personal de enfermería, la toma de productos que recoge el vehículo y los concentra al Laboratorio de Palmarita para su proceso y resultados. A partir de esta estrategia de operación, en la actualidad todas las UAPI de la Región tienen servicio de Laboratorio Clínico.

El alcance de la Línea del Sistema de Transferencia fue ampliado, al formular una guía que incluye todas las unidades dependientes de la Región y los diferentes servicios de referencia en el 2º y 3er. nivel; como apoyo utilizó un Directorio Logístico de establecimientos y se modificó el formato para convertirlo en un block foliado que incluye la hoja desprendible de referencia en el anverso y la contrarreferencia en el reverso, quedando el block para los seguimientos de los casos enviados y/o recibidos. Además, para que el compromiso fuera bilateral, se establecieron reuniones con los directivos de las instituciones de atención a población abierta para difundir y conseguir su participación en los objetivos del sistema.

Con la experiencia de la organización, funcionamiento y productos finales que realiza una UAPI, se formularon los diagnósticos situacionales de las unidades de la Región para el análisis conjunto de datos básicos, pirámide de población, productividad por recurso y servicio y problemas con alternativas de solución en el manejo de los recursos humanos, materiales y financieros; en el mismo documento se vierten

Incluida en el proyecto está la Línea de Mantenimiento y Remodelación, vio muy limitada su posibilidad de avance al no contar la Región con un presupuesto específico en ese capítulo; sin embargo, con el apoyo de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F. y el área de obras de la Delegación Política Gustavo A. Madero, se sustituyeron las cuatro unidades y tres más, por unidades constituidas ex-profeso, ampliamente funcionales, siguiendo un diseño arquitectónico propuesto por la Región (20).

La investigación operativa desarrollada durante 1985, ha sido el punto medular para dar el impulso a la investigación en el primer nivel de atención. Para tal efecto se han dado elementos y apoyos para la realización de investigaciones, cuyas conclusiones deberán repercutir en el proceso de toma de decisiones.

La decisión de generalizar las aportaciones que había generado la operación del proyecto, se tomó con la premisa de que sería preferible aprovechar las estrategias probadas en beneficio de todas las unidades, a esperar que una de ellas fuera hipotética y atípica.

A mediados de 1986, se establecieron objetivos para reorganizar los centros de salud, que comprendían:

- 1.- Mejorar la accesibilidad a los servicios de atención de primer nivel.
- 2.- Lograr el uso racional de los recursos de salud con el fin de hacerlos más eficientes.
- 3.- Contar con un mecanismo de control por familias, de acuerdo a la ubicación de sus domicilios.

Por tanto, se realizó una re zonificación-resecc-
 torización, se establecieron el registro y la ad-
 cripción de usuarios (21) y se constituyeron cin-
 co unidades de Atención Primaria Integral que
 representan 100 módulos de Medicina General
 Familiar en Gustavo A. Madero y tres en Azca-
 potzalco, con cuarenta y cinco módulos.
 La autosuficiencia en el primer nivel se inicia
 con la determinación de necesidades de recursos
 humanos para los ciento cuarenta y cinco mód-
 ulos, los servicios de apoyo y los cuerpos de go-
 bierno, principalmente aprovechando y reubi-
 cando los existentes.

La estrategia para replicar las líneas del mode-
 lo se determinó al constituir Comités Regionales

La Unidad de Atención Primaria Integral Pal-
 matla está financiada íntegramente por la Se-
 cretaría de Salud, a través de un presupuesto por
 programa cuyo clasificador por objeto de gasto
 contempla siete capítulos, los cuales a la vez se
 desagregan en conceptos y partidas.
 No hay registro contable que puntualice los
 costos exactos de los servicios, ya que el presu-
 puesto es global para la Dirección General de
 Servicios de Salud Pública que en 1987, fue de
 39 198 millones de pesos, de los cuales se desti-
 nó para los Servicios Personales (Capítulo 1000)
 31 782 millones, lo que representa un 81% del
 total, lo cual se agrava porque la tendencia es
 hacia el aumento; así vemos que en 1988, este
 capítulo consumirá el 84% por lo que se dispondrá
 escasamente de 16% para gastos de operación.
 Los capítulos 4000 (Transferencias), 5000
 (Bienes Muebles e Inmuebles) y 7000 (Inverso-
 nes Financieras) no se ejercen desde 1984; el
 capítulo 6000 referente a Obra Pública, solo se
 maneja a nivel de la Dirección General y no se
 asigna a las unidades.

En cuanto a materiales y suministros (Capítu-
 lo 2000) y a Servicios Generales (Capítulo 3000)
 existen dos variables: el presupuesto etiquetado
 que se ejerce centralmente y el disponible para
 gasto directo de las Unidades Aplicativas, el cual
 nunca excede del 20% del total.
 Todo lo anterior explica el desconocimiento a
 nivel local de los costos reales.
 A partir de 1984, se cobra una cuota de recupe-
 ración prácticamente simbólica, cuyo tabulador
 solo se ha modificado una vez (1987), las fuen-
 tes de ingreso son las consultas de Medicina Ge-
 neral Familiar y Odonatología, el Laboratorio
 Clínico, la expedición de Tarjetas Sanitarias y la
 venta de medicamentos.
 Los ingresos por cuotas de recuperación han

- 1.- Actividades prioritarias en el primer nivel.
- 2.- Servicios descentralizados de laboratorio clínico.
- 3.- Atención médica escolar.
- 4.- Participación comunitaria.
- 5.- Capacitación y enseñanza.
- 6.- Planificación familiar.
- 7.- Instrumentos de registro en medicina fa- miliar.
- 8.- Sistema de transferencia y atención inme- diata.
- 9.- Odonatología familiar.
- 10.- Mantenimiento y conservación.
- 11.- Control de infecciones gastrointestinales e infecciones respiratorias agudas.
- 12.- Diagnóstico situacional y programación modular.

En relación al desarrollo de los recursos humanos la Dirección General de Servicios de Salud Pública cuenta con las instancias específicas para la capacitación del personal profesional, técnico y administrativo. Sin embargo en la realidad operativa, la capacidad para formular o concertar cursos es insuficiente. Por tanto, la Región I Norte ha realizado un diagnóstico de necesidades para el desarrollo en paralelo del personal, fundamentalmente cuerpo directivo y equipo modular. En la UAPI Palmaritla se desarrolló un curso de Introducción a la Medicina Familiar para la implantación del modelo, por su marcada tendencia al manejo integral del paciente y su familia. Además, fue proporcionada la metodología para el establecimiento de sesiones clínicas y bibliográficas; todas se realizaron de acuerdo al calendario y paulatinamente la calidad mejoró.

La capacitación en servicio o capacitación en el desempeño ha sido identificada en la Región I como sinónimo de la supervisión constante; por tanto, se formularon guías y cédulas de supervisión técnica que han sido reforzadas con la supervisión administrativa.

La educación continua sin tener un sistema de validación de créditos, ha sido desarrollada a través de eventos de actualización, tanto regional como extramuros. En forma creciente se han formulado cursos a partir de 1984. En 1987, la Región organizó 23 eventos educativos con fines de capacitación para el desempeño y el desarrollo, que incluyeron los dirigidos a directivos regionales, jurisdiccionales y de UAPI, médicos generales familiares, odontólogos, enfermeras auxiliares y generales, trabajadoras sociales, químicos y técnicos de laboratorio clínico, estadísticos y epidemiólogos y personal administrativo en general, entre otros (23).

ANÁLISIS CRÍTICO Y CONCLUSIONES

La Unidad de Atención Primaria Integral no es una panacea, sin embargo es un modelo sistémico con planteamientos teóricos validados por la experiencia y acreditados por una realidad operativa, lo que permite la racionalización del tiempo y del recurso, ya que en su versatilidad prácticamente da respuesta a casi todas las exigencias programáticas del sistema de salud. Desde el punto de vista conceptual está enmarcada en las estructuras vigentes, en sus interrelaciones correlativas y es trascendente, cuando

variado de 1 025 300, en 1984, a 10 401 225, en 1987, de los cuales la unidad solo puede ejercer un 25%, lo cual además de mayor liquidez se convierte en una ampliación presupuestal (22). En cuanto al financiamiento internacional, la representación en México de la Organización Panamericana de la Salud donó, en 1987, 12 millones para la extensión en toda la Región del modelo UAPI Palmaritla, cinco de los cuales fueron para cursos, cuatro para suministros y tres para servicios contractuales.

SUBSISTEMA DE SUMINISTROS Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

El mantenimiento, suministro y los servicios generales quedan comprendidos básicamente en los Capítulos 2000 y 3000.

Las necesidades de la unidad de Atención Primaria Integral en estos rubros se manifiestan dentro del Programa de Inversiones que forman todas las unidades y que se conjuntan en el ejercicio de programa-presupuesto anual. De la propuesta de necesidades expresadas en costos y de la asignación presupuestal que generalmente de la primera, la Dirección General de Servicios de Salud Pública autoriza el abastecimiento de insumos de sus almacenes generales. Para la dotación de materiales de oficina, de aseo, refacciones y de material eléctrico, la UAPI hace una solicitud trimestral la cual se adjunta a las de las otras unidades para consolidarlas y tramitarlas a nivel central. De las existencias en almacenes se entrega la dotación posible de surtir, y la Región, de acuerdo a consumos, hace la distribución racional a las unidades. En caso de que los almacenes centrales no tengan en existencia los materiales requeridos, pero sí estén contemplados dentro de los Cuadros Básicos, se autoriza su compra vía presupuesto directo de las unidades, representado por la parte proporcional que se asigna a lo obtenido por Cuotas de Recuperación.

Del ingreso por Cuotas de Recuperación, que cada año es creciente, los gastos que ejerce la unidad son cada vez menores (En la UAPI Palmaritla: 19,92% en 1984; 16,81% en 1985; 19,29% en 1986 y 4,20% en 1987). Con frecuencia se presenta la interferencia en la operación porque el suministro se afecta, principalmente, debido a lo rígido de los presupuestos y la constante variación en los costos.

plantas objetivos factibles; es realista, cuando desmitifica la idea de suficiencia universal del recurso, al formular la alternativa del tipo de servicio y de atención que se puede otorgar a la población de acuerdo a su clasificación, en asignada, adscrita y captada.

Las estrategias de la UAPI son experiencias nuevas que abren espacios a la creatividad y a la autorrealización.

Este proyecto ambicioso no es fácil de entender de primera intención; pero al familiarizarse con su planteamiento metodológico se comprenden y acepta cabalmente; la verdadera dificultad estaba en su operativización, pues exige un gran esfuerzo inicial, sobre todo si se implanta sobre una estructura tradicional que afortunadamente se compensa con la relativa comodidad para controlar.

A partir de los recursos disponibles (en aportaciones económicas extras) se logró integrar la estructura de la UAPI, lo cual facilitó su generalización a toda la Región; los procesos para su funcionamiento fueron implementados paulatina y progresivamente; algunos, ya previstos, simplemente no funcionaron, pero, otros, se vieron beneficiados con modificaciones propuestas por el propio personal.

El modelo UAPI que nace documentalmente en 1984, constituido por la mezcla de elementos prevalentes en el medio a los que se acercan algunas innovaciones, por decirlo de alguna manera, un basamento para un sistema local de salud. Aunque pareciera que en el momento actual nadie sería capaz de cuestionar la apremiante necesidad de recurrir a mecanismos que permitan mantener y aun mejorar la prestación de los servicios a un costo similar o menor, el proyecto tiene una vigencia condicional por falta de sustentación presupuestal y político, al tener que remarcar el contraste existente en la confluencia de intereses diversos.

Otros obstáculos, además de la resistencia al cambio, lo constituyen la renuencia de los elementos de la estructura formal a compartir la autoridad con la estructura informal y las condiciones que prácticamente no permiten modificaciones. Consideramos que el tiempo de implantación del modelo es reciente, que cambios más trascendentes pueden surgir a futuro; pero la modificación positiva en la actitud de los integrantes de la UAPI ha enriquecido los planteamientos iniciales.

Consideramos que el tiempo de implantación del modelo es reciente, que cambios más trascendentes pueden surgir a futuro; pero la modificación positiva en la actitud de los integrantes de la UAPI ha enriquecido los planteamientos iniciales. Aunque no se tienen datos para determinar los costos unitarios, consideramos que el costo real de nuestros servicios no es barato; pero si razonable. El público usuario, si no es exento, paga cuotas de recuperación muy bajas, lo que se tra-

ciales, generando un crecimiento intelectual del grupo y el surgimiento de valiosos elementos directivos que facilitaron la generalización de la UAPI.

Quizá no se haya logrado otorgar atención primaria integral por ser este un proceso lento y un cambio radical, pero sí se ha mejorado el tipo de atención respecto de la que se ofrecía. Evidentemente se encuentra mejor actitud, tanto de los usuarios, como de los prestadores del servicio (24).

Entre las principales aportaciones se encuentran la formulación de instrumentos necesarios para la operación; la voluntad y la creatividad que se tradujeron en metodologías prácticas y útiles. Citamos, solo a manera de ejemplos, la de zonificación y sectorización, la adscripción de usuarios, el censo de recursos, el sistema de transferencia, la red vehicular, el sistema de supervisión escalonada, los protocolos de investigación, la toma descentralizada de muestras para el laboratorio clínico, la estrella de evaluación modular, etc.

Si se revisa en forma general el proyecto, se advierte que no tiene declarativamente la intención de ampliar la cobertura, sino de profundizar en la ya existente; es decir, se busca calidad primero y cantidad después.

No es justo, por ser una falacia, tratar de medir la efectividad del proyecto a través de las estadísticas vitales, ya que estas se influenciaron más por situaciones económico-sociales que por la organización de los sistemas de atención médica. Manejar verazmente la información no siempre permite enfrentar con ventaja las cifras sesgadas y triunfalistas; por otro lado, por imperativos institucionales, el sistema de información se ha cambiado frecuentemente, lo que no permite una comparabilidad idónea.

En 1984, la plantilla total era de cincuenta y nueve elementos, aumentando a noventa y siete en 1987; la consulta odontológica varió de 3 717 a 8 186 en el mismo período, en tanto que la medicina general familiar pasó de 19 885 a 50 693; el incremento de recursos aumentó la producción y, el rendimiento y la calidad de la atención mejoraron. Un cambio notable fue el uso de los servicios de laboratorio clínico, de 2 272 exámenes, en 1985 a 28 884, en 1987 (25). Aunque no se tienen datos para determinar los costos unitarios, consideramos que el costo real de nuestros servicios no es barato; pero si razonable. El público usuario, si no es exento, paga cuotas de recuperación muy bajas, lo que se tra-

nacional de Hospitales. Buenos Aires, Argentina, abril 1986.

(2) Jaime Alarid H. *La Región I Norte*. México, D.F. SSA, 1986.

(3) Jaime Alarid, H. *La medicina familiar en la SSA*. México, D.F. 1984.

(4) Jaime Alarid, H. *Diagnóstico situacional. Región I Norte*. México, D.F. SSA, 1983.

(5) Moreno, G. R. *Diagnóstico de salud de la jurisdicción*. Gustavo A. Madero, México, D.F. SSA, 1984.

(6) México, D.F. Secretaría de Salud. Unidad de Planeación. DGSSPDF. *Estadísticas vitales*, 1987.

(7) Jaime, A. H. y López González, A. *Proyecto de investigación de servicios de salud, Palmarita*. México, D.F. SSA, 1984.

(8) México, D.F. Secretaría de Salud. Ambiente Preventivo y Docente. *Diagnóstico Situacional*. La Unidad de Atención Primaria Integral, 1984.

(9) México, D.F. Secretaría de Salud. Región I Norte: *Programa de Trabajo*, 1984.

(10) Jaime Alarid, H. y López González, A. *La Unidad de Atención Primaria Integral*. Región I Norte, SSA, México, D.F. 1986.

(11) Rodríguez R. Jaime y Rivero R. Felipe. *Catálogo de indicadores de la UAPI*. Región I Norte, SSA, México, D.F. 1986.

(12) De Gortari, G. E. y López González A. *Análisis de recursos humanos y materiales en las unidades operativas del primer nivel de atención*. Región I Norte, SSA, México, D.F. 1986.

(13) Gómez Mendieta, A. y Garduño M. G. *Balace de recursos materiales por UAPI*. Región I Norte, SSA, México, D.F. 1986.

(14) México, D.F. Secretaría de Salud. Ambiente Administrativo. *Control de gestión*. La Unidad de Atención Primaria Integral. Región I Norte, 1984.

(15) Jaime Alarid, H. *Supervisión*. Región I Norte, SSA, México, D.F. Junio de 1984.

(16) López González, A. *Análisis de gestión*. La Unidad de Atención Primaria Integral. Región I Norte, SSA, México, D.F. 1984.

(17) López González, A.: *Descripción de la Estrilla de Evaluación*. Curso Internacional de Formación Docente en Medicina Familiar. Ceuies. UNAM, 1986

(18) Rodríguez Rodríguez, J. y Hernández Olvera J.L. *Evaluación Modular*. Curso Gerencial para Directivos. Región I Norte, SSA, 1987.

(19) López González, A. y Galindo Chirinos, V. et al. *Evaluación final de la unidad de atención primaria integral Palmarita*. Región I Norte, SSA, México, D.F. Abril 1986.

(20) Varela Gándara, César. *Consultorio Tipo*. Región I Norte, SSA, México, D.F. 1986.

(21) Jaime Alarid, H., Moreno G. Raúl, Hernández Olvera J.L. y López G. A. *Zonificación*. Región I Norte, SSA, México, D.F.

(22) Tello Hernández, Sara. *Informe anual del Departamento de Recursos Financieros*. Región I Norte, SSA, México, D.F. 1987.

(23) López González, A. *Comité Regional de Capacitación y Enseñanza*. Región I Norte, SSA, México, D.F. 1987.

(24) Hernández Olvera, J.L. y Galindo Chirinos, V. *Comentarios de dos ex-directores de la UAPI Palmarita*. México, D.F. 1988.

(1) Jaime Alarid, H. *La atención a la salud en las grandes urbes*. Modelo de atención a la salud para zonas urbanas. Conferencia Regional para América de la Federación Inter-

duce en un porcentaje insignificante para gasto directo.

En el periodo 1984-1987, la consulta de medicina general familiar varió de veinticinco a ochocentavos de dólar; la odontológica de cincuenta a veinticinco y una quimica sanguínea de un dólar veinte a veinte centavos.

La UAPI cumple con los principios para la organización de la red de servicios de salud (26): territorialidad, estrategia única, cobertura explícita, unidad de acción, establecimiento de prioridades, equidad, proporción e influencia recíproca, resoluntividad por niveles de complejidad, descentralización, heterogeneidad en las formas de atención, no rechazo a la demanda y un enfoque global del desarrollo de los servicios; puede considerarse un sistema local de salud (SILOS), ya que tiene un ámbito geográfico definible, un grupo humano mensurable, una red de establecimientos y un grupo organizado de la comunidad, carece de un comando político y una competencia administrativa para completar los criterios conceptuales de los SILOS, según E. Paz (27).

En la UAPI, como en los SILOS (28), se busca la eficacia, la eficiencia, la equidad, la capacidad continua, el monitoreo, la supervisión, las investigaciones operativas, ceder poder de decisión, ceder recursos, aproximar las soluciones a los problemas, la horizontalización de programas, la flexibilidad, la accesibilidad, la efectiva ejecución de políticas, la coordinación intersectorial, la participación comunitaria y el aumento de la capacidad resoluntiva.

La correlación entre la UAPI y los SILOS se manifiesta en la coincidencia conceptual (27) de la calidad, no solo como el mayor beneficio con el menor riesgo, sino en la adecuación precisa de los recursos a las necesidades de cada usuario, fomentando el conocimiento técnico, la oportunidad y suficiencia de los insumos y el conveniente mantenimiento del equipo y la capacidad instalada; también hace suya la idea del paquete de problemas prioritarios como un concepto estratégico que responde al reconocimiento de que el sistema de salud no puede resolver todos los problemas al unísono, en tanto no tenga los recursos y use adecuadamente los que ya dispone.

REFERENCIAS

- (25) Galindo Chirinos, V., Bautista A. M. L. y Guerrero, S. *M. Informe de actividades 1987*. México, D.F. SSA 1988.
- (26) Capote Mir, R. *El Proceso de organización y la regionalización de servicios*. Reunión Descartalización de los Servicios de Salud. Buenos Aires, Argentina. Mayo 1987.
- (27) Paz, Z. E. *Aspectos conceptuales y operativos de los sistemas locales de salud*. México, D.F. OPS/OMS, 1988
- (28) Organización Panamericana de la Salud. *Resumen final de las discusiones de los grupos de PWR's sobre descentralización*. Washington D.C. Nov. 1987.

EL DESARROLLO DE LOS SILOS EN NICARAGUA El sistema territorial de salud, Zona 10, Managua

Isabel Green Casaya, Ivan Kauffman, Guillermo Martínez, Roberto López y José A. Pagés

INTRODUCCION

Al triunfo de la Revolución Popular Sandinista, el gobierno revolucionario se abocó de inmediato a la creación de las bases técnico-administrativas para iniciar la reactivación económica, la organización de los servicios y de la defensa nacional. Dada la inexistencia de instancias territoriales de gobierno, la inexperience administrativa y la escasez de cuadros, inicialmente se adoptó un modelo y formas organizativas verticales que permitirían la gestión estatal.

En este contexto, en el sector salud se crearon las bases jurídicas para la conformación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUSS), en donde uno de sus primeros desafíos lo constituyó, por un lado, la conformación del MINSA*, el cual debía desarrollar el conjunto de mecanismos jurídico-técnicos y organizativos que garantizaran en primera instancia la articulación de los servicios del subsistema público y posteriormente la articulación de los otros subsistemas y; por otro lado, la ampliación de la red de servicios, de tal forma que se asegurara la salud como un derecho para todos, lo que se hizo fundamentalmente a través de la extensión de la red de servicios públicos.

La ampliación de la red de servicios en el marco de las condiciones heredadas se constituyó en un verdadero reto, no solo por los aspectos cualitativos del problema, sino por los aspectos evaluativos que implicaba la construcción de una nueva sociedad.

Paralelo al plan de extensión de cobertura se instituyó como requisito previo el establecimiento de la regionalización de los servicios de salud y su descentralización ejecutiva, ambos como elementos estratégicos para garantizar el futuro desarrollo de los programas de salud y su adecuación al territorio.

La regionalización fue concebida como un complejo mecanismo de descentralización técnico-administrativa, cuyo objetivo central consistía en conformar sistemas regionales de

Existió un hecho objetivo que se deriva de las características de la región por estar asentada en ella la capital y por ende todo el aparato gubernamental central, generando una complejidad que significa la saturación de la demanda y la gestión misma de los servicios de salud.

A esto se suma el bajo nivel de descentralización del resto de los sectores del Estado, en contraste con los niveles alcanzados por el sector salud, el cual por haber sido el pionero en el establecimiento de las estructuras administrativas regionales posee una acumulación de experiencias valiosas.

Este fenómeno ha hecho que el abordaje integral de los problemas de salud, a nivel de las zonas establecidas en la división política en la Región, esté estrechamente ligado al nivel de descentralización y capacidad de toma de decisión de los delegados de gobierno e instituciones, así como al desarrollo organizativo que presenta la comunidad en la zona.

De manera que podemos decir que a la fecha no existe una homogeneidad en los niveles de desarrollo de la gestión de cada área de salud que conlleve a mejorar la utilización de los recursos organizativos y de gestión tecnológica, humanos, materiales y financieros que conforman la capacidad productiva de los servicios de salud.

*Nicaragua. Ministerio de Salud.

militar de cada territorio y en base a su situación

de salud.

Estos sistemas territoriales deberán organizarse de acuerdo a los recursos actuales, definiendo los niveles de resolución del sistema y de cada

unidad en particular. El desarrollo deberá orientarse a elevar progresivamente la capacidad de

resolución de las unidades de base, concentrando los escasos recursos y desarrollando la pro-

gramación local para optimizarlos en función de sus objetivos”.

La configuración del sistema territorial en la Zona 10 significará todo un proceso de organiza-

ción, integración y funcionamiento del sistema, así como un proceso de aplicación de estrategias

que permitan su implementación, desarrollo y consolidación.

Una de las estrategias a desarrollar será la descentralización, la cual es un instrumento funda-

mental para alcanzar una mayor eficiencia e impacto en los servicios de salud.

Deberá estar claro que esta estrategia no debe ser considerada como una simple transferencia

de actividades a nivel periférico, sino como un proceso en el cual los niveles superiores transieren a los niveles inferiores el poder decisorio y

resolutivo y los recursos necesarios para respaldarlos.

Así mismo, la descentralización como tal abarcará los aspectos político-técnicos y adm-

nistrativos y por tanto en la centralización, como proceso binómico y dinámico, se presentarán

los elementos de política, objetivos, decisiones, actividades y normas, como proceso continuo de

unidad de los niveles estratégico, táctico y operativo.

En este sentido es importante orientar las acciones para consolidar la experiencia de des-

centralización de los servicios en materia administrativa y técnica, ya que esto permitirá desa-

rrollar modelos organizativos para la gestión en el sistema territorial.

Sin lugar a dudas, la piedra angular en la gestión para el desarrollo de la salud a nivel territorial lo constituye la descentralización, siendo la

actividad que concretiza la misma programación local; entendiéndose esta como una secuencia de

definiciones de problemas y necesidades, de valoración de recursos disponibles y potenciales,

de establecimiento de prioridades, de formulación de acciones necesarias para alcanzar metas

programadas y de evaluación.

Es en este desarrollo que se abordará la partici-

En la Región este fenómeno se ha venido en-

treñando a través del fortalecimiento de la delegación de gobierno por un lado y la asesoría

hacia las áreas, por el otro. Así como, también, se ha venido concretizando la voluntad política

de la Dirección Superior, la que se ha traducido en la descentralización presupuestaria y del manejo

de los recursos humanos, que aunados al proceso de descentralización del abastecimiento técnico

material en todas sus categorías, ha permitido un mayor grado de autonomía y agilidad en la gestión,

elevando, al mismo tiempo, el nivel resolutivo desde la Región.

Esta capacidad resolutiva, progresivamente ha alcanzado los niveles locales, y es así que a la

fecha encontramos el proceso de descentralización a nivel de unidades de mayor complejidad

(hospitales) y a nivel de zona, la número 10 en forma de pilotaje.

En esta línea, la Zona 10 posee un área de salud que ha alcanzado un buen nivel de desarro-

llo en la adecuación e implementación de la atención primaria de salud en función de la cobertura

por riesgo de las necesidades esenciales en relación a los servicios básicos, dando, además, los

primeros pasos para asegurar el acceso a los servicios de mayor complejidad, articulando,

estructural y funcionalmente la red de servicios de la zona.

Es a partir de este proceso de descentralización que se pretende estructurar un sistema territorial que permita desarrollar y potenciar las

acciones de salud, a fin de que se concreten todos los mecanismos jurídico-organizativos y

de participación comunitaria, potenciando de esta forma el impacto de la intervención del Ministerio de Salud sobre el fenómeno salud/enfer-

medad en el territorio.

La lógica del Plan de Salud 1988-90 plantea: “Es necesario, sin embargo, desarrollar un

proceso de transformaciones importantes en el sistema, de forma que se puedan enfrentar los

problemas de la situación de salud de la población y mejorar los indicadores vitales, a partir de

los escasos recursos con que cuenta el sistema, impulsando la coordinación intersectorial y po-

tenciando la participación popular organizada. Se trata, efectivamente, de enfrentar y admi-

nistrar la crisis, a la vez que se crean condiciones para el futuro desarrollo del sistema de salud.

Es necesario desarrollar para este fin, los sistemas territoriales de salud, en base a la situación política, económica, social y de defensa

con Barrio San José Oriental y al sur con Barrio Rígüero, Mercado "Roberto Huembes", Barrio "Ariel Darce" y las Jagüitas. Cuenta con una población de 1 50 579 habitantes, cuya composición se muestra a continuación.

Cuadro 1. Población por grupos etarios. (Segun Censo de Micolín 1987). Zona 10.

Edad	Habitantes
Menores de un año	5 970
1 - 5 años	26 483
6 - 14 años	37 479
15 y más	80 647
TOTAL	1 50 579

La mayoría de sus barrios fueron creados a raíz del terremoto de Managua, de 1972, y en su mayor parte constituyen barrios de clase trabajadora y proletaria. En 1987, se contaba con una población trabajadora en el sector formal de 7 851 habitantes. No podemos estimar el porcentaje de población que se encuentra trabajando en el sector informal, aunque es probable que sea superior a la población en el sector formal.

Existen cinco industrias y ciento cuarenta y dos talleres privados pequeños. Además existen en la zona:

Mercados	1
Pequenas industrias aliment.	23
Bares y restaurantes	34
Hoteles	1
Panaderías	85
Embotelladoras	1
Tostadoras	1
Comidertas	15

La población estudiantil en 1987, fue de 58 349 habitantes. Se cuenta con tres centros de desarrollo infantil, doce pre-escolares, veintiséis escuelas de primaria, dos centros de enseñanza técnica y dos centros de educación especial.

Situación higiénico sanitaria

El agua potable es abastecida por el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillado (INAA) desde la Laguna de Asosoca y seis pozos funcionando actualmente: dos en el Dorado, dos en la

pación comunitaria como un factor central en el sistema territorial, la cual debe estar promovida básicamente a través de funciones educativas orientadas a consolidar formas de expresión y movilización alrededor de la identificación y solución de sus propios problemas.

Así mismo, deberá fortalecerse dentro del marco de desarrollo la capacidad de dirección, a fin de asegurar la acción intersectorial en función del abordaje integral de los principales problemas de salud de la población en el territorio.

Las acciones a desarrollar, en relación a la capacitación, se harán con un contenido de formación y desarrollo, tomando en cuenta que los administradores de salud a diferentes niveles en el sistema, deben adquirir conocimientos y habilidades progresivas, tanto en el campo de la atención de la salud, como en el de la administración científica.

Y finalmente, el desarrollo de un sistema de información que establezca las formas de registro, recolección, procesamiento, flujo y uso de la información que se derivan de los diferentes procesos en el sistema territorial.

Una de las condiciones de los sistemas territoriales para su funcionamiento es que deben irse adecuando a las divisiones político-administrativas que vaya sufriendo el Estado; en este contexto, esta configuración de sistema territorial se está elaborando en el momento de aprobarse una nueva división política a nivel de la región (distritos), lo que conllevará ajustes posteriores.

SINTESIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA ZONA 10

Datos generales

La Zona 10 de Salud, se encuentra ubicada en el extremo suroriental de la Ciudad de Managua. Su extensión geográfica se estima en 24 km². Cuenta con treinta y nueve barrios (cinco de ellos semirurales), distribuidos en veintinueve sectores. Hay trece asentamientos, 1397 manzanas, 27 576 casas y 28 214 familias.¹ Limita al norte con el barrio el Paraíso, el cementerio Oriental, Bello Horizonte, Villa Progreso, Villa Rafaela Herrera, Barrio Maitena, Mercado de mayo y el Aeropuerto "Augusto César Sandino"; al este con Coarada; al oeste

¹ Segun censo del Ministerio de Comercio Interior (MI-COIN).

imposible evitar la acumulación de basura en el Camino de Sabana Grande. Se espera la activación de seis nuevos pozos durante este año.

Los pozos activos abastecen cinco tanques de almacenamiento: dos en el Dorado, uno en la Colonia Nicarao, uno en Sabana Grande y otro en Camino a Sabana Grande. 17 829 viviendas (= 71,3% del total de viviendas) cuenta con conexión intradomiciliar.

De los trece asentamientos, dos cuentan con conexión intradomiciliar, tres con puestos de agua colectivos (= 105 puestos) y tres tienen servicio de agua potable.

Se realiza control de calidad del agua potable en doce puntos. Se observó en 1987, que la potabilidad del agua disminuyó de los límites aceptables de 90 a 74%.

Se considera que el problema es debido a:

- Cruce de tuberías.
- Falta de mantenimiento a la red de abastecimiento.
- Baja cloración del agua.
- Cortes de agua.

Residuales líquidos

a) Se observó en el año un aumento en la tasa de mortalidad general (4,8 por mil habitantes) en comparación con 1986 (2,2 por mil habitantes). Esto probablemente sea el reflejo de una mayor notificación de las defunciones.

b) La mayor tasa de mortalidad por grupos etarios se registró en el grupo de 0-11 meses (28,2 por mil nacidos vivos), seguidos por el grupo de 50 y más años (21,5 por mil habitantes) y el grupo de 15 a 24 años (3,3 por mil habitantes).

c) La mayor proporción de defunciones ocurrió en los hospitales.

d) Las principales causas de mortalidad general son los traumatismos y envenenamientos, las infecciones propias del período perinatal, las enfermedades infecciosas y parasitarias, los tumores malignos y las enfermedades del aparato circulatorio.

e) Se observaron once muertes por cáncer del cuello uterino, seis por tumor maligno de la mama, diecinueve por diabetes mellitus, uno por aborto, cuatro por tuberculosis, uno por infecciones meningocócicas, uno por tétanos, uno por paludismo.

f) Las principales causas de muerte en el grupo de 0 a 11 meses fueron las infecciones propias del período perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales y la neumonía.

Desechos sólidos

El sistema de eliminación de desechos está a cargo de la Alcaldía de Managua. Sin embargo esta institución no está en capacidad de atender adecuadamente a la Zona, por lo que ha sido

El sistema es deficiente porque existe obstrucción de tragantes y cauces, debido a la falta de mantenimiento periódico.

En los barrios con conexión de aguas negras la eliminación de excretas se hace por esa vía; en los barrios y asentamientos sin sistema la eliminación se hace en letrinas. Sin embargo, cuatrocientos setenta y nueve viviendas no cuentan con letrinas (1,9% de las viviendas), lo que afecta a 2 874 habitantes (1,9 % de la población).

Existen conexiones intradomiciliar de aguas negras en todos los barrios a excepción de:

- Los trece asentamientos.
- Los barrios "Arlen Sív" y "Manuel Fernández".
- Las comarcas Camino del Río, "Ernesto Pérez Briones" y Sabana Grande.

Enfermedades de notificación obligatoria

Las diez principales causas de notificación obligatorias registradas en 1987, se muestran en el Cuadro 3. Lo más importante de remarcar es que en este año se registró una epidemia de conjuntivitis hemorrágica, lo que hizo que esta fuera a ocupar el primer lugar.

Se observó también una alta cantidad de malaria que probablemente sea debida a un incremento de los casos importados de las zonas de guerra.

Cuadro 3. Principales causas de notificación obligatoria, Zona 10, 1987.

Patología	No. casos
Conjuntivitis	283
Varicela	118
Malaria	68
Gonorrea	61
Hepatitis	43
Parotiditis	24
Dengue	17
Sarampión	8
Fiebre tifoidea	2

Enfermedades diarreicas agudas

En 1987, se registraron 9 344 casos de enfermedades diarreicas agudas (incidencia de 61,9 por mil habitantes). De estos, 1 882 (20,1%) constituyeron casos de niños menores de un año, lo que produjo una tasa de morbilidad de 298,2 por mil nacidos vivos. No podemos comparar con el año 1986, ya que en ese año no se llevaban registros por grupos de edad.

De todos los casos de diarrea en niños de 0 a 4 años (3 905), el 77,2% fueron atendidos en las Unidades de rehidratación oral (URO) (3 014). De todos los pacientes atendidos en la URO 0,6% requirieron transferencias por rehidratación I.V. Algunos pacientes fueron rehidratados por vía intravenosa en la URO; pero no poseemos el número exacto.

Los sectores que más acuden a la URO son los sectores aledaños al centro de salud "Héroes y Mártires de Nicaragua". Esto es debido a que no poseemos URO en el puesto de salud "Mártires de Julio", por la carencia de espacio.

El mayor número de muertos por diarrea se observó en Villa Venezuela, Sabana Grande y en el barrio "Georgino Andrade".

g) Las principales causas de muerte en el grupo de 1 a 4 años fueron las enfermedades infecciosas intestinales y los traumatismos.

h) Las principales causas de muerte en el grupo de 5 a 14 años fueron la septicemia y los traumatismos.

i) La principal causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años fueron los traumatismos y accidentes.

j) Las principales causas de muerte en el grupo de 25 a 49 años fueron los traumatismos, los tumores malignos y la enfermedad isquémica del corazón. Se presentaron defunciones por diabetes e hipertensión en esta edad.

k) Las principales causas de muerte en el grupo de 50 años o más fueron los tumores malignos, la enfermedad isquémica del corazón y la diabetes.

l) Es necesario que haya un mejor registro de los certificados de defunción, principalmente en los hospitales, de manera que se logre precisar mejor la causa básica de defunción.

Morbilidad

Morbilidad por consultas médicas

En el segundo semestre de 1987 se inició en la Zona 10, la implementación de un proyecto piloto de codificación de las consultas de morbilidad. En el Cuadro 2, se muestran las principales causas de morbilidad encontradas hasta diciembre de 1987.

Es interesante observar que los principales motivos son enfermedades del aparato superior, infecciones intestinales y parasitosis, e infecciónes de las vías urinarias.

Cuadro 2. Morbilidad por causa, Zona 10.

Causa	Número
Parasitosis	2 618
Amigdalitis	1 959
Infe. vías urinarias	1 773
Catarro común	1 770
Diarrea	1 616
Faringitis	1 418
Bronquitis	1 217
Emf. respir. agudas	1 179
Cefaleas	1 158
Dermatitis	589
TOTAL	15 342

Enfermedades respiratorias agudas (E.R.A.)

Se registraron un total de 15 347 casos de enfermedades respiratorias agudas (tasa de morbilidad de 101,6 por mil habitantes). De estos casos, el 17% correspondió a niños menores de un año (2 620), lo que produjo una tasa de morbilidad de este grupo de 41,5 por mil nacidos vivos; 61,4% de todos los casos ocurrieron en menores de 15 años (tasa de morbilidad de 134,5 por mil habitantes menores de 15 años).

Cuadro 4. Total de casos de E. R. A. atendidos, Zona 10, 1987.

Edad	No.	%
Menor de 1 año	2 620	17,07
1 - 4 años	3 269	21,30
5 - 14 años	3 537	23,05
15 + años	5 921	38,58
Total	15 347	100,00

Tuberculosis

En 1987, se detectaron noventa y ocho nuevos casos de tuberculosis. Esto constituyó un incremento en comparación con el año 1986, lo cual fue debido a una mayor captación de casos. Esto se pone en evidencia por el hecho de que en el año 1988, se estudiaron mil diecisiete pacientes sospechosos; en 1986, en cambio, fueron estudiados ciento cuarenta y tres. El número de abandonos, a pesar del aumento de ingresos, disminuyó de once a siete casos.

Organización de los servicios de salud

Antecedentes

Actualmente la red de servicios de salud de la zona se encuentra formada por:

- 1) El Centro de Salud "Héroes y Mártires de Nicaragua";
- 2) El Puesto de Salud "Mártires de Julio";
- 3) El Puesto de Salud "Juanita Cruz de Obando";
- 4) El Hospital Infantil "Manuel de Jesús Rivera";

La creación de la mayoría de los barrios de la Zona 10, ocurrió después del terremoto de Managua de 1972. Junto con la construcción de esos barrios se creó alguna infraestructura para ser utilizada por las diversas instituciones de esa época, entre ellas, las de salud. El local donde actualmente se ubica el centro de salud "Héroes y Mártires de Nicaragua" fue construido con anterioridad a 1979 y dentro de un programa denominado "Programa de Acción Comunitaria". En él existían, un dispensario, un centro de desarrollo cultural, un centro de capa-

Red de servicios

Además de este centro se fundaron en ese mismo año, o poco tiempo después, los puestos de salud "Juanita Cruz de Obando", de Sabana-grande, y "Mártires de Julio", en el barrio Venezuela. El primero fue construido por la comunidad para ese fin; el segundo está ubicado en una casa particular comprada por la comunidad. Inicialmente ambos puestos eran atendidos únicamente por personal paramédico; pero la demanda de atención obligó a aumentar sus servicios. De esa manera, a partir de 1984, se fue ubicando a personal médico profesional en esos establecimientos.

A pesar de que, al parecer, existían proyectos para la construcción de hospitales en la zona, esto no se materializó hasta el año 1982, cuando se fundó el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera "La Mascota", que constituye el único hospital para la Zona. A partir de 1985, la zona pasó a denominarse Zona 10, reduciéndose el número de barrios a los que servía.

Después del triunfo revolucionario, con la creación del SNSUS, se decidió que el Centro Comunitario de las Américas 4 se convirtiera en el Centro de Salud. Existían centros similares en los barrios Américas 1 y Américas 3. El resto de los barrios de la zona carecían de infraestructura de salud y eran atendidos por el actual centro de salud "Francisco Butrago".

Existían centros similares en los barrios Américas 4, actualmente Villa Venezuela. Esta situación que vivía en el entonces llamado barrio infantil. Estos centros brindaban servicios a la población que vivía en el entonces llamado barrio Américas 4, actualmente Villa Venezuela.

El primero, ubicado en el barrio Villa Venezuela, cumple las funciones de administrar el área; atiende los sectores I I al 28, con una po-

CONFIGURACION ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL DEL SISTEMA TERRITORIAL

El sistema territorial (SISTER) de la Zona 10, entendido como el conjunto de recursos de salud interrelacionados, responsables de la atención de salud de la población de esa zona, se concibe únicamente dentro del contexto de una política nacional de descentralización.

El sistema territorial estará compuesto de dos subsistemas: el subsistema de atención y el de gerencia. La presencia de ambos es esencial para el funcionamiento del sistema territorial como tal.

En la Figura 1 se muestra el esquema del SISTEMA-Zona 10, cuyos componentes se analizarán a continuación:

Subsistema de atención

Niveles de resolución

El subsistema de atención estará constituido por una red de servicios médico-sanitarios conformada, a su vez, por el personal y establecimientos que brindarán atención a los individuos, familias y a la comunidad.

Se definen dos niveles de resolución. El primero se subdivide en:

- a) Comunitario, y
- b) De establecimientos de salud.

El nivel primario comunitario consistirá en la atención brindada por personal de salud, o miembros de la comunidad, directamente a nivel del hogar, la familia o el barrio. Este servicio se ofrecerá sin estar ligado a un local determinado. Esta atención será activa, puesto que el personal acude al barrio procurando la promoción de la salud y la prevención y solución de los problemas de los pobladores; y será participativa, ya que los miembros de la comunidad en muchas ocasiones son los agentes directos en la prestación de servicios y solución de problemas.

El nivel primario de establecimientos consistirá en la atención brindada en los locales de atención del Ministerio de Salud, entendiendo como tales, a los Puestos y Centros de Salud. Estos locales contarán con algún grado de tecnología, que les facilitará hacer frente a problemas más complejos; y con un mayor grado de organización, que les permitirá coordinar las actividades

blación de aproximadamente noventa y cinco mil habitantes. Presta consulta externa de especialidades en el área ginecoobstétrica, consulta externa general médica, odontológica y psicológica; brinda los programas de atención primaria, materno-infantil, control de enfermedades transmisibles, tuberculosis, dispensarizados, higiene ambiental, etc.

El segundo, se encuentra ubicado en el barrio Venezuela, atiende los sectores 1 al 10, con una población aproximada de cuarenta y cinco mil habitantes; en él se proporcionan servicios de consulta externa general médica y odontológica, además de los mismos programas de atención primaria brindados en el centro de salud, exceptuando higiene ambiental y trabajo social.

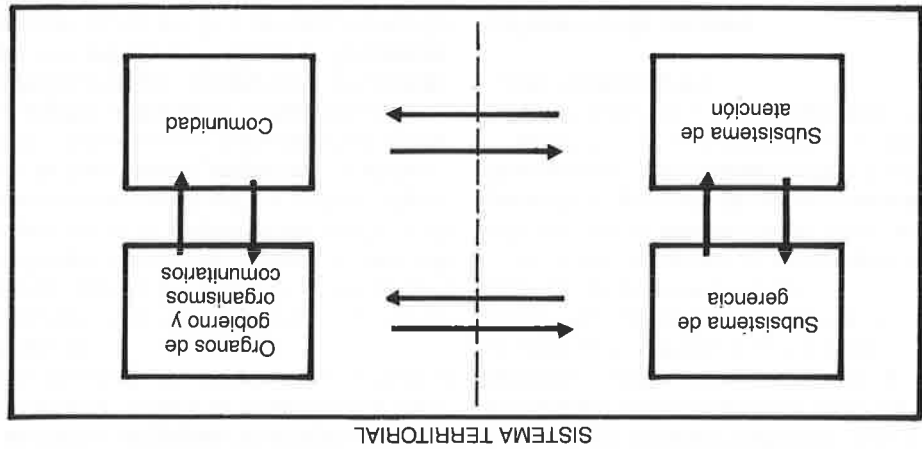
El puesto de salud "Juanita Cruz de Obando" se encuentra ubicado en la Comarca Sabanagrande, atiende al Sector 29 con una población aproximada de cinco mil habitantes, brinda únicamente consulta médica general y los mismos programas de atención primaria que en el puesto de salud antes descrito.

El Hospital Manuel de Jesús Rivera "La Mas-cota" se encuentra ubicado en el barrio del mismo nombre; es el hospital pediatrico de referencia nacional, brindando consulta externa general y de casi todas las subespecialidades, además de servicio de hospitalización, contando para ello con doscientos camas, más los servicios de urgencia y cuidados intensivos.

Esta infraestructura ubicada en el territorio funciona separada en dos grupos que se han dado en llamar "el área de salud" y "el hospital", aunque en teoría forman parte de una misma red de atención. La comunicación entre estos dos niveles se garantiza por el mecanismo de referencia y contrarreferencia que se estableció al crear el SNUS; sin embargo, este mecanismo no ha funcionado debido a que la contrarreferencia fue desvirtuada, transformándose en un mero formalismo al egreso del paciente hospitalario.

Esta falta de funcionalidad de la referencia y contrarreferencia ha hecho que la atención progresiva en función de brindar atención en la red, de acuerdo a la complejidad que presente el paciente, no se realice como un proceso continuo. La situación viene a repercutir en la atención de "filtros" y obstáculos innecesarios. De manera que la organización que presenta toda la red en su conjunto no es armónica como efecto de la desarticulación que existe entre ambos niveles.

Figura 1. Diagrama esquemático del SISTEMA-Zona 10.



Definimos siete categorías de personal, de acuerdo a su tipo de capacitación:

1. Miembros de la comunidad
 - a) Brigadistas
 - b) Parteras
2. Personal Paramédico
 - a) Técnico básico
 - b) Técnico medio
 - c) Técnico superior
3. Médicos y odontólogos generales
4. Médicos especialistas
5. Personal en formación

El nivel secundario es la atención brindada por los hospitales y policlínicas de referencia. A este nivel se accederá solo después de haber recibido atención en el primer nivel, a través del sistema de referencia y contrarreferencia. No obstante, la población podrá acudir directamente a algunos de los servicios de estos establecimientos, mediante la demanda espontánea. Este nivel tendrá una posición muy particular dentro del SISTEMA-Zona 10, debido a que todos los hospitales de Managua responden a necesidades más amplias de la Región y, en algunos casos, de la República. Por tanto, consideramos que ninguno de ellos podrá adaptarse para responder a los problemas específicos de la Zona 10. Así, los hospitales, aunque constituyen un nivel de atención del SISTEMA-Zona 10, no se encontrarán subordinados al órgano de dirección de este. En cambio, dicho órgano de dirección deberá realizar coordinaciones con cada hospital de influencia, para especificar las relaciones que existirán entre ambos niveles y los mecanismos de evaluativos que garantizarán el cumplimiento de las acciones acordadas.

Se trata de miembros voluntarios de la comunidad cuyas actividades se encuentran orientadas a problemas específicos, con énfasis en la educación en salud y en la promoción de las actividades preventivas y captación precoz de la enfermedad, cuya tecnificación es mínima.

- b) Parteras

Son miembros de la comunidad que se dedican a la atención domiciliar del parto. Pueden haber sido entrenadas o no.

- c) Personal paramédico

Esta constituido por los técnicos básicos, me-

- Constituye un conjunto de hogares relativamente concentrados en una zona geográfica definida,
 - Sus residentes muestran un grado considerable de interacción social integrada, y
 - Los pobladores tienen cierto sentido de solidaridad, cierta conciencia de que pertenecen a un mismo grupo.
- El hecho de que el barrio constituya una comunidad, permite dirigir sus esfuerzos a la solución de sus propios problemas.

Subsistema de gerencia

La presencia de un subsistema de gerencia territorial es imprescindible para que las interrelaciones intra e intersectoriales dejen de estar su-

peditadas a la voluntad de los dirigentes de los establecimientos y pasen a institucionalizarse.

Asimismo, este subsistema garantiza un proceso de planificación y programación local que responde a la realidad del territorio, cuyo conocimiento se logra por medio de un sistema de información orientado a la microlocalización de los problemas de salud y no solo a los intereses de otros niveles de gerencia.

Esta constituido por un órgano de dirección que planifica, organiza, administra y evalúa el sistema de atención; y por un sistema de información que sirve de insumo al órgano de dirección. Puede esquematizarse como se muestra en la Figura 2.

Equipo de dirección

El equipo de dirección estará integrado por el siguiente personal con las funciones que se describen a continuación:

- a) Director territorial, cuya función será la coordinación del equipo y sobre quien recae la responsabilidad de las actividades del territorio, la coordinación intra e intersectorial. Asimismo, será el responsable de los planes y programas docentes del territorio.
- b) Responsables de los establecimientos, quienes son responsables de la organización y ejecución de las actividades de cada local y del territorio que se encuentra bajo su influencia.
- c) Administrador territorial, responsable de

dios y superiores que prestan atención directa a la comunidad, incluye auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales, técnicos de laboratorio, técnicos de higiene, etc.

(d) Médicos y odontólogos generales
Médicos y odontólogos que han completado su entrenamiento básico y están capacitados para brindar atención primaria en salud.

(e) Médicos especialistas
Médicos que han completado su formación de postgrado en una especialidad.

(f) Personal en formación
El tipo de calificación de este personal dependerá del nivel alcanzado. De igual manera variará el tipo de problemas que están capacitados para atender y resolver.

El Cuadro 5, muestra el cruce entre el personal y los niveles de resolución, de forma que permite visualizar mejor la complejidad que puede alcanzar cada nivel.

Cuadro 5. Categorías de personal por niveles de resolución.

Unidad mínima de atención	Establecimientos		
	Comunitario	Primario	Secundario
Brigadistas	X		
Parteras	X		
Personal paramédico	X		
Médico general		X	
Odontólogo		X	
Médico especialista			X

El SISTER-Zona 10, iniciará sus actividades basadas en la recuperación de un concepto que había hecho desaparecer de la organización del sistema de salud. Nos referimos al barrio.

Este sistema territorial pretende rescatar el barrio como unidad mínima de atención y programación. Esto se hace en vista de que la organización anterior, utilizando sectores, aunque permitía trabajar con grupos de tamaño homogéneo, no facilitaba el trabajo con grupos de pobladores que constituyeron verdaderas comunidades. En cambio al considerar el barrio como la unidad de atención, se puede trabajar con poblaciones que cuentan con las características que lo definen como una comunidad:

la administración de los recursos materiales y financieros del territorio.

d) Subdirector de Epidemiología, encargado de la vigilancia epidemiológica y del sistema de información. Su función será interpretar la situación higiénico-sanitaria y epidemiológica del territorio y, a través de esta interpretación y del análisis de la producción de servicios, recomendará las necesidades y prioridades sobre las que debe trabajarse.

Las funciones del equipo de dirección serán:

- Realizar y actualizar constantemente un análisis de situación actual del territorio, incluyendo problemas de salud; adecuación de políticas y estrategias; programas, recursos humanos, financieros y materiales; el estado de acción intersectorial y la integración de la comunidad.
- Definir objetivos y metas por medio de una planificación y programación local en base a la información microlocalizada que se posea.

Se estructurará un sistema de información que permita microlocalizar los problemas a través de la determinación de la situación de salud (por riesgo y grupos poblacionales), la identificación de los servicios a brindar y la medición de su cobertura, valorando la eficiencia y efectividad de las actividades.

Sistema de información

Se estructurará un sistema de información que permita microlocalizar los problemas a través de la determinación de la situación de salud (por riesgo y grupos poblacionales), la identificación de los servicios a brindar y la medición de su cobertura, valorando la eficiencia y efectividad de las actividades.

- Organizar el sistema de atención redefiniendo funciones y estructuras; garantizando la interrelación eficaz y oportuna entre los niveles de atención.
- Administrar los recursos humanos, financieros y materiales del territorio.
- Garantizar el entrenamiento y educación permanente en el sistema territorial.
- Mejorar la interrelación con la comunidad y otros sectores de gobierno.
- Implementar un mecanismo de control y evaluación permanente.

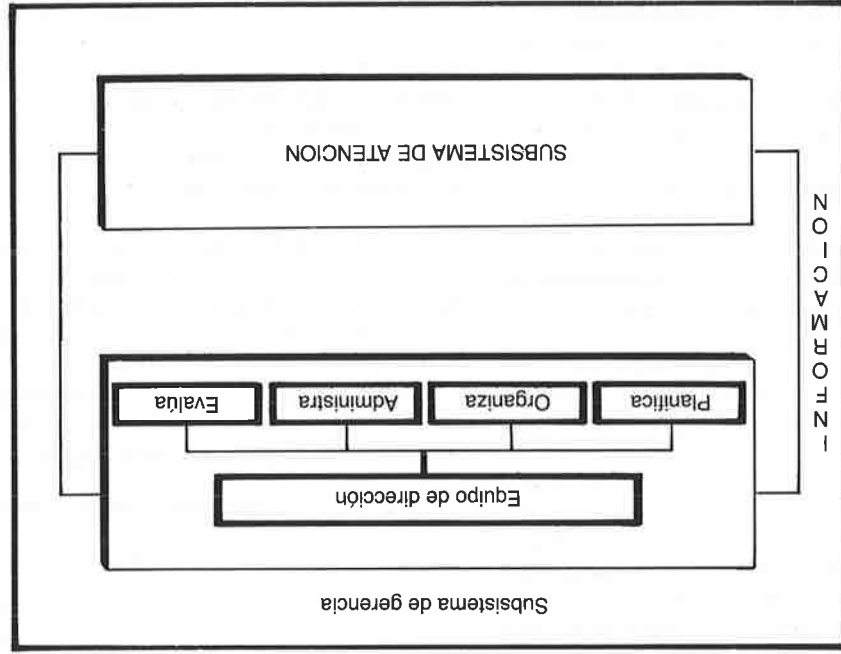


Figura 2. Diagrama esquemático de gestión del SISTEMA DE ATENCIÓN.

Se definirán indicadores y señales que permitan establecer un proceso de planificación situacional permanente. El sistema de información estará bajo la responsabilidad del Director de Epidemiología.

Organismos consultivos

a) Consejo Popular de Salud Territorial. Esta entidad constituirá el principal organismo de coordinación entre los diferentes sectores gubernamentales y comunitarios. Estará constituido por:

- El director del SISTEMA
- Un delegado del Gobierno
- Un médico
- El Alcalde
- La Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Armanda Espinoza (AMNLAE)
- El Comité de Defensa Sindicalista (CDS)
- Los delegados sindicales de las fábricas del territorio y demás organizaciones o líderes de la comunidad.

Se reunirá periódicamente y sus principales funciones serán:

- Servir como medio de comunicación intersectorial.
- Definir las prioridades territoriales.
- Definir las actividades conjuntas.

b) Consejo Técnico Hospitalario-Territorial. Este es un órgano que deberá evolucionar a medida que vayan mejorándose las relaciones entre los hospitales y el territorio. Inicialmente estará constituido por el director territorial y un representante del Hospital La Mascoita; se inter-

garán progresivamente representantes de los diversos hospitales, en la medida en que se establezcan las coordinaciones con los mismos. Sus principales funciones serán:

- a) Garantizar la correcta implementación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- b) Proporcionar la cooperación docente asistencial entre el hospital y el territorio.

ESTRATEGIAS

En base a la configuración del SISTEMA-Zona 10, expuesto en la sección anterior, se definen las siguientes estrategias generales para la implementación de este proyecto:

1. Establecer e implementar las normas y procedimientos de los niveles de resolución (por estructura, recursos y tecnología).
2. Establecer e implementar un sistema de información orientado a las necesidades territoriales.
3. Implementar un proceso de descentralización de la administración de recursos humanos, financieros y materiales.
4. Establecer un proceso de planificación y programación local.
5. Organizar el sistema de dirección del territorio.
6. Establecer los mecanismos organizativos para elevar los niveles de participación social.
7. Organizar las relaciones intersectoriales.
8. Diseñar e impulsar un programa de capacitación permanente al personal de salud y a la comunidad.

Para el desarrollo de las anteriores estrategias se formarán grupos de trabajo en apoyo al diseño y configuración de las mismas.

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN PARAGUAY

Experiencia de programación local

Jorge Eduardo Isaacs Urquhart

INTRODUCCION

Uno de los proyectos más importantes que está realizando el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, con la participación y apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, es el relacionado con el proceso de programación local, el cual está motivando la integración y desarrollo de las instituciones de salud y los programas.

En el presente documento se hace un análisis de los aspectos más relevantes de la metodología de Programación Local que se está implantando, poniendo énfasis en sus etapas de diagnóstico, toma de decisiones, programación, control de gestión y evaluación.

Por último, se plantean algunas observaciones generales que influyen en el desarrollo de esta metodología.

CONSIDERACIONES GENERALES

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay está desarrollando una metodología sencilla y operativa que permitirá dinamizar, desde el nivel local, el proceso de planificación en salud, como un mecanismo de cambio que reorienta la prestación de servicios de salud, acordes con las necesidades actuales de la comunidad, con la participación activa y permanente del equipo de salud de cada institución, a través de una desconcentración de algunas áreas del sistema administrativo centralizado que existe a nivel del Ministerio (información, programación y evaluación de actividades), con lo cual se está motivando la gerencia, el desarrollo administrativo y personal, entre otros. También se espera fortalecer el sistema de referencia de pacientes, de acuerdo con el enfoque de riesgo y regionalización.

El diseño e implantación de esta metodología se está llevando a cabo bajo la conducción de la Dirección de Servicios Normativos y Planificación, con la participación de los Programas, la

METODOLOGIA

Sección de Enfermería y el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, al igual que con el personal de los diferentes tipos de establecimientos de las regiones sanitarias, a través de un desarrollo secuencial de las etapas de diagnóstico, toma de decisiones, programación, control de gestión y evaluación, permitiendo la integración y actualización de las normas de los diferentes programas y los ajustes paralelos del sistema de información, para dar respuesta a los requerimientos respectivos de este proceso, empujando por el nivel local.

Es necesario hacer énfasis en el cambio de actitud y concientización del personal de salud, que se espera alcanzar, porque de ellos depende la dinámica, éxito y fortalecimiento del proceso.

En términos operativos, este *diagnóstico* comprende las actividades de selección de indicadores para la demanda, oferta y factores condicionantes, la recolección de los datos respectivos, al igual que el procesamiento y análisis de la información, por tipo de institución.

Los indicadores seleccionados para la demanda hacen referencia a la población por grupos de edad y subsectores, viviendas, escuelas; así como, los riesgos detectados a través de la mortalidad, morbilidad por consulta externa, notificación obligatoria y hospitalización, intervención quirúrgica, nutrición, cáncer cervicouterino, planificación familiar y materno infantil, cobertura de viviendas con servicios de acuédutos, agua potable, alcantarillado, disposición sanitaria de basuras, infestación de artrópodos y roedores y alimentos.

Para la oferta: cobertura y concentración por actividad final, tanto para atención a las personas, como al ambiente (vacunación de perros), porcentaje de pacientes referidos, inventario por subsector; disponibilidad y estado de dotación, según tipo de institución; inventario del recurso humano y la situación administrativa. La parte de presupuesto no se tuvo en cuenta por estar centralizado a nivel Ministerio.

En cuanto a los factores condicionantes, se tomaron los más significativos y cuya información estuvo disponible a nivel local, como: tenencia y material de las viviendas, proporción territorial por clima y grupos étnicos, nivel educativo y ocupación de la población, participación comunitaria, educación en salud y accesibilidad.

Posteriormente, se estableció el marco conceptual para el *proceso de toma de decisiones* y se dieron los criterios para definir y priorizar los problemas. Para esta metodología se considera "problema" el resultado de la comparación entre la situación actual y la imagen objetivo o deseada; en lo referente a:

- Nivel y estructura de la salud de la población (morbimortalidad).
- Organización y operación de los sistemas de servicios de salud.
- Disponibilidad y uso de los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos para el sector salud.

Esta oferta contempla dos grandes tipos de servicio:

a) Uno que se da a la demanda efectiva, es decir a aquella población enferma que acude a las instituciones de salud para solicitar atención, a través de la consulta externa, hospitalización y urgencias y cuya responsabilidad es imputable por el sector y, por lo tanto, hay que orientar los recursos necesarios para su atención.

En el caso de saneamiento ambiental, se refiere a las solicitudes, quejas y reclamos que presente la comunidad, relacionados con esta área. b) El segundo servicio se da a los problemas definidos como prioritarios, donde se busca causar un efecto de salud en la comunidad, así como controlar y reducir en forma integral, con la tecnología disponible, los riesgos que ocasionan esos problemas. Para ello, las actividades principales van encaminadas básicamente a su prevención, control y seguimiento.

Es importante aclarar que la imagen objetivo o deseada, no necesariamente debe ser diferente a la situación actual; en realidad, "el problema" puede ser el mantener sin cambios la situación observada. Por ejemplo: la erradicación de la poliomielitis. El problema, una vez detectado, debe ser definido cuidadosamente, para lo cual es necesario proceder a efectuar el análisis muy completo del problema propiamente dicho, teniendo en cuenta los factores que lo están causando; ya que las soluciones deben estar orientadas a la eliminación de dichos factores.

Para efectuar la priorización, los criterios trazadores son: el mayor impacto social y económico, la variedad de las situaciones que lo componen, la probabilidad de que se presente continuamente, la percepción del equipo de salud y la comunidad, el comportamiento histórico, el ámbito geográfico y la tecnología

siguientes:

Los sujetos programáticos definidos son los

6. Hospitalización:

Los mismos grupos de consulta externa y por servicios, de acuerdo con el nivel de complejidad de cada tipo de institución

7. Auxiliares de diagnóstico y tratamiento:

De acuerdo con el nivel de complejidad de cada institución.

Cada uno de estos tipos de actividades se basa en las normas de atención de los diferentes programas y en los índices de producción que se establezcan, según el caso.

Por último, para que todas las actividades que se programen tengan cumplimiento, se requiere de un manejo adecuado de las inversiones enca-

minadas al desarrollo tecnológico, la capacitación y actualización del recurso humano, de la construcción, dotación y mantenimiento de las instituciones, al igual que un óptimo apoyo administrativo, especialmente en los aspectos de organización, supervisión, monitoreo y evaluación.

El proceso de programación consta de dos etapas, las cuales deben darse en forma secuencial:

● Primera etapa: Definición y cálculo de las actividades y recursos necesarios.

El objetivo de esta etapa es determinar y cuantificar las actividades y los recursos necesarios para lograr ejecutar las soluciones propuestas en un periodo definido.

Partiendo de la identificación de la demanda efectiva y de los problemas prioritarios, teniendo en cuenta los sujetos afectados, los factores causales y el objetivo que se pretende alcanzar en el periodo programático, se debe determinar el número y tipo de sujetos que se quiere cubrir, al igual que las actividades y el recurso que las tiene que ejecutar, basándose en el enfoque de riesgo y en las normas establecidas por los programas, buscando siempre una óptima calidad en la atención que se brinde.

● Segunda etapa: Asignación de recursos y responsabilidades.

El objetivo de esta etapa es el de reorientar los recursos existentes de acuerdo con las prioridades establecidas para fijar las responsabilidades de ejecución de las actividades, teniendo siempre presente "no desmejorar la calidad de la aten-

1. Vacunación

Menores de 1, 7, 12

● BCG

Menores de 1, 1-4

● DPT

Menores de 1, 1-4

● Polio

Menores de 1, 1-4

● Sarampión

1 año, otros.

● Toxide tetánico: Embarazadas, 7, 12

● Fiebre amarilla: Todas las edades.

● Rabia humana: Todas las edades.

● Rabia canina: Todos los perros.

2. Visita domiciliaria: las familias.

3. Consulta externa

● Menores de 28 días, 1 a 11 meses, 1 a 4

● Control de crecimiento y desarrollo, según alto y bajo riesgo.

● Morbilidad: De 15 a 19 años, 20 a 39 años, 40 a 49

● Mujeres.

a) Embarazadas: control prenatal antes y después del cuarto mes, según alto y bajo riesgo.

b) Puérperas: según alto y bajo riesgo.

c) Examen periódico.

d) Morbilidad.

● Examen periódico.

a) Examen periódico.

b) Morbilidad.

● De 50 a 59 años, y 60 y más años.

a) Examen periódico.

b) Morbilidad.

● Tratamiento odontológico: 7 años, 2 a 14 años, embarazadas, otros.

4. Acción preventiva odontológica: presco-

lares y escolares.

5. Educación en salud:

En la institución de salud (consulta externa y hospitalización), escuelas, otros establecimientos o comunidad, en busca de que esta última asuma responsabilidades en el mejoramiento de su propio nivel de salud.

componente de control de gestión y evaluación, el cual permite, a través del análisis permanente de las acciones realizadas, el cumplimiento de los objetivos preestablecidos mediante la verificación y observación de las actividades efectuada, aplicación de las medidas correctivas cuando los resultados no satisfacen lo esperado, al igual que la determinación del efecto o impacto que todas esas acciones tienen en la comunidad. Para lograr lo anterior es necesario elaborar el marco conceptual, empezando por aclarar qué es control de gestión y evaluación, sus elementos, características, etapas y el ámbito a nivel institucional e inter niveles. Con relación a su operacionalización, se establecerán los mecanismos para el desarrollo y flujo del control de gestión y evaluación, al igual que los diferentes instrumentos para su aplicación, como son:

- Los registros para captar y procesar los datos.
- Los informes para el análisis de resultados.
- Los tableros de control por tipo de institución y
- Los manuales de procedimientos.

ción". Para esto se definieron los siguientes criterios:

1. Revisar cómo se encuentra el indicador de rendimiento por recurso para determinar si es el óptimo (norma); si no lo es, debe ajustarse el número de actividades que se están realizando por hora.
2. Observar la concentración por actividad para determinar si es la óptima (norma). Si no lo es, será necesario modificarla, asignando menos atenciones a cada sujeto.
3. Trasladar algunas actividades a otro recurso que las puede ejecutar.
4. Una vez agotados los procedimientos anteriores se disminuye la cobertura propuesta, empezando por los grupos menos prioritarios.

Para cada una de estas fases de programación se están elaborando los instrumentos (formularios y manuales de procedimientos), teniendo en cuenta la capacidad del equipo de salud de cada tipo de institución. Como lo que se busca es tener un modelo de planificación integral, es necesario desarrollar el

EXPERIENCIAS DE PROGRAMACION LOCAL EN EL PERU

Enrique Rubin de Celis Talavera

ANTECEDENTES

Pública. En esa forma se inició la aplicación de técnicas metodológicas destinadas a la programación en el nivel periférico.

EXPERIENCIAS EN PROGRAMACION LOCAL

En concordancia con las recomendaciones de

la Primera Reunión Especial de Ministros de Salud de la América Latina, efectuada en 1963, se desencadenó en el país el proceso de planificación de la salud, definiéndolo como el proceso permanente que surge de la programación de actividades de salud dentro de la programación del desarrollo económico y social, estando a cargo—dicho proceso—de un organismo específico vinculado al Ministerio de Salud. De acuerdo a ese concepto, se identificó el proceso de planificación con el de programación de actividades de salud y se encargó su conducción a la Oficina de

Planificación del Ministerio.

Plan Nacional de Salud 1966 - 1970 (1)

Representó el primer plan sectorial elaborado por el Sistema Nacional de Planificación; por lo tanto, constituyó un esfuerzo aislado del Ministerio de Salud con las limitaciones que tal situación supone. Así, no existía en el momento de su formulación una política explícita del sector salud y solamente se disponía de los adelantos, a manera de proposición, efectuados por el Instituto Nacional de Planificación sobre la política global de desarrollo.

Como elemento favorable se contaba con un sistema de planificación formalmente establecido y que teniendo como eje al Instituto Nacional de Planificación, disponía de las oficinas sectoriales (una de ellas la oficina sectorial de planificación de salud) y de las unidades de programación a crearse en las principales entidades públicas de cada sector.

Características del plan

● El diagnóstico comprende a casi todo el

Desde hace muchos años ha existido en el país una tradición planificadora y programadora en el Ministerio de Salud, sin una perceptible distinción entre ambas funciones.

En las décadas del 40 y 50 se elaboraron planes y programas referidos a la atención de salud por grupos de edad (programa materno infantil); a enfermedades transmisibles (programa de erradicación de la malaria, de control de tuberculosis, de enfermedades inmunoprevenibles, de lepra, de chagas, etc.); a infraestructura física (plan de construcciones hospitalarias); a saneamiento del medio (plan de agua potable rural). Adicionalmente, en esos años, se formularon planes de capacitación de personal.

Las características generales de los programas eran las siguientes:

● El objetivo era la solución de uno o varios problemas de salud en forma aislada del resto de la situación de salud existente.

● En la mayoría de los casos la tecnología utilizada, específica para el problema, se traducía en recursos diferenciados, en ocasiones mono-productores de actividades de salud.

● El manejo del programa era de tipo vertical, desde el nivel central, con escasa delegación de atribuciones, incluso cuando se creaban nuevos administrativos regionales.

● Presentaba un grado variable de autonomía en relación a otros programas y a la red de establecimientos de salud.

● Disponían de recursos financieros nacionales asignados por una legislación *ad-hoc* y de recursos externos de destino específico.

A partir de 1962, los cursos de capacitación en Planificación de Salud, organizados por la OPS y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), adiestraron a funcionarios peruanos en la metodología de programación local OPS/CENDES (Centro de Estudios de Desarrollo de la Universal Central de Venezuela) y permitieron la difusión de su contenido a nivel nacional a través de cursos dictados por la Escuela de Salud

reducción de la mortalidad con la política obser-

Las alternativas de acción seleccionadas para la programación fueron: una máxima, correspondiente a las acciones necesarias y, por consiguiente, a los recursos para alcanzar el más alto nivel de salud, dentro de las limitaciones del desarrollo económico y social del país y de la tecnología médica disponible; otra mínima, destinada a mantener las tasas encontradas de satisfacción de la demanda de servicios y al cumplimiento de las metas de actividades preventivas capaces de alcanzar los niveles útiles de protección de la población.

Procedimientos

La elaboración del Plan demoró alrededor de seis meses, con la participación de cerca de doscientos cincuenta funcionarios de las instituciones públicas del sector, del nivel central y particularmente de los servicios periféricos del Ministerio de Salud.

La secuencia de las etapas fue la siguiente:

- Etapa preliminar, en que se realizaron seminarios, reuniones de orientación y se prepararon los criterios metodológicos a aplicarse, y el modelo normativo.
- Recolección de información de campo efectuada a nivel nacional por seis equipos de funcionarios del nivel central y de las áreas de salud.
- Procesamiento de datos realizado a nivel central, que incluyó, entre otras tareas, el estudio de la demanda satisfecha en ciento veinticuatro establecimientos de salud utilizando la técnica de muestreo; la determinación de los atributos de instrumentos y actividades (incluyendo costos) en cincuenta establecimientos y el estudio del costo/efecto observado, versus el costo/efecto normalizado.

En la programación, estimación anual por área de salud de las metas de actividades en las dos alternativas, incluyendo los recursos necesarios en términos reales y monetarios.

Resultados

El Plan concluye con los siguientes productos:

sector, quedando solamente excluida la actividad privada de consultorios.

- La programación abarca solo a los servicios del Ministerio de Salud y a las actividades de salud en fase de incorporación de algunas sociedades de Beneficencia Pública.
- Es un plan de operación orientado principalmente a maximizar el uso de los recursos disponibles, no incluye inversiones, formación de personal, ni investigación.

Metodología empleada

Se utilizaron, con modificaciones, las dos técnicas metodológicas siguientes:

- Programación del Sector Público, desarrollada por la CEPAL, como complemento a la Programación Local y que permitió el análisis en cada institución del sector público, de sus funciones y organización; de sus recursos físicos, humanos y económicos; con la finalidad de realizar el diagnóstico sectorial, proyectar su crecimiento y proponer una política destinada a lograr un funcionamiento más eficiente del sector.
- Esta metodología fue posteriormente de uso obligatorio en todos los sectores para la elaboración del Plan Global de Desarrollo 1967-1970.
- Programación local de salud, formulada por el CENDES y la OPS y aplicada con las siguientes características:

- El sujeto de trabajo, tanto en el diagnóstico, como en la formulación de los programas, fue la circunscripción sanitaria correspondiente a un área de salud del Ministerio; su delimitación era superpuesta a la división política departamental del país. Se trabajaron quince áreas de salud y cuatro unidades de salud no integradas a las áreas.
- El nivel de salud, en cada área, se estableció por la mortalidad y la morbilidad de la demanda satisfecha que presentaban treinta "daños".
- La determinación de prioridades y la selección de acciones de salud se basaron fundamentalmente en la eficiencia (efecto/costo). Para el caso, el estudio de los costos unitarios de las actividades e instrumentos de los establecimientos se asignaron a los "daños" y, de acuerdo a un modelo normativo, se efectuó la comparación del costo efecto normalizado versus el costo efecto observado y, además, se pronosticó la

● Planes de actividades de atención perma-
nente de servicios integrados de salud para cada
una de las diecinueve áreas programáticas en
alternativas máxima y mínima.

Las actividades programadas son: hospitaliza-
ción, consulta médica, consulta dental, vacuna-
ciones, inspecciones sanitarias y visita domici-
liaria.

● Planes de penetración al área rural para la
protección, a través de vacunaciones, de la po-
blación no accesible que carece de servicios de

● Planes de comando central o verticales
atención permanente, en cada área programática.

● Planes de control de peste, servicio cívico fluvial del
Amazonas, alimentación complementaria, salud
ocupacional y producción de biológicos).

Adicionalmente presenta una proposición de
política básica de salud.

El documento del Plan, entregado oficialmen-
te, tuvo luego una difusión limitada por cuanto
creó resistencia en funcionarios de alto nivel del

Ministerio que objetaron las conclusiones del
diagnóstico por considerarlo demasiado severo.
El Plan y los programas en los contenidos que

debieron plasmarse en el presupuesto para el año
1967 sufrieron serias distorsiones al ser discuti-
do en el Parlamento, el que sancionó un presu-
puesto sustitutorio sin tomar en consideración el

presupuesto elaborado.
La asesoría y la supervisión, por parte del ni-
vel central a los organismos ejecutivos, no se

efectuaron por limitaciones presupuestales. Asi-
mismo, durante la ejecución de los programas se
produjeron restricciones financieras, sobre todo

en bienes y servicios, al destinarse recortes en
esas partidas para financiar incrementos salaria-
les del personal de salud.

Aplicación de la Guía para la programación de las actividades de salud - Planes Bienales 1973-1974 (2)

Previa su aplicación experimental en tres áreas
Hospitalarias y de tres Regiones de salud, se apro-
bó por Resolución Ministerial No. 0046-71-SA/
DS, la Guía de Programación de Actividades de
Salud con el propósito de proporcionar a los or-
ganismos periféricos del Ministerio de Salud
un instrumento normativo capaz de uniformar
la elaboración de los programas a nivel local

Metodología empleada

Corresponde a la técnica metodológica
CENDES/OPS simplificada, con la finalidad de
disminuir la complejidad del método y el tiempo
de su aplicación.

Las modificaciones más importantes fueron:
● La orientación del método al incremento de
la cobertura de la población con servicios de
salud y de la productividad de los instrumentos,
en vez de dirigirlo a la búsqueda de un menor
costo/efecto.

● La asignación de los recursos a los departa-
mentos finales de producción, en lugar de desti-
narios a los "daños".

● La exclusión de la estimación del cos-
to/efecto observado y del costo/efecto normaliza-
do.

● La eliminación del cálculo de la reducción
de la mortalidad con la política observada.

● La formulación de metas de normalización
de los atributos de las actividades e instrumen-
tos, en lugar de medios de salud.

Los aspectos considerados en la Guía son los
siguientes:

a) Descripción de la situación de salud en el
año del diagnóstico:

● Delimitación del área programática, equi-
valente al área hospitalaria, circunscripción lo-
cal del Ministerio de Salud definida como "el
órgano encargado de producir las actividades de
promoción, protección, recuperación y rehabili-
tación de la salud, en cada una de las circunscrip-
ciones geográficas en que se dividen las zonas
de salud, mediante un sistema escalonado de es-
tablecimientos, uno de los cuales actúa como
base y eje central del sistema".

La zona de salud se define, a su vez, como "el
órgano descentrado responsable de las accio-
nes de promoción, protección y recuperación de la
salud en una determinada circunscripción de la
regionalización administrativa del país".

En el momento de la aplicación de la Guía el
número de áreas hospitalarias era de cincuenta y
seis, y el de zonas de salud de diez.

En cada área se estudio:

- Características de la población residente, por distrito.
- Nivel y estructura de salud, a través del análisis de la mortalidad y de la demanda satisfecha por edad y "daños".
- Factores condicionantes del nivel de salud, por distrito y áreas urbana y rural: vivienda, agua potable, alcantrillado, educación y nivel económico.
- Recursos de los establecimientos del Ministerio de Salud, estudiados con la secuencia siguiente:
 - Departamentalización del establecimiento.
 - Inventario de los recursos por departamento.
 - Determinación de la composición de recursos y el costo de los departamentos generales e intermedios.

Procedimientos

- a) *En el nivel local:* En una fase previa, funcionarios de nivel central prepararon y organizaron grupos de programación en los servicios periféricos a nivel de establecimiento (hospitales). Estos grupos formularon el anteproyecto del establecimiento respectivo.
- Las unidades de programación de las áreas hospitalarias consolidaron los anteproyectos a ese nivel. Se estima que entre profesionales y técnicos participaron alrededor de cuatrocientos funcionarios.

- b) *En el nivel regional:* Siguiendo las directivas para la formulación del Presupuesto Público elaboradas por la Dirección General de Administración del Ministerio, en las zonas de salud integraron las alternativas elaboradas por las áreas hospitalarias, originando el anteproyecto de costo unitario.

- b) Enjuiciamiento de la situación de salud, que se practica por comparación entre los atributos observados de instrumentos y actividades con los atributos programáticos normalizados.

- c) *Programación:* en la que se elaboran dos alternativas en el proyecto del programa bienal: "la mínima" que considera los recursos disponibles con regularización de aquellos que constituyen vacíos en la composición de los recursos nucleares, y la "intermedia" que considera, además de los disponibles, la creación de algunos recursos nuevos. La secuencia de pasos incluye:
 - Regulación y actualización de los instrumentos y recursos disponibles en unidades reales y monetarias.

Es en este nivel en el que se incorporaron los recursos necesarios para el funcionamiento de programas de comando central.

El anteproyecto de Plan elevado por el Ministerio al Instituto Nacional de Planificación es com-

patibilizado con otros planes sectoriales y remitido al Consejo de Ministros para la aprobación del Plan Global como proyecto. Posteriormente, las asignaciones de recursos monetarios al sector, preliminares y definitivas, dan lugar a sucesivos reajustes financieros de cada proyecto de programa y por lo tanto, a los respectivos reajustes programáticos, no siempre dados a conocer a los interesados. Los responsables de cada programa, con la Dirección General de Administración y la Oficina de Planificación, elaboraron los presupuestos analíticos definitivos.

Resultados

Como productos del plan reseñamos los siguientes (3):

- Programa de administración central, incluyendo el subprograma de medicamentos básicos.
- Programas operativos de las diez zonas de salud para las siguientes actividades:

- Hospitalización
- Consulta médica
- Atención odontostomatológica
- Internamiento en centro de salud
- Visita domiciliaria
- Medicina simplificada
- Saneamiento ambiental
- Alimentación complementaria
- Vacunaciones

- Programas específicos: control de la peste, de la enfermedad de Chagas, servicio médico rural, servicio civil de graduados, salud mental, plan de salud de la Región Oriente.
- Programas de ejecución no regionalizada: maternaria, alimentación, capacitación de personal y de asistencia social.
- Programas de los Organismos Públicos Descentralizados: Administración del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, producción de biológicos, investigación y diagnóstico; Instituto de Investigación Recuaria, Instituto de Nutrición, Centro de Control de Productos Biológicos y Alimentos, Junta de Asistencia Nacional, Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil y Programas Operativos de las Sociedades de Beneficencia.

Adicionalmente, se incluan las metas de las actividades más significativas de la Caja Nacional del Seguro Obrero y del Seguro del Empleo, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Auxiliares y de los Departamentos Médicos de las empresas públicas. En relación a las metas operativas de las Zonas de Salud para el bienio 1973-1974, se propomía un incremento muy significativo en comparación con el bienio anterior. Este hecho unido a la disminución del monto de los recursos financieros aprobados, en relación al anteproyecto, provocaron una sensación de frustración y desaliento en el personal de las Zonas de Salud que había trabajado con gran entusiasmo en la etapa inicial.

Otras experiencias

Plan Biental 1981-1982

En 1980, aprovechando las experiencias anteriores, se formuló y aplicó experimentalmente, en tres áreas hospitalarias, una guía modificada para la Programación de Actividades de Salud. Aprobada por Resolución Ministerial No. 0212-79, se la consideró de utilización obligatoria en todos los servicios periféricos del Ministerio de Salud para los efectos de la programación de actividades y la elaboración de los anteproyectos de presupuesto; asimismo, se dispuso su difusión entre los componentes del sistema nacional de servicios de salud (Seguro Social del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de Policía y el sector no público) como marco referencial para la formulación del Plan de Acciones Coordinadas de Salud (4). La metodología empleada es similar a la descrita para el Plan 1973-1974 con las modificaciones siguientes:

- Señala como necesario elaborar en detalle el diagnóstico quinquenal del área programática. En su reemplazo, cada año únicamente bastaba con informar sobre la población sujeto de programación, personal por plazas, presupuesto y gasto por partidas específicas y producción de actividades.
- Sustituye, en los intervalos del quinquenio, la instrumentación por una estimación del gasto aplicada a los resultados de la anterior instrumentación.
- Ordena en forma más sistematizada las

etapas del proceso de programación y el contenido de los formularios.

● Establece un solo prorrateo de los recursos de los departamentos generales e intermedios hacia los finales.

● Adiciona como actividades finales las de apoyo a la atención primaria de salud y atención de urgencia.

● Solicita el listado de necesidades de equipamiento y de reposición de equipo.

La metodología fue aplicada para la formulación del plan 1981-1982, en los servicios periféricos del Ministerio de Salud (sesenta áreas hospitalarias integrantes de las diecisiete regiones de salud y ámbitos administrativos). No se siguió motivar a los otros componentes del sistema nacional de servicios de salud, para su utilización.

Modelo de Programa

En 1984, por Resolución Ministerial N° 0267-84-SA/DS se aprobó "el Modelo de Programa de Atención Integral de Salud" (5). Las modificaciones sustanciales que sugirió fueron las siguientes:

- Considera como elementos fundamentales de todo programa: los atendidos (población beneficiaria), las atenciones (actividades a desarrollar para los beneficiarios) y los instrumentos (recursos para el desarrollo de las actividades) o denominaciones equivalentes de acuerdo al programa.
- En la estructura de los programas incluye la adecuación administrativa.
- Establece cuatro niveles de programación: nacional, regional, local (área hospitalaria) y de establecimientos de salud.
- Para la programación, el nivel central—línea descendente—proporciona las políticas, las normas programáticas y el diseño de los sistemas de información, supervisión, control y evaluación. Los establecimientos de salud, en línea ascendente, inician el proceso de programación, el que es consolidado y compatibilizado sucesivamente con los otros niveles.
- Cada región de salud y cada área hospitalaria tiene un Programa de Atención Integral de Salud que consolida los subprogramas elaborados en los establecimientos.
- En el nivel local (área hospitalaria) los hospitales, centros de salud y puestos sanitarios desarrollan, de acuerdo a sus recursos y a la tecnología a que pueden acceder, actividades de los subprogramas siguientes:

- Formación y capacitación de personal.
 - Salud materna.
 - Control de enfermedades transmisibles.
 - Atención del medio ambiente.
 - Apoyo al desarrollo de la A.P.
- Adicionalmente se propone la estimación de actividades de la comunidad en tres áreas:
- Atención a las personas
 - Atención del medio ambiente
 - Acciones dirigidas al desarrollo comunal

Este modelo no llegó a aplicarse a plenitud por cuanto en julio de 1985 se produjo un cambio de gobierno. Sin embargo, tuvo influencia en la programación futura.

Plan operativo del sector salud 1987

En julio de 1985, accede al poder un nuevo gobierno que inicia un conjunto de reformas orientadas a la democratización del Estado y la sociedad. La política de desarrollo para mediano plazo que plantea, hace énfasis en superar las precarias condiciones de vida de las clases populares y en satisfacer las necesidades básicas de la población, en particular de aquella postergada y abandonada del interior del país. En concordancia con esa política y en función de la situación de salud diagnosticada, surge la Política Nacional de Salud.

Política Nacional de Salud

Los lineamientos básicos que constituyen más son los siguientes:

- a) Movilización y participación del pueblo a través de sus organizaciones naturales, en todos los niveles del sistema de salud.
- b) Descentralización efectiva de los servicios de salud, con delegación de autoridad y responsabilidad hasta el establecimiento más periférico del nivel local.
- c) Acción multisectorial en el campo de la salud.

d) Desarrollo de nuevos enfoques y tecnologías para el enfrentamiento de los problemas de salud.

e) Adecuación del sector salud y de las instituciones y dependencias que lo conforman, a los lineamientos de política del sector.

f) Rol rector del Ministro y del Ministerio de Salud en la formulación y aplicación de la política de salud.

g) Logro progresivo del objetivo de salud para todos, a través de las prioridades de la acción del sector salud.

Adicionalmente, se establecieron las siguientes prioridades:

- Desde el punto de vista de grupos sociales, los habitantes del medio rural y los pobladores urbano-marginales.
- En lo relativo a áreas geográficas, las zonas más deprimidas económica y socialmente, en particular el "Trapecio Andino".
- En cuanto a grupos de mayor riesgo, las gestantes y madres lactantes y los niños menores de cinco años.

- Con relación al tipo de riesgo, las enfermedades y estados controlables por mayor alimentación, saneamiento básico e inmunizaciones.
- Los servicios de salud periféricos, orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Los lineamientos de política y las prioridades forman parte de la Ley Orgánica de Salud, lo que les confiere un elevado grado de continuidad (6) y todo ello da marco a la programación local.

Descentralización

Uno de los aspectos más vinculados a la programación local es el relativo a la descentralización. En 1986, con la finalidad de formalizar ese proceso, se pretende pasar a nivel de la gestión presupuestal, del manejo de ocho grandes programas centrales a siete programas generales, cuatro programas especiales y cincuenta y siete programas correspondientes a las áreas de salud (se desactivaron las regiones). Sin embargo, esa medida fue objetada por el Ministerio de Economía y Finanzas porque el tratamiento de cuarenta y ocho unidades presupuestales de un solo pliego desbordaba los límites del sistema de control de ejecución de presupuesto.

a) Estando las prioridades y grupos de riesgo establecidos en la Ley Orgánica del sector, se ordenaron los programas de las UDES en dos grupos.

Un primer grupo que comprende:

- Desarrollo de la capacidad de gestión.
- Desarrollo de recursos humanos en salud.
- Investigación, producción de insumos y desarrollo de tecnología.
- Malaria y otras enfermedades metaxénicas.
- Saneamiento básico.
- Protección del medio ambiente.
- Protección de alimentos.

Metodología empleada y procedimiento

Para la formulación del Plan del Sector Salud para 1987 se elaboró la Directiva No. 003-86-SA-CSPF (8) de aplicación obligatoria para las dependencias del Ministerio de Salud.

Entre otras funciones le compete a la UDE:

- Formular el programa operativo anual de actividades y el presupuesto anual de la Unidad Departamental.
- Constituye una Unidad Presupuestaria (U.P.) y cuenta con Entidades Ejecutoras Presupuestales (E.E.P.) correspondientes a la administración de la UDES, a los servicios periféricos y a los hospitales de apoyo. Como Unidad Presupuestaria, la UDES tiene autonomía en el manejo de los recursos.

- Puesto de Salud II
- Puesto de Salud I
- Centro de Salud II
- Centro de Salud I
- Hospital de Apoyo

La red de servicios de salud, es la siguiente:

La reestructuración del Ministerio con miras a la descentralización, ha permitido la creación de veintiocho Unidades Departamentales de Salud (UDES), incluyendo cuatro en Lima. La UDE "constituye la unidad básica integrada de la acción descentralizada del Ministerio de Salud a nivel departamental" y está conformada por Unidades Territoriales de Salud (UTES), circunscriptpciones sanitarias que reemplazan a las áreas de salud (7).

En este grupo, en función de la tendencia y de los recursos disponibles, se diferenciaron los subprogramas y las actividades de medida y las metas.

Un segundo grupo en el que se encuentran:

- Sobrevivencia infantil.
- Programa intersectorial de alimentación y nutrición.

- Control de tuberculosis.
- Salud bucal.
- Demanda general.
- Demanda especializada.

La ejecución de los programas ha tenido como factores desfavorables más destacados los siguientes:

● La excesiva concentración de decisiones en el nivel central a la que los intereses de descentralización efectuados no lograron amorrar en gran medida, porque la delegación de autoridad y de responsabilidades no fue acompañada de recursos suficientes para asegurar una utilización adecuada de las atribuciones delegadas y la actitud de renuencia para asumirlos, por parte de los funcionarios.

● La aplicación rígida de normas emanadas de los órganos centrales de los sistemas administrativos nacionales, sin la necesaria adecuación sectorial y la insuficiente capacitación del personal administrativo del Ministerio en los niveles regional y local.

● La crisis económica, generada por la inflación de aquel entonces, dio lugar a presupuestos iniciales deficitarios y por la falta de liquidez del Tesoro, se recortaron programas, especialmente en los rubros de bienes y servicios.

● La contradicción entre los objetivos institucionales y los de los gremios profesionales y sindicales que motivó situaciones de conflicto y frecuentes paros laborales.

● La reducida participación de la comunidad tanto en la formulación como en la ejecución de los programas, estando limitada, generalmente, al aporte de mano de obra, especies y aun recursos financieros.

Evaluación de los programas

El sistema de evaluación de los programas estuvo normado por el Instituto Nacional de Planificación y a partir de 1971, este se efectuó trimestralmente.

En este grupo, en función de la tendencia y de los recursos disponibles, se diferenciaron los subprogramas y las actividades de medida y las metas.

Un segundo grupo en el que se encuentran:

- Sobrevivencia infantil.
- Programa intersectorial de alimentación y nutrición.

- Control de tuberculosis.
- Salud bucal.
- Demanda general.
- Demanda especializada.

En este grupo se diferencia la actividad, la unidad de medida, la población sujeto de programación, el número y la cobertura de atendidos y el número y concentración de las atenciones. Los costos fueron estimaciones promediales, elaborados a nivel central en función del gasto efectuado.

Resultados (9)

El plan presenta:

- a) Los programas operativos de cada UDE.
- b) Un consolidado de metas del subsector público que incluye al Instituto Peruano de Seguridad Social, las Empresas Públicas y las Sanidades de las FF. AA.
- c) El Programa de Inversiones del Ministerio. (d) El Presupuesto aprobado para 1987, el que representa el 5,8% del Presupuesto del Gobierno Central.

EJECUCION Y EVALUACION DE LOS PROGRAMAS Y ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE INFORMACION

Ejecución de los programas

En todas las experiencias ha existido una etapa preparatoria de la ejecución del plan y de los programas, caracterizada por la desconsolidación de metas a nivel regional, local y en algunas de ellas hasta establecimientos; en esa ocasión se facilitó la ejecución de los programas. También se practicaron intentos, con diferente

La evaluación fue básicamente cuantitativa y limitada a medir el grado de cumplimiento de las metas; no se dio atención suficiente a la valoración de la eficacia de los servicios producidos. A través de la evaluación se comparó la salida del sistema de servicios (producción de actividades finales: consulta médica, egresos hospitalarios, atención odontoesitomatólogica, etc.) con la meta establecida en las variables de cantidad, cobertura, concentración y duración. Asimismo, se comparó la entrada del sistema de servicios en términos de recursos organizados (instrumentos: camas de hospitalización, hora médica, etc.) con la meta fijada en las variables de cantidad, grado de uso y rendimiento.

Se practicaron en forma esporádica evaluaciones cualitativas de la prestación de servicios.

Sistema de información

El sistema de información que alimentó la programación en el Ministerio de Salud fue débil y su producto inadecuado (incompleto, no oportuno, contradictorio y meramente descriptivo) no generó defectos en la elaboración, en la ejecución y en la evaluación de los programas.

La cobertura del registro de hechos vitales fue parcial. En el caso de las defunciones se estima que en 1981 hubo un subregistro de alrededor de 55%, y de aquellas registradas solo el 62% tenía certificado médico (10).

En el caso de la producción de actividades se dispuso de información del 95% de establecimientos, en tanto que del resto de instituciones del sector apenas se alcanzó al 40%.

CONCLUSIONES

● En el Perú existe un proceso de programación local que se inicia en 1965 y que se desarrolló en el Ministerio de Salud. Las otras instituciones públicas del sector efectúan la programación de sus servicios en forma independiente.

● La programación en el Ministerio es parte de los Planes Operativos Sectoriales, primero bienales y luego anuales, que se han producido ininterrumpidamente desde 1970.

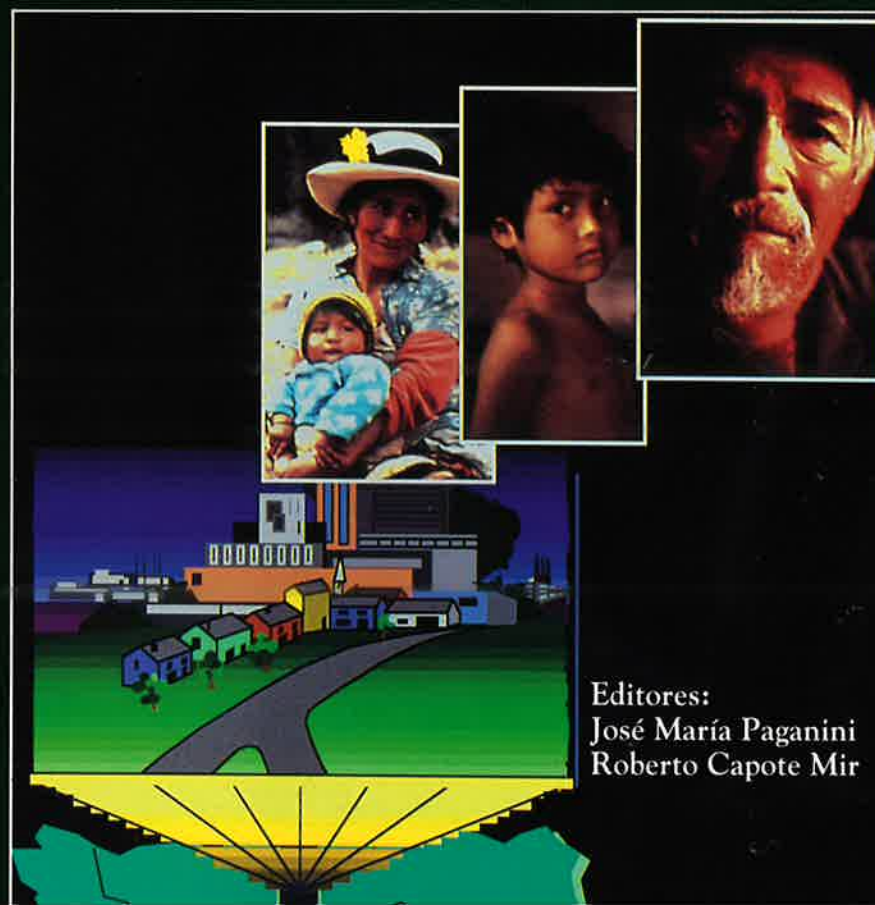
● La metodología utilizada para la formulación de los programas ha sido en su inicio la de Programación Local Modificada (BENDES/

REFERENCIAS

- (1) Perú. *Plan Nacional de Salud 1966 - 1970*. Oficina Sectorial de Planificación de Salud, Lima, 1965.
- (2) Perú. *Guía para la programación de actividades de salud*. Oficina Sectorial de Planificación, (Versión 1971).
- (3) Perú. *Plan bienal del sector salud 1973-1974*. Oficina Sectorial de Planificación.
- (4) Perú. *Guía para la programación de actividades de salud*. Oficina Sectorial de Planificación, 1980.
- (5) Perú. *Modelo de programa de atención integral de salud*. Ministerio de Salud, 1984.
- (6) Perú. *Ley Orgánica del sector salud*. Decreto Legislativo No. 351.
- (7) Perú. *Resolución Ministerial del 20 de marzo de 1987*. Creación de las Unidades Departamentales de Salud (UDESA).
- (8) Perú. *Resolución Ministerial 595-86-SA/DM*. Directiva para la formación del plan de sector salud, 1987.
- (9) Perú. *Plan operativo del sector salud, 1987*. Dirección Técnica de Coordinación Sectorial de la Planificación, Inversión y Presupuesto.
- (10) Perú. *Perfil de salud de la población peruana*. Informe técnico No. 1, ANSSA.

Los Sistemas Locales de Salud

Conceptos Métodos Experiencias



Editores:
José María Paganini
Roberto Capote Mir

76327
00