

## Reseñas

### PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD, ATENCION PRIMARIA Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD REUNION REGIONAL UNICEF-OPS/OMS

En la sede de la Organización Panamericana de la Salud se llevó a cabo la Reunión Regional UNICEF-OPS/OMS durante los días 23, 24 y 25 de marzo del corriente año. El programa de sesiones abarcó numerosos temas entre los cuales figuraron asuntos relacionados con la política y los procedimientos que regulan las actividades conjuntas de ambas entidades; los programas y estrategias de UNICEF para los servicios básicos; una revisión de los proyectos de UNICEF-OPS/OMS; la extensión de la cobertura de los servicios de salud y la atención primaria; informes sobre Reuniones del Comité UNICEF/OMS para Políticas de Salud y Reuniones Intersecretariales UNICEF/OMS,

así como sobre aspectos operativos de la OPS/OMS y mecanismos de coordinación UNICEF-OPS/OMS.

El Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP, pronunció el discurso de inauguración de la Reunión dando la bienvenida a los delegados. El Sr. Carlos Martínez Sotomayor, Director Regional para las Américas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia respondió en nombre de ese organismo y se mostró complacido por la oportunidad que se presentaba para intercambiar puntos de vista sobre la colaboración de ambas entidades en programas nacionales e internacionales. También señaló las políticas y estructura de UNICEF así como el mecanismo



El Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP, en momentos en que pronuncia el discurso de inauguración de la Reunión Regional UNICEF-OPS/OMS. Comparten la mesa directiva los representantes de UNICEF Sr. K. E. Grant y Sr. C. Martínez Sotomayor (izquierda), y el Dr. Eusebio del Cid Peralta, Subdirector de la OSP y el Dr. José M. Salazar Bucheli, Jefe de la Oficina de Enlace con Organizaciones Internacionales (derecha). (Foto: OPS/R. Molina)

de cooperación a nivel internacional y que el organismo ha adoptado. El Sr. W. E. Muldoon, Jefe de Administración de la OPS, explicó la estructura y los aspectos operativos de la Organización.

El Director de la OSP presentó a la consideración de los delegados de la Reunión Regional el "Programa de extensión de la cobertura de los servicios de salud, atención primaria y participación de la comunidad" temas que, por su importancia, despertaron vivo interés en los participantes y fueron objeto de un amplio debate.

## I. Aspectos relevantes sobre cobertura de servicios de salud, atención primaria y participación de la comunidad<sup>1</sup>

### *Introducción*

Con el propósito de llevar a la práctica la política regional definida en el Plan Decenal y en el VI Programa de Trabajo de la OMS, así como las Resoluciones XXXII y XXVII de las XXII y XXIII Reuniones del Consejo Directivo de la OPS, respectivamente, la Organización está colaborando con los Gobiernos Miembros en la solución del problema de proveer servicios de salud a la población que carece de los mismos y que en 1972 representaba el 40% de la población total.

En este empeño, las acciones fundamentales se orientan hacia la extensión y desarrollo de los sistemas nacionales de servicios de salud, para proporcionar la cobertura necesaria a las poblaciones rurales y de los cinturones periurbanos, dando prioridad al control de enfermedades transmisibles, la salud materno-infantil, la nutrición y el mejoramiento de las condiciones ambientales. La cobertura se entiende así como el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios, en lugares y formas accesibles a

toda la población, coherente con las necesidades de esta y aceptada por ella; la organización de esta oferta debe garantizar el acceso a todos los niveles de atención en que se organice el sistema de servicios, para lograr la satisfacción de las necesidades.

### *Estrategia*

La extensión de servicios a toda la población requiere el desarrollo de una amplia estrategia que comprenda el rediseño de los sistemas nacionales de salud, el incremento de su capacidad operativa, la revisión y creación de nuevas soluciones tecnológicas, el desarrollo de la infraestructura necesaria, incluyendo los recursos humanos, la programación de nuevas fuentes de financiamiento y, sobre todo, la puesta en marcha de un nuevo enfoque en la prestación de los servicios: la atención primaria de salud con participación de la comunidad.

Esta estrategia se basa en el hecho reconocido de que las necesidades de salud de la población constituyen un conjunto continuo, cuya complejidad varía desde las necesidades más simples y elementales de salud—que afectan con más frecuencia a la mayor parte de la población y que se pueden atender con eficacia mediante el uso de recursos también simples y de bajo costo—hasta necesidades sumamente complejas cuya atención requiere el uso de los recursos más avanzados de la técnica disponible.

Estas combinaciones de recursos, organizados en niveles de atención, actúan mediante la interacción de los siguientes componentes y mecanismos:

- Atención de las necesidades manifiestas simples de salud de la población con recursos también simples, mediante el mejoramiento de los recursos que las propias comunidades han desarrollado para atenderlas. Estos últimos deben ser perfeccionados técnicamente con el apoyo del sistema institucional y organizados mediante el desarrollo integral de las comunidades, al cual deben estar plenamente incorporadas.

- Atención de los problemas aún no percibidos por la población, susceptibles de ser resueltos con

<sup>1</sup> Documento sobre Extensión de la Cobertura de Servicios de Salud, Atención Primaria y Participación de la Comunidad, presentado a la Reunión Regional UNICEF-OPS/OMS. (Documento mimeografiado.)

sus mismos recursos y como parte de los esfuerzos en favor del desarrollo social, económico y cultural de las comunidades.

- Atención de las necesidades más complejas de la población mediante la plena articulación de los recursos y esfuerzos de salud de la comunidad (sistema tradicional comunitario) con el sistema institucional de los servicios de salud.

La articulación se concreta por los siguientes mecanismos:

- Sistemas de referencia de casos que aseguren su accesibilidad a los niveles de mayor complejidad del sistema de servicios, cuando requieran la atención de necesidades más complejas.

- Programas de adiestramiento, supervisión y apoyo técnico y logístico que mejoren la calidad y eficiencia de todos los niveles de atención que integren los sistemas nacionales de salud.

- Desarrollo de la capacidad operativa de los sistemas de servicios y de programas de investigación sistemática de soluciones técnicas y administrativas, para lograr la máxima eficiencia posible en el uso de los recursos dentro de estándares aceptados de eficacia.

- Sistemas de evaluación y control que garanticen el mantenimiento de la eficacia y eficiencia de los sistemas de servicios en todos los niveles.

- Sistemas de información, incluyendo la vigilancia epidemiológica, que faciliten el buen funcionamiento de los mecanismos anteriores.

Identificados así los componentes y relaciones que definen el nuevo enfoque para lograr la extensión de la cobertura de servicios, desde un punto de vista operacional, la *atención primaria de la salud* se entiende como un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades, en un esfuerzo que conjuga al nivel de estas mismas comunidades y en función de sus características económico-sociales, los elementos necesarios para producir un impacto integral sobre el estado de salud y el bienestar de sus miembros.

### *Sistemas de salud*

Así, se acepta que un sistema de salud está constituido por un conjunto de elementos y relaciones a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada, se organizan por medio de procesos administra-

tivos y una tecnología operativa, para brindar prestaciones de salud en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir las necesidades de la comunidad a un costo aceptable en función de los recursos posibles.

El objetivo general es lograr la cobertura con servicios de salud a toda la población. En otras palabras, garantizar que la población tenga acceso a los servicios y satisfaga sus necesidades de salud. Esta accesibilidad debe contemplar aspectos económicos, geográficos, culturales y tecnológicos. Ello requiere el establecimiento de prioridades y estrategias adecuadas a las características que presenta cada país y, en particular, a las de sus áreas rurales y periurbanas.

### *Prioridades*

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud para las Américas, el contenido programático de la extensión de la cobertura de servicios en el ámbito continental debe orientarse hacia las siguientes áreas prioritarias:

- 1) Reducción de la mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades transmisibles prevalentes, particularmente aquellas susceptibles de ser controladas por medio de las inmunizaciones.

- 2) Atención activa y programada del núcleo maternoinfantil, considerado como el grupo más vulnerable y componente crítico de la unidad familiar.

- 3) Reducción de la desnutrición proteicoenergética, dentro del complejo problema de las enfermedades infecciosas y parasitarias gastrointestinales, particularmente en los menores de 5 años y dentro del marco conceptual de políticas nacionales de alimentación y nutrición.

- 4) Atención de los enfermos sobre la base de los programas correspondientes a las tres prioridades anteriores en un nivel primario y referencia para su atención con los otros niveles definidos para cada sistema de salud, de acuerdo con sus necesidades.

- 5) Saneamiento básico del medio ambiente con énfasis en la provisión de agua y la disposición de excretas.

La programación concreta de esas prioridades en cada país, particularmente a nivel de la comunidad, debe considerar ciertas

restricciones y condiciones. En primer término, las prioridades fijadas por cada Gobierno y las estrategias específicas para lograr los objetivos nacionales. Dichas estrategias están a su vez condicionadas por las políticas nacionales de desarrollo y del sector salud. Otra condición está constituida por las variaciones regionales y locales en cada país, en cuanto a las características y magnitud de sus necesidades en salud y la estructura, cantidad y organización de los recursos asignados a esas regiones o localidades.

Exceptuando los programas "verticales" que cuentan con administración y recursos específicos, el sistema de servicios de salud funciona en el nivel local por medio de combinaciones de recursos polivalentes. Por esta razón es imprescindible conjugar las actividades de los programas específicos destinados a satisfacer las necesidades prioritarias, así como adaptar las normas técnicas en función de la capacidad de producción de actividades de las unidades locales.

Esta condición obliga a revisar las funciones del personal, así como los programas de capacitación de los recursos humanos del sistema institucional y del sistema comunitario tradicional. También obliga a la revisión, adaptación y creación de tecnologías específicas y de nuevos procedimientos administrativos. La innovación demanda, en la mayoría de los casos, el análisis de experiencias de otros países y el desarrollo de acciones conjuntas de países para el tratamiento de problemas análogos. La Organización está cooperando con los Gobiernos y actuando como catalizador de la experiencia mundial y regional en estas áreas.

Según las características de los programas de extensión de cobertura de servicios de salud y de las condiciones socioeconómicas particulares de cada país, y de cada región del mismo, también se está colaborando con los Gobiernos en atender la demanda de formación de trabajadores de salud, con énfasis en el personal de nivel técnico y auxiliar. Comprende ello asimismo, el desa-

rollo de nuevos tipos de personal para colaborar en la provisión de la atención primaria tanto en áreas rurales como periurbanas.

Los planteamientos anteriores sobre extensión de los servicios a áreas desprotegidas, la vinculación del sistema comunitario con el sistema formal, la utilización de recursos de la comunidad y el desarrollo de tecnologías de acuerdo con las características sociales y económicas de la población, concuerdan con el contenido del documento "Estrategia para los servicios básicos" del UNICEF.

## II. Acción continental

### *Grupos de estudio y IV Reunión de Ministros*

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud solicitó al Director de la OPS/OMS que promueva y organice acciones tendientes a recolectar, analizar y dar forma operativa a los conocimientos y experiencias acumuladas en los países, y que se convoque a la IV Reunión Especial de Ministros de Salud para examinar la situación en el ambiente continental, con el fin de lograr, en el plazo más corto posible, el propósito de cobertura total del Plan Decenal de Salud para las Américas.

Para dar cumplimiento a lo dispuesto por el Consejo Directivo se han organizado tres grupos de estudio: en México, en febrero; en Costa Rica en abril, y en Washington, D.C., en mayo de 1977. Los grupos de estudio integrados por profesionales y técnicos nacionales y de la OPS/OMS, intercambian ideas, conocimientos y experiencias generados en el proceso de realización de programas de extensión de cobertura de servicios en los países y tratan de llegar a síntesis operacionales y al establecimiento de criterios para análisis ulteriores sobre los temas: Sistema de servicios de salud, atención primaria y participación de la comunidad, tecnología y administración.

Con base en los aportes que hagan los Grupos de Estudio, se pondrá a disposición de los Gobiernos en junio de 1977 un docu-

mento que exprese las definiciones operativas sobre aspectos sustantivos de la extensión de la cobertura con servicios de salud, atención primaria y participación de la comunidad. El documento contendrá asimismo las variables, que a juicio de los expertos convocados, sean las más relevantes para analizar las situaciones nacionales de extensión de cobertura, los resultados de las estrategias nacionales, sus restricciones y los problemas que hayan surgido durante el desarrollo de las mismas. Estos análisis nacionales constituirán la base que permita a los Ministros de Salud, en su Reunión Especial de septiembre de 1977, formular proposiciones que orienten la nueva estrategia continental y definir programas de cooperación por parte de los organismos internacionales y bilaterales entre los países. Dichos análisis constituyen, por lo tanto, el capítulo esencial del proceso, ya que de la forma como se desarrollen dependerán los resultados de la Reunión de Ministros. Asimismo, los análisis serán útiles para la revisión y ajuste en cada país de las estrategias nacionales de extensión de cobertura.

El resultado de la Reunión de Ministros constituirá el aporte de la Región de las Américas para la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria que se celebrará en Alma Ata, Rusia, en 1978.

### III. Actividades a nivel de los países

Lo anterior contribuirá a fortalecer y consolidar los esfuerzos que los Gobiernos están desarrollando para proporcionar servicios de salud a las poblaciones subatendidas y no atendidas. Debe hacerse notar que de acuerdo con sus características propias, los Gobiernos han expresado formalmente sus propósitos de extender la cobertura de servicios a toda la población. Para ello cuentan con la colaboración de la OPS/OMS, del UNICEF y PNUD y recurren a organismos internacionales de crédito para el financiamiento de sus programas. Por lo menos 14 países se encuentran en proceso de formulación de planes y obtención de préstamos del

Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial para estos fines. La Organización proporciona la colaboración técnica para estos programas toda vez que se solicita.

Juzgamos que la participación del UNICEF es de gran valor y creemos que existe la posibilidad de materializarla si tomamos en consideración las experiencias anteriores, específicamente el caso de Haití donde el Gobierno recibe el aporte del UNICEF para áreas que el BID no cubre, tales como: dotación de equipo para las unidades menores y adiestramiento de personal auxiliar.

La labor que están emprendiendo los Gobiernos para la extensión de servicios constituye un gran esfuerzo de despegue que no solo exige un incremento considerable de la actual capacidad operativa sino un aumento real de los recursos disponibles en el sector salud.

Este esfuerzo, respaldado por una política nacional claramente definida y llevada a la práctica con una programación realista y coherente, implica:

- Elaboración de un plan nacional.
- Estudios de costos y medios de financiamiento interno y externo.
- Readequación de recursos y su reordenamiento: construcciones, equipos, materiales y otros insumos.
- Consolidación y extensión de los servicios.
- Capacitación de los recursos humanos.
- Desarrollo, adaptación y creación de tecnologías.
- Desarrollo administrativo.
- Participación de la comunidad y desarrollo integral de la misma.

Lo enunciado anteriormente destaca algunos de los aspectos más sobresalientes y a los cuales indudablemente deberán agregarse otros. Ello sugiere la urgente necesidad de coordinar la cooperación externa, de manera que asegure a los países una adecuada utilización de recursos extraordinarios, ya sea por vía bilateral o multilateral. Juzgamos que esta es una buena oportunidad para que la OPS y el UNICEF examinen las posibilidades de colaboración con los países, en relación con los puntos destacados anteriormente.

Considerando que el UNICEF está orientando sus acciones hacia la promoción y apoyo del desarrollo integral de las comunidades, y que por su parte la OPS estima que dicho desarrollo es una condición necesaria para lograr y mantener la extensión de la cobertura de servicios con la estrategia de la atención primaria y participación de la comunidad, existe el convencimiento que estos puntos de coincidencia deberán constituir el eje de coordinación programada de los esfuerzos de ambas entidades.

Esta compatibilidad en los enfoques facilitará la identificación de áreas y estrategias conjuntas para la coordinación de nuestra cooperación con los Gobiernos.

Tomando en consideración los puntos relevantes de las acciones que deberán llevarse a la práctica como parte de este esquema continental, se juzga conveniente examinar las áreas de colaboración conjunta dentro de las cuales podrán considerarse las siguientes:

1. Análisis a nivel de los países sobre la situación de los programas de extensión de la cobertura de servicios de salud, atención primaria y participación de la comunidad.

2. Redefinición de estrategias nacionales y reprogramación:

- a) Confirmación y/o redefinición de prioridades;
- b) Consolidación de programas;
- c) Extensión de los mismos;
- d) Selección de nuevas áreas, y
- e) Programación de recursos, incluyendo los adicionales.

3. Incorporación del componente salud en los programas de desarrollo integral, siguiendo la estrategia de la atención primaria y participación de la comunidad.

4. Programa de capacitación de personal según lo definido en el punto 2.

5. Desarrollo, adaptación y creación de tecnología.

6. Estudios sobre enfoques seguidos por los países en sus programas de extensión de cobertura de servicios, atención primaria y participación comunitaria. Publicación y diseminación de estos estudios.

## ANEXO 1

### LISTA DE PARTICIPANTES

#### Reunión Regional UNICEF-OPS/OMS

##### *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*

Sr. Carlos Martínez Sotomayor  
Director Regional para las Américas, Santiago, Chile

Sr. Kenneth E. Grant  
Director Regional Adjunto, Santiago, Chile

Sr. David Haxton (designado)  
Representante de Area, Brasilia, Brasil

Sr. Orestes Fernández  
Oficial Encargado, Brasilia, Brasil

Sr. Víctor Soler-Sala  
Representante de Area, Bogotá, Colombia

Sr. Nexton R. Bowles  
Director Adjunto, División de Programas (Política y Evaluación), Nueva York

Sr. Rolando Quirós  
Representante de Area, Guatemala, Guatemala

Sr. Fritz Lherisson  
Representante de Area, Kingston, Jamaica

Sr. Bruno Ferrari-Bono  
Representante de Area, México, D.F., México

Sr. Wilmar Berger  
Representante de Area, Lima, Perú

Sr. Boris Blanco  
Oficial de Programas, División de Programas, Sección de las Américas, Nueva York

##### *Organización Panamericana de la Salud*

Dr. Héctor R. Acuña  
Director

Dr. Charles L. Williams, Jr.  
Director Adjunto

Dr. Eusebio del Cid  
Subdirector

Sr. William E. Muldoon  
Jefe de Administración

Dr. José M. Salazar B.  
Jefe, Oficina de Enlace con Organizaciones Internacionales

Dr. Colm O'Colmain  
Oficina de Enlace con Organizaciones Internacionales

Dr. Pedro N. Acha  
Jefe, División de Control de Enfermedades

Ing. Frank Butrico  
Jefe, División de Salud Ambiental

Dr. Richard A. Prindle  
Jefe, División de Salud de la Familia

Dr. José R. Ferreira  
Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación

Dr. José L. García Gutiérrez  
Jefe, División de Servicios de Salud

Srta. Mary Burke  
Jefe Interina, División de Servicios de Apoyo

Dr. Luis Carlos Ochoa  
Representante del Area III, Guatemala

Dr. Mateo Luis Budinich  
Representante de la OPS/OMS, Bogotá, Colombia

Dr. Carlos J. Dávila  
Representante de la OPS/OMS, Santiago, Chile

#### *Organización Mundial de la Salud*

Dr. P. L. Fazzi  
Asesor Médico de la OMS ante UNICEF, Nueva York

Dr. L. Litsios  
División de Fortalecimiento de Servicios de Salud,  
Atención Primaria de Salud y Desarrollo Rural,  
Ginebra

### COLERA

Un camionero de 61 años de edad ingresó en un hospital de Montgomery, Alabama, E.U.A., el 19 de abril de 1977 con una historia de seis días de fiebre, escalofríos y dolor en el cuadrante superior derecho. Se hizo un diagnóstico clínico de colecistitis y el 25 de abril se le operó la vesícula y se hizo un cultivo de bilis. El 2 de mayo un bacilo gramnegativo aislado del cultivo fue identificado como *Vibrio cholerae*. Esta identificación fue confirmada por el laboratorio del estado en Alabama y por el Bureau of Laboratories, Centro para el Control de Enfermedades.

El paciente negó haber tenido diarrea intensa recientemente pero había experimentado episodios de diarrea recurrente alrededor de una vez por mes durante unos 14 años. El paciente hizo varios viajes transcontinentales cada año, pero negó haber salido de Estados Unidos excepto unos breves viajes a México más de 30 años atrás. Aunque estuvo en las Fuerzas Armadas durante la Segunda Guerra Mundial, no fue enviado a ultramar. Sin embargo, tuvo contacto con prisioneros de guerra provenientes de países donde el cólera es endémico. Además el paciente había comido grandes cantidades de ostras crudas por muchos años.

Los resultados de una investigación hecha por el Departamento de Salud de Alabama y el Centro para el Control de Enfermedades no revelaron vibriones en heces fecales del paciente o de su familia. Cultivos de aguas cloacales de la casa y barrio del paciente y del sistema cloacal fueron negativos para *V. cholerae*. Se están realizando investigaciones adicionales.

Este es el segundo caso de infección por *V. cholerae*, no adquirido en el laboratorio, desde 1911; el primero ocurrió en Port Lavaca, Texas, en 1973. Aunque la fuente de infección del caso de Alabama no ha sido identificada todavía, el paciente, así como el caso de Port Lavaca, tenía una historia de ingestión de grandes cantidades de ostras crudas. Previamente se han registrado epidemias de cólera causadas por mariscos en Italia y Portugal.

Los casos de portadores crónicos de *V. cholerae* son raros, pero hay estudios que sugieren que el vibrión puede almacenarse en la vesícula, con o sin evidencia de excreción de las bacterias en las heces fecales. La presencia de un portador en Estados Unidos supone poco riesgo debido al sistema adecuado de sanidad del agua y a las prácticas de tratamiento de aguas cloacales del país.

[OSP. *Boletín Epidemiológico Semanal*. Vol. 49, No. 20, 18 de mayo de 1977. (Información basada en: Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, EUA, *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Vol. 26, No. 19, 1977.)]