

CRONICA

EXTENSION DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON LAS ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

En el presente documento se esbozan las bases conceptuales e interpretaciones de las mismas que sustentan los procesos de extensión de la cobertura de servicios de salud a la población, utilizando las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Tiene como propósito primordial servir de fuente de consulta en los procesos de análisis que los países de la Región deben llevar a cabo para llegar al objetivo de brindar una cobertura universal.

Este documento fue presentado a la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, que tuvo lugar en la sede de la OPS, Washington, D.C., el 26 y 27 septiembre de 1977. REMSA4/4, Rev. 1, 13 de julio de 1977. En las páginas 504-506 aparece el informe sobre esta reunión.

Introducción

Los Ministros de Salud de las Américas, en su III Reunión Especial celebrada en 1972, recomendaron "Comenzar en el decenio la instalación de mecanismos que hagan viable el logro de la cobertura total de la población por los sistemas de servicios de salud en todos los países de la Región".¹

En el tiempo transcurrido desde dicha Reunión los Gobiernos Miembros han realizado encomiables esfuerzos para alcanzar esa meta. Sin embargo, en un buen número de países parece haber consenso de que el ritmo de incremento de la oferta de servicios va a la zaga del aumento acelerado de las necesidades de salud para alcanzar la cobertura universal.

Un examen de la información disponible sobre el aumento de los servicios de salud en relación con las crecientes necesidades de las poblaciones, demuestra la urgencia y la importancia de considerar nuevos enfoques y estrategias para acelerar el proceso de ampliación de la cobertura de servicios a toda la población, concediendo alta prioridad a los núcleos marginados y subatendidos en los medios rural y urbano.

Como una expresión de la preocupación de los Gobiernos en este sentido, el Consejo Directivo de la OPS, en su XXIV Reunión, aprobó la Resolución XXXII en la cual se solicitó al Director que convocara "una reunión especial de Ministros de Salud con objeto de analizar la situación de los procesos de expansión de cobertura y ajustar en consecuencia la política y la estrategia continentales para alcanzar, en el plazo más corto posible, los objetivos correspondientes del Plan Decenal de Salud".²

¹Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial de la OPS 118 (1973), pág. 76.

²Documento Oficial de la OPS 146 (1977), págs. 34-35.

El informe de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud, constituirá la contribución que la Región de las Américas debe hacer a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que la Organización Mundial de la Salud llevará a cabo en Alma Ata, Rusia, del 6 al 12 de septiembre de 1978.

En cumplimiento de ese mandato, la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) ha llevado a cabo una serie de actividades, incluyendo reuniones de tres grupos de estudio, en las cuales expertos de distintas disciplinas de 16 países de la Región y funcionarios de la propia OSP identificaron y revisaron los conceptos básicos de cobertura a la población, y las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Sobre la base de este análisis los grupos de estudio propusieron interpretaciones de dichos conceptos básicos que pudieran servir a los países de la Región en el análisis de su propia situación y en el diseño o revisión de sus propias estrategias, a fin de lograr sus objetivos de extensión de la cobertura de los servicios de salud a la población.

Como parte fundamental de esa resolución los países deberán analizar las características de sus propios procesos de cobertura, destacando los factores que facilitan y dificultan su desarrollo. Se espera que, con base en las conclusiones de estos análisis, se revisen o formulen estrategias nacionales y propuestas de acciones continentales que permitan alcanzar los objetivos del Plan Decenal de Salud.

El presente documento ha sido elaborado teniendo en cuenta también la experiencia en esta y otras regiones del mundo. Sin pretender ser exhaustivo, el documento esboza las bases conceptuales e interpretaciones de las mismas que sustentan los procesos de extensión de la cobertura de servicios de salud a la población, utilizando las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Tiene como propósito primordial servir de fuente de consulta en los procesos de análisis que los países deben llevar a cabo.

Concepto de desarrollo

El desarrollo tiene por objeto el despliegue completo de la capacidad de los individuos para autotransformarse en forma continua y contribuir al desenvolvimiento global de su sociedad, a fin de asegurar el máximo bienestar de sus miembros. Es un proceso de cambio del estado social de una población a otro en el que todos sus integrantes gocen de una mejor calidad de vida.

Para lograr el desarrollo en la forma concebida, se requieren modificaciones estructurales e institucionales que en su conjunto permitirán apoyar y aumentar la capacidad de la sociedad y de los individuos para contribuir a su mayor bienestar. Dichos cambios están en función del contexto sociopolítico del país y del sistema de valores que requiere cada uno y deben permitir que las instituciones, los sistemas y subsistemas sociales, así como los individuos mismos se ajusten a sus responsabilidades y funciones.

Los grandes componentes económicos y sociales del desarrollo son partes relacionadas e interdependientes de un proceso en evolución. De ahí que haya surgido un enfoque unificado que combina armónicamente el crecimiento económico con el progreso social y con la participación capacitante de los grupos humanos y de las instituciones.

El desarrollo adopta diversos estilos según la importancia que se conceda en cada proceso a sus varios componentes. Por lo tanto, el desarrollo unificado representa

un enfoque estratégico destinado a transformar un estilo existente en otro más adecuado a la imagen de la sociedad a que se aspira.

La definición de esta imagen de la sociedad y la decisión en cuanto al estilo de desarrollo que le corresponde constituyen una tarea orientada primordialmente a lograr un ajuste en los valores más importantes, las actitudes y el comportamiento de individuos y grupos de la población a fin de contribuir al desarrollo nacional. Esto implica transformaciones de los objetivos y estructuras en los sistemas e instituciones sociales.

Cualquiera que sea el estilo de desarrollo seleccionado por cada país, es deseable contar con la participación organizada, estimulada, sostenida y deliberada de la comunidad y la implantación de un proceso de capacitación de modo que los individuos, los grupos y las instituciones puedan impulsar su propio desarrollo y por lo tanto, el de la sociedad de la que son integrantes.

Se entiende por participación capacitante el esfuerzo concertado para identificar y fomentar:

a) Los cambios estructurales en los sistemas y subsistemas sociales e institucionales necesarios para el desarrollo de una sociedad;

b) Las transformaciones que los individuos, la comunidad y sus instituciones deben experimentar para lograr los fines del desarrollo individual y el de la sociedad.

Sobre estos conceptos de desarrollo y participación capacitante es que se pretende establecer las bases para la extensión de cobertura de servicios de salud, utilizando la estrategia de la atención primaria.

Concepto de cobertura de servicios de salud

La cobertura es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan las necesidades de toda la población, se proporcionen en forma continua en lugares accesibles y de manera aceptable por la misma y garanticen el acceso a los diferentes niveles de atención³ del sistema de servicios de salud.

En el contexto del desarrollo unificado, el concepto de cobertura de salud traspasa los límites tradicionales de una simple proporción numérica que expresa los servicios prestados en relación con la población.

Para que el concepto de salud⁴ se convierta en realidad, es necesario que la población reciba atención efectiva y suficiente para satisfacer sus necesidades básicas dentro de las posibilidades que ofrece la utilización óptima de los recursos del país.

Por lo tanto, el concepto de cobertura implica la admisión de que existe una relación dinámica en la que intervienen, por una parte, las necesidades y aspiraciones de la población, expresadas por la demanda de servicios, y por la otra, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y organizativas que configuran la oferta para satisfacer esa demanda. Por consiguiente, la expresión final de la cobertura varía de un país a otro e incluso dentro de un mismo país o de una comunidad a otra, según sus necesidades de salud y las características de su desarrollo socioeconómico.

³ Véase "Niveles de atención".

⁴ "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: *Documentos Básicos de la OPS*. Documento Oficial 145 (1977), pág. 23.

La cobertura frente a la situación actual

El nuevo concepto de cobertura requiere que los objetivos de las diferentes instituciones y programas de salud converjan hacia la meta común de cobertura universal y que las actividades desplegadas para lograrla tiendan a aumentar la accesibilidad de los servicios a la población y no se limiten simplemente a satisfacer la demanda espontánea.

La implantación del concepto de cobertura universal constituye un desafío que adquiere una magnitud mayor debido a la urgencia de acelerar las acciones para lograrla. En la actualidad hay una gran desigualdad entre la oferta de servicios y el volumen y la complejidad cada vez mayores de las necesidades de salud. A medida que la sociedad se vuelve más compleja van surgiendo nuevas necesidades que no pueden ser satisfechas porque no se cuenta con una tecnología apropiada y los recursos no aumentan proporcionalmente. Por lo tanto, si no se modifica esta tendencia, la disparidad entre la oferta de servicios y las necesidades de salud de la población irá haciéndose más grande, con las consiguientes dificultades que impedirán su solución oportuna.

El concepto de cobertura universal, que es una consecuencia de la aceptación de que la salud es un derecho y una responsabilidad fundamental de los individuos y de las comunidades, exige que los esfuerzos se realicen en todo el ámbito nacional.

La extensión de los servicios para ampliar la cobertura debe responder armónicamente a los intereses nacionales, regionales y locales, y basarse en una política de salud que oriente la formulación de programas acordes con las características, recursos y posibilidades de cada país. Para garantizar su viabilidad, esta política de salud debería estar incluida en los planes de desarrollo global. Los programas así concebidos asignarán alta prioridad a las necesidades de salud de los grupos marginados y menos protegidos de la población que viven en condiciones de pobreza social, entendida esta como la combinación de desempleo y subempleo, bajo nivel de educación, vivienda insalubre, malas condiciones de saneamiento, desnutrición, deterioro de la salud, apatía social y por sobre todo, la consiguiente ausencia de voluntad e iniciativa para contribuir a implantar mejoras.⁵

Las necesidades de salud

El objeto y sujeto de las acciones de extensión de la cobertura lo constituyen, en forma prioritaria, las comunidades rurales y urbanas marginadas.

En general, las comunidades rurales tienen una organización no siempre bien identificada, tradiciones culturales y un bajo nivel de educación formal. De ordinario el número de sus pobladores es pequeño, se dedican a la producción agrícola y pecuaria, tienen niveles de ingreso bajo y carecen de servicios. Su estructura demográfica, los recursos de que disponen para el trabajo y la producción, y la forma y grado de organización social, así como sus expectativas de progreso y de transformación, dan lugar a una amplia gama de situaciones y problemas, cada uno de los cuales merece una manera distinta de abordarlos. En las comunidades rurales resaltan los importantes núcleos de población que no están todavía integrados a los procesos nacionales de desarrollo.

⁵Promoción de los servicios nacionales de salud en relación con la atención primaria de la salud y con el desarrollo rural. Informe del Director General de la OMS. Ginebra, Suiza, Documento A29/29, 12 de abril de 1976.

Existe también una población rural dispersa que habita en pequeños caseríos y forma grupos de familias con escasa vinculación entre sí debido al grado de dispersión; si bien se considera autosuficiente para resolver sus necesidades más elementales de supervivencia, no dispone de servicios públicos.

Los grupos migratorios procedentes de comunidades rurales de distintas características constituyen una buena proporción de las comunidades urbanas marginadas. Se organizan para satisfacer sus necesidades inmediatas de vivienda y trabajo, y aumentan el contingente de mano de obra no adiestrada en los sectores económicos secundario y terciario de las grandes ciudades.

La rapidez de crecimiento de las comunidades urbanas marginadas y la creciente incapacidad de las ciudades para proporcionarles servicios públicos y absorberlas, está dando lugar a problemas de desorganización social cada vez más graves que merecen ser estudiados en todos sus aspectos. Este fenómeno es mundial, pero en las Américas adquiere características especiales que deben tenerse en cuenta al diseñar los programas con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad en el proceso de extensión de la cobertura.

Los grupos marginados tienen necesidades que deben ser satisfechas antes de que comiencen a ser eficaces los servicios de salud. Es evidente que debe prestarse debida atención a los aspectos del desarrollo que más los favorezcan.

La manera en que las comunidades perciben y atienden sus necesidades de salud difiere de la forma en que las identifica e interpreta el sistema institucional debido a la influencia de la cultura profesional de los integrantes del sistema; esto, a su vez, se refleja en el lugar que ocupa la salud en la tabla de valores de los miembros de ambos sistemas.

Tradicionalmente, la comunidad ha expresado sus necesidades de salud en términos de los problemas que deben ser atendidos con urgencia: abastecimiento de agua y alimentos, atención del parto, accidentes y enfermedades más frecuentes entre las cuales se encuentran las transmisibles.

Es importante tener en cuenta los conceptos populares de la salud y los valores que predominan en la comunidad para así aprovechar los que permitan establecer una comunicación efectiva de doble vía entre el sistema comunitario y el sistema institucional de salud.

Oferta de servicios

Para lograr el objetivo de la cobertura universal, la oferta de servicios, además de ser eficiente, debe reunir las siguientes condiciones: debe ser eficaz en relación con las situaciones o los problemas que se tienen que resolver; apropiada en los términos de su contenido; acorde con las necesidades básicas de la comunidad; accesible a la población, y aceptada por la misma.

Las comunidades atienden sus necesidades de salud mediante:

a) *El sistema tradicional comunitario*, establecido por la propia comunidad y usado por los individuos, siguiendo la costumbre de la automedicación, o acudiendo a algún miembro de la comunidad reconocido como agente del sistema.

b) *El sistema institucional de salud*, compuesto por instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas.

Muchas veces el sistema tradicional coexiste con el institucional, pero en otras

ocasiones es el único que atiende a las necesidades de salud de la comunidad. El mayor o menor uso que se haga del sistema tradicional o del institucional, o de ambos, dependerá de las condiciones educacionales y socioculturales de la población y de las características del sistema institucional.

Sistema tradicional comunitario. Cualquiera que sea su grado de evolución, toda comunidad ha tratado de encontrar la manera de atender sus problemas de salud a través de este sistema, el cual cuenta con recursos y procedimientos que le son propios y funciona de acuerdo con su estilo de vida. Afronta los problemas con limitaciones y tiende a satisfacer casi exclusivamente las áreas de atención de la enfermedad y del parto. Sus agentes reciben diferentes nombres según la cultura local y el tipo de arte curativo que llevan a cabo: comadronas, curanderos, brujos, yerberos, rezadores, chamanes, hueseros, sobadores, adivinos.

Es muy poco lo que se conoce acerca de sus características como sistema. Se sabe que está firmemente arraigado en la cultura local y, por consiguiente, tiene la aceptación y el apoyo de la comunidad.

Es necesario complementar las investigaciones realizadas sobre las comunidades a fin de identificar la dinámica interna de los elementos del sistema tradicional en cuanto a su papel, organización y funcionamiento y las interrelaciones del sistema con otros aspectos de la vida de la comunidad. Esto facilitará la articulación del sistema tradicional con el institucional de salud, pues en el momento actual su conexión o interrelación es de ordinario parcial, errática o inexistente.

Sistema institucional. A pesar de que la salud es un derecho y responsabilidad de todo ser humano y que los sistemas institucionales tienen mayormente la responsabilidad de velar por ella y de fomentarla, hay consenso de que estos no satisfacen las necesidades de atención de la salud de la totalidad de la población. Entre los factores que contribuyen a esta situación pueden señalarse:

- a) La falta de una visión global de la problemática de salud.
- b) El concepto de que los servicios de salud son un fin en sí mismos.
- c) La existencia de un sistema institucional rígido que impide identificar y atender las necesidades cambiantes de la población y que mantiene una visión estadística de las mismas sin el necesario análisis cualitativo de los problemas.
- d) La inaccesibilidad física, social, cultural y económica de numerosos grupos de población a las instituciones que prestan servicios de salud.
- e) La falta de participación de la comunidad en las acciones de salud, con el consiguiente aislamiento de los servicios y de su personal, en un sistema cerrado a la influencia de los usuarios.
- f) El enfoque predominantemente curativo de los servicios, que ha conducido a una separación o paralelismo de las acciones preventivas y de fomento, impidiendo la necesaria integración con que deben realizarse.
- g) La inadecuada capacitación del personal que desempeña funciones en el sector, que reduce su poder de discernimiento en cuanto a las ventajas o desventajas de las tecnologías en uso y le impide compenetrarse con los fines de las organizaciones de salud.
- h) La utilización indiscriminada de tecnologías importadas que se prestan a la creación de dependencia y han sido adoptadas sin tener en cuenta la realidad nacional.

i) El aumento significativo de los costos de la atención médica, sobre todo las prestaciones más complejas y menos frecuentes, que disminuye la disponibilidad de recursos para llevar a cabo la cobertura universal.

Sin embargo, el sistema institucional dispone de una estructura y recursos que, si fueran objeto de una conveniente reorientación y se mejorara su eficiencia, le permitirían tener un impacto apreciable en la corrección de la situación actual.

En una colectividad, sobre todo si en esta predomina la pobreza social, los interesados en la salud de la población tienen tanta responsabilidad como cualesquiera otros individuos con respecto al mejoramiento de las condiciones económicas y sociales.

Accesibilidad

El concepto de la oferta de servicios contenido en la definición de cobertura destaca que esos servicios deben ser accesibles al usuario, de modo que se satisfagan sus necesidades de salud; por tanto, la accesibilidad de los servicios constituye una condición esencial para lograr la cobertura universal.

La accesibilidad contiene tres elementos principales:

a) La existencia de una oferta continua y sistemática de servicios proporcionados por un conjunto de recursos combinados y ubicados geográfica, económica, cultural y funcionalmente al alcance de las comunidades.

b) La adecuación de la cantidad y estructura de las prestaciones de acuerdo con el volumen y estructura de la población y de los problemas o necesidades de salud que la afectan.

c) La aceptación, por parte de la comunidad, del tipo de servicios que se le ofrece, la cual se expresa en la utilización que hace de los servicios.

La oferta de servicios no significa que la simple existencia o disponibilidad de un servicio por sí sola constituye una garantía de accesibilidad; por consiguiente, para lograr esa accesibilidad es necesario considerarla como:

a) Geográfica, expresada en términos de distancia, tiempo y medios de transporte, la cual sirva de base para ubicar los establecimientos, en vez de las áreas teóricas de jurisdicción convencionales.

b) Económica, en términos de ausencia de barreras derivadas del sistema de pago o contribuciones por el usuario en el momento que se le preste la atención o que tenga acceso a los servicios.

c) Cultural, de manera que no haya conflicto entre las normas técnicas y administrativas de los servicios y los hábitos, patrones culturales y costumbres de las comunidades donde se proporcionen.

d) Funcional, en términos de provisión de servicios oportunos, permanentes, con horarios adecuados a las necesidades, apropiados para satisfacer el volumen de la demanda real y con mecanismos de referencia que aseguren un fácil acceso al nivel de atención requerido.

El grado de utilización de los servicios de salud por las comunidades determinará las verdaderas dimensiones de la cobertura. El proceso de la extensión de esta, dentro de los lineamientos planteados requiere la identificación de indicadores apropiados que permitan su evaluación.

Concepto de atención primaria de salud

La atención primaria de salud es una estrategia para lograr la extensión de la cobertura de servicios de salud. Comprende un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades. Es parte de un enfoque que conjuga, a nivel de comunidad y en función de sus características socioeconómicas y culturales, los elementos necesarios para producir un efecto significativo en la salud y bienestar de sus miembros.

La estrategia de la atención primaria de salud se basa en:

a) La aceptación, el estudio y la adecuación de las acciones que tradicionalmente ha realizado la comunidad para atender a sus necesidades de salud (sistema tradicional comunitario).

b) La reorientación, dentro del enfoque de desarrollo unificado, de las acciones del sector salud, fundamentalmente en el primer nivel de atención. Se entiende como sector salud el conjunto de instituciones públicas y de instituciones o personas privadas (sistema institucional).

c) El desarrollo de mecanismos de articulación que permitan la adecuada interrelación entre ambos sistemas y aseguren el acceso de la población a todos los niveles de atención del sistema institucional.

Estos tres elementos, movilizados y puestos en ejecución en armonía, constituyen la base de una estrategia por medio de la cual un mayor número de personas, convenientemente capacitadas, se convierten en protagonistas del sistema de oferta de servicios, se incrementa en toda la comunidad un mayor grado de autosuficiencia y autoconfianza, y se proporcionan las condiciones para lograr una cobertura universal.

El nuevo concepto de la atención primaria exige un enfoque intersectorial porque la satisfacción de las necesidades básicas de la población depende de factores que actúan entre sí y en su mayoría están fuera del control del sector salud. Requiere la acción concertada de todos los sectores del desarrollo para que sus actividades confluyan hacia un objetivo común; demanda asimismo, transformaciones significativas del medio ambiente, del estilo de vida de la población y de las instituciones del sector salud. En el plano operativo, uno de los objetivos de la estrategia es conseguir la máxima cooperación y coordinación de todos los sistemas, aunando esfuerzos y evitando duplicaciones y obstáculos con objeto de obtener un mayor impacto en la solución de los problemas y hacer más efectiva y productiva la acción mancomunada en la lucha contra la pobreza social.

En otros términos, los programas de salud deben estar estrechamente relacionados con los demás programas de desarrollo de la comunidad, a la vez que constituyen un componente esencial de estos. Por tanto, las metas de salud deben estar incluidas en las acciones que realizan otros sectores.

Solo mediante un enfoque intersectorial pueden ponerse en marcha los procesos que conducirán a un auténtico desarrollo autosostenido. Cuando los efectos de una actividad se complementen con los de otras, el resultado combinado será mucho mayor que la suma de cada una de estas.

Es recomendable una política nacional concreta que guíe el enfoque intersectorial de la atención primaria de la salud. Pero para que esta política sea viable, es necesario contar con instrumentos de orden legal, administrativo y financiero que permitan una acción coordinada entre la extensión de la cobertura en los ámbitos

nacional, regional y local con los programas de otros sectores. De acuerdo con cada situación específica y con las prioridades establecidas en conjunto con las comunidades, el sector más implicado en la ejecución de las políticas nacionales podría ser el que asuma una mayor responsabilidad en las actividades intersectoriales.

Para la implantación efectiva de la estrategia de la atención primaria de salud es necesario adecuar los objetivos y las estructuras de las instituciones que intervienen, así como los conocimientos, actitudes y comportamiento del personal de los distintos sectores que participan en el proceso. Las barreras intersectoriales pueden ser eliminadas si se redefinen y reorganizan los modelos institucionales que dan lugar a departamentos y burocracias aisladas de la actividad social.

Para convertir el enfoque intersectorial, base de la atención primaria, en un elemento funcional, es necesario contar con una política nacional de desarrollo y una actitud favorable hacia el trabajo interdisciplinario e intersectorial por parte de las personas e instituciones involucradas, así como reconocer el papel y la importancia de los recursos reales y potenciales de la comunidad en el desarrollo global.

Concepto de participación de la comunidad

Para los fines de este documento, se considera como comunidad un grupo concentrado o disperso, con asentamiento fijo o migratorio y con diversas formas de organización social. Sus integrantes comparten con distinta intensidad características socioculturales, socioeconómicas y sociopolíticas e intereses, aspiraciones y problemas comunes, entre los cuales se incluyen los referentes a la salud.

Participación capacitante como proceso

En la extensión de la cobertura de servicios de salud se reconoce que la participación de la comunidad es fundamental. Esta se entiende como un proceso de auto-transformación de los individuos, en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y al de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo.

La acción educativa, implícita en toda actividad de participación comunitaria, tiene como finalidad crear las condiciones de aprendizaje mediante las cuales los individuos puedan conocer mejor su realidad, relacionar el mejoramiento de su medio con el progreso social y económico de otras agrupaciones humanas dentro del contexto de su nación, asumir responsabilidades como elementos impulsores del desarrollo y adquirir la motivación que les sirva para resolver sus problemas comunes. De este modo, los miembros de las poblaciones se convierten no solo en beneficiarios de las acciones de los programas sino en agentes, autores y creadores responsables de su propio desarrollo.

El proceso de participación capacitante supone una tarea continua de formación, información y comunicación de todos los integrantes de la comunidad.

La participación capacitante, tanto del personal de las instituciones de salud como de la población, tiene entre sus principios rectores la aceptación y respeto a los conocimientos del pueblo, a su dignidad humana y a las potencialidades de los individuos para contribuir a su propio desarrollo. El proceso significa un esfuerzo creativo en el que todos los que intervienen aportan conocimientos y los

resultados de su experiencia personal y de grupo; además, todos realizan acciones que son testimonio de una voluntad de cambio y de identificación con el proceso del que son protagonistas.

La participación capacitante establece un diálogo permanente entre el personal de salud y la comunidad a fin de armonizar sus puntos de vista y las acciones que darán forma efectiva a la cobertura con servicios de salud. Implica la implantación de un proceso educativo que servirá para preparar a la comunidad y para fortalecer su deseo de contribuir a poner en marcha actividades sobre las cuales ha habido acuerdo en forma mancomunada.

Si se usa el diálogo adecuadamente, el personal podrá percibir constantemente el sentir de la comunidad, conocer mejor las razones que expliquen sus actitudes y puntos de vista, sus estilos de vida, nivel de aspiraciones, patrones de organización y comunicación. Por su parte, la población aprende a interpretar su ambiente y a identificar sus necesidades reales, así como a conocer e identificarse con la estrategia nacional para poder intervenir e impulsar el progreso y el bienestar local.

El proceso de participación requiere asimismo una elaboración cuidadosa de métodos, técnicas y procedimientos que puedan ser asimilados y utilizados en diferentes planos de acción por los distintos agentes del desarrollo.

Características de la participación de la comunidad

El significado, el contenido y los alcances de la participación de la comunidad dependen del contexto sociopolítico de cada país. El dominio profesional en la esfera de la salud se reduce a medida que los individuos y la sociedad en su conjunto reconocen a la salud no solo como un derecho sino como una responsabilidad de todos.

La comunidad puede participar de muchas maneras en todas las etapas del proceso de extensión de cobertura de servicios de salud. El aporte de mano de obra y recursos materiales, cuando es lo único que se espera y se exige de la comunidad, no es testimonio de participación en el sentido que se le da al término.

Como proceso, la participación se va desarrollando y perfeccionando con la práctica. En la evolución de este proceso, la participación adquiere las siguientes características: *activa*, cuando la población interviene en sus diferentes etapas; *consciente*, cuando se ha enterado a fondo de los problemas, los traduce en necesidades sentidas y trabaja para solucionarlos; *responsable*, cuando se compromete y decide proceder con pleno conocimiento de sus efectos y obligaciones; *deliberada*, cuando expresa su libre voluntad; *organizada*, cuando percibe la necesidad de aunar esfuerzos para lograr el objetivo común; *sostenida*, cuando actúa en forma conjunta y permanente para resolver los diferentes problemas de su comunidad.

Factores que favorecen la participación de la comunidad

El análisis de la participación dentro del marco de referencia nacional puede hacerse en términos de tres componentes principales: el gubernamental, el de los grupos de población y el de la interrelación entre ambos.

En el orden gubernamental. Una política de participación que tenga una expresión positiva, traducida en la existencia de programas, instrumentos y mecanismos en los distintos niveles de la administración encargada de desarrollarla; una legislación

que apoye el programa, y la asignación adecuada de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros que cuente con mecanismos de coordinación intersectorial bien definidos.

En el orden de los grupos de población. Utilización de los mecanismos propios de la comunidad para identificar necesidades y problemas comunes y conjuntamente tratar de encontrar y poner en práctica soluciones; identificación de agentes que estimulen y orienten la organización de la comunidad para favorecer la participación.

En el orden de la interrelación. Un conocimiento cabal de la problemática de salud y del desarrollo en general; elementos que permitan el flujo expedito de la información desde los grupos de población hasta las esferas gubernamentales, con garantía de un diálogo franco entre ambos; mecanismos que ayuden a las esferas gubernamentales a conocer las acciones propias de la comunidad o de asociaciones privadas, con objeto de orientarlas, canalizarlas y articularlas con el programa general de desarrollo.

En el proceso de participación existen factores que lo favorecen, entre los cuales se citan los que son propios del sistema político-administrativo en general y los que corresponden al sector salud.

Los primeros incluyen: la voluntad política que ayuda al proceso y que proviene de los niveles decisorios; el funcionamiento efectivo de mecanismos de coordinación intersectorial; un sistema adecuado de información y el uso apropiado de los medios de comunicación social; la ejecución de programas concomitantes y concretos de educación, vivienda, artesanías, desarrollo agroindustrial y otros, con los cuales pueden vincularse los programas específicos de salud; el grado de desarrollo de la tecnología apropiada para la participación de la comunidad; la provisión de recursos materiales y humanos en cantidad y calidad adecuadas a las necesidades; la legislación pertinente que tenga en cuenta la participación; la apropiada comunicación e información entre los diversos niveles administrativos; la planificación adecuada de programas, y el uso de métodos apropiados.

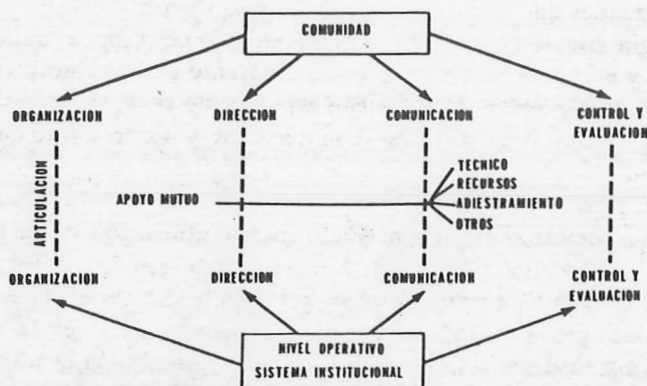
En el sector salud los elementos que favorecen el proceso se refieren a la existencia de servicios y unidades de apoyo del sistema, así como técnicas de reconocida eficacia y eficiencia para fortalecer la organización y acción de la comunidad; algunas características del sistema tradicional comunitario que lo hacen compatible con el sistema institucional; las pautas culturales que fomentan la participación; el nivel de desarrollo de la comunidad; el conocimiento de los recursos de que esta dispone; la aceptación de la importancia del sistema tradicional comunitario; la accesibilidad al sistema institucional y el apoyo de miembros de la comunidad.

La comunidad, tanto en su papel de generadora de servicios para su propio consumo como de usuaria de los servicios que le ofrece el sistema institucional, debería participar en la toma de decisiones y en la programación, ejecución, control y evaluación, así como en la supervisión de los servicios; de esa manera, sin constituirse en parte del esquema de supervisión institucional, puede ofrecer una información que las instituciones pueden utilizar para cumplir mejor esta función.

Características de la articulación entre los sistemas tradicional e institucional

En la figura 1 se presenta un esquema de articulación entre los sistemas tradicional e institucional dentro del proceso de extensión de la cobertura. Si se entiende

Figura 1—Esquema de la articulación entre los sistemas tradicional e institucional.



como articulación el enlace o unión de dos piezas o partes en un todo para cumplir una función específica, es necesario reconocer que esta unión no implica la imposición de las condiciones de una parte en relación con la otra, sino que el acondicionamiento debe ser mutuo para que la articulación funcione. En otros términos, cada una de las partes conserva sus propias características pero se adapta a la otra en mutua armonía a fin de garantizar el funcionamiento del todo.

En el aspecto administrativo, el proceso debe instituirse teniendo en cuenta la naturaleza, condiciones, defectos y virtudes del sistema tradicional comunitario. Lo mismo se aplica al diseñar y establecer los mecanismos de dirección, control y evaluación, sobre todo en el proceso de comunicación, a fin de permitir la toma de decisiones necesarias y así corregir problemas y adecuar las acciones a los requerimientos evolutivos y dinámicos del proceso.

La comunidad debe recibir apoyo logístico y técnico para lograr su capacitación; esto requiere el fortalecimiento de los recursos y la supervisión por parte del sistema institucional, a fin de garantizar el buen cumplimiento de las responsabilidades asumidas.

Con mucha frecuencia la comunidad no identifica las diferencias entre las instituciones de los distintos sectores a las cuales tiene que acudir para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que es necesaria una coordinación intersectorial que facilite el apoyo mencionado—logístico y técnico—a las acciones de la comunidad.

Concepto de tecnología

De una manera general, se define la tecnología como la forma de actuar sobre la realidad para transformarla y lograr objetivos orientados a satisfacer necesidades. Se basa en conocimientos científicos o empíricos y comprende los medios necesarios para aplicarlos.

La tecnología en el proceso de desarrollo

La tecnología es uno de los factores determinantes en todo proceso de desarrollo, por lo que es preciso considerar su estudio de alta prioridad. La elaboración de un

estilo de desarrollo para una sociedad determinada requiere que sea fundamentalmente nacional, fruto de la participación de todos sus miembros en cooperación con otras sociedades que comparten sus problemas y aspiraciones.

La tecnología contemporánea ha surgido en su mayor parte de los países más desarrollados y es producto de un proceso constante de adaptación a sus recursos y valores. Por consiguiente, no se puede esperar que su aplicación indiscriminada en los países menos desarrollados—con recursos y valores diferentes—tenga la misma utilidad.

En América Latina y el Caribe existen diversos grados de desarrollo social y económico, que determinan una mayor o menor utilización de la tecnología que proviene de fuera y una producción limitada de origen local. Esta situación ha influido negativamente en cuanto a la satisfacción de las necesidades de la mayoría de los individuos y comunidades y en su participación activa en la transformación de la sociedad y su desarrollo. Hasta ahora ha predominado la utilización de una tecnología externa, la cual ha contribuido a la estructuración de estilos de desarrollo a veces incompatibles con la situación socioeconómica de los países.

En algunos países no se han desarrollado políticas, criterios ni bases institucionales suficientes para seleccionar y controlar la utilización de una tecnología apropiada. La extensión de la cobertura de servicios de salud, usando las estrategias de atención primaria y la participación de la comunidad, supone la intensificación de esfuerzos para que cada país esté en condiciones de formular programas que permitan una correcta selección y adaptación de tecnologías existentes y la creación de nuevas tecnologías para responder a esas estrategias.

Características de una tecnología apropiada en el sector salud

La extensión de los servicios para ampliar la cobertura actual requiere un marco de referencia que incluya una visión global de la problemática de salud, la definición de objetivos y metas para satisfacer las necesidades básicas de la población y la identificación de las estrategias que deben emplearse en la consecución de dichas metas, de todo lo cual depende la tecnología que se va a utilizar.

La extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias mencionadas requiere tecnologías apropiadas que reúnan entre otras, las siguientes características:

- Ser eficaces, eficientes y viables. Si bien estas características deben tenerse en cuenta al hacer la selección de tecnologías, cualesquiera que sea el grado de desarrollo del país o área de trabajo en que se realiza, adquieren significado especial en el sector salud cuando se persigue el objetivo de proveer cierta cantidad de servicios a grandes masas de población, las cuales de ordinario son de difícil acceso. En la mayoría de los casos requiere un incremento considerable de la capacidad operativa de los sistemas en un tiempo relativamente corto y en un nuevo contexto. Por ello, un requisito básico es que las tecnologías que se seleccionen sean apropiadas para asegurar la productividad máxima de los escasos recursos y una mejor asignación de estos para producir, con la eficacia e intensidad necesarias, el impacto deseado en el nivel de salud. La característica de viable supone su adecuación a diferentes contextos socioeconómicos y culturales, así como su aceptación por los participantes en el proceso de programación, organización y producción de servicios de los sistemas institucional y comunitario.

Asimismo, las tecnologías apropiadas deben:

- Ser especialmente accesibles a las mayorías desprotegidas y satisfacer sus necesidades reales.

- Adecuarse a las condiciones socioculturales, económicas y ambientales de la realidad concreta de cada tiempo y lugar.
- Favorecer su empleo con sentido humano, creador y transformador.
- Asegurar la participación de la comunidad en el proceso de su selección, desarrollo, aplicación y evaluación, para conducir así a la autoconfianza y la autosuficiencia de los que prestan y los que reciben las acciones de salud.
- Articular los recursos de las comunidades a las cuales sirven, con los del sistema institucional.
- Plantear alternativas para lograr la satisfacción de las necesidades de salud, y
- Favorecer la acción inter e intrasectorial.

Concepto de sistemas de servicios de salud

Se entiende por sistema de servicios de salud el conjunto de elementos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan, por medio de un proceso administrativo y de tecnología, para ofrecer prestaciones de salud, en cantidad suficiente y de calidad adecuada, para cubrir la demanda de servicios de los individuos y la comunidad y para llevar a cabo acciones en el medio ambiente. Los servicios deben cumplir determinadas condiciones de eficacia, eficiencia y aceptación por la comunidad.

En casi todos los países de la Región coexisten los sistema institucional y tradicional comunitario.

El hecho de que un sistema institucional no esté en condiciones de asumir la responsabilidad de extender la cobertura de servicios de salud de acuerdo con el nuevo concepto de cobertura y las estrategias de atención primaria y participación comunitaria, hace imprescindible su rediseño; pero toda propuesta de cambio debe ser precedida por el reconocimiento de la existencia del sistema tradicional comunitario, así como por la revisión de la estructura, factores condicionantes y funcionamiento de ambos sistemas y su articulación. Esta revisión y la nueva propuesta de organización deben basarse en la imagen de la sociedad que se desea alcanzar, en la estructura sociopolítica y en las características culturales de cada país. Esto implica, necesariamente, que cada uno adoptará su propio enfoque en el momento de formular las políticas de salud, así como en el proceso de planificación, organización e implantación del sistema de servicios. Al considerar estos elementos se asegura la viabilidad a cualquier proposición de cambio.

Corresponde a los Ministerios de Salud, la reorientación y el estímulo a las demás instituciones, dentro y fuera del sector salud, para lograr una coordinación efectiva y establecer las funciones y responsabilidades que les correspondan dentro de las metas de cobertura.

Como se expresó en el capítulo sobre cobertura, el sistema institucional debe organizarse adecuando el tipo de estructura y volumen de la oferta de servicios al volumen y estructura de la población y sus necesidades de salud. El problema perenne de la relativa escasez de recursos requiere, además, que la combinación de los recursos disponibles y su manejo administrativo aseguren la máxima productividad, dentro de los límites de la eficacia que se necesita para lograr un verdadero impacto en los problemas de salud. Para alcanzar este objetivo, la planificación de los servicios deberá realizarse mediante una regionalización funcional, basada en el concepto de niveles de atención.

Organización

Los modos de organización del sistema institucional varían según las características del sistema político-administrativo de cada país. No existe un modelo de organización que puede adoptarse de manera general. Cualquier modelo es bueno siempre que la organización funcione sin restricciones y obstáculos que impidan o retrasen el proceso programado.

La organización tendrá que comprender a todas las instituciones del sector salud, para lo cual se precisa identificarlas, así como a sus componentes, definir sus responsabilidades, atribuciones y funciones, y su interrelación; además, deberá establecer las facultades normativas que ejerce la autoridad máxima de salud. La organización administrativa debe facilitar la participación efectiva y deliberada de estas instituciones en el proceso de extensión de la cobertura. El poner en marcha este proceso no requiere una organización separada de la que ya existe, sino que se trata de adecuar esta para acelerarlo. Es probable que en algunos casos se tenga que recurrir a la creación de unidades multidisciplinarias para impulsar el proceso. Estas unidades serán de carácter transitorio y una de sus tareas fundamentales es la organización de todos los niveles para incorporarlos al proceso.

Según el concepto de niveles de atención, el estudio de las características de la población, sus necesidades de salud y los recursos necesarios para atenderlas, así como su accesibilidad a los servicios, debe contribuir a disminuir el grado de incertidumbre con que se toman decisiones en planificación. En esta etapa del proceso organizativo, la participación de la comunidad se concreta a través de la expresión de sus necesidades y aspiraciones. La experiencia ha demostrado que si los niveles técnico-administrativos y operativos del sistema no informan adecuadamente a las comunidades, las aspiraciones que formulen pueden exceder con mucho sus necesidades reales y las posibilidades de inversiones del sector.

Niveles de atención. El concepto de niveles de atención comprende dos componentes claramente diferenciados: las necesidades de atención y la capacidad del sistema de servicios para satisfacerlas. Ambos guardan relación con:

- La mayor o menor frecuencia con que se presentan los diferentes problemas o necesidades de salud según el tiempo y lugar. Debe destacarse que, dentro de las necesidades, se incluyen aquellas que no están ligadas al estado de enfermedad.
- La respuesta del sistema de servicios a las necesidades de salud que, según las características de estas, demandan recursos tecnológicos de mayor o menor complejidad.

Si se considera que las necesidades más frecuentes requieren por lo general una combinación de recursos y tecnologías más simples y que las menos frecuentes requieren una combinación de recursos y tecnologías más especializadas y complejas, puede adoptarse una combinación de niveles de atención para la solución de problemas.

Esta forma de agrupar los problemas y la atención que proporcionan los sistemas de salud en respuesta a la demanda es la que ha dado origen a la conformación clásica de combinaciones funcionales de servicios o niveles, de los cuales el de menor complejidad, denominado *primer nivel de atención*, comprende las acciones más elementales del sistema y constituye el punto de contacto con la vía de acceso de esta al sistema institucional. Los otros niveles corresponden a servicios más especializados, de mayor complejidad, que funcionan en general sobre la base de la referencia de individuos.

En casi todos los sistemas de salud se reconoce la existencia de niveles de atención, aunque en algunos de ellos no se ha logrado una utilización óptima mediante la referencia de individuos de otros niveles.

Del planteamiento anterior se desprenden algunas conclusiones que deben ser consideradas:

a) La determinación de niveles variará de acuerdo con cada sistema de salud, la naturaleza y las características de los problemas y los recursos humanos, técnicos, financieros y materiales de que se dispone. De ahí que frente a situaciones específicas, se establezcan escalas o modelos de niveles. La escasez de recursos en el área rural es el ejemplo más común de esta situación. Por lo tanto, modelos que no partan de un análisis cuidadoso de la realidad resultan inapropiados y conducen a distorsiones y encarecimiento en la prestación de los servicios.

b) Los niveles de atención no son sinónimos de unidades, establecimientos o personal por medio de los cuales se presta el servicio; existe una relación entre los tres, ya que un nivel determinado o el conjunto de sus funciones condicionan, para los fines de programación, la selección y sistematización de los tipos de unidades o establecimientos más adecuados. Por otra parte, en un establecimiento determinado puede haber más de un nivel de atención.

c) La jerarquización de problemas y funciones—que es la base de la definición de niveles—implica que se determinen claramente las actividades que deben desarrollarse en cada nivel y, de acuerdo con ello, que se definan las tecnologías que sería apropiado usar, así como el tipo de personal, las plantas físicas y el equipo y materiales necesarios. Comprende, además, los mecanismos de articulación entre los niveles o sea el sistema de referencia que permita el acceso de los pacientes al nivel en que se puedan resolver sus problemas.

Regionalización funcional. La regionalización funcional de los servicios de salud es la expresión técnico-administrativa del concepto de niveles de atención. Este proceso adquiere connotaciones especiales en cada caso, pues para regionalizar deben organizarse los servicios según niveles de atención, lo que permite determinar la distribución geográfica de los servicios o de los establecimientos de salud, en forma tal que:

a) El primer nivel de atención se preste en establecimientos de cualquier tamaño y complejidad que estén fácilmente accesibles a toda la población, incluso a núcleos pequeños o población dispersa. Una distribución geográfica apropiada conduce a una ampliación del primer nivel que aumenta así la superficie de contacto de la población con los servicios del sistema institucional.

b) Los niveles de atención de mayor complejidad, destinados a cubrir las necesidades de toda la población, se ubican más centralmente en el sistema en establecimientos de mayor tamaño, con personal y equipos más especializados. Desde el punto de vista geográfico, se ubican en localidades mayores donde también se puede disponer del tipo de recursos que estos requieran.

La regionalización funcional implica asimismo el acceso de todos los miembros de la comunidad a las diferentes combinaciones de recursos según sus necesidades y la continuidad de la atención. Para la regionalización se requiere:

- Definir la dependencia y asignar funciones y responsabilidades a cada uno de los servicios en los que se ubican los diferentes niveles de atención. Las funciones que cada estable-

cimiento llevará a cabo como parte de un sistema regionalizado supone fijar el tipo de actividades técnicas y administrativas que le competen, así como su área de responsabilidad, y condiciona la clase y el volumen de recursos que son necesarios para cumplirlas. Operativamente se traducen en los programas de servicios.

- Establecer la interconexión de los niveles mediante un sistema adecuado de referencia, para lo cual deberán fijarse las normas operativas de transferencia de pacientes, movilidad del personal, intercambio de información, apoyo técnico-administrativo y supervisión. Debido a la importancia de la comunicación entre los niveles de atención, se destaca el valor del establecimiento de normas y de la supervisión de las actividades que deben recibir atención especial en el proceso administrativo.

En América Latina y el Caribe está muy generalizada la regionalización como instrumento de organización y su utilización ha sido muy amplia. Sin embargo, los resultados están lejos de lo esperado. Existen muchas barreras que impiden la verdadera aplicación del concepto que tienen su origen fundamentalmente en ideas muy arraigadas de autonomía local o institucional con el consiguiente temor o resistencia a aquello que causaría la pérdida o limitación de la autoridad y el prestigio. No obstante, los principios siguen siendo válidos a pesar de que estas circunstancias hayan limitado su aplicación.

Los criterios que pueden ser utilizados en el diseño de la organización regional deben ser definidos y aplicados dentro del contexto nacional correspondiente y guardar relación con la capacidad de servicios que el país disponga en sus diferentes regiones. Una de las características de la región de salud es su autosuficiencia, o sea, que dentro de la organización regional, los servicios deben estar en condiciones de garantizar tanto la accesibilidad como la continuidad de atención para resolver todos los problemas que afectan a la población respectiva. Sin embargo, este sistema no puede aplicarse en todas las situaciones. En países grandes, y sobre todo en zonas metropolitanas, la región puede lograr autosuficiencia completa y sus establecimientos o unidades donde hay más concentración de recursos, pueden ofrecer los servicios de mayor complejidad. En países pequeños, donde hay concentraciones menores de población ubicadas en una gran área geográfica, es necesario armonizar los factores mencionados. El grado de autosuficiencia que pueda alcanzarse es mucho menor. Los establecimientos clave de la región tendrán también otras características.

La nomenclatura y características de los establecimientos de la organización regional, así como los elementos operativos de la regionalización son suficientemente conocidos. Sin embargo, la utilización del marco de referencia regional tiende a adquirir cada vez más importancia en la planificación y organización de servicios, no solo en el sector salud, sino también en la planificación del desarrollo.

Sistema de referencia. En los capítulos de cobertura, atención primaria y participación de la comunidad se destacó la importancia y papel del sistema de referencia como mecanismo principal de coordinación y de articulación entre los sistemas institucional y tradicional comunitario.

Administración: Generalidades

Para poner en marcha un proceso de extensión de servicios de salud que permita ampliar la cobertura se requiere un incremento sustancial de la capacidad operativa del sistema en un plazo relativamente corto, para lo cual es necesario un cambio de actitud por parte de los que trabajan en el sector. Esto podrá lograrse si están

suficientemente informados de las nuevas políticas y estrategias, como paso previo para que se identifiquen con los objetivos del nuevo enfoque y su real y efectiva participación. Se requiere además el desarrollo de un sistema administrativo paralelo que permita alcanzar nuevos ritmos de funcionamiento de los servicios.

El desarrollo administrativo que se requiere no supone solo un crecimiento cuantitativo; deben efectuarse modificaciones cualitativas de sus modalidades de organización y de las técnicas y de los procedimientos, a fin de asegurar la adaptación de la organización y la calidad de sus operaciones a las demandas del nuevo enfoque. Tampoco puede ser solo el resultado dinámico de una técnica aislada, sino la consecuencia de avances progresivos hacia el objetivo final que, si bien ejerce influencia en todas las etapas del proceso, se requiere con más urgencia en algunas áreas en que las exigencias son inmediatas y se convierten en puntos críticos que deben atenderse con premura. Ejemplos de estos son: los sistemas de información, organización, coordinación, programación, administración de recursos humanos, materiales y financieros, supervisión, control y evaluación.

Es preciso que la gestión administrativa sea: dinámica y flexible para poder adecuarse a las diversas etapas de desarrollo de las comunidades y sus organizaciones, y responder rápidamente a sus necesidades; integral, de modo que los componentes del proceso, que son interdependientes, se desarrollen armónicamente y actúen en forma coordinada con un enfoque multidisciplinario, y que sea participativa y capacitante.

Con objeto de poner en ejecución las estrategias de atención primaria de salud y participación de la comunidad con un enfoque intersectorial para acelerar la extensión de la cobertura, se necesita una redefinición de las atribuciones de decisión que corresponden a cada uno de los niveles de dirección y operación establecidos o que se establezcan en cada país. La delegación de autoridad del nivel central a los niveles periféricos tendrá que ir acompañada de una delegación racional del poder de decisión con atribuciones cada vez más amplias, a medida que progresen y se consoliden las acciones de capacitación y participación en los campos de la administración.

Esto entraña la revisión del sistema y canales de comunicación, así como el establecimiento consecuente de un sistema de información de doble vía para poder llevar a cabo las actividades del ciclo información-decisión-programación-ejecución-evaluación-información.

Sistema de información. El sistema actual de información no se considera apropiado para responder a la política de extensión de cobertura, ni tampoco al desarrollo de los aspectos administrativos que necesita el ciclo información.

El sistema de información deberá atender a las necesidades técnicas y administrativas y tener las características de simple, relevante, veraz y oportuno que, si bien las requiere todo sistema de información en salud, adquieren mayor importancia en el proceso de ampliación de la cobertura.

Se debe disponer de información actualizada y establecer proyecciones que permitan:

- Conocer las características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas, culturales y ambientales de las comunidades pues estas contribuyen a determinar sus necesidades.
- Identificar los problemas prioritarios de salud en términos de magnitud y gravedad, así como la actitud de la comunidad frente a los mismos.
- Conocer la cuantía y organización de los recursos de los sistemas institucional y tradicional comunitario, pero sobre todo el grado de utilización adecuada de los mismos.

- Determinar el número y estructura de los servicios y su productividad.
- Disponer de información acerca de las tecnologías en uso, tanto en el sistema institucional como en el tradicional comunitario.
- Conocer la calidad de los servicios que ambos sistemas están prestando.

En cuanto a la naturaleza de los datos, deberán realizarse esfuerzos para lograr que:

- Se disponga de información seleccionada producida por otros sectores, que sea pertinente al sector salud y que permita una coordinación intersectorial efectiva.
- Se obtengan datos referentes a recursos y su utilización en todas las instituciones del sistema de servicios, a fin de subsanar la situación actual en la mayoría de los países en que solo se dispone de información del subsector público.
- Se seleccionen, unifiquen y se hagan compatibles los datos relevantes producidos por los diferentes programas, evitando la duplicación de información.
- Se integren al sistema general de información los datos referentes a la gestión administrativa que habitualmente se obtienen por separado y atienden más a disposiciones administrativas que a la necesidad de utilizarlos en el control de la gestión.

El sistema de información debe estar estructurado con base en las necesidades de los centros de decisión-control definidos para cada sistema de servicios. El tipo, cantidad y periodicidad de los datos requeridos para cumplir las funciones de estos centros deben guardar relación con las posibilidades reales de producción del sistema de información. Esta relación imprescindible obliga a una muy cuidadosa selección del tipo de indicadores, procedimientos y organización del sistema de información para poder satisfacer las necesidades de todos los niveles de control-decisión.

La estrategia de participación comunitaria impone al sistema de información una nueva función que es la de difundir información a la comunidad proporcionándole datos fidedignos y oportunos, y así contribuir a estimular y hacer efectiva su participación.

El diálogo entre los sistemas tradicional comunitario e institucional solo se establece mediante la difusión de información a la comunidad. Exige del sistema de información una gran capacidad para sintetizar con sencillez los puntos esenciales de la información técnica.

Programación. Si se entiende la programación como la etapa del proceso de planificación en la cual se traduce en términos operativos concretos las proposiciones estratégicas nacionales y regionales derivadas de las políticas de salud y de desarrollo, la extensión de cobertura supone un cambio en las metodologías de programación. El análisis de la situación actual señala una tendencia hacia el diseño aislado de programas específicos, cada uno de los cuales conduce a definiciones de actividades, metas, normas y procedimientos técnicos y administrativos que no siempre concuerdan con las prioridades establecidas ni con la capacidad real de producción del sistema de servicios. Por lo general, estos programas son elaborados por determinadas unidades específicas de los niveles normativos del sector, sin suficiente participación de los diferentes niveles ejecutivos, lo cual dificulta el cumplimiento de las normas y el logro de los objetivos establecidos.

Para que los programas satisfagan las verdaderas necesidades de cada población, es preciso que la programación tenga carácter local dentro del marco de referencia de la política nacional y sus estrategias, y que se asegure la participación de la comunidad en todas sus etapas.

Por tanto, es preciso revisar las funciones tradicionales de las llamadas unidades normativas que integran el conjunto técnico-administrativo de las instituciones de

salud, a fin de que estas cumplan su cometido de asesoría técnica a los niveles operativos y se puedan adecuar las normas a las necesidades y recursos locales, como parte del proceso de participación capacitante dentro de la estructura de salud.

La revisión antedicha debe poner énfasis en la etapa de adecuación a nivel local, aplicándola en forma eficiente dentro de los límites de eficacia señalados. Para esto se requiere creatividad con objeto de hacer uso de recursos no convencionales e investigaciones para encontrar tecnologías apropiadas.

Administración de recursos humanos. La programación, adaptación y utilización de los recursos humanos son los aspectos más críticos y complejos del sector salud. Por lo tanto, se señalan algunos de los puntos más sobresalientes de política general y gestión administrativa.

La participación de todas las instituciones del sector salud en el proceso requiere una revisión y redefinición de la política de personal que contemple los aspectos de remuneración, incentivos para compensarlo por trabajo en zonas desfavorables, beneficios sociales, posibilidades de capacitación y progreso. Existen factores que en la mayoría de los países están creando competencia entre instituciones, una mala distribución y una escasez de personal en algunas zonas.

Merece atención especial la política que se adopte para el personal que se desenvuelve en el primer nivel de atención, pues debe ser coherente con los principios generales del proceso que le da prioridad. En general, se ha dado más valor y prestigio a establecimientos que utilizan una tecnología más compleja y especializada. Deberá darse solución a esta situación, tarea que no resulta fácil porque supone cambios de actitudes en individuos y grupos de presión que resisten el desarrollo y utilización de tipos no convencionales de personal, los cuales muchas veces constituyen la única solución para ampliar la cobertura.

Es necesario elaborar y aplicar técnicas de administración de personal que permitan determinar el tipo, la categoría y el número de personal que trabaje en los diferentes subsectores y establecimientos de salud, así como el grado de conocimientos y habilidades que requieren los distintos cargos.

Administración de recursos materiales

a) Plantas físicas. Estas constituyen otro aspecto crítico del sector debido a las inversiones que suponen y a las rigideces que crean si no corresponden a una programación adecuada y realista.

La construcción de establecimientos de salud debe responder a las necesidades reales de la población, sobre todo con respecto a accesibilidad, adecuación a las características locales y alternativas arquitectónicas, que le den suficiente flexibilidad para adaptarse a las necesidades cambiantes de las poblaciones.

La extensión de la cobertura supone una revisión de las plantas físicas de los establecimientos existentes, su grado de accesibilidad y las posibilidades de cumplir con las actividades de los diferentes niveles de atención para la población que debe atender. Por otra parte, las estrategias de atención primaria, participación de la comunidad y enfoque intersectorial sugieren que muchas actividades del primer nivel pueden realizarse en el seno mismo de las comunidades, usando locales cedidos por estas o bien los pertenecientes a otros sectores.

La decisión de construir edificios nuevos debe basarse en un estudio previo de necesidad y factibilidad y debe ser el resultado de la planificación del sistema de

servicios que constituye el marco de referencia para determinar el número, localización, interconexión, funciones y tipos de establecimientos necesarios para alcanzar las metas fijadas. Como ya se señaló, la determinación de este marco incumbe a los niveles de decisión más altos. En la construcción de edificios se tendrá en cuenta la utilización de materiales locales de fácil mantenimiento y renovación, sobre todo en el medio rural. Sus características físicas deberán ser determinadas por modelos arquitectónicos, con la flexibilidad que les permita adaptarse a las condiciones geográficas y meteorológicas del lugar, a las funciones que cumplen y a las costumbres, estilos y grado de desarrollo de la comunidad.

b) Equipo. Este es otro aspecto importante desde el punto de vista tecnológico. En términos generales, las inversiones en equipo y su instalación deben tener en cuenta: como punto inicial, una definición de las actividades; las decisiones referentes a la selección de tecnologías según los niveles de atención; las medidas necesarias para preparar y capacitar al personal, en las que se incluyan no solo la enseñanza sobre su funcionamiento y manejo sino también los aspectos básicos de mantenimiento, lo que hace viable su utilización, y la estandarización por rangos para racionalizar la inversión y facilitar las acciones del punto anterior.

Además, es necesario analizar la medida en que el equipo que se programe contribuya a mejorar la atención, así como la posibilidad de poner en marcha un sistema de mantenimiento, tanto preventivo como de reparación, que asegure su funcionamiento eficaz y continuo.

Se considera que las actividades del primer nivel requieren un equipo mínimo, sencillo y económico. En cambio, los niveles más complejos requieren equipo más costoso, lo que afecta seriamente el presupuesto del sector. Pero esta consecuencia es quizá la menos grave, pues las que puedan surgir de la dependencia tecnológica son de mayor significación. Por estas razones, las proyecciones que se hagan con respecto al equipo deben constituir parte integrante de la programación global de los servicios y en ningún caso deben hacerse aisladamente.

En la selección de equipo e instrumentos deben considerarse, con carácter prioritario, las posibilidades que ofrecen las industrias nacionales, lo que da el estímulo necesario a la producción de tecnologías locales.

c) Suministros. Deben mejorarse todas las etapas de programación y presupuestación, adquisición, distribución, conservación y control en el proceso de suministros a fin de lograr la entrega de materiales a los establecimientos en cantidad, calidad y oportunidad apropiadas para asegurar la continuidad de los servicios. Sin embargo, algunas etapas deben recibir atención preferente.

En cuanto a la programación, la nueva estrategia supone que se conceda prioridad al primer nivel de atención lo que debe reflejarse en el cálculo de las necesidades, al que se destinarán los recursos que se precisan para adquirir los elementos que demanda este nivel.

La selección y especificación deberán responder a las normas técnicas de atención y se harán con la participación de los niveles locales.

En la compra de suministros, debido al tiempo que demandan los distintos trámites, debe mejorarse la gestión administrativa de manera que los retrasos no comprometan la continuidad del suministro.

La etapa de distribución también requiere atención por cuanto la extensión de cobertura implica la ampliación de la superficie territorial de contacto del sistema institucional y, desde el punto de vista operativo, una multiplicación de los efec-

tores⁶ del primer nivel. En este aspecto se requiere también una planificación cuidadosa para asegurar la continuidad del suministro mediante depósitos ubicados lo más cerca posible de los niveles locales.

La etapa de control del suministro en la extensión de cobertura merece consideración especial. Para los fines operativos, el control en el primer nivel debe ser simple y reducirse a solo los insumos críticos, mediante modelos de consumo, tendientes más bien a realizar ajustes en la programación y distribución que a determinar criterios de eficiencia.

En los niveles de atención más complejos donde se concentra un menor número de establecimientos, puede haber menos problemas de distribución pero es donde se realizan las mayores inversiones. Por lo tanto, en estos niveles deben elaborarse mecanismos que controlen el grado de utilización y de eficiencia y eviten el despilfarro de recursos que generalmente afecta a los niveles de menor complejidad.

Administración de recursos financieros. La programación y presupuestación de los recursos suelen no responder a las necesidades reales del sector. La falta de un sistema de información apropiado acerca de la productividad de los recursos y los costos de la producción impide la programación ordenada y conduce, por lo general, a la elaboración de presupuestos cuyas partidas carecen de relaciones claras con los fines buscados. La experiencia demuestra que las aperturas programáticas más comunes reflejan y acentúan la inconsistencia y falta de complementariedad de los programas específicos.

La escasez de recursos se presenta como un problema crónico y complicado que obedece a múltiples causas: una asignación presupuestaria insuficiente del producto nacional; los altos y crecientes costos de los servicios de salud, sobre todo los de mayor complejidad; las crecientes demandas de la población; el mal aprovechamiento de los recursos del sector debido a la falta de coordinación entre las instituciones del sector y con las actividades de otros sectores, y el uso de técnicas de gestión deficientes. Este problema deberá ser abordado en todos sus aspectos una vez identificadas las causas.

Por lo tanto, el aumento de recursos que se requiere debería lograrse dentro del sistema político-administrativo de cada país a través de:

- Una redistribución de los recursos dentro del sector. El objetivo de cobertura universal accesible a toda la población a cualquier nivel requerido plantea la necesidad de que participen todos los componentes del sistema, con diversos grados de coordinación o integración según la composición institucional del sector salud de cada país.

- Un aumento de la eficiencia del sistema institucional en todos sus niveles de operación, que solo puede ser garantizada a través de un programa coherente de desarrollo de la gestión administrativa y de una cuidadosa selección de tecnologías apropiadas. En el control de la ejecución del presupuesto, la situación actual demuestra que se da más importancia a los principios del control fiscal, es decir, que los gastos se ajusten a lo presupuestado. Hay poca preocupación por el significado social de la producción, por el rendimiento de los recursos de esta y por sus costos, es decir, que la administración generalmente no está orientada de acuerdo con un principio de eficiencia o lo cumple en forma insatisfactoria.

Sistemas de supervisión. El reajuste, reorientación y ejecución de los sistemas de supervisión es un elemento clave para asegurar la necesaria conexión entre los distintos niveles administrativos y los de atención del sistema institucional, y especialmente entre este y el sistema tradicional comunitario. Se garantiza así el cumpli-

⁶Personas que toman parte en actividades de salud.

miento del proceso de participación capacitante tanto de los miembros del equipo de salud como de la comunidad.

La necesidad de desarrollar sistemas de supervisión dentro del sistema institucional se acentúa debido a que la ampliación de los servicios de salud institucionales y su articulación con las comunidades presupone:

- a) Nuevos enfoques y estrategias de producción de servicios.
- b) Utilización de soluciones técnicas y procedimientos administrativos distintos de los convencionales.
- c) Ajuste o cambio de funciones que generalmente implican nuevas responsabilidades del personal en los distintos niveles.
- d) Incorporación, a veces masiva, de nuevos agentes a ambos sistemas de salud.
- e) Aumento de las distancias geográficas entre los agentes del primer nivel y los demás niveles de servicios, con la consiguiente tendencia al aislamiento de aquellos.

A estos factores se agrega la improvisación con que se desarrollan los procesos de extensión de cobertura. Esto obliga a una vigilancia permanente, a fin de controlar situaciones nuevas e inesperadas que surgen del propio proceso por medio de análisis oportunos.

La supervisión debe ser considerada como un instrumento de cambio y capacitación y como un elemento de control del sistema. Su fin principal es asegurar el cumplimiento de las proposiciones fundamentales establecidas anteriormente, prever las posibles variaciones y proporcionar los elementos de juicio para su análisis general y la toma de decisiones en las siguientes áreas principales:

- a) Desarrollo de funciones, actividades y tareas en cantidad, estructura, tiempo y rendimiento programados.
- b) Cumplimiento y desarrollo de normas técnicas y procedimientos administrativos.
- c) Evaluación de los resultados de las actividades del sistema, en función de objetivos y metas claramente definidos.
- d) Evaluación del desempeño de los diversos agentes que forman parte de los sistemas.

Este componente de control-análisis-decisión del sistema de supervisión debe diseñarse en forma tal que también sirva de instrumento eficaz y eficiente para canalizar los cambios, conexiones o ajustes que se consideren necesarios. Esto implica que los sistemas de supervisión deben incorporar además del componente control, el componente de educación y actualización de los agentes participantes. Con base en este concepto se puede concluir que las actuales formas o prácticas de supervisión deben ser revisadas teniendo en cuenta los requisitos especiales que presuponen las situaciones de extensión de cobertura. El diseño de un sistema de supervisión se elabora teniendo en cuenta su factibilidad en cuanto a los recursos disponibles, problemas de comunicación, calidad de personal y características de las funciones y responsabilidades asignadas a este. El diseño debe asegurar que las tareas de supervisión se cumplan en forma integrada con las de los servicios, y que formen parte del conjunto de responsabilidades que cada miembro del personal tiene sobre su área de trabajo.

La supervisión del sistema tradicional comunitario tiene como objetivo, primero, mantener un proceso de capacitación continua para los agentes del sistema tra-

dicional comunitario que hayan sido identificados y capacitados para realizar un determinado número de tareas y, segundo, asegurar el cumplimiento de las normas para la referencia de los individuos al sistema institucional.

En cuanto a la mecánica operativa, la supervisión deberá ser realizada por personal que se desenvuelva en el primer nivel de atención y de preferencia por el que participó en las tareas de capacitación.

Control y evaluación. Considerando que en la mayoría de los países el proceso se encuentra en su etapa inicial, que se desconocen el grado que ha alcanzado la extensión de la cobertura de los servicios de salud, el período promedio en que se realizan los cambios propuestos, o cuál es el impacto y duración de sus resultados, los indicadores de control y evaluación deberán ser simples, lo más objetivos y comparables posible, a fin de facilitar un intercambio de experiencias dentro del país y entre los países.

La magnitud y profundidad de los cambios y los plazos en que se debe realizar la extensión de la cobertura exigen que el proceso se perfeccione por aproximaciones sucesivas, con base en el conocimiento y experiencia que se vaya obteniendo. Por lo tanto, la evaluación sistemática del proceso es fundamental y debe analizar no solo los resultados de la programación, sino cada una de las nuevas circunstancias que el sistema va generando. Los sistemas de información y control deben asegurar el conocimiento de los elementos necesarios para cumplir estos propósitos.

Desarrollo de los recursos humanos

Los recursos humanos son de importancia fundamental para satisfacer las necesidades de salud de la población. El carácter cambiante de estas necesidades requiere nuevas modalidades de prestación de servicios en las que el personal de salud tiene como socio a la propia comunidad. Por lo tanto, es imprescindible que se vuelvan a definir las funciones de las distintas categorías de personal del sistema institucional para que estén de acuerdo con las necesidades de salud, las tecnologías que se van a usar y los recursos disponibles.

Debido a factores políticos, económicos y sociales, la programación, capacitación, adaptación y utilización de los recursos humanos resulta inadecuada para la cobertura. Entre ellos pueden citarse los siguientes:

- No existen definiciones claras para la preparación de los distintos tipos de personal entre las instituciones que rinden servicios y las que se especializan en la formación de recursos humanos.
- Tanto los profesionales del sistema de servicios como los de las instituciones de formación de personal adquieren características de grupos de presión para evitar cambios que puedan intervenir con sus intereses particulares.

De ordinario se observa una distorsión en la educación que surge de la falta de coherencia entre los contenidos educativos y las necesidades reales. El recurso humano se prepara de acuerdo con esquemas rígidos que conducen a la especialización indiscriminada y a una inhabilidad para adaptar la tecnología existente o crear una nueva.

La organización del sector salud en sus subsectores público y privado, así como la organización de la práctica médica, el mercado de trabajo y otros factores, determinan en gran medida las tendencias que se observan en la práctica profesional, que fomenta la especialización y la concentración en áreas urbanas.

También resulta inadecuada la capacitación de los recursos humanos que se necesitan para ampliar los servicios de salud. Esta inadecuación se manifiesta concretamente en los siguientes aspectos:

- Contenidos curriculares poco vinculados con las necesidades de salud más frecuentes y falta de conocimientos sobre las tecnologías que requieren las actividades de extensión de la cobertura.
- Metodologías y actitudes educativas que conducen a la formación de profesionales sin espíritu de crítica, es decir, que aceptan sin poner en duda las técnicas y los procedimientos en uso y se concretan a utilizar las tecnologías generadas fuera de su contexto sociocultural, no siempre ajustadas a las condiciones locales imperantes, y que tienen poca habilidad para crear tecnologías nuevas y apropiadas.

Por lo tanto, la extensión de la cobertura debe tener en cuenta las acciones y orientaciones tendientes a corregir las distorsiones mencionadas.

En muchos países de la Región no existen inventarios actualizados de los recursos humanos que llevan a cabo actividades de salud, lo cual impide proyectar el tipo y el número de individuos que deben ser preparados para satisfacer las demandas que surgirán como resultado de la expansión de servicios de salud para dar cobertura a la población.

De las tecnologías disponibles, es necesario seleccionar la más apropiada para la preparación del personal, teniendo en cuenta lo siguiente:

- a) La formación debe efectuarse lo más cerca posible a los lugares donde el personal ha de trabajar.
- b) Las tecnologías de adiestramiento y capacitación que se utilicen deben estar ajustadas a las condiciones locales, a los recursos disponibles y a las metas establecidas.
- c) El material de enseñanza debe ser elaborado de acuerdo con las características de la población que se va a servir; la persona que recibirá el adiestramiento y la función que debe desempeñar. En la preparación del material debe participar el que aprende.
- d) La función de formación de personal debe ser integrada a los servicios de atención de la salud a fin de que los recursos docentes se junten con los propios de estos servicios para ofrecer una enseñanza dinámica y apropiada. Por otra parte, convendría que el personal docente se integrara y participara en las actividades de atención de la salud.
- e) El proceso educativo debe conducir a la adecuación del recurso humano a las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.
- f) El proceso educativo, además de reconocer la existencia de los recursos del sistema tradicional comunitario, debe difundir conocimientos a los estudiantes sobre tecnologías apropiadas para el primer nivel de atención, usando miembros de la propia comunidad.

Las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad requieren la revisión del contenido curricular para incluir la aplicación de esas tecnologías y una metodología no formal (fuera del ámbito escolar, educación de adultos, método psicosocial y otros). Se supone además, que facilite la autoformación y se proporcione una nueva forma de enseñanza en que se conceda importancia especial a la práctica e incorporación temprana a la comunidad con la cual el personal va a participar. Debe proveer una enseñanza flexible que fomente el desarrollo de una conciencia crítica y creadora y que facilite la asignación de nuevas funciones de acuerdo con la realidad cambiante.

g) La tecnología apropiada desde el punto de vista educacional se refiere no solo al proceso de formación en sí, sino también a los sistemas de selección de estudiantes, la organización del proceso y la evaluación. Para lo último es preciso contar con una tecnología que evalúe al estudiante en términos del cumplimiento de las funciones para las que ha sido preparado y no solo de sus conocimientos. La comunidad es sujeto y objeto del aprendizaje, por lo que los programas y objetivos docentes no deben ser copia de modelos sociales y educacionales importados. Deben, sin embargo, resultar de una consulta permanente con respecto a las necesidades reales e inmediatas de salud de la comunidad, en la que participe el mayor número de personas de los programas de salud y de la propia comunidad. Así, la formación en salud, con base en un nuevo concepto, debe ser permanente e integradora y la responsabilidad continua de toda la sociedad.

h) Para responder a las necesidades cuantitativas y cualitativas, el sistema docente debe adoptar formas o metodologías no tradicionales, como el adiestramiento en gran escala, que, basadas en los objetivos del proceso y utilizando métodos de autoformación y de evaluación por desempeño, logrará no solo la formación inicial sino también la actualización y la capacitación del personal en el servicio.

Para estas nuevas estrategias se requiere de un proceso de educación continua que permita la readaptación y la actualización del personal en servicio. Esto favorece la estrategia de reasignación de funciones mencionada. En cuanto al nuevo enfoque de la problemática de salud, es preciso incorporar la metodología interdisciplinaria en el proceso de enseñanza/aprendizaje para formar personal de salud mediante el aporte del conocimiento y de la práctica de varias disciplinas en el estudio, análisis y búsqueda de posibles soluciones para problemas prioritarios de salud, como metodología de enseñanza.

Las Actas y otros documentos de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas se publicarán en 1978 en la Serie de Documentos Oficiales de la OPS.