

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
CENTRO DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO (GENDES)  
CURSO DE "PLANIFICACION Y POLITICAS DE SALUD"

C E N D E S

Tema: Programación de la extensión  
de la cobertura

Fuente:

Autor: O P S

(sólo para distribución interna)

1981

## 1. PROPOSITOS Y ANTECEDENTES

Los Gobiernos de los países de las Américas, se han comprometido a concentrar sus esfuerzos en lograr la máxima cobertura de servicios de salud a las ingentes masas subatendidas del medio rural y periurbano.

En la materialización de esta empresa, se ha ganado valiosa experiencia, que dado el desarrollo actual de estos procesos se hace necesario analizar sistemáticamente para capitalizarla en la reorientación y ajuste de conceptos, enfoques, métodos e instrumentos que puedan contribuir a su éxito con el máximo aprovechamiento y rendimiento de los recursos con que disponen los países.

Así lo reconocieron los Gobiernos miembros de la Organización Panamericana de la Salud que, en ocasión de la XXIII Reunión de su Consejo Directivo, eligió como tema para las Discusiones Técnicas de su próxima reunión de 1976 "El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de cobertura".

Como parte de esa tarea, el secretariado ha preparado este documento de referencia en el que se ordenan y seleccionan algunos conceptos estratégicos y operacionales que, el análisis del desarrollo de estos procesos en los países y su actual situación, señalan como las más relevantes.

Se espera que este documento facilite a los expertos nacionales el análisis de la situación existente y que dicho examen sirva de base para orientar posteriormente las ya mencionadas Discusiones Técnicas.

## 2. EL ENFOQUE UNIFICADO DEL DESARROLLO COMO MARCO DE REFERENCIA

Toda vez que las acciones de salud están necesariamente condicionadas por el marco que le establece el desarrollo social y económico de cada país, resulta imprescindible analizar las características principales que definen su naturaleza.

El desarrollo admite diversos estilos según la importancia que en cada proceso se otorgue a sus varios componentes. Obviamente, cada estilo de desarrollo refleja el sistema de valores dominante de la sociedad en que se da. Si se adopta como interpretación básica del desarrollo el "enfoque unificado" 1/, se visualiza claramente que el desarrollo no consiste

---

1/ Dada la índole de este documento se considera adecuado comentar dos conceptos de la teoría del desarrollo elaborados recientemente: el de la necesidad de un "Enfoque Unificado para el Análisis y Programación del Desarrollo" y un concepto complejo de "Capacitación" que abarca la transformación de las instituciones y sistemas y subsistemas sociales para adecuarlos a las necesidades reales de los procesos de desarrollo junto con lo que podría llamarse la "participación capacitante" de los grupos humanos (comunidades e instituciones) involucrados. Estos conceptos están tomados de: Naciones Unidas "Report on a Unified Approach to Development Analysis and Planning". E/CN.5/519 - diciembre 1974, con alguna elaboración adicional.

solamente en el crecimiento del PNB\*; consiste, además, "en diversos cambios estructurales e institucionales y en transformaciones individuales y sociales que en conjunto sustentan y elevan la capacidad de la sociedad y de sus individuos para lograr niveles más altos de producción y bienestar."

Si del campo del análisis del desarrollo se pasa al de su planificación, el "Enfoque Unificado" provee dos posibilidades complementarias y adicionales a la de la planificación economicista tradicional:

- planificar los cambios estructurales e institucionales y las transformaciones individuales y sociales que contribuyen a determinar el desarrollo y en los cuales ésta se expresa parcialmente; y
- planificar la "combinación" o mezcla de los distintos factores intervinientes.

Estos cambios requieren que las instituciones, los sistemas y subsistemas sociales y los individuos mismos se adecuen a la realidad de sus responsabilidades y funciones en el proceso de desarrollo y a que los individuos y grupos aumenten su capacidad para impulsar su propio desarrollo y, por ende, el de la sociedad en que viven. Esto sólo puede lograrse a través de un proceso de capacitación.

Por "capacitación" se entiende un esfuerzo concertado para identificar y promover:

- los cambios estructurales en los sistemas y subsistemas sociales e institucionales necesarios para el desarrollo de una sociedad;
- las transformaciones que los individuos y la sociedad deben experimentar para lograr los fines del desarrollo individual y social.

Combinado con el concepto de "Enfoque Unificado" el de "capacitación" se preocupa, además, de ayudar a definir el estilo de desarrollo apropiado el cual se decide en cada caso de acuerdo con el sistema imperante de valores.

A la luz de este marco conceptual, es posible identificar el significado de la organización, desarrollo y participación de la comunidad en el desarrollo nacional y, por lo tanto, en el de los servicios de salud.

Dado un estilo de desarrollo para un país en etapas iniciales del proceso puede aceptarse que:

- las instituciones y los sistemas y subsistemas sociales están generalmente mal adecuados y pueden funcionar incluso en forma contradictoria con el crecimiento del PNB y, por ende, con el desarrollo nacional;

---

\* PNB: Producto Nacional Bruto

- lo mismo ocurre en alguna medida con las actitudes de los individuos y de los grupos sociales, con iguales efectos;
- los cambios estructurales e institucionales que propone el estilo adoptado se tratan habitualmente de poner en marcha mediante medidas legales, reglamentarias y administrativas; pero estas medidas sirven sólo para dar la voz de partida; los cambios mismos, es decir, la transformación de la naturaleza y funciones de una institución y la reestructuración de un sistema o subsistema para adoptarlo a necesidades distintas, con combinaciones de recursos necesariamente diferentes y con ritmos de funcionamiento también distintos, no se pueden cumplir por mera decisión legal o reglamentaria. Para que estos cambios se cumplan es indispensable que los individuos que operan los sistemas o instituciones sustituyan sus valores y actividades por otros, favorables al cambio y a sus resultados.

La planificación del desarrollo, entendida en el contexto de este marco conceptual, es una empresa orientada principalmente a lograr el cambio de los valores y actitudes de la población en un proceso de interacción dialéctica con el cambio paralelo de los sistemas e instituciones que tales individuos operan. Este proceso es en esencia un proceso de "capacitación" de los individuos y de sus instituciones y sistemas cuyo objeto es incrementar la capacidad de la población y de la sociedad para resolver mejor sus problemas, lo cual sólo puede lograrse mediante la participación comprometida y activa de la comunidad.

### 3. OBJETIVO PRINCIPAL

#### 3.1 Objetivo Principal y Prioridades Básicas

Los Gobiernos de las Américas en compromiso solidario, han establecido como objetivo principal obtener la extensión de la cobertura con servicios de salud a toda la población del continente. Para lograr este propósito, adoptaron la estrategia regional de poner al alcance de las poblaciones rurales y de los cinturones urbanos, servicios mínimos de salud debidamente interconectados con otros niveles de atención de complejidad creciente, dentro del contexto del sistema nacional de salud, que permitan atender eficazmente las necesidades prioritarias de todos los habitantes, con la máxima productividad de los recursos asignados. Esa estrategia considera la participación activa de la comunidad como un requisito básico.

El contenido sustantivo de este objetivo principal se concreta en términos de cinco áreas prioritarias.

La primera prioridad postula la reducción de la mortalidad y morbilidad causada por las enfermedades transmisibles prevalentes, particularmente aquéllas susceptibles de ser controladas por medio de la inmunización, así como el paludismo.

La segunda la constituye la atención activa y programada del núcleo materno-infantil, considerado como el grupo más vulnerable y el componente crítico de la unidad familiar.

La tercera es la reducción, dentro del marco de políticas nacionales de alimentación y nutrición, de la desnutrición proteico-calórica, considerada como la principal protagonista del complejo problema de las enfermedades infecciosas y parasitarias gastrointestinales, particularmente en los menores de cinco años.

La cuarta prioridad se refiere a la atención de los enfermos en un nivel primario y su referencia sistemática, de acuerdo a sus necesidades, para su atención en otros niveles definidos para cada sistema nacional de salud.

La quinta se refiere al saneamiento básico del medio ambiente, especialmente a la provisión de agua potable y la disposición de excretas.

### 3.2 Condiciones Necesarias para Lograr el Objetivo Principal

Para poder convertir en realidad los propósitos señalados, los Gobiernos acordaron formular y materializar políticas de salud realistas, de alcance tanto sectorial como intersectorial, que orienten el desarrollo de sus infraestructuras de salud y que, en especial, aumente su capacidad operativa.

Para ello es necesario definir sistemas nacionales de prestación de servicios de salud según niveles de complejidad creciente, que articulen los distintos componentes del sector; también perfeccionar los procesos de programación, administración, control y evaluación que aseguren la máxima productividad y eficacia de los recursos existentes y adicionales, y organizar la participación activa y sistemática de las comunidades mismas.

La pluralidad de las comunidades y por lo tanto de las soluciones posibles para resolver sus problemas obligan al tratamiento particular de cada una de ellas. No obstante, la experiencia recogida en la Región, señala que debe intentarse sistemáticamente que las comunidades desarrollen la capacidad de producir ciertos servicios de salud, debidamente apoyados en los aspectos técnicos y logísticos y en la capacitación programada de la comunidad. La garantía del acceso de sus miembros a todos los niveles del sistema institucional constituye el otro requisito.

Esto implica la revisión de las políticas de salud, el desarrollo de tecnologías adecuadas y una muy cuidadosa programación de los servicios y de las inversiones y la preparación y adecuación de todos los trabajadores de salud incluyendo las instituciones formadoras de personal. Esta adecuación debe estar orientada a obtener su participación informada y consciente del cambio que significa un enfoque de esta naturaleza.

Para llevar a la práctica estos propósitos se requiere una perspectiva multidisciplinaria y una eficiente participación y conocimiento de las iniciativas que otros sectores promueven en relación al desarrollo integral de las comunidades.

En las condiciones de vida características de las poblaciones sin cobertura de servicios de salud, la sola extensión de éstos significa un mejoramiento que pronto desaparece neutralizado por la desnutrición, la falta de saneamiento básico, la vivienda insalubre, la pobreza y la inhabi-

lidad para sacar provecho de los escasos recursos disponibles. El éxito de este enfoque depende principalmente de que las acciones en salud sirvan de apoyo y complemento con las que simultáneamente deben realizar otros sectores. Es necesario concentrar los esfuerzos en resolver las necesidades más apremiantes mediante soluciones creadoras multisectoriales que capaciten a los individuos y a los grupos que éstos conforman, para ayudarse a sí mismos y simultáneamente aliviar sus carencias inmediatas, aprovechando programadamente los recursos existentes y potenciales de las comunidades.

Los países también han reconocido la importancia de obtener recursos financieros complementarios por medio de las agencias internacionales de crédito. Estos recursos bien seleccionados, cuidadosamente programados y utilizados, contribuirán, sin duda, al esfuerzo nacional y continental de expandir la cobertura de servicios de salud y, especialmente, a apoyar las comunidades organizadas para su desarrollo. Por último, es imperativo que este esfuerzo intenso y sistemático se coordine e integre a las políticas y planes de desarrollo nacionales para asegurar su viabilidad.

#### 4. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA: ALGUNOS CRITERIOS PARA FORMULAR CONCEPTOS OPERACIONALES

##### 4.1 Cobertura de Servicios de Salud a la Población Subatendida

El concepto de cobertura y las diferentes definiciones que de él se conocen en el Continente han evolucionado con el tiempo, fundamentalmente desde la enunciación del Plan Decenal de Salud para las Américas en el cual se establece como objetivo principal el de llegar con Servicios de Salud a las poblaciones no atendidas o subatendidas en las áreas rurales y marginales de las ciudades.

La experiencia recogida en el desarrollo de esta empresa ha obligado a revisar y actualizar el concepto de cobertura. El documento "Servicios de Salud para la Población Rural y Subatendida de América Latina y del Caribe"\*, plantea el origen y características del nuevo enfoque. En él se utiliza el término de cobertura como "la expresión real en magnitud y nivel mínimo de complejidad de los Servicios de Salud que reciben todos los habitantes de un país en función de sus necesidades". Esta y otras definiciones formales pueden ser aceptables; sin embargo, se mantiene la necesidad de establecer criterios que permitan hacer operacional cualquier definición formal que se acepte y que permitan tanto analizar y precisar el significado de una política de cobertura, como orientar su formulación y programación, teniendo en cuenta las peculiaridades propias del país en que ella se formula.

Si se acepta como punto de partida que la salud es un componente del nivel de vida de las poblaciones, y que su promoción y desarrollo tienen por objetivo elevar dicho nivel, es lícito concluir que el nivel de vida de la población y el consiguiente mejoramiento de su bienestar, sólo pueden obtenerse dentro del marco de los planes nacionales de desarrollo social y

---

\* "Servicios de Salud para la Población Rural y Subatendida de América Latina y del Caribe". XXIII Consejo Directivo, octubre de 1975.

económico y con la participación activa de cada comunidad.

Por lo tanto, la inserción de la política de salud dentro de los planes nacionales de desarrollo es un requisito para asegurar su viabilidad, dado que los recursos disponibles en cada país para cumplir con los diversos fines que la sociedad se propone son escasos y ello obliga a distribuirlos entre los sectores de acuerdo a prioridades o fines más importantes. La participación activa de la comunidad tanto en la programación como en la implementación de la política de extensión de la cobertura también es requisito indispensable.

La extensión de la cobertura, tal como se la entiende actualmente, comprende, en síntesis, tres aspectos fundamentales: La accesibilidad de la población a los servicios; la disponibilidad relativa de recursos y el sistema técnico administrativo para producir los servicios, mediante la combinación de los recursos disponibles destinados a satisfacer necesidades de la salud de la población que se decide cubrir, y con la participación de la comunidad.

El problema de la accesibilidad consulta tres elementos principales:

- La existencia de una oferta continua y sistemática de servicios producidos por un conjunto de recursos combinados y situados geográfica, económica, temporal y culturalmente al alcance real de las comunidades.
- La adecuación de la cantidad y estructura de las prestaciones al volumen y estructura de la población y de los problemas (o necesidades) de salud que afectan a éstas.
- La aceptación por parte de las comunidades del tipo de servicios que se les ofrece.

El problema de los recursos relativamente escasos puede a su vez ser analizado en función de:

- La organización del sistema, su manejo administrativo y la combinación tecnológica de los recursos disponibles debe asegurar la máxima productividad de los mismos. Esta maximización de la productividad debe ser limitada por la eficacia necesaria de las prestaciones producibles para solucionar los problemas prioritarios de salud.

Toda vez que tanto la naturaleza de los problemas de salud como las técnicas conocidas para solucionarlos tienen grados de complejidad distintos que admiten diversas soluciones técnicas y administrativas en costos sociales y reales diferentes, es posible organizar sistemas de prestaciones de servicios según niveles de atención, debidamente interconectados por sistemas de referencia que aseguren la optimización de su productividad, dentro de las cotas de eficacia aceptadas, y el acceso de las comunidades a los distintos niveles de atención diseñados.

Es posible reconocer en casi todos los países de la región la coexistencia de dos subsistemas de prestación de servicios con diversos

grados de desarrollo: El subsistema "formal" institucional y el sistema "informal" comunitario, cuya conexión o interrelación es generalmente parcial, errática o inexistente. El análisis exhaustivo de la estructura, factores condicionantes y funcionamiento de estos dos subsistemas es imprescindible para definir la factibilidad y viabilidad de cualquier forma o rediseño de un sistema de salud dado. Estos análisis deben estar informados por el contexto político de cada sociedad nacional y por las características particulares que los programas de desarrollo económico-social y los factores culturales imponen a la organización de cada una de las comunidades envueltas. Ello implica necesariamente un abordaje intersectorial y político-cultural, tanto en el momento de la formulación de políticas de salud como en el proceso de su programación e implementación. La consideración de estos elementos es la condición necesaria para conferir viabilidad a cualquier proposición de cambio.

Consecuentemente, y para exclusivos fines de ofrecer una sistematización que facilite estos análisis se proponen, entre otras, las siguientes categorías, consideradas principales:

1. La Población

- 1.1 Cantidad y estructura por sexo y edad
- 1.2 Distribución espacial (concentración y dispersión)
- 1.3 Nivel educacional
- 1.4 Estructura ocupacional
- 1.5 Estado de salud
  - 1.5.1 Magnitud y estructura de la morbi-mortalidad
  - 1.5.2 Problemas de salud y prioridades

2. El Medio

- 2.1 Características físicas y climáticas; comunicaciones
- 2.2 Organización de la comunidad
- 2.3 Estructura y modos de producción
- 2.4 Patrones culturales
- 2.5 Organización y funcionamiento político

3. La Oferta de Servicios de Salud

- 3.1 Producción de servicios en cuanto a volumen y estructura de las prestaciones



- 3.2 Adecuación a los problemas de salud o necesidades consideradas prioritarias
- 3.3 Accesibilidad (geográfica, temporal, económica y cultural)
- 3.4 Eficacia, eficiencia y viabilidad de las soluciones técnicas y administrativas
- 3.5 Organización del sistema
- 3.6 Manejo administrativo del sistema
- 3.7 Los recursos humanos, materiales y financieros
  - existencia y estructura
  - posibilidades de incremento
  - formación, adaptación, distribución y utilización
  - productividad y costos

El análisis de las actuales políticas nacionales de extensión de la cobertura permite una generalización de las condiciones básicas que una política de esta índole debería satisfacer:

- universalidad (accesibilidad para toda la población);
- equidad (igual oportunidad para acceder a los servicios de salud en todos los niveles);
- participación múltiple de doble vía en que la comunidad participa en las decisiones básicas en el nivel local, a la vez que recibe la capacitación, apoyo técnico y, si es necesario, los recursos adicionales que requiere para el buen desempeño de las responsabilidades que asume;
- la prestación de los servicios debe ser continua (en vez de esporádica), oportuna, significativa y pertinente (consistente con los problemas de la comunidad), controlable y evaluable.

Todo lo anterior requiere que el programa de extensión de la cobertura esté orgánicamente insertado dentro del desarrollo integral de la comunidad. Parece importante reiterar que la posibilidad de satisfacer estas características está condicionada por la escasez relativa de recursos. Esto obliga a buscar soluciones técnicas y administrativas que maximicen la productividad (máxima eficiencia de los recursos establecidos, dentro de los límites de eficacia técnicamente aceptados para producir el impacto deseado en los problemas de salud. Estas soluciones deben tener además la condición de viabilidad. Este planteamiento agrega dos criterios más:

- Máxima eficiencia con la eficacia técnicamente aceptable.
- Aceptación por parte de la comunidad.

Ambos criterios se refieren no solamente a las soluciones técnicas

sustantivas sino a los procedimientos administrativos necesarios para su aplicación.

La relativa escasez de recursos frente a los problemas, obliga a una definición política de prioridades y a definir las estrategias para su implantación fundamentalmente referidas a la reorganización, adecuación y expansión de los sistemas institucionales de servicios (subsistema formal) y, además, a la organización y participación de la comunidad (subsistema informal) y a la articulación de ambos subsistemas.

En relación con el problema de la disponibilidad de recursos, debe tenerse muy en cuenta que todo programa de universalización de la cobertura se constituye a poco andar en un proceso con dinámica propia que suscita soluciones alternativas y recursos adicionales no previsibles en su inicio, de suerte que, si bien es indispensable hacer un balance de recursos antes de comenzar estos programas sus resultados y transformaciones deben revisarse a medida que el proceso avanza y tomar las necesarias decisiones para mantener o aumentar la atención, eficacia, eficiencia, factibilidad y viabilidad.

Esto plantea la necesidad de una muy ponderada programación de la formación y utilización de los recursos y de su adaptación sistemática al cambio continuo que el mismo proceso induce.

#### 4.2. La Motivación, Organización y Participación de la Comunidad

En base al marco de referencia anterior un enfoque unificado para el análisis del desarrollo significa realizar un examen en función de estilos, estructuras, composición, distribución y conceptos similares, por contraposición al estudio tradicional en función de magnitudes y promedios nacionales\*. Por consiguiente, para dar participación a los grupos o las regiones que quedan al margen del desarrollo o que hacen pocos progresos es necesario saber cuáles son estos grupos y regiones, sus características socioculturales, económicas y ecológicas, diagnosticar sus causas como base para formular la política y seguir de cerca la evolución en el futuro.

Para que la población esté en condiciones de participar en forma efectiva en la ampliación de la cobertura con servicios primarios de salud es indispensable, entre otras condicionantes, la confluencia de los siguientes:

- Organización de la comunidad, que facilite el apoyo consciente y sostenido de los individuos, grupos e instituciones que la conforman y cuyas estructuras, actitudes y propósitos deben adaptarse a las finalidades del programa.
- Capacitación de los grupos humanos que actúan sea como agentes de cambio, sea como receptores de los beneficios de los programas, para que conozcan mejor su realidad, aprendan a relacionar el mejoramiento de su medio con el progreso social y económico

---

\* Naciones Unidas: Criterios unificados para el análisis y la planificación del desarrollo. Doc. E/CN. 5/519, 1974, p.7

de otras agrupaciones humanas dentro del contexto de su nación, asuman su responsabilidad como elementos propulsores de este desarrollo, y se cree en ellos una predisposición a la acción para resolver sus problemas comunes de salud.

- Coordinación multisectorial de acciones locales por organismos públicos y privados, nacionales, regionales y locales que prestan servicios, como un medio de crear sistemas integrales de acción conjunta para facilitar la cobertura.

Una de las características de la comunidad es el reconocimiento de sus necesidades e intereses comunes, por parte de sus miembros. Esto ha dado lugar a que toda comunidad adopte una determinada organización y esté en condiciones de movilizar y utilizar sus propios recursos cuando está debidamente motivada y orientada para tratar de solucionar sus problemas prioritarios.

La experiencia señala que en la mayoría de los casos, la comunidad ha sido utilizada únicamente como un medio para alcanzar objetivos preestablecidos por los técnicos de los programas de desarrollo, sin tomar en cuenta las necesidades y aspiraciones como las percibe y las interpreta la propia comunidad y con desconocimiento de la dinámica interna que genera las actitudes y comportamiento de sus miembros en lo que concierne al mejoramiento de sus condiciones de vida. Este último hecho, agregado al frecuente incumplimiento de promesas hechas por razones diferentes, ha contribuido a crear en las comunidades un sentimiento de desconfianza, que muchas veces llega a la frustración de expectativas, lo que de ordinario suele interpretarse por los técnicos como indiferencia o apatía de las comunidades frente al progreso.

Los programas de extensión de la cobertura con participación de la comunidad serán más eficaces en la medida en que se vinculan con los demás sectores que constituyen el desarrollo integral de la comunidad, que estén en estrecha relación con los planes regionales y nacionales de desarrollo social y económico y que a los esfuerzos y recursos de la comunidad se sumen los de los gobiernos.

En otras palabras, el enfoque unificado del desarrollo destaca la necesidad de que la interrelación de los programas de salud con los otros sectores del desarrollo local sea muy estrecha y que, por lo tanto, las metas de salud se basen y cumplan apoyándose en las políticas apropiadas de los otros sectores al mismo tiempo que en las acciones directas de los servicios de salud. A su vez, los programas de salud deben servir para ayudar a incrementar la productividad de los grupos de bajos ingresos económicos, abrir nuevas áreas de colonización y explotación agropecuaria, y proporcionar un ambiente social más adecuado al desarrollo general. Por lo tanto, los servicios primarios de salud deben constituir un componente esencial del desarrollo integral de la comunidad.

La expresión desarrollo de la comunidad significa la utilización de enfoques y técnicas específicas cuya selección y aplicación depende del diagnóstico de una comunidad dada, con la intención de combinar la asistencia del estado con la autodeterminación y el esfuerzo local organizado, a fin de estimular deliberadamente la iniciativa y dirección locales como

instrumentos primarios del proceso de cambio social\*. El objetivo final del desarrollo de la comunidad es la formación de individuos capaces, responsables, con espíritu crítico de su realidad e interesados en el progreso cultural y el bienestar de su comunidad y en el desarrollo integral de su nación.

En las Américas no es nuevo el concepto de la incorporación de la comunidad en la extensión de los servicios de salud a las poblaciones rurales. No obstante de los meritorios esfuerzos, en este sentido, de los gobiernos con la colaboración de la OPS/OMS y de otras agencias internacionales, los resultados no han sido satisfactorios debido, entre otros factores, al enfoque parcial y unilateral, muchas veces con orientaciones metodológicas tomadas de los países desarrollados no siempre consistentes con el marco político-cultural ni con el estilo de desarrollo adoptado por el país. Este enfoque usó de ordinario a la comunidad como un instrumento para implantar servicios o programas de salud, o con fines de experimentación para corroborar la eficacia y la eficiencia de determinadas técnicas, con olvido de que el ser humano es el sujeto y objeto del desarrollo.

En toda comunidad existe un subsistema de salud que podría llamarse informal, con recursos y formas de operar propias y que asimismo está integrado al estilo de vida de la comunidad.

Existe la urgencia de sumar a las investigaciones ya hechas otros estudios operacionales para identificar la dinámica interna de los elementos del subsistema, en cuanto se refiere a su rol, organización, funcionamiento y las interrelaciones del subsistema con otros aspectos de la vida de la comunidad. Esto permitirá la articulación del subsistema informal con el institucional de salud así la utilización de los agentes tradicionales de salud como propulsores de una mayor participación de la comunidad en los programas. Su captación, capacitación y utilización ayudaría igualmente a una mayor y más rápida difusión de nuevas ideas y tecnologías de salud adaptadas a las características del nivel primario de la atención de la salud.

Se destaca así el valor de un diagnóstico de la comunidad, como punto de partida para realizar un proceso de capacitación tanto del personal del programa como de la población beneficiaria. Esta capacitación permitiría un cambio de actitudes y de comportamientos, que es esencial para un efectivo trabajo conjunto entre el personal comprometido en el programa y la población. Es necesario establecer un diálogo entre ambos, para armonizar puntos de vista y las acciones en favor del programa. El diálogo permitirá que el personal del programa ausculte constantemente, en el nivel local, el sentir de la comunidad, conozca mejor los motivos de sus actitudes, sus estilos de vida, sus aspiraciones.

Por intermedio de este diálogo permanente, la población aprende a interpretar mejor su ambiente y sus necesidades reales así como a participar eficazmente para mejorarlo para su propio bienestar.

Este proceso participativo en el que intervienen ambas partes, hace

---

\* Naciones Unidas: Programa de Acción Concertada en el Campo Social de las Naciones Unidas y Agencias Especializadas. Doc. E/CNS/291.

posible las transformaciones estructurales y los cambios necesarios en los fines de las instituciones de la comunidad que son indispensables para que se cumpla el objetivo global del desarrollo: el bienestar del individuo y de la colectividad

#### 4.3 El Sistema de Servicios de Salud

##### 4.3.1 subsistemas "formal" e "informal"

Como se menciona anteriormente, el análisis en el ámbito Regional permite generalizar que los sistemas nacionales de servicios de salud constan de dos grandes componentes, no siempre bien definidos o fácilmente reconocibles: el subsistema institucional (o "formal") y el subsistema de la comunidad (o subsistema "informal"). 1/

Para conformar un sistema, ambos subsistemas deben articularse. Esto requiere, primero, definir cuidadosamente los subsistemas y, segundo, especificar los mecanismos que aseguran su interconexión o articulación.

Estos mecanismos de articulación están gobernados por el principio de accesibilidad y operan principalmente por medio de la referencia que asegura al subsistema de la comunidad (informal), el acceso a los diversos niveles de atención del subsistema institucional (formal) a través de "puertas de entrada" claramente definidas. El apoyo técnico y logístico del sistema "formal" al "informal" completa los mecanismos que aseguran una articulación eficaz:

El funcionamiento armónico de estos componentes del sistema es requisito para la eficacia y eficiencia de las acciones de salud y está condicionado por la capacidad de desarrollar el apoyo técnico y la supervisión sistemáticos con un doble objetivo:

- evaluar y controlar la marcha del proceso con arreglo a sus objetivos, metas y normas;
- capacitar permanentemente al personal y a la comunidad y adecuar los restantes recursos para corregir anomalías.

Los componentes anteriores interactúan dentro del marco organizativo determinado por la particular definición y combinación de los programas específicos tanto en el subsistema de la comunidad (informal) como en los distintos niveles de atención de salud que conforman la estructura técnica del subsistema institucional (formal).

Los niveles de atención quedan definidos por la forma de organizar los recursos en cantidad y calidad, para producir un determinado volumen

---

1/ Esta concepción de los sistemas de servicios de salud se esquematiza en el diagrama No. 1.

y estructura de servicios de salud de diversos grados de complejidad destinados a satisfacer el conjunto de necesidades y demandas.

La determinación de estos niveles, variable en cada situación particular, está dada por las necesidades que deberán satisfacer y por la composición tecnológica de los recursos y, es básicamente independiente del tipo de unidad o establecimiento a través del cual se otorga el servicio, aunque lógicamente la determinación de los niveles de atención condiciona la selección y sistematización de los tipos de establecimientos más convenientes para el funcionamiento eficiente y eficaz del sistema.

Debido a las características de las poblaciones subatendidas de la Región de las Américas, a la escasez relativa de recursos y al requisito consiguiente de eficiencia y eficacia en el uso de dichos recursos escasos, la definición y el desarrollo de niveles primarios de atención de salud se convierte en un imperativo. Se entiende por niveles primarios (o servicios mínimos) aquellos en los cuales la atención es tecnológicamente elemental pero apropiada (eficaz) por medio de una combinación de recursos simples en términos de organización y costo real y social.

El nivel primario de atención debe constituir la "puerta de entrada" 1/ para el sistema "informal" como en cada uno de los estratos del sistema "formal".

En el proceso de estructuración del sistema para la ampliación de la cobertura deben considerarse diferentes "puertas de entrada", y asegurar mecanismos de recanalización oportuna para aquellos casos que los requieran, a fin de lograr una atención reglada de la demanda y asegurar así la mejor utilización posible de recursos.

Para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la accesibilidad para cada miembro de la comunidad a las diferentes combinaciones de recursos que ofrece el sistema, según sea su necesidad de atención, es necesario que los varios niveles de atención que se establezcan estén adecuadamente interconectados mediante un sistema eficiente de referencia.

El desarrollo apropiado del sistema de referencia depende fuertemente del grado de conexión técnica y administrativa entre los subsistemas y entre los niveles de atención y de la calidad del sistema de información, e implica la necesidad de contemplar tanto aspectos de accesibilidad cultural, económica y física real de la demanda, como el desarrollo de actitudes positivas, el establecimiento de normas y procedimientos simples que aseguren la atención en el nivel al cual se refiere el paciente y el intercambio de información necesaria entre los diferentes niveles involucrados. El sistema de referencia se concibe como un mecanismo coordinador e integrador de los dos subsistemas y de sus componentes (accesibilidad real, puertas de entrada y niveles de atención) y es, en consecuencia,

---

1/ Se entiende por "puerta de entrada" el contacto inicial del individuo o de la comunidad con el sistema, cualquiera que sea el nivel de complejidad del sistema en que este contacto inicial se produzca.

una pieza vital del sistema junto con los mecanismos de apoyo técnico y supervisión y el desarrollo administrativo, toda vez que es uno de los instrumentos por el cual el sistema de servicios tiende a asegurar la continuidad y equidad del acceso a los distintos niveles de atención y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de la población.

Esta concepción de niveles de complejidad y de los sistemas de referencia, condicionada por la necesidad de maximizar la productividad de los recursos relativamente escasos de los sistemas de oferta, determina la incorporación de la "atención primaria" como puerta de entrada al sistema.

En los niveles de complejidad mínima, generalmente localizados en poblaciones rurales que en su mayoría son dispersas, el concepto de "puerta de entrada al sistema" se funde con el de "atención primaria" y, en la práctica, equivale al concepto de "servicios mínimos" o "elementales". Contrariamente, en los niveles de complejidad creciente, estos conceptos se diferencian claramente en su significado, lo que obliga a particularizar el concepto de atención primaria como puerta de entrada en los niveles de mayor complejidad.

La experiencia demuestra que los niveles de mayor complejidad evidencian una carga de trabajo creciente a medida que el sistema de referencia se perfecciona y que los programas, destinados a las poblaciones bajo la influencia directa de cada nivel, alcanzan éxito.

Por lo tanto, la ya mencionada escasez relativa de recursos y la consiguiente necesidad de asegurar su máxima productividad plantea, en esos niveles, la necesidad de organizar dispositivos de "tamiz" (screening) con personal del más bajo costo social posible del nivel correspondiente para atender y orientar la demanda de la población de la zona de influencia directa de esos niveles. Se hace así valedero el concepto de atención primaria como puerta de entrada aún para los niveles de más alta complejidad.

La indudable complejidad de los sistemas de servicios de salud hace necesaria una sistematización de sus componentes principales tanto para facilitar el análisis como la programación de los mismos. Estos componentes o categorías pueden ser esquematizados de la siguiente manera:

- Sistema Institucional (formal)
- Organización
- Niveles de atención
- Puertas de entrada al sistema
- Desarrollo administrativo
- Apoyo técnico y supervisión

- Definición y combinación de programas
- Selección de soluciones técnicas (incluyendo utilización de distintos tipos de personal) y alternativas administrativas
- Programas de desarrollo de recursos
  
- Sistema de la Comunidad (informal)
  - Capacidad de la comunidad para reconocer sus problemas
  - Capacidad de organización para resolver estos problemas
  - Capacidad de la comunidad para producir acciones de salud según tipo de acciones
  - Requisitos para su articulación con el sistema formal (apoyo técnico-administrativo y acceso a los diferentes niveles de atención del sistema formal a través de la referencia)
  - Capacidad de apoyo del sistema informal al formal tanto en la identificación de problemas como en la solución de los mismos, dentro del marco de referencia de su esfuerzo integral de desarrollo
  
  - Relaciones y grado de articulación de ambos subsistemas con las actividades de otros programas sectoriales de la comunidad.
  
  - Evaluación del aporte del sistema informal en cuanto a recursos adicionales al sistema global de prestaciones de salud

#### 4.3.2 el concepto de "niveles de atención"

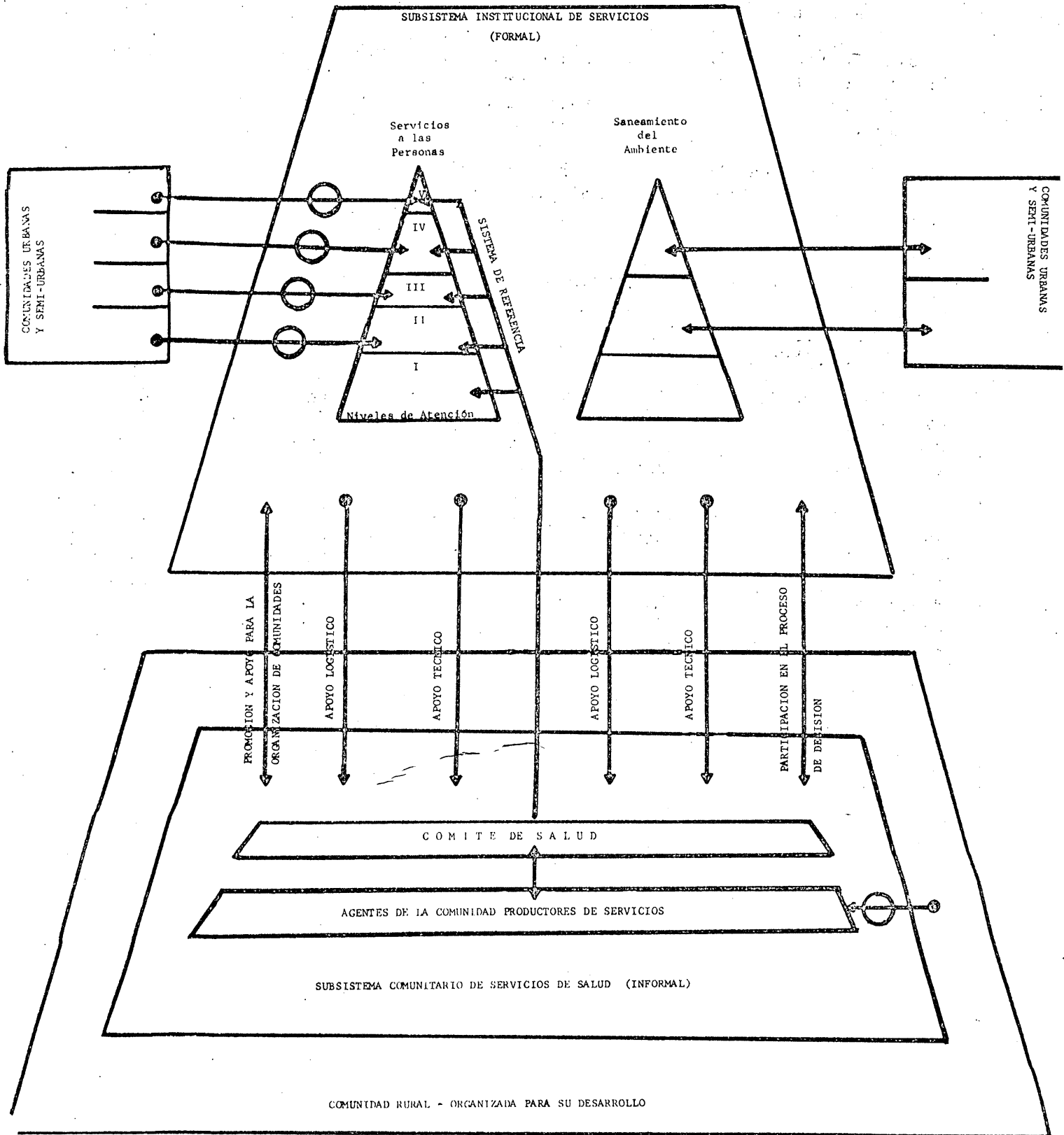
La aplicación del concepto de "niveles de atención" constituye un elemento crítico para el diseño y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud por las razones ya comentadas en el apartado anterior. Por lo tanto, parece útil particularizar algunos de los conceptos y características que los definen en la mayoría de los países de la Región.

En primer lugar debe destacarse que el concepto de "nivel de atención" es una noción compleja en la cual se relacionan la "necesidad" y la "oferta".



DIAGRAMA No. 1

SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD Y EXTENSION DE LA COBERTURA  
RELACIONES ENTRE LOS SUBSISTEMAS INSTITUCIONAL Y COMUNIDAD



SE CONCEBE A LA COMUNIDAD RURAL ORGANIZADA COMO UN SUBSISTEMA (INFORMAL) DE PRODUCCION DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y AL SUBSISTEMA INSTITUCIONAL (FORMAL) POR EL APOYO TECNICO Y LOGISTICO AL SUBSISTEMA COMUNITARIO, QUE ASEGURA EL ACCESO A SUS DISTINTOS NIVELES DE COMPLEJIDAD SEGUN LAS NECESIDADES DE ATENCION POR MEDIO DE UN SISTEMA DE REFERENCIA. LA PUERTA DE ENTRADA A AMBOS SUBSISTEMAS ES LA ATENCION PRIMARIA. ESTA CONCEPCION TIENDE A SATISFACER LOS REQUISITOS DE UNIVERSALIDAD, EQUITAD, EFICACIA Y EFICIENCIA QUE DEFINEN LA NOCION DE COBERTURA EN LA REGION DE LAS AMERICAS.

1. II, III, IV Y NIVELES DE ATENCION SEGUN GRADO DE COMPLEJIDAD Y TIPO DE CONCENTRACION DE LAS POBLACIONES

El supuesto básico subyacente es doble: en un primer término se postula que la naturaleza de una "necesidad" determinada tiene una correlación directa con la "complejidad" de la combinación de recursos necesarios para satisfacerla; y en un segundo término, que las "necesidades simples" son más frecuentes. En otras palabras, las necesidades más frecuentes requieren combinaciones de recursos menos complejos.

Asimismo, en la mayoría de los países jóvenes y en desarrollo, las necesidades agudas que requieren obviamente atención inmediata son las más frecuentes, lo que significa la necesidad de disponer prontamente de los recursos necesarios para su satisfacción por un período de tiempo relativamente corto. Contrariamente, las "necesidades" crónicas generalmente, menos frecuentes, tienen un "tiempo de espera" relativamente más largo, pero exigen la utilización de los recursos durante un período más prolongado y con una combinación más compleja.

El otro supuesto básico es que también existe una correlación directa entre la complejidad de los recursos y sus combinaciones y su costo social y real.

La combinación de estos dos supuestos es la que permite teóricamente la definición de niveles de atención en función de una complejidad creciente de las combinaciones de recursos y de las necesidades y las aspiraciones.\*

Un nivel de atención puede considerarse, por tanto, como una función necesidad-oferta.

De ahí la posibilidad de definir un "nivel primario de atención" como aquel en que "necesidades simples" generalmente "agudas" y muy "frecuentes" son satisfechas por una combinación de recursos "simples", fácilmente "accesibles" y de corta utilización". La atención o satisfacción de las necesidades que sucesivamente requieren combinaciones de recursos más complejos, debido principalmente a su menor frecuencia relativa convalida la organización de niveles sucesivos de atención, que se definen no sólo en función de la complejidad de la combinación de los recursos sino también por la complejidad de la necesidad a que están destinadas a satisfacer.

---

\* En una sobresimplificación puede suponerse que la población rural subatendida o no atendida tiende a ser dispersa, a la autoprestación de servicios de salud y sufre relativamente menos el "efecto demostración" que las poblaciones de los cinturones urbanos que viven en hacinamiento, con diversos estímulos para su organización y reconocen la posibilidad de acceder al sistema institucional en sus niveles más complejos.

Este continuo de necesidades y recursos con distinto grado de complejidad, distribuidos espacialmente de acuerdo a la magnitud y estructura de la población y conectados por un sistema de referencia constituyen la razón y esencia de la regionalización técnica del sistema de servicios de salud\*. Esta regionalización (que conceptualmente es independiente de cualquier modelo de centralización-descentralización administrativa) se estructura a través del dimensionamiento y distribución de la oferta para atender diversas necesidades de acuerdo a un orden de prioridad dado. Su localización espacial y poblacional determina la accesibilidad (en cantidad y estructura) al sistema, o sea la posibilidad de satisfacer las necesidades y es, por lo tanto, la clave de la organización del sistema de servicios para extensión de la cobertura.

Visto el problema desde esta perspectiva resulta evidente la conclusión de que los así llamados "Programas de Salud Rural" o de "Atención Primaria" no pueden ser considerados independientemente o fuera del contexto de la regionalización técnica así definida, y necesitan invariablemente articularse al sistema de servicios por medio de la referencia y el apoyo técnico y logístico.

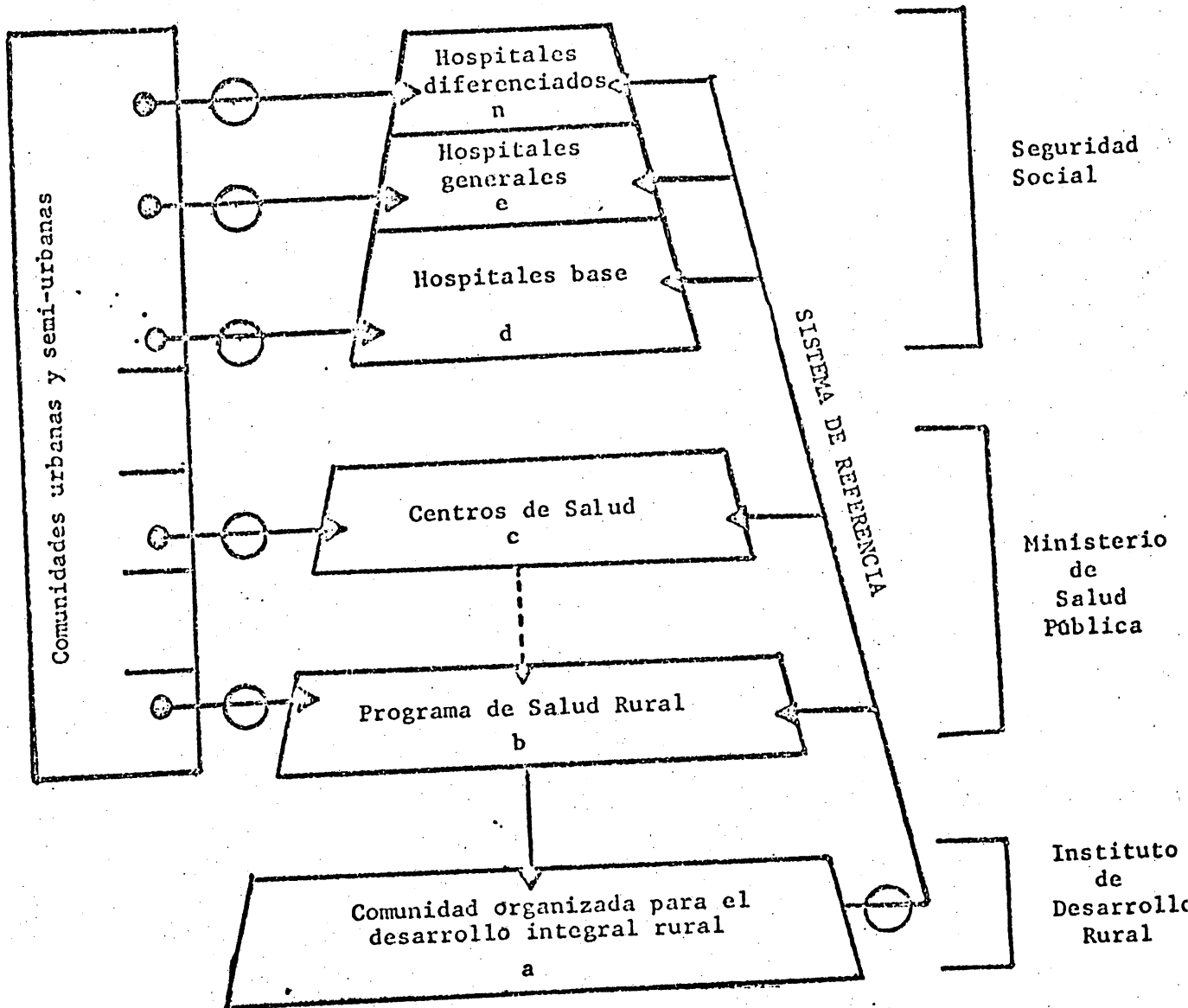
La definición de los niveles de atención que integran un sistema dado debe, por lo tanto, estar regida por la consideración simultánea del conjunto de necesidades que se decide satisfacer en ese nivel y de las características de la función de producción pertinente para este propósito, la cual debe satisfacer necesariamente la condición de máxima eficiencia en función de una eficacia dada. Debe tratarse de lograr las agrupaciones más eficientes de necesidades oferta minimizando el número de niveles por razones obvias de eficiencia administrativa y técnica.

---

\* Toda vez que, en la práctica, el diseño de una regionalización técnica no se da en el vacío sino que debe insertarse en un sistema en funcionamiento existen restricciones que deben ser tomadas en cuenta. Con el solo fin de facilitar el análisis de esas restricciones se las sistematiza de la siguiente manera:

- Capacidad ya instalada
  - localización
  - tipo de establecimiento y funciones de producción en vigencia
- Actitud de los grupos de presión
- Patrones culturales de la demanda
- Disponibilidad y capacidad de formación de los recursos reales, financieros y tecnológicos
- Accesibilidad geográfica, temporal, económica y cultural
- Magnitud y estructura de los problemas de salud

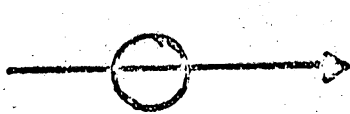
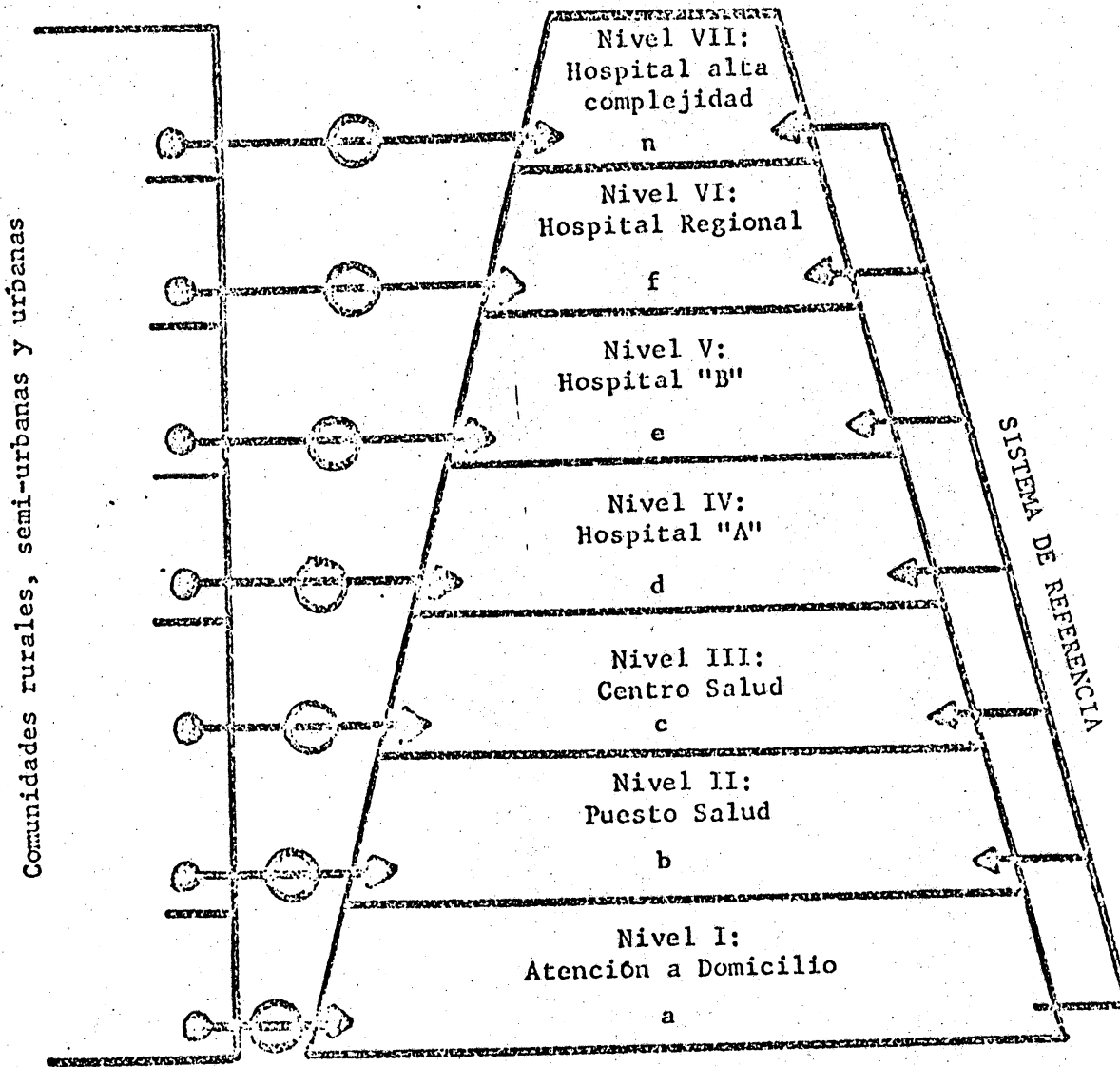
DIAGRAMA No. 2



Atención primaria: Puerta de entrada a los subsistemas y a cada nivel de atención.

a,b,c,d,e y n Niveles de atención según grado de complejidad y tramos de concentración de las poblaciones.

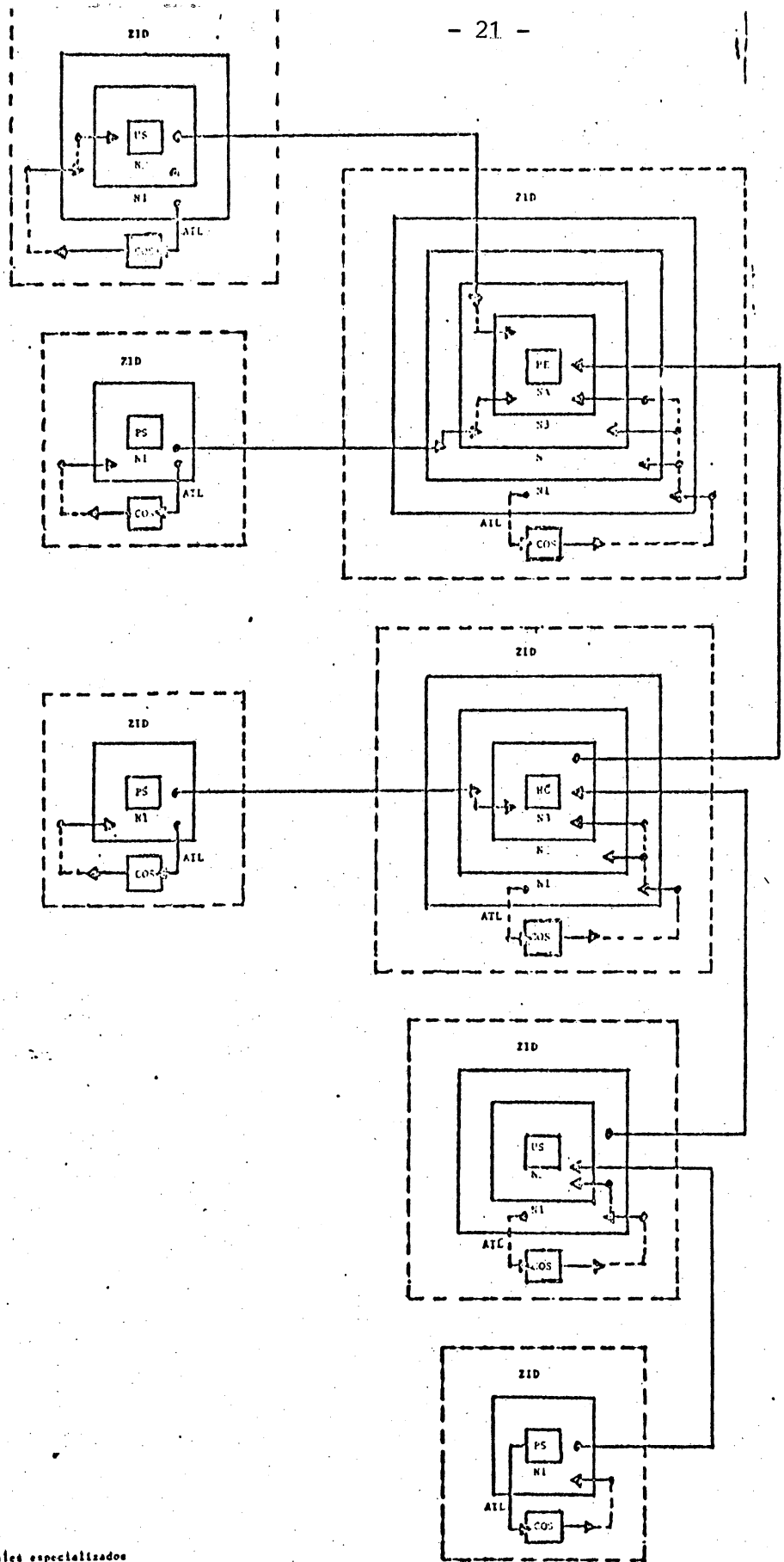
DIAGRAMA N° 3



Atención primaria: Puerta de entrada a los subsistemas y a cada nivel de atención.

a, b, c, d, e, f y n

Niveles de atención y grados de complejidad de concentración de las poblaciones.



HC - Hospitales especializados  
HC - Hospitales Básicos  
US - Unidades de Salud  
PS - Puestos de Salud  
N1, N2, N3, N4 - Niveles de atención de complejidad creciente  
ZID - Población de zona de influencia directa  
COS - Comunidad organizada para salud  
ATL - Apoyo técnico y logístico de sistema formal al sistema informal

#### 4.4 Selección de Tecnologías<sup>1/</sup>

La necesidad de lograr un mínimo de productividad de los recursos escasos y de asegurar su mejor asignación, con la eficacia e intensidad adecuadas para producir un impacto deseado en los problemas prioritarios, constituye una condición esencial para poner al alcance de grandes masas de población, generalmente de difícil "acceso", un volumen de servicios. Esto significa en la generalidad de los casos el incremento exponencial de la capacidad operativa actual de los sistemas, en un tiempo relativamente corto y en un nuevo contexto cultural, económico distinto del "tradicional".

Es responsabilidad del sistema de salud, particularmente de sus unidades normativas, en cada país, la revisión analítica y sistemática de procedimientos, normas y patrones, composición y combinación de programas específicos y de sus actividades, pautas de utilización y funciones de diverso tipo de personal, equipo y construcciones que son aceptados actualmente en forma generalizada y acrítica, tanto por el sistema formal como el informal. Esta revisión es la condición básica necesaria para orientar la búsqueda de las soluciones tecnológicas más eficientes y facilitar su viabilidad.

El análisis sistemático de las alternativas de soluciones técnicas y administrativas, con costos sociales, reales y monetarios, y que sean eficaces y viables, constituye un imperativo básico en el proceso de la extensión de la cobertura. (Ver diagrama No. 2).

La situación actual en los países destaca la necesidad de inventariar, adaptar y desarrollar nuevas tecnologías ad hoc para cada caso particular.

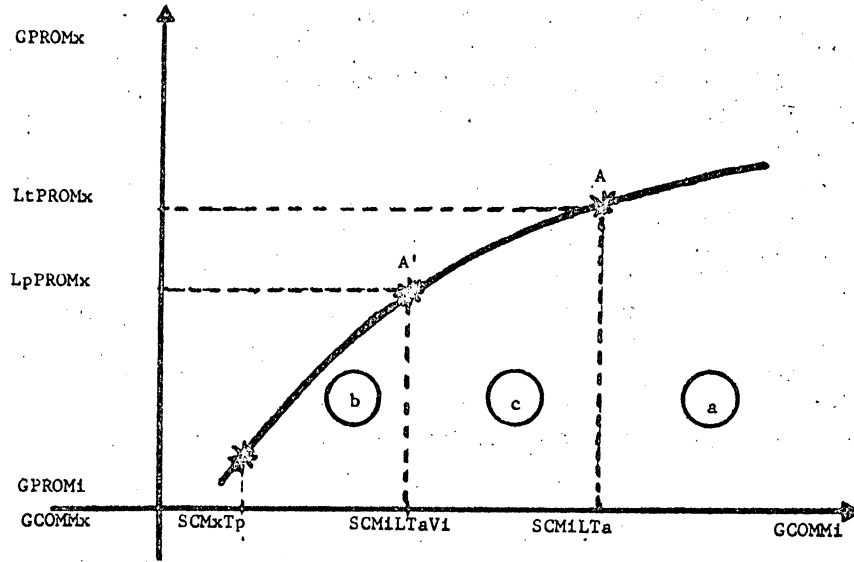
No obstante la clara característica nacional de esta empresa, su magnitud requiere una vinculación más estrecha entre los países por medio del acopio y difusión de información sobre el desarrollo de metodologías y pautas. Esto facilitará el tratamiento sistemático individual y por conjunto de países al identificar problemas y soluciones comunes.

Este intercambio de conocimiento y experiencia entre los países puede ser además el instrumento de elección para facilitar la viabilidad, o aceptación de soluciones eficientes y suficientemente eficaces, que por razones de "tradicción local" son rechazadas por grupos participantes en el proceso de organización, programación y producción de los sistemas de servicios de salud, tanto por el lado de los "productores" como por el lado de los "consumidores". El examen y análisis de la validez de conceptos y preceptos para su aceptación y aplicación generalizada, tienen que ser definidos, organizados y programados de consumo por los países, como actividad prioritaria. Constituye la condición necesaria y previa para la adopción, adaptación y creación de la tecnología que requiere la extensión de la cobertura de servicios a las poblaciones desatendidas de la Región. Es urgente

---

1/ Con el único fin de facilitar la discusión y sin pretender entrar en el terreno de las consideraciones semánticas ni epistemológicas, se define provisionalmente "TECNOLOGIA" como una combinación de recursos (humanos, insumos, equipos y construcciones) relacionados entre sí por un conjunto de "técnicas" (maneras específicas de hacer las cosas) y procedimientos administrativos, capaces de producir un producto que satisfaga determinadas especificaciones.

SOLUCIONES TECNOLOGICAS ALTERNATIVAS. RELACIONES DE LOS ATRIBUTOS DE EFICIENCIA, EFICACIA Y VIABILIDAD



GCOMMx = Grado de complejidad máxima.

GCOMMi = Grado de complejidad mínima.  
Se supone que el grado de complejidad de una tecnología dada es directamente proporcional a su costo real y financiero.

LtPROMx = Limite técnico de la productividad máxima alcanzable.

LpPROMx = Limite posible de la productividad máxima alcanzable en función de la VIABILIDAD.

$\left. \begin{matrix} GPROMi \\ GPROMx \end{matrix} \right\} =$  Grados de productividad mínima (Mi) y máxima (Mx) de tecnologías alternativas con distintos grados de complejidad.  
 - La productividad se define aquí en términos de un indicador que mide el número de atenciones por persona, por unidad de recursos empleados, reales o financieros, así:

$$PRO = \frac{COBERTURA}{COSTO SOCIAL} = \frac{No. ATENCIONES X PERSONA}{RECURSOS}$$

SCMiTa = Solución de complejidad mínima técnica y administrativa ubicada en el límite mínimo de EFICACIA técnicamente aceptable (juicio técnico).

SCMILTaVi = Igual que SCMiTa corregida por el factor VIABILIDAD. Se entiende por viabilidad la aceptación de la solución técnica y del procedimiento administrativo por parte de "consumidores" y de "productores" (juicio de valor informado por patrones culturales y conjunturales).

A = Solución tecnológica que expresa la máxima productividad técnicamente posible satisfaciendo la condición necesaria de eficacia.

A' = Solución de elección desde el punto de vista administrativo: maximiza la PRODUCTIVIDAD posible satisfaciendo las condiciones de EFICACIA y VIABILIDAD.

(a) = Area de soluciones ineficaces.

(b) = Area de soluciones ineficientes.

(c) = Area estratégica de negociación:

Siendo PRO A' < PRO A y cumpliendo A y A' la condición de eficacia límite técnicamente aceptable, cualquier modificación en el concepto de VIABILIDAD que disminuya el grado de complejidad de la solución aceptable maximiza la productividad de la solución posible.

Este análisis conduce a dos conclusiones principales:

- Necesidad de desarrollar un "stock" de soluciones alternativas que satisfaciendo la condición de eficacia admitan diversos grados de complejidad (costo social, real y monetario).
- Necesidad de desarrollar estrategias de negociación con los grupos protagonistas ("consumidores" y "productores") para modificar los requisitos de la VIABILIDAD de las soluciones técnicamente posibles.



el diseño de una estrategia continental tendiente a implantar y montar un programa regional de desarrollo tecnológico, orientado fundamentalmente a dar respuesta a las exigencias de los procesos nacionales de extensión de la cobertura. Esa estrategia y su programación, debe incluir no solo los aspectos así llamados "técnicos específicos" relacionados con el conocimiento de problemas de salud individual y colectiva y su tratamiento, sino también incorporar los aspectos referentes a la organización, programación desarrollo administrativo de los sistemas de servicios, su financiamiento y la formación y adecuación de los recursos críticos. Un enfoque táctico de esa estrategia, desde un punto de vista regional, puede ser la definición de diversas situaciones "tipo" que permitan evaluar la eficiencia-eficacia de diversas soluciones tecnológicas y su viabilidad, en diferentes contextos culturales-económicos ecológicos. Debe reconocerse que las investigaciones sobre nuevas soluciones es una tarea ardua, costosa en recursos y tiempo y que no puede ser, desde un punto de vista realista, considerada como una actividad de corto plazo. Sin embargo, el análisis de la situación actual permite afirmar que es posible en un período relativamente corto construir un "stock" de soluciones tecnológicas para distintas situaciones "tipo", si se sistematiza programadamente el conocimiento existente y se lo relaciona con las experiencias de aquellos países que están embarcados en la extensión de la cobertura de sus servicios. Este esquema podrá constituir base suficiente, en una primera etapa, para definir una estrategia posible de ser instrumentada en los plazos urgentes que presupone la extensión de la cobertura.

Como caso particular, de este enfoque, las iniciativas todavía aisladas en materia de elaboración de "módulos de atención" en diversas situaciones posibles, en los niveles de atención primaria, deberían continuar desarrollándose en forma sistemática y constituir un punto de partida del programa regional que se postula necesario.

#### 4.5 Definición y Combinación de Programas Específicos 1/

El problema de la definición y combinación de los programas específicos es en esencia un caso particular del problema de selección de tecnologías tratado anteriormente y, por lo tanto, le corresponden las mismas categorías para su análisis y tratamiento en cuanto a requisitos o condiciones de eficiencia, eficacia y viabilidad.

---

1/ En relación con el significado y consecuencias de los así llamados programas "verticales" y "horizontales" parece claro que no es posible ni conveniente hacer juicios "a priori" acerca de la "bondad" de uno ni de otro enfoque.

La decisión de diseñar y ejecutar un programa "vertical" debe basarse en el análisis de las circunstancias administrativas y técnicas, particulares a cada sistema y a cada sujeto de programación. Esa decisión, por lo tanto, es esencialmente de naturaleza estratégica, y debe ser informada por un cuidadoso análisis de los propósitos y objetivos específicos perseguidos, de la factibilidad y viabilidad estimada probable y de la maximización considerada posible de la productividad, así como, particularmente, de los efectos secundarios de mediano y largo plazo, en el sistema de servicios.

El análisis de la situación actual señala una tendencia al diseño aislado de cada programa específico que conduce a definiciones de actividades, metas, normas y procedimientos técnicos y administrativos no siempre consistentes con las prioridades establecidas, ni con la capacidad real de producción del sistema de servicios. Estos programas se elaboran generalmente por las unidades específicas de los niveles normativos del sector con insuficiente participación de los diferentes niveles ejecutivos, lo cual dificulta su realismo y, por consiguiente, el cumplimiento de las especificaciones y metas.

La decisión de extender la cobertura de servicios con énfasis en los niveles de complejidad mínima, agudiza la necesidad de diseñar los programas específicos en base a soluciones técnicas y administrativas que aseguren la consistencia y compatibilidad de los programas entre sí y con la capacidad de producción del sistema de servicios correspondiente y, por lo tanto, se garantice la factibilidad del conjunto.

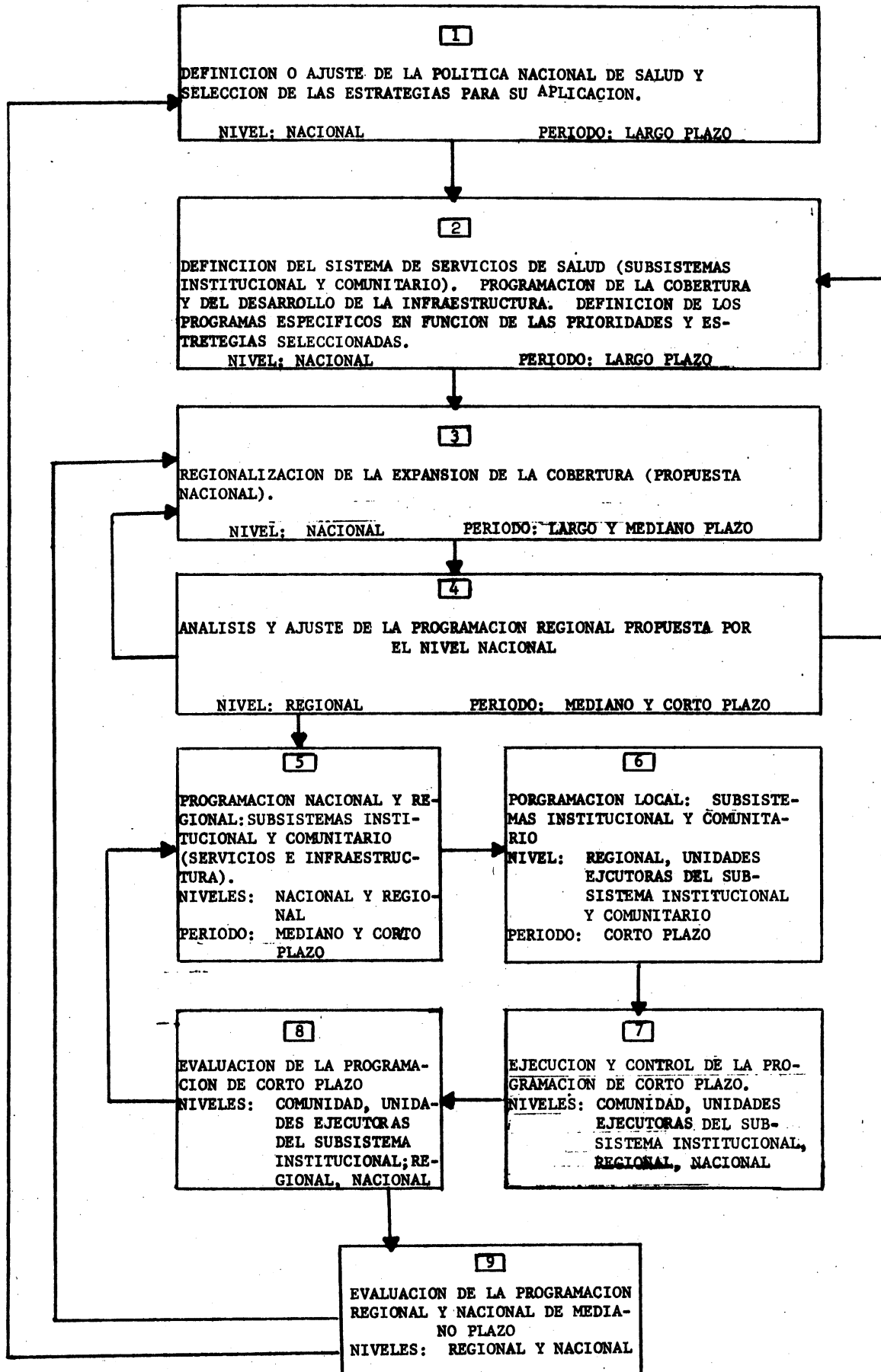
Una aproximación pragmática para la solución del problema de combinar y compatibilizar los programas específicos, podría ser la siguiente:

- Programar, en una primera aproximación, la oferta posible de producción "bruta" de servicios por tramos de población y niveles de complejidad, en función de hipótesis alternativas de disponibilidad y rendimiento de recursos críticos, estimando la cobertura teórica que estas hipótesis presuponen.
- Tomando como base la capacidad teórica anterior de producir actividades en cada nivel de complejidad dado, analizar las distintas consecuencias en cuanto a cobertura de población y exigencias de recursos críticos adicionales que tendría la aplicación de los programas específicos considerados prioritarios, según las normas de actividad y de concentración elaboradas en una primera aproximación por las unidades normativas específicas.
- En función de este análisis definir soluciones alternativas en cuanto a nuevas combinaciones de actividades entre los diversos programas específicos para maximizar la productividad y si es necesario modificaciones de normas dentro de rangos de eficacia aceptables, lo que equivale al análisis de factibilidad y viabilidad de soluciones técnicas y administrativas eficientes y eficaces hasta lograr un ajuste satisfactorio, en una segunda aproximación.

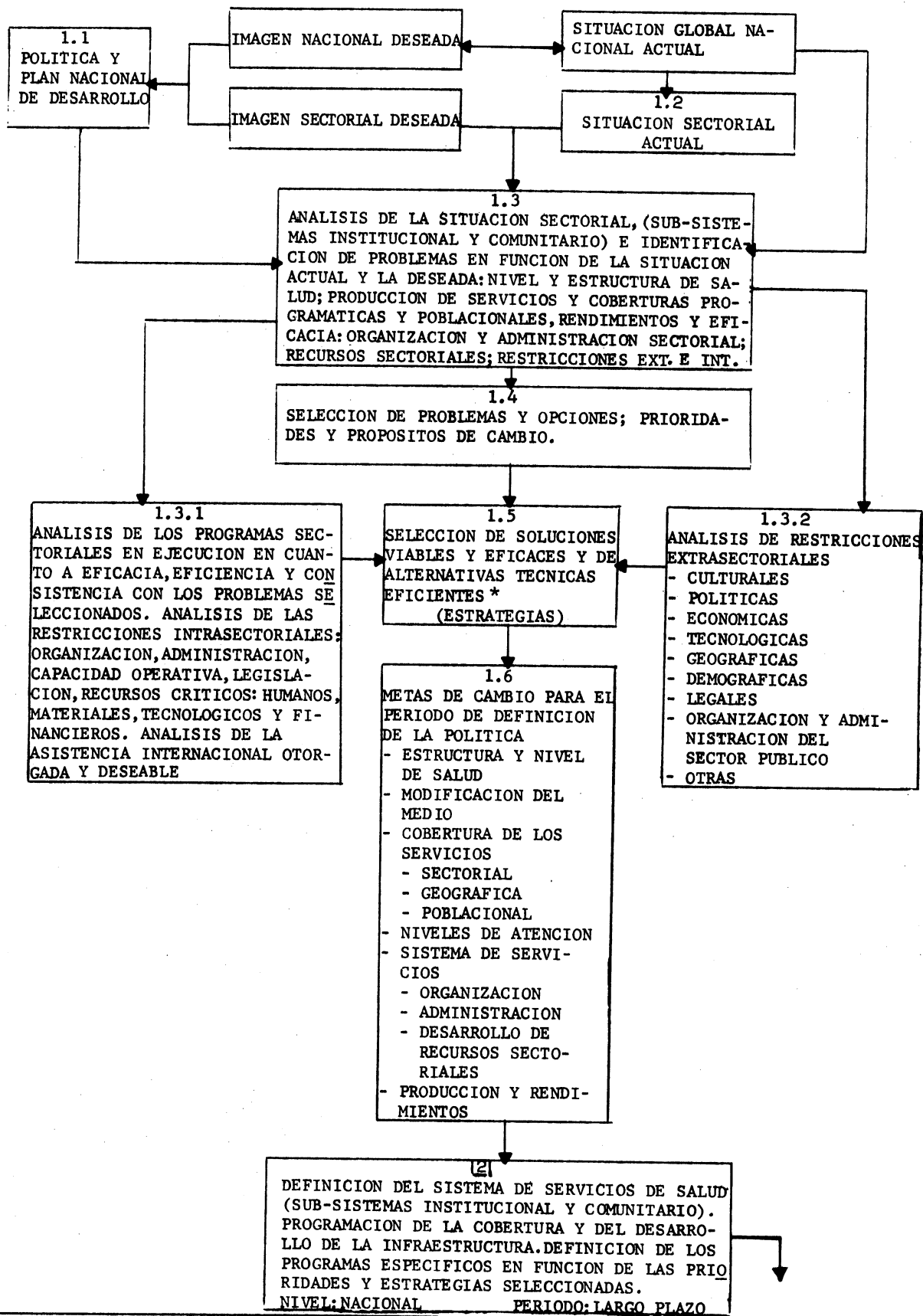
En una primera etapa, conviene centrar esta acción en los niveles mínimos de atención donde las posibilidades de producción y productividad de los recursos críticos se pueden determinar de modo técnicamente más sencillo y unívoco.

Esto permitiría una base sólida para decidir las combinaciones más eficientes y eficaces de programas específicos, así como el ajuste de prioridades, que facilitaría el análisis ulterior en los diversos otros niveles de complejidad que integran el sistema de oferta que se está programando.

- 26 -  
**ESQUEMA GENERAL**  
(Resumen)



DEFINICION O AJUSTE DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD Y SELECCION DE LAS ESTRATEGIAS PARA SU APLICACION. (VER [1] ESQUEMA GENERAL)\*



\* Ver Anexos: - "Algunas consideraciones sobre la Selección de Prioridades como Integrante del Proceso de Decisión".  
- "Análisis de Fuentes y Usos, Financiamiento y Costos".

DIAGRAMA N° 2

PROGRAMACION DE LA EXPANSION DE LA COBERTURA Y DISEÑO DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD, EN FUNCION DE LAS ESTRATEGIAS SELECCIONADAS. (VER [2] Y [3], ESQUEMA GENERAL)

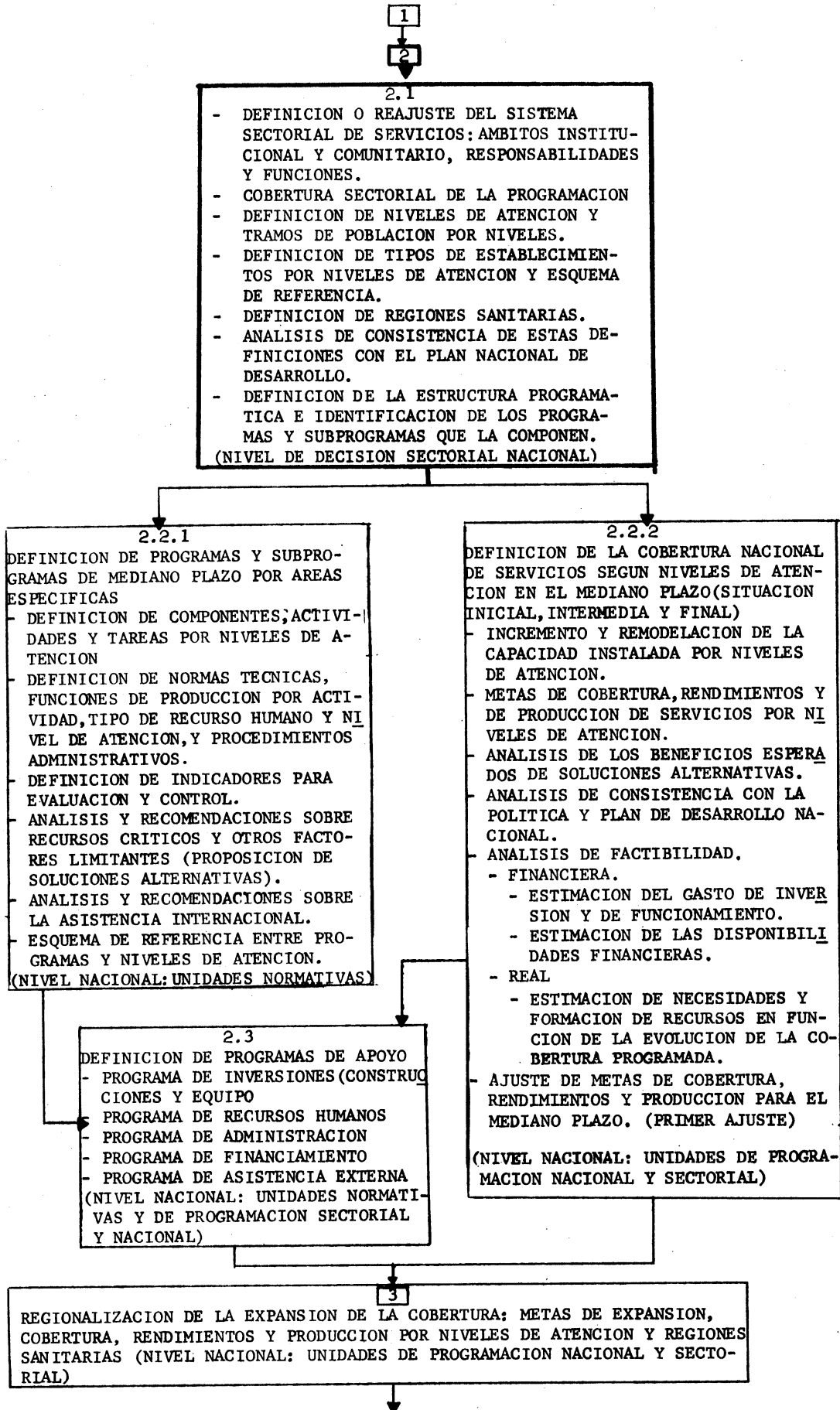


DIAGRAMA N° 3

REGIONALIZACION DE LA EXPANSION DE LA COBERTURA: METAS DE EXPANSION DE LA COBERTURA, RENDIMIENTOS Y PRODUCCION DE SERVICIOS POR NIVELES DE ATENCION Y POR REGIONES SANITARIAS - PROPUESTA DEL NIVEL NACIONAL PARA EL LARGO, MEDIANO Y CORTO PLAZO. (VER [2] Y [4], ESQUEMA GENERAL).

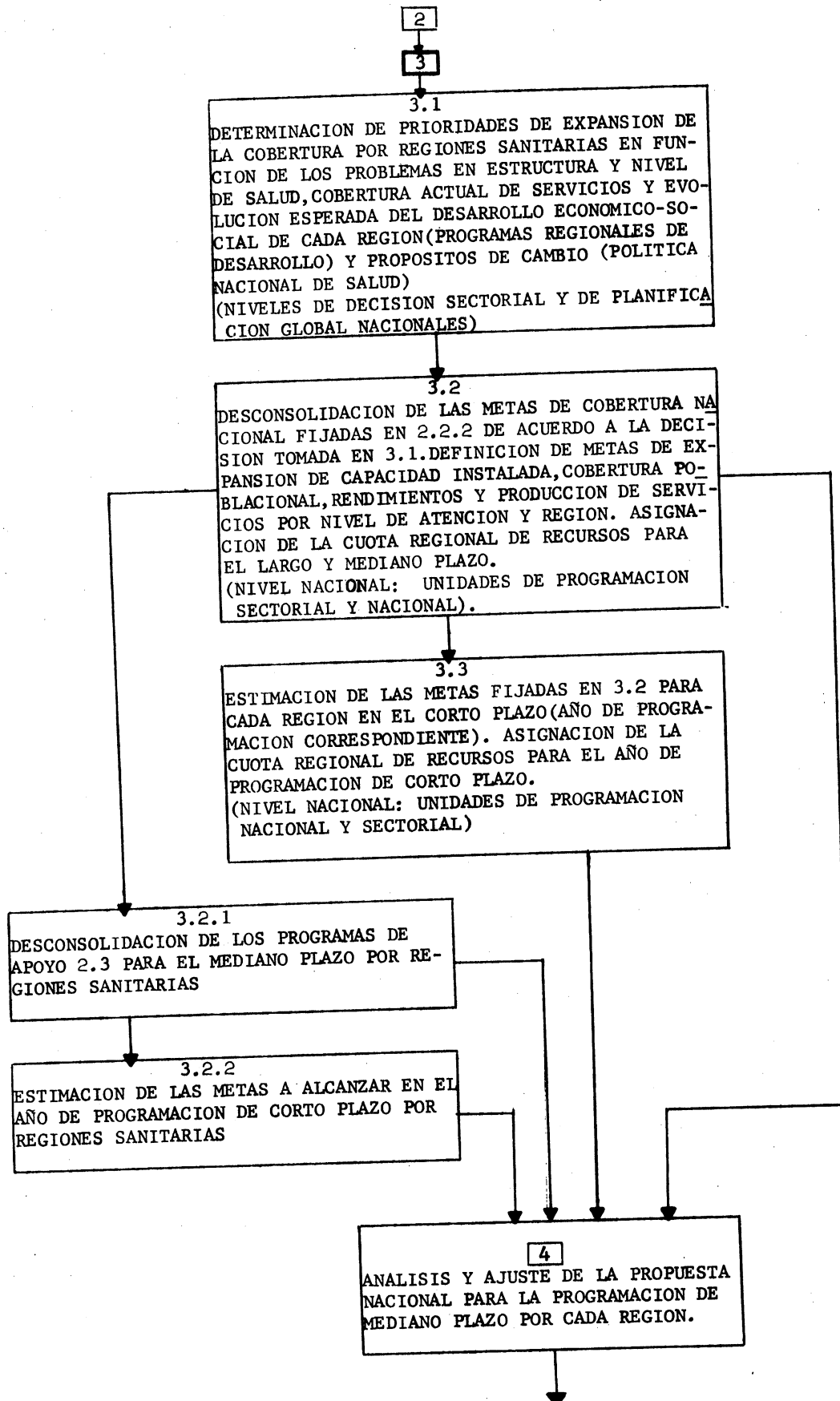
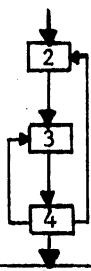


DIAGRAMA N° 4

ANALISIS Y AJUSTE DE LA PROGRAMACION REGIONAL PROPUESTA POR EL NIVEL NACIONAL PARA EL MEDIANO Y CORTO PLAZO. ELABORACION POR CADA REGION SANITARIA. (VER 4, 5 Y 6, ESQUEMA GENERAL)



LA RESPONSABILIDAD DE LAS ELABORACIONES DE 4.1; 4.1.1; 4.1.2; 4.1.3; y 4.2. ES DEL EQUIPO REGIONAL EN CONSULTA CON LOS RESPONSABLES DE LA PROGRAMACION LOCAL. (UNIDADES EJECUTORAS) Y COMUNIDADES INVOLUCRADAS.

4.1

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO ACTUAL DEL SISTEMA DE SERVICIOS REGIONAL:

- SUBSISTEMA INSTITUCIONAL: IDENTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS Y PROGRAMAS EXISTENTES, SEGUN NIVELES DE ATENCION DEL SISTEMA TEORICO Y OBSERVADO DE REFERENCIA ENTRE NIVELES, ESTABLECIMIENTOS Y PROGRAMAS. ANALISIS DE ACCESIBILIDAD POR NIVELES Y POR ESTABLECIMIENTO (DISTANCIAS GEOGRAFICA, MEDICA Y ECONOMICA. HIPOTESIS DE ACTITUDES DE LA DEMANDA CONOCIDA). EN EL NIVEL I: IDENTIFICACION DE ALDEAS Y CASERIOS POR ZONA DE INFLUENCIA, DETERMINACION DE ACCESIBILIDAD Y COBERTURA REAL POSIBLE. ANALISIS DE PRODUCCION, RENDIMIENTO Y COSTOS.
- SUBSISTEMA COMUNIDAD: ANALISIS SITUACION ACTUAL. ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR SU PARTICIPACION

4.1.1. ANALISIS DE LA PROGRAMACION POR AREAS ESPECIFICAS PROPUESTA POR EL NIVEL NACIONAL PARA EL MEDIANO PLAZO

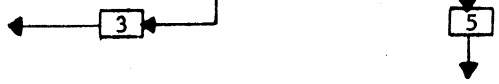
- ANALISIS DE SUBPROGRAMAS, COMPONENTES, ACTIVIDADES Y TAREAS; NORMAS, FUNCIONES DE PRODUCCION POR ACTIVIDAD Y TAREAS, POR NIVEL DE ATENCION.
- ANALISIS DE TIEMPOS NECESARIOS Y DISPONIBLES POR RECURSO NUCLEAR, POR NIVEL DE ATENCION.
- RECOMPOSICION Y AJUSTE DE LA PROPUESTA NACIONAL SEGUN LAS CARACTERISTICAS REGIONALES EN CADA NIVEL DE ATENCION.
- ESTIMACION DE LA COBERTURA, FUNCIONES DE PRODUCCION, RENDIMIENTOS, COSTOS Y PRODUCCION DE ATENCIONES ESPERABLES DE ACUERDO AL AJUSTE.
- REDEFINICION DE INDICADORES Y DEL SISTEMA REGIONAL DE INFORMACION. (MEDIANO PLAZO)

4.1.2. REDEFINICION DE LA COBERTURA REGIONAL DE SERVICIOS SEGUN NIVELES DE ATENCION, ESTABLECIMIENTOS Y SUBPROGRAMAS.

- INSTALADO Y REMODELACION DE LA CAPACIDAD INSTALADA POR NIVEL DE ATENCION.
- ANALISIS Y PROPOSICIONES DE LOCALIZACION DE NUEVA CAPACIDAD A INSTALAR, REMODELAR Y/O REORIENTAR SU FUNCIONAMIENTO.
- AJUSTE DEL SISTEMA DE REFERENCIA.
- PROGRAMACION DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: PLAN DE EXPANSION DE LA COBERTURA DEL SUBSISTEMA COMUNITARIO, SEGUN PRIORIDADES
- DETERMINACION DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES
- PROGRAMACION DE LA ARTICULACION ENTRE LOS SUBSISTEMAS COMUNITARIO E INSTITUCIONAL
- CRONOGRAMA DE INVERSIONES, RECURSOS HUMANOS
- ESTIMACION DE SUMINISTROS
- ANALISIS DE BENEFICIOS ESPERADOS. (SOLUCIONES ALTERNATIVAS)
- ANALISIS DE FACTIBILIDAD Y CONSISTENCIA CON LA PROPUESTA NACIONAL PARA LA REGION EN EL MEDIANO PLAZO

4.2. PROPUESTA REGIONAL PARA EL AJUSTE DE LA PROGRAMACION DE LA COBERTURA NACIONAL Y REGIONAL DE MEDIANO Y CORTO PLAZO.

4.1.3. DEFINICION DE NORMAS, RENDIMIENTOS Y PRODUCCION Y ESTIMACION DEL GASTO PARA CADA COMUNIDAD, ESTABLECIMIENTO Y SUBPROGRAMA EN EL CORTO PLAZO: MARCO DE REFERENCIA PARA LA PROGRAMACION LOCAL DE CORTO PLAZO



AJUSTE DEL PROGRAMA NACIONAL Y REGIONAL DE EXTENSION DE LA COBERTURA [2] Y [3]. PROGRAMACION NACIONAL Y REGIONAL DE CORTO PLAZO [5]  
PROGRAMACION LOCAL [6] INSTITUCIONAL Y DEL SUBSISTEMA COMUNITARIO.

