

**LOS SISTEMAS LOCALES
DE SALUD:
UNA ESTRATEGIA PARA
FAVORECER LA COBERTURA
Y LA EQUIDAD EN SALUD**

Dr. José María Paganini

I. Introducción

La preocupación por el desarrollo de la infraestructura de los sistemas y servicios de salud ha sido una constante dentro de los proyectos de reforma del sector durante las últimas décadas. A nivel mundial, en la declaración de la 30ª Asamblea Mundial de la Salud en 1977 (1), los países participantes se comprometieron a lograr para el año 2000, un nivel de salud que permita a todos los ciudadanos del mundo llevar una vida social y económicamente productiva, declaración conocida como la meta de Salud para Todos en el año 2000. Un año más tarde, en 1978, la definición de la estrategia de atención primaria menciona la necesidad de hacer ajustes estructurales en los sistemas y servicios de salud (2).

En 1980, se definen las estrategias y objetivos para alcanzar esa meta en la Región de las Américas; y en 1982, el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales. En los enunciados de estas estrategias se incluye la reorganización de la infraestructura de salud como condición fundamental para lograr la cobertura de salud a toda la población, con equidad, eficacia y eficiencia.

En el año 1986, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, organismo máximo de conducción política de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), integrado por las autoridades de salud de todos los países de la Región de las Américas, enfatizó la necesidad de priorizar el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud apoyando los procesos de descentralización para todos los países de la Región, así como para la propia Organización.

Las prioridades programáticas aprobadas en la Resolución XXI de la citada conferencia fueron: (3)

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

En cuanto al desarrollo de la infraestructura de salud, el mencionado documento sobre prioridades programáticas estableció que para alcanzar equidad, eficiencia y eficacia en las acciones de salud, y para asegurar la disponibilidad de servicios para toda la población, es necesaria la implementación de métodos más efectivos para planificar el desarrollo de los servicios y para mejorar su gestión en función de los requerimientos de la programación local, objetivos que se pueden alcanzar mediante una efectiva descentralización política y administrativa.

Durante el decenio de 1980, los países de la Región experimentaron situaciones de gran trascendencia. Por un lado, la profunda crisis económica que relegó toda aspiración de reforma social y por otro, el resurgimiento de gobiernos democráticos que permitieron a los pueblos comenzar a analizar y discutir la necesidad de reformas sociales dentro de un contexto de participación y equidad. Esta situación de crisis dentro de movimientos democráticos, facilitó que los sistemas y ser-

vicios de salud afrontaran las estrategias de cambio, con el objetivo de lograr mayor equidad, calidad y eficiencia, tomando a la descentralización y al desarrollo local como eje de esa reforma.

Los sistemas y servicios de salud se encuentran frente a desafíos organizacionales provenientes de los rápidos procesos de urbanización; del aumento de la población de mayor edad con el consecuente incremento de las enfermedades crónicas; de la persistencia de enfermedades propias del subdesarrollo tales como enfermedades infecciosas y parasitarias, y de la mayor demanda de utilización de tecnologías no siempre justificadas.

Existen además factores internos propios de la infraestructura de salud, que pueden resumirse en una constante y quizás agravada falta de eficacia y eficiencia en la operabilidad de los servicios. Los países de América Latina y el Caribe invierten alrededor de 40 mil millones de dólares por año en el sector salud. Se estima que de esta cifra, aproximadamente el 25%, o sea 10 mil millones, son malgastados debido a ineficiencia en la operación de los servicios de salud.

Se puede entonces aseverar que estos importantes desafíos enfrentados en la actualidad por los sistemas de salud, provienen principalmente de la situación socio-económica en general y de sus condiciones de organización y administración, todo lo cual se traduce en baja cobertura y falta de equidad, eficacia y eficiencia, estimándose en consecuencia que alrededor de 140 millones de personas de la Región no cuentan con adecuados servicios de atención.

Es claro que en gran parte, las soluciones para el sector salud deberán provenir de un cambio en la situación socio-económica global de la Región. Además de ello, el sector salud deberá también aportar soluciones propias, intrínsecas, para resolver algunos de sus problemas internos y para afrontar la crisis actual. Algunos de estos aportes para mejorar las condiciones sociales son fortalecer el desarrollo local y ofrecer un escenario para el ejercicio de la democracia participativa en las decisiones y acciones para establecer servicios de salud de calidad y universalmente accesibles.

Asimismo, deberán solucionarse las limitaciones organizativas, las de conducción general y las de gerencia técnico-administrativa, dentro de las cuales se destaca un excesivo centralismo en la gestión político-administrativa y técnica, que impide el adecuado desarrollo de los niveles locales de salud en su responsabilidad para resolver los problemas de salud de la población. Este excesivo centralismo se ha manifestado aún con mayor fuerza frente a los recientes procesos de democratización en varios países de la Región, lo cual está exigiendo a los sectores sociales en general, y a los servicios de salud en particular, una inmediata respuesta a la mayor participación con justicia social y a la resolución de los problemas de salud y enfermedad.

II. La atención a nivel local y la descentralización

Estos breves antecedentes sociopolíticos, demográficos, epidemiológicos y financieros, justifican la decisión de los Gobiernos Miembros de la OPS sobre la necesidad de plantear nuevamente la búsqueda de una respuesta organizacional a los problemas que actualmente afrontan los sistemas de salud. Es en este sentido que aparecen la descentralización y la atención de salud a nivel local como los ejes articuladores de la reorientación y reorganización del sector en base al mayor desarrollo a nivel local.

Sobre este mismo tema, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, ex-Director de la OPS, ha dicho que

“hay aspectos que parecen ser requisitos comunes a cualquier estrategia nacional; entre ellos se destaca el de la descentralización. En efecto, la experiencia universal señala la excesiva centralización y la falta de coordinación como factores fundamentales en el inadecuado funcionamiento de los servicios de salud, así como en la ineficiencia de los sistemas vigentes.

Por lo tanto, es imprescindible promover la reorganización necesaria en función de una efectiva descentralización, asegurándose la coordinación requerida. La constitución y el fortalecimiento de la atención a nivel local, sirviendo a una población determinada en un área geográfica definida, debe ser la base para el rediseño y desarrollo del sistema de salud en todos sus niveles de atención y administrativos. La descentralización no implica, pues, el fraccionamiento de los sistemas de salud, sino la interacción sinérgica de sus componentes, la cual vigoriza el todo en función del objetivo esencial: la salud de la población”.

“Un sistema local de salud comprende la articulación de todos los recursos existentes en una zona, para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y, sobre todo, para el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita. Esa responsabilidad es la clave para una operación apropiada y eficiente, porque crea las condiciones favorables para la programación y evaluación técnico-administrativas y para la evaluación social a través de una participación comunitaria real. La descentralización es, sin embargo, una tarea muy compleja. Más allá de sus características técnicas y administrativas, implica un cambio en la distribución y uso del poder, y ello exige una voluntad y un compromiso político sin variaciones”.

En esta exposición, el Dr. Macedo clarifica los términos de la propuesta que se está dando ya en la mayoría de los países. No se trata por lo tanto de olvidar el pasado ni las experiencias positivas, sino de la renovación de un viejo concepto que por diversas razones no fue aplicado en su totalidad (4).

III. Aspectos operativos de la atención a nivel local

No es posible definir específicamente todas las características de la atención de salud a nivel local, ya que ello depende de la definición propia de cada país y de sus condicionantes históricos y político-administrativos. Sin embargo, se ha dado en la Región una identificación de las que podrían considerarse características básicas a tomar en cuenta para el desarrollo de la atención a nivel local.

La OPS en un reciente documento ha introducido para consideración de los países las siguientes características (5):

- Un sistema de atención de salud a nivel local constituye una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, con criterio geográfico poblacional en áreas urbanas o rurales;
- La propuesta geográfica poblacional está influenciada por las necesidades de la población definidas en términos de daños y riesgos;
- La responsabilidad del nivel local es la de atención a los individuos, familias, grupos sociales, las comunidades y el ambiente, coordinando los recursos disponibles tanto del sector salud

(público, de la seguridad social y privado), como los extrasectoriales, facilitando así la participación social;

- A nivel local, se dan las posibilidades de integrar los recursos de salud, incluyendo los hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes a las necesidades de salud de la población;
- La atención de salud a nivel local es parte fundamental del sistema nacional de salud, al cual vigoriza y confiere nueva direccionalidad. Por lo tanto, la atención a nivel local debe verse como una unidad básica organizativa de una entidad global plenamente articulada al sistema nacional de salud;
- La participación de la comunidad mediante el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas es de fundamental importancia para el desarrollo del nivel local;
- El tamaño de la infraestructura y la población a cargo del nivel local de atención de salud varía de acuerdo a la realidad de cada país, siendo conveniente una capacidad resolutoria de por lo menos un segundo nivel de complejidad, combinada con una adecuada eficiencia en el uso de los recursos;
- A nivel local es en donde se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas que buscan atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente;
- Además de la capacidad tecnológica que le otorgue un adecuado poder de resolución a los problemas de salud de su área, a nivel local se deberá contar con una adecuada capacidad técnico-administrativa en las áreas de planificación, administración, información, epidemiología y un conjunto mínimo de recursos humanos adecuadamente adiestrados.

IV. El desarrollo del nivel local como instrumento para la formulación y ejecución de programas integrados de salud: el rol integrador de la atención maternoinfantil

Con los antecedentes presentados, la atención a nivel local debe ser vista por lo tanto, como una estrategia fundamental para reorganizar y reorientar al sector salud, con el objetivo de lograr equidad, eficacia y eficiencia en base a la estrategia de atención primaria.

La administración estratégica (6), la conducción y la programación local, con el enfoque de riesgo, son componentes indivisibles de este concepto. Esto significa el ordenamiento y la integración de programas y actividades tanto para la atención al individuo, la familia y la comunidad, como para la atención al medio, de una manera coherente, armónica y lógica, en relación a las verdaderas necesidades de la población. La definición de la atención de salud a nivel local lleva implícita la superación de esfuerzos aislados hacia un esfuerzo conjunto de todo el sistema de salud. Es por lo tanto, un enfoque integrador tanto conceptual como operacional.

La administración estratégica local debe tener también las características de flexibilidad y adecuación permanente para ser capaz de adaptarse a las necesidades cambiantes epidemiológico-sociales, y a los resultados de la evaluación de los servicios en cuanto a equidad, eficacia y efi-

ciencia. Por lo tanto, la programación local a la que se está haciendo mención, no puede confundirse con algunas prácticas corrientes en los servicios locales, en donde bajo este nombre, se realizan propuestas de actividades en relación a normas de atención en forma aislada, muchas veces sin la posibilidad de integración ni de su evaluación permanente. La programación local necesaria para el desarrollo de un sistema de salud y para la reorganización y reorientación del sector, significa un cambio profundo, conceptual y metodológico en la mayoría de las prácticas corrientes de programación de servicios. El primero de estos cambios corresponde a una adecuada y clara definición de política sanitaria, que establezca no sólo la existencia y la beligerancia del nivel local, sino que le otorgue la verdadera responsabilidad de ser el ejecutor activo de la política de salud del Estado.

Esta definición de política debe ser así comunicada y respetada por todos los niveles de la estructura del sistema. Significa entre otros, un cambio del papel de los niveles centrales, los cuales deben apoyar el desarrollo a nivel local sin crear organizaciones paralelas o verticales para cada área de interés. La forma y división del trabajo para investigar, producir y normatizar conocimientos, no deben ser la misma forma o división con que estos conocimientos se entregan a la población. En el caso de la investigación y producción del conocimiento es aceptable la división por disciplinas o especialidades. En la entrega de los conocimientos, éstos deben agruparse en función de las necesidades de la población, permitiendo así definir acciones integrales para resolver conjuntos de problemas de salud a los grupos humanos postergados. Es aquí donde la programación por grupos de edades, niños, adolescentes y la atención materna, adquiere gran relevancia. A pesar de que estos conceptos pueden parecer en principio muy simples y aceptados, significa a nuestro juicio, uno de los principales desafíos a resolver. Esto quiere decir un cambio sustancial en la forma en que se definen, programan y ejecutan las acciones de salud, pasando de la clásica división por disciplinas o especialidades, a una integración de acciones por conjunto de problemas y por grupos de riesgo.

Conjuntamente con esta redefinición política y conceptual del papel de los niveles centrales, deben redefinirse también las formas de financiación y la asignación de los recursos presupuestarios. La asignación de fondos provenientes del nivel central por “programas verticales”, o por patologías, debe sustituirse por asignaciones presupuestarias hacia el nivel local a fin de ejecutar actividades integradas de salud dirigidas a la población bajo su responsabilidad. Al cambiar la asignación por patología a una asignación por población, es posible considerar las prioridades en función de necesidades y riesgos poblacionales a nivel local.

Estos cambios en los niveles centrales, tanto en su política como en su papel técnico-administrativo, deben complementarse con un nuevo desarrollo técnico-administrativo y actitudinal a nivel local, lo cual no debe verse como si el personal fuera el receptor pasivo de programas de salud definidos en otros niveles. Los trabajadores de salud a nivel local deben más bien constituirse en los verdaderos actores de la integración de todos los conocimientos médicos y socio-epidemiológicos orientados desde las necesidades concretas de la población. La debilidad operacional en el nivel local, es uno de los motivos por los que los programas originados en otros niveles se ejecutan a veces sin la necesaria integración.

Es a nivel local, con la participación de todo el personal de salud, de la comunidad, de las ONGs, y de las autoridades civiles y municipales, en donde se integran estos conocimientos. El nivel local

debería ser así, el reservorio al cual las distintas disciplinas y especialidades aportan sus conocimientos, los cuales se conjugan en función de las necesidades de la población, de las estrategias operacionales, de la disponibilidad de recursos en cantidad y formación, y del perfil epidemiológico de la población y sus riesgos. Esta combinación de conocimientos de especialidades y disciplinas, se transformaría entonces, en propuestas integrales de acción orientadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación, ya sea tanto de los individuos como del medio. Es de esta forma que la atención de salud a nivel local, en su total desarrollo conceptual y metodológico, constituye la respuesta operacional a la estrategia de atención primaria para la organización de los recursos locales y, a partir de allí, para reorientar todo el sistema de salud a fin de lograr equidad, eficacia y eficiencia.

V. Conclusión

Estas definiciones políticas, conceptuales y operativas deben acompañarse del desarrollo de dos áreas fundamentales. Por un lado, de un proceso de investigación que evalúe las experiencias en marcha, y por otro, de la capacitación permanente de todo el personal de salud y de la comunidad, dirigido al logro de la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

Será necesario, por lo tanto, que el esfuerzo hacia la descentralización y el desarrollo del nivel local, como estrategia para lograr la reorganización y reorientación del sector, se acompañe de un movimiento científico-participativo de creación y renovación de políticas, conceptos y métodos. Sin pretender ser exhaustivos en este aspecto, dado que los temas de las investigaciones surgen como consecuencia del enfrentamiento con la realidad y los problemas relacionados, es posible realizar una primera aproximación surgida de algunos documentos recientes y de experiencias que se encuentran en marcha en la Región.

Un primer tema a considerar deberá ser lograr la adecuada oferta de atención a nivel local. ¿Cómo lograr equidad, eficacia y eficiencia dentro de una unidad territorial o espacio social? ¿Cuáles serán las unidades de atención y qué complejidad deberán tener? ¿Cómo lograr el balance de la accesibilidad geográfica con el de la concentración mínima de recursos para asegurar calidad, eficiencia y continuidad de la atención? Es evidente que no existe una sola respuesta a estas preguntas, ya que en cada país la situación político-administrativa, socio-cultural y demográfica, influye de manera diferente en la toma de estas decisiones.

Este balance de estrategias entre el ámbito central y local, debe desarrollarse también dentro del propio sistema local. Surge entonces otra importante área de investigación en relación a la búsqueda de una unidad de acción de los recursos ¿Cómo lograr que la actividad de atención de la salud se realice sin separar disciplinas y especialidades? ¿Cómo lograr que la cantidad, tipo y distribución de los recursos existentes se coordinen en forma coherente para resolver los problemas prioritarios de la población?

Las respuestas a estas preguntas pueden ser distintas según el lugar y la situación en que se formulen, e incluyen, entre otras, el perfil epidemiológico de la población y el tipo de atención o nivel de intervención deseado.

Esta área de investigación se relaciona también con los temas de accesibilidad y cobertura de los

servicios. En este sentido se debe avanzar hacia la medición de la cobertura real, o sea, de la atención recibida por cada persona, familia o grupo poblacional, acorde con sus necesidades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Este enfoque de cobertura de servicios, con base poblacional, en relación a acciones integradas de salud y a las necesidades de la población, mide la equidad distributiva de los servicios de salud.

Además de estas áreas de investigación de los servicios de salud con base poblacional epidemiológica, existen también otras áreas referidas específicamente a la estructura y a los procesos internos de gestión de los sistemas de salud. Las diversas composiciones tecnológicas y los modelos de atención que se definan, deberán ser evaluados en base a la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, articulados y estructurados en una red de servicios según niveles de complejidad.

Con respecto a los recursos humanos, la capacitación permanente de todos los integrantes del equipo de salud deberá también ir acompañada de investigaciones destinadas a desarrollar y evaluar métodos que faciliten el proceso educacional, así como a estudiar aspectos específicos en relación a las características y organización del recurso humano.

Quedan seguramente muchas áreas de interés por investigar con el objetivo de promover el adecuado desarrollo de este enfoque. Antes que detallar cada una de ellas, interesa destacar la necesidad de incorporar de manera sistemática la investigación de los servicios de salud como un componente indispensable en todo proceso de reforma, dirigido a la reorganización y reorientación del sector salud, en donde se evalúe la relación entre la reorganización propuesta y la equidad, eficacia y eficiencia logradas.

Sin embargo, la investigación no debe postergar ni limitar la acción, por el contrario, debe constituirse en una motivación y apoyo a las decisiones que no puedan postergarse para solucionar problemas que no deben persistir. Este es realmente nuestro desafío: la acción y la reflexión conjuntas para avanzar hacia la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

VI. Referencias

1. OMS. 30ª **Asamblea Mundial de la Salud**. Resolución WHA 30.43, 1977.
2. OMS/UNICEF. **Alma Ata**, 1978.
3. OPS/OMS. **Principios Básicos para la Acción de la Organización Panamericana de la Salud**. 1987-1990, 10/11.
4. OPS/OMS. **Mensaje del Director**. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 102(2), 1987.
5. OPS/OMS. **Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, SILOS-10**, Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo, 1991.
6. OPS/OMS. **Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, SILOS-2**, Administración Estratégica, 1992.

