NACIONES UNIDAS

CEPAL

ILPES

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

PROGRAMA DE CAPACITACION

Documento ASD-109

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

* El presente documento, que se reproduce para uso exclusivo de los participantes de cursos de la Dirección de Programas de Capacitación, se ha tomado del libro "Los sistemas locales de salud. Conceptos, Métodos, Experiencias". Publicación científica #519, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1990.

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

INTRODUCCION

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

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

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

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

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

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

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

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

SITUACION ACTUAL

Contexto socioeconómico y político

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Situación de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

Situación de los sistemas de salud

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

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

La mayoría de los países de la Región tienen un sistema pluralista de atención de salud, en el que se pueden identificar por lo menos tres subsectores: a) el público u oficial, frecuentemente organizado en unidades de jurisdicción nacional, provincial, municipal, etc.; b) el de la seguridad social, también con jurisdicciones diferentes, que realiza aportes financieros y con capacidad instalada propia, y c) el privado, con una amplísima gama de modalidades, desde la consulta individual de un profesional hasta sanatorios con la más alta tecnología de atención.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Frente a esta realidad de establecer prioridades en el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud y la atención de problemas y grupos prioritarios, teniendo en cuenta la estrategia de atención primaria y de acuerdo con el mandato de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, se ha elaborado la presente propuesta de transformación de los sistemas nacionales de salud en base al desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) y como una táctica operativa para acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria y sus componentes esenciales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El nivel directivo debe responsabilizarse, por lo tanto, de la articulación de todos los recursos existentes (hospitales, centros y puestos de salud, acueductos y otros servicios de saneamiento, y recursos extrasectoriales) en un espacio poblacional delimitado para lograr su mejor utilización y adecuación a la realidad local. Dentro de esta responsabilidad, es de fundamental importancia el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas con la población frente al desarrollo de la salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La descentralización y desconcentración

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

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

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

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

- Firme decisión política de llevar adelante este proceso efectivamente. Lo ideal es que la decisión sea de gobierno y de carácter global. En todo caso, se puede llevar a cabo el proceso, aunque con mayores dificultades, si la decisión de gobierno es solamente sectorial.
- Transferencia del poder político necesario desde el nivel central, no solo a través de disposiciones legales y administrativas, sino transfiriendo efectivamente los recursos financieros, económicos, humanos, tecnológicos, etc., necesarios.
- Desarrollo del poder político local, dado en parte por el manejo directo de los recursos, principalmente financieros y económicos, pero sobre todo por la formación de una base de sustentación política a través de la participación directa, activa y pluralista de las organizaciones de la comunidad.
- Desarrollo de la capacidad de gestión en la prestación de servicios, lo que significa una capacidad técnica en la coordinación de recursos y en la definición, ejecución y evaluación de las actividades de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La participación social

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

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

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

La intersectorialidad

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

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

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

La readecuación de los mecanismos de financiación

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

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

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

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

El desarrollo de un nuevo modelo de atención

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La integración de los programas de prevención y control

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

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

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

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

El refuerzo de la capacidad administrativa

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

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

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

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

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

La capacitación de la fuerza de trabajo

El desafío de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 impone, entre otros aspectos, la necesidad de promover estudios y desarrollar procedimientos que posibiliten la utilización más racional del personal existente asegurando la educación permanente de los recursos humanos ya incorporados a la fuerza de trabajo sectorial.

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

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

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

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

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

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

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

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

La investigación

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

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

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

BASES PARA UN PLAN DE ACCION DE COOPERACION

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

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

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

- Hacer un inventario de experiencias indagando en todos los países los esfuerzos desarrollados en el pasado y las experiencias en marcha.
- Realizar un análisis crítico de las experiencias descritas para detectar sus virtudes y problemas.
- Promover investigaciones prospectivas de campo de algunas experiencias seleccionadas que tengan en cuenta tanto los aspectos estructurales como de procesos y resultados de los sistemas locales de salud. Se deberá comparar, entre otros aspectos, la productividad, la cobertura efectiva, el desarrollo de los programas, la eficiencia y la efectividad de los servicios y la participación y satisfacción de la población. La conceptualización y las metodologías propias de la investigación de servicios de salud son elementos que se deben tener en cuenta.
- Continuar y reforzar las actividades tendientes a dar a conocer los resultados alcanzados en los distintos países.

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

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

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

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

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

Los aspectos del desarrollo de los SILOS descritos en la sección precedente de este documento serán los que orientarán las actividades de cooperación y sus posibles aperturas en proyectos concretos de trabajo, en donde se identifiquen los objetivos a alcanzar, la movilización de los recursos y los indicadores de evaluación. Se dará especial consideración a las dificultades que involucra el logro de los cambios propuestos. Se han identificado cinco cuestiones específicas que se deben tratar como pasos iniciales: fortalecimiento del sistema local de planificación e información, desarrollo de la capacidad de gestión, participación social, liderazgo general del sector salud, y desarrollo adecuado de los recursos humanos de salud.

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

Eugenio Vilaça Méndes

INTRODUCCION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al contrario, la estrategia de transformación deberá definirse en cada coyuntura, los planos tácticos de las acciones posibles y sobre esa base ir implantando la viabilidad política para el proyecto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La existencia de este fenómeno es lo que va a permitir ganar el apoyo de la población al proyecto de transformación del sistema nacional de salud y esta es la única forma de construir la viabilidad política definitiva de un proyecto de cambio. El espacio donde esto se puede observar es, fundamentalmente, el espacio local de un SILOS.

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

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

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

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

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

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

LOS OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

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

Eficiencia social

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

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

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

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

Eficacia social

Aquí, también, el concepto económico rígido de eficacia, o sea, la relación entre la cantidad de recursos, actividades o resultados programados y la cantidad efectivamente obtenida –lo cual expresa el grado de cumplimiento de metas– es limitada para la fijación de objetivos en un sistema de salud. Por tal motivo, se propone la sustitución del concepto de eficacia económica por el de eficacia social y epidemiológica.

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

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

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

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

Equidad

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

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

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

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

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

Democratización

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) una ineficiencia relativa mayor de la organización como un todo, considerando los gastos públicos y privados. Esta falta de eficiencia global no significa que a nivel de unidades productoras individuales no se pueda dar la optimización, cuando se consideran estrictamente en el cálculo de eficiencia los recursos económicos;

b) una eficacia relativa menor, dado que los servicios no están organizados de manera tal que puedan atender las necesidades de la población y, por consecuencia, sólo en forma complementaria lograrían un impacto en la situación de salud;

c) una tendencia creciente a la desigualdad relativa, por las diferentes barreras que se oponen al acceso a los servicios y por la discriminación de clientela que les son inherentes. Esto se explica, en parte, por el gran monto de gastos personales o familiares que están presentes en el financiamiento de estos modelos organizativos;

d) una democratización relativa menor, debido a las dificultades que una forma organizativa autárquica y sin base territorial presenta a la participación social.

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

a) una eficiencia social relativa mayor, ya que la organización por redes permite la utilización racional de los escasos recursos aplicando los principios de economía de escala y a través del establecimiento de funciones de producción óptimas. Además, tiene la flexibilidad para incorporar otros criterios evaluativos que guardan relación con la misión de las instituciones;

b) una eficacia relativa mayor, dado que el sistema estará organizado, principalmente, para responder a los problemas prioritarios de un determinado espacio-poblacional;

c) una tendencia creciente a la equidad relativa, a través de la creación de sistemas universales que garanticen una participación significativa en su financiamiento de gasto público;

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

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

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

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

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

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

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

LOS SUJETOS-OBJETOS DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

(4) Barrenechea, J. J. *Reflexiones en torno a la conducción y gerencia de los sistemas de salud en los países de Centro América y Panamá en el actual contexto de las sociedades en que estas se insertan*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud, Nº 56, Washington, D.C., 1988, pág. 25.

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

(6) Roux, G. de, *et al*. *Participación social en los sistemas locales de salud*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud Nº 35, Washington, D.C., 1988, pág. 82.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PARTICIPACION SOCIAL Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD

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

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

Persistencia de viejos problemas

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

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

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

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

En el terreno de lo intersectorial, si bien algunos países han definido políticas en áreas comunes de alta prioridad, como son la nutrición, la educación y el trabajo; las acciones intersectoriales se mantienen limitadas en su alcance y trascendencia. El sector salud no ha ganado liderazgo en este terreno, siendo superado por otros sectores considerados como de mayor valor estratégico y con mayor potencial y visibilidad políticos.

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

Servicios y sistemas de salud

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

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

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

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

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

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

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

Formas de participación y servicios de salud

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

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

En la década de los cincuenta, estas nuevas ideas y conceptos se aplicaron y adoptaron bajo la denominación de *animación rural* o *desarrollo de la comunidad*. El enfoque dominante era de naturaleza científica y proponía la introducción o *transferencia* de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de la población. Con frecuencia, este enfoque estaba acompañado de un estilo de vida occidental o moderno que se definía como superior por un mayor consumo de bienes y servicios y que, esencialmente, contenía otra visión del mundo. La participación de la gente estaba representada por su capacidad de organizarse y movilizarse en torno a programas y acciones ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional, bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las ideas e innovaciones y las prioridades señaladas por los profesionales de la salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

UN MODELO DE ANALISIS DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

El enfoque sistémico de la salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta interacción resulta un fenómeno necesariamente conflictivo, en donde cada conjunto o dupla, estímulo-respuesta, representa una situación particular de conflicto que puede establecerse en el área biológica, en el nivel psicológico, o en el área social del individuo; pero cuyos efectos se manifiestan en todo el organismo, en virtud del principio de totalidad de los sistemas.

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

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

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

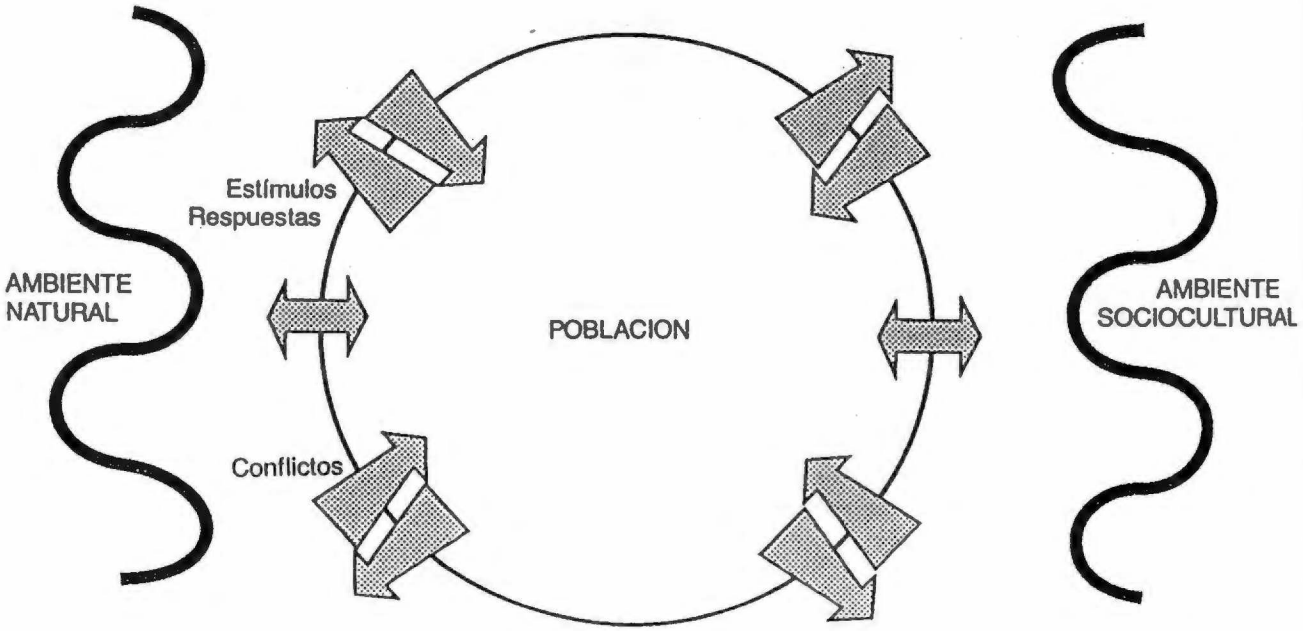
Esta doble dimensión del estado de salud o enfermedad tiene implicaciones importantes en la atención de la salud, puesto que da lugar a dos definiciones posibles de necesidad de atención igualmente válidas, pero no siempre coincidentes: la definición *personal*, orientada por un modelo interpretativo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

En el nivel de análisis poblacional, la salud y la enfermedad son, también, la resultante de un proceso dinámico de interacción entre la población y el ambiente (Figura 1). La población puede considerarse como una unidad bio-sociocultural que conforma una determinada comunidad y el ambiente está representado, por un lado, por el contexto ecológico natural de naturaleza física y biológica y por otro lado, el ambiente sociocultural con su diversidad de componentes de naturaleza ideológica, sociológica o tecnológica que confluyen en subsistemas sociales diferenciados por su función, como el subsistema económico, educativo, político, cultural, etc. En los ecosistemas humanos, los determinantes del ambiente sociocultural han pasado a ocupar un lugar preponderante con relación a las variables del medio natural más controladas por el hombre moderno. Por ejemplo, se reconoce cada vez más la importancia del llamado *estilo de vida* en la determinación de la salud, especialmente en los países desarrollados. El estilo de vida ha sido definido como pautas de comportamiento regulares y sostenidas de grupos e individuos a lo largo de períodos de tiempo prolongado. Aunque expresados a través del individuo, los comportamientos están, sin duda, condicionados por categorías colectivas; los valores, los hábitos y las condiciones socioeconómicas del grupo de referencia del individuo y del contexto social más amplio (OPS, 1986), limitan o amplían las opciones para la acción.

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

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

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



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

La atención de la salud

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

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

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

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

En una tercera instancia, existe en todas las sociedades otro conjunto de estructuras denominadas redes "sociales de apoyo", constituidas por otros grupos primarios o secundarios (grupos de autoayuda, religiosos, laborales, etc.), que suelen desempeñar un papel fundamental en el mantenimiento y recuperación de la salud.

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

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

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

Los sistemas de salud

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

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

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

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

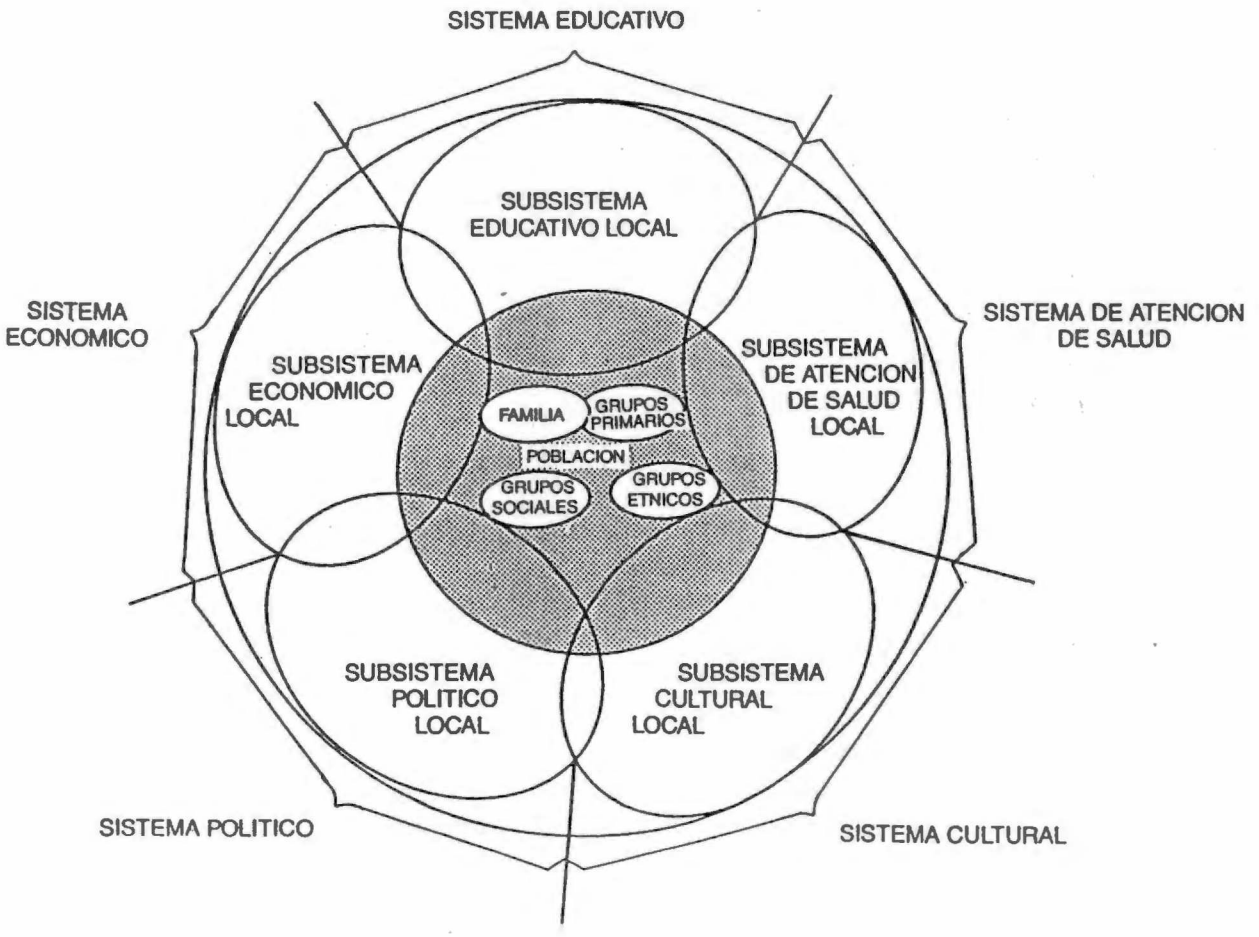
El *sistema de atención de salud*, que corresponde a aquellos elementos o componentes del sistema social que se han diferenciado, formal o informalmente, para brindar acciones de salud a una población. Como ya se ha visto, está compuesto, por lo menos, por el sistema institucional de servicios de salud, el sistema tradicional comunitario y el sistema popular.

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

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

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

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



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

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

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

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

LA PARTICIPACION SOCIAL EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

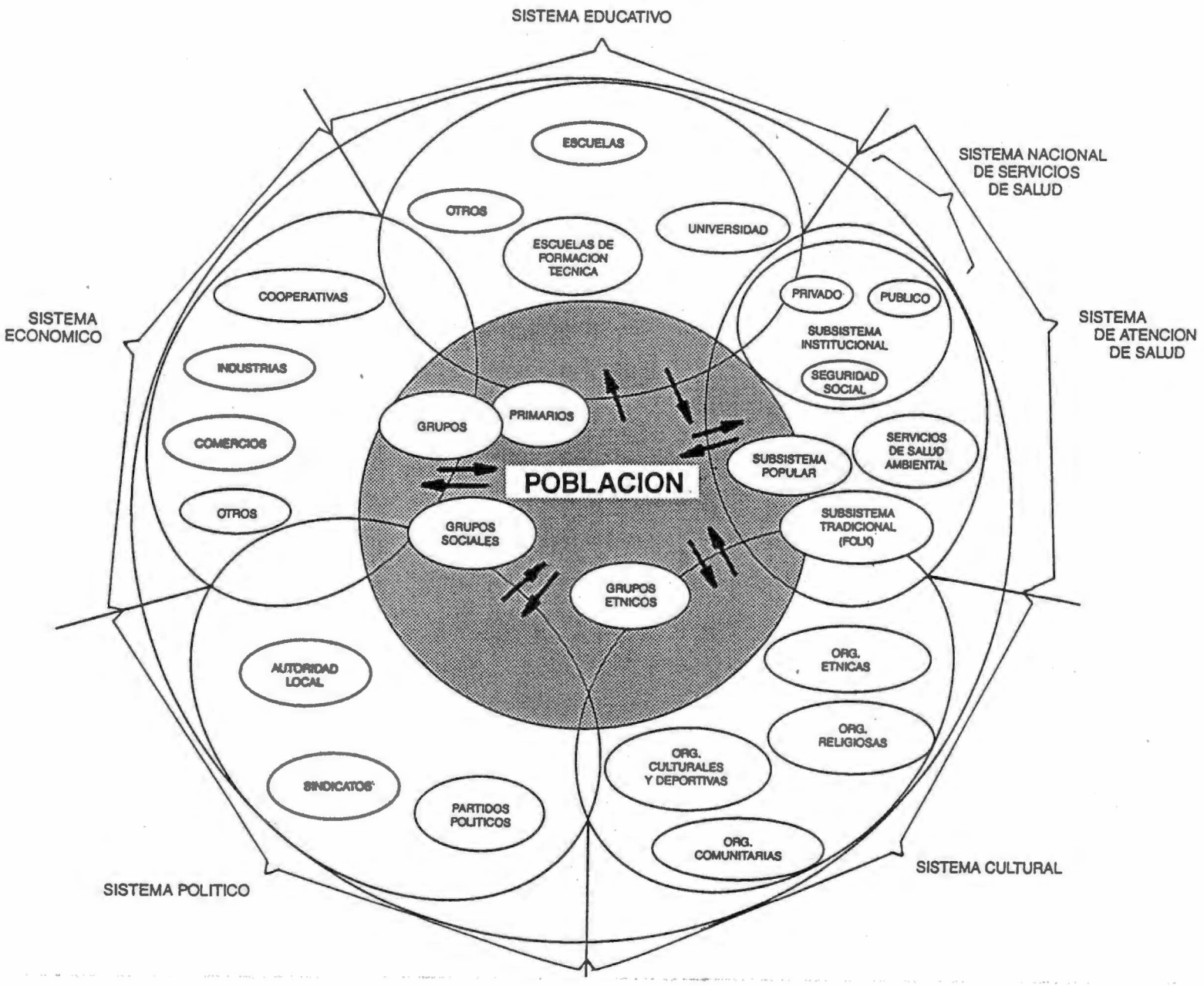
Como se señaló anteriormente, la participación social entendida en su sentido más amplio, es un proceso complejo inherente a la dinámica de toda sociedad. De hecho, es una expresión del movimiento continuo que ocurre en todos los espacios cotidianos y en el transcurrir de la vida social. Cada persona,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

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

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

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

Figura 3. Sistema local de salud.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA OPERACIONALIZACION DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN LOS SILOS

Hipótesis

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

Una estrategia válida para tal fin debe viabilizar:

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

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

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

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

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

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

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

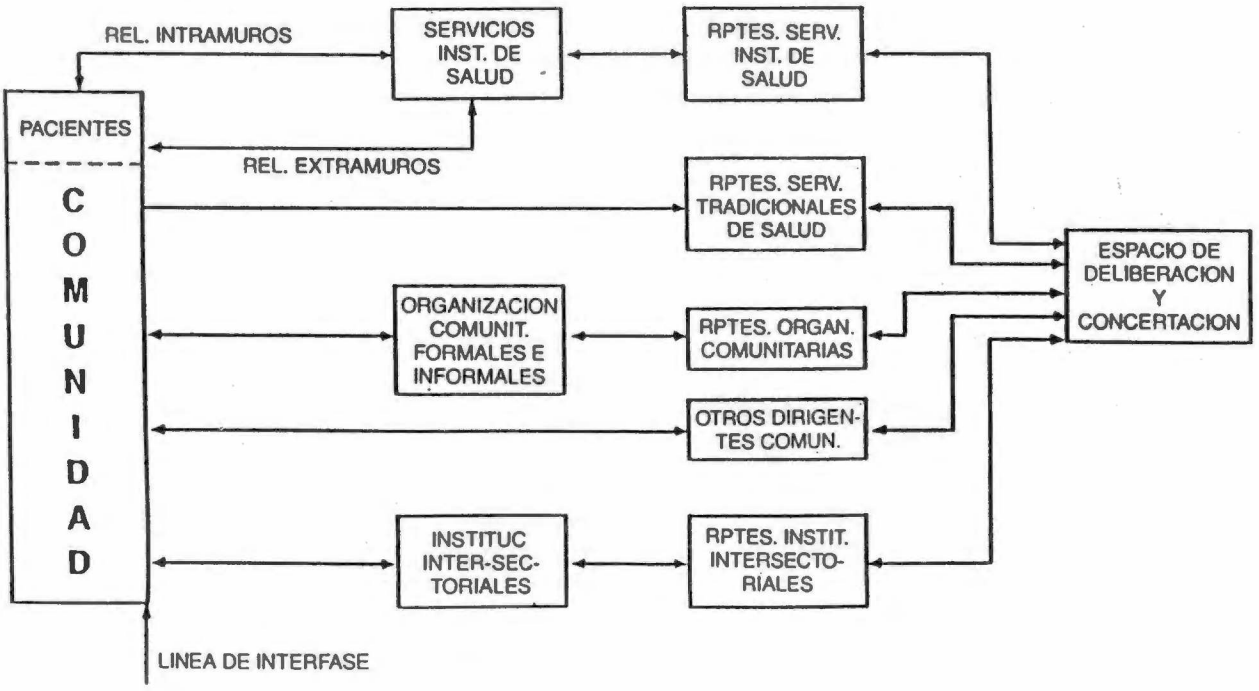
c) Los mecanismos para *pedir y rendir cuentas* sobre el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos adquiridos en la concertación con los distintos grupos e instituciones de salud y de otros sectores.

La activación de los procesos arriba mencionados requiere del concurso de *espacios de deliberación y concertación* existentes en las comunidades, de su ampliación o de la apertura de nuevos espacios donde puedan realizarse análisis colectivos y programas locales concertados mediante la *planificación participativa*, así como de un proceso continuado de *desarrollo de recursos humanos*.

Los espacios de concertación

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

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



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

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

Esta posibilidad depende, no obstante, de cómo está conformada la *estructura de poder local*, de las redes de solidaridad existentes y de las alianzas y conflictos que se dan entre los diversos actores individuales, sociales e institucionales que juegan un papel en dicha estructura. El reconocimiento de estos elementos constituye un punto de partida para el diseño y ejecución de programas concertados de salud (Pedersen y Coloma, 1984: 192), así como en la determinación de si se debe apelar el concurso de espacios existentes, incentivar el surgimiento de otros nuevos, o ambos.

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

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

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

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

La planificación participativa

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

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

Por otra parte, por inspirarse en un proceso deliberativo en el que se busca consenso sobre resultados esperados, sobre procedimientos para lograrlos y sobre responsabilidades, difícilmente pueden establecerse sectorizaciones en fases rígidamente secuenciales. La concertación si es permanente, sugiere *momentos* que se entrelazan y yuxtaponen. Es factible, por ejemplo, que en condiciones de participación social en la deliberación y en la concertación, el análisis de problemas se entrevere con formulación de objetivos, determinación de responsabilidades y asignación de tareas. No se quiere decir con esto que sea imposible diseñar programas relativamente estructurados con el concurso de la planificación participativa; pero, sí señalar que dicha estructuración sigue caminos que obedecen más a las dinámicas interactivas particulares de cada caso, que a los lineamientos rígidos de la planificación normativa. La planificación participativa es un *proceso* continuo, difícil de desagregar en etapas de temporalidad precisa, que incorpora flujos y reflujos de información, ininterrumpidamente. En ese proceso, las personas de las comunidades aportan sus anécdotas a los diagnósticos de la problemática, expresándolas con frecuencia a través de códigos y símbolos ajenos al lenguaje técnico, como se da por ejemplo en el lenguaje figurado que incorpora halófrasis, decires, metáforas y comparaciones. Lo anecdótico suele ser totalizante en la medida en que resume en pocas frases hechos, juicios, lecciones y sugerencias. Es obvio que este tipo de insumo le imprime a la planificación una secuencia y un contenido muy particular.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Tiene como referencia permanente las posibilidades reales de la gente para contribuir a la ejecución de un programa del cual es coautora. Esta referencia es importante para evitar que la perspectiva tecnocrática se divorcie de la perspectiva de la gente. En ese sentido cualquier programa concertado que resulte del proceso debe ser claro, sencillo y práctico.
- Se centra en necesidades y problemas y vuelve recurrentemente a ellos articulándolos en todo el proceso de planificación, a través de interrogantes cuyas respuestas sugieren ciclos que rompen con la rigidez secuencial. El Cuadro 1 ilustra parcialmente ese proceso.
- Tiene flexibilidad. La planificación participativa no puede desembocar en programas que pretendan encasillar las dinámicas sociales entre aristas rígidas. La vitalidad cotidiana genera continuamente situaciones importantes para la gente, que obligan a reeditar periódicamente el programa sacrificando, a veces, lo necesario en beneficio de lo urgente, sin perjuicio de perder la direccionalidad del proceso.
- Constituye un vehículo de comunicación permanente entre los niveles de concertación y la base social. La planificación participativa necesita alimentarse constantemente de las percepciones, sentimientos, juicios y apreciaciones que los grupos formales e informales y que los servicios institucionales captan en la población, al tiempo que devuelve, por los mismos canales, la información que surge de elaboraciones y acuerdos realizados en espacios de concertación o en el desarrollo mismo de las estrategias. Este reciclaje continuo que socializa las decisiones, a la vez que permite remodelarlas con la comunicación permanente, es fundamental para la apropiación consciente de los programas por la gente. Sin comunicación bidireccional ininterrumpida, la programación surgida en la planificación se convierte en letra muerta.
- Activa la dinámica comunitaria y fortalece los procesos organizativos y de participación social. El desarrollo de estos procesos está relacionado con la competencia que tengan los programas convenidos para remover el pensamiento, provocar entusiasmo y estimular la creatividad en todos los actores envueltos. Los procesos de participación social no son parejos ni continuos y se activan o desactivan en función de diversos factores, entre los cuales el sentido o la pérdida de razón de ser del programa para la población constituye un elemento básico.

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

Interrogantes			Fases del Proceso
¿Cuáles son las ¿Se están resolviendo bien o mal las	NECESIDADES Y PROBLEMAS	más importantes?	Análisis situacional.
¿Cuáles de las		hay que resolver primero?	Determinación de objetivos y prioridades.
¿Qué se puede hacer para resolver las			Diseño de estrategias y acciones.
¿Cómo puede contribuir cada organización para que las		sean resueltos?	Asignación de responsabilidades y tareas.
¿Qué recursos se necesitan para que las		sean resueltos?	Determinación de recursos necesarios.
¿Se cumplieron los compromisos para que las		fuesen satisfechos?	Control.
¿Se resolvieron las			Evaluación, nuevo análisis situacional.

- Tiene efecto capacitador. La planificación participativa constituye un ejercicio de capacitación no solamente de la población, sino, además, de profesionales, técnicos y funcionarios envueltos en el proceso. Recomponer un conocimiento nuevo y acordar colectivamente pautas para la acción implica aprendizaje mutuo, por cuanto: 1) considera como fuentes de cognición a la cotidianidad y a la lectura que de ella y del accionar de los programas hacen todos los actores; y, 2) coelaborar un nuevo saber en el contexto de la planificación participativa significa, por definición, socializarlo.
- Establece coordinación y control colectivos como garantía del cumplimiento de los compromisos adquiridos. Esto no significa pérdida de autonomía de los distintos grupos sociales o institucionales que interactúan en los SILOS. La cogestión de un programa concertado que supone el desarrollo de acciones variadas, de complejidad diferenciada y de alcances diversos, llevadas a cabo por distintos actores, reclama una administración descentralizada en la que cada estamento gestiona y ejecuta sus procesos y responsabilidades concertadas; pero, donde todos ellos participan en el control de su cumplimiento y en la coordinación general del proceso como conjunto.

Desarrollo de recursos humanos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROPUESTAS PARA LA INVESTIGACION

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

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

Teniendo en cuenta la limitaciones del presente documento, se sugieren aquí, solamente, algunos elementos y líneas de trabajo que se consideran importantes cuando se trata de investigar y trabajar en participación social, los que necesitan ser ampliados y enriquecidos en protocolos de investigación, en refinamientos a las estrategias para operacionalizarla, así como con los resultados de las investigaciones mismas.

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

- Grupos formales e informales en el territorio de los SILOS, las redes que establecen entre sí, el reconocimiento que tienen entre la población, las formas de dirigencia que asumen, sus intereses particulares y su capacidad para trascenderlos articulándose a dinámicas participativas amplias, su permanencia como grupos y sus procesos internos de deliberación, toma de decisiones y control social.
- Organizaciones políticas y religiosas, cívicas, culturales, gremiales, etc., que actúan en el territorio de los SILOS, formas que utilizan para interactuar con la población (interfase) y nivel de influencia que poseen; procedimientos para establecer espacios de diálogo y mecanismos para incorporar representantes de la población como sujetos de decisión.
- Instituciones del sector público, gubernamentales y no gubernamentales, y servicios que prestan, espacios de discusión que generan entre sí y para relacionarse con la población (interfase).
- Dirigentes locales, intermediarios y funcionarios, sus relaciones de alianza o conflicto y las formas que utilizan para incidir sobre la población.

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

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

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

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

- Representatividad de los delegados a los espacios de concertación y distancia que establecen de sus bases sociales.
- Bidireccionalidad de la comunicación: provisión-recepción de la información y su procesamiento, formas de obtenerla y de devolver conocimiento elaborado a la gente.
- Relación entre los aportes de los delegados a los espacios de deliberación y concertación y las decisiones tomadas. Es decir, en qué medida los programas concertados reflejan o no las contribuciones de los diferentes actores participantes en el proceso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

Anderson, C.L. *Community health*. Saint Louis, The C.V. Mosby Co., 1973.

Barber, B. *Strong democracy: Participatory politics for a new age*. University of California Press, Los Angeles, 1984.

Barrenechea, J.J. y Trujillo, E. *SPT/2000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Medellín, Colombia, 1987.

Belmartino, S. y Bloch, C. *Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina*. Cuadernos Médico Sociales No. 27. Buenos Aires, Argentina, 1984.

Bonilla, M.D. *Manual de metodologías y técnicas: Plan nacional de participación popular en salud*. Ministerio de Salud, Costa Rica, 1981.

Brasil, Ministerio de Saúde. *Vamos fazer brinquedos*. Mozambique, 1984.

Coombs, P.H. *Meeting the basic needs of the rural poor: the integrated community-based approach*. Pergamon Press, New York, N. Y., 1980.

Checkoway, B. (ed.). *Citizens and health care: Participation and planning for social change*. Pergamon Press, New York, N. Y., 1981.

De Kadt. E. *Community participation for health: the case of Latin America*. VII International Conference on Social Science and Medicine. Leewenhorst, Netherlands, 1981.

Diaz Bordenave, J.E. *O que e participação*. Editora Brasilense, S.A., São Paulo, Brasil, 1983.

Djukanovic, V. y Mach, E. P. (eds.). *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries*. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1975.

Ferrara F., Acebal E. y Paganini, J.M. *Medicina de la comunidad*. Intermédica. Buenos Aires, Argentina, 1976.

Freire, P. *The politics of Education: Culture, power and liberation*. Bergin & Garvey Pub. Inc., Massachussetts, U.S.A., 1985.

Goodenough, W.H. *Cooperation in Change: An anthropological approach to community development*. Russell Sage F., New York, N. Y., 1976.

Instituto Interamericano de Cooperação para à Agricultura. *Educação rural integrada: A experiencia de pesquisa e planejamento participativo no Ceara*. Editora Paz e Terra, S. A., Rio de Janeiro, Brasil, 1983.

Leñero, M. *De lo institucional a lo comunitario: un programa de salud rural*. Asociación Mexicana de Población, México, 1982.

Matus, C. *Planificación y gobierno*. Coloquio internacional sobre nuevas orientaciones para la planificación en economías de mercado, Santiago, Chile, 1986.

Matus, C. *Planificación de situaciones*. Fondo de Cultura Económica, México, 1980.

Montenegro, C. *Organos de poder popular: Documentos rectores para la experiencia de Matanzas*. Editorial Orbe, Cuba, 1974.

Morley, D. y Rohde, J.E. *Practicing health for all*. Oxford University Press, Oxford, 1983.

Muller, F. *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. Universidad de Antioquia, Colombia, 1979.

Oakley, P. *Approaches to participation in rural development*. Ilo, Geneva, Switzerland, 1984.

Organización Panamericana de la Salud. *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas: Análisis de estudios de casos seleccionados*. (Publicación Científica No. 473), Washington, D.C., 1984.

Organización Panamericana de la Salud. *Estilos de vida y sistemas culturales*. (Documento inédito), Washington, D.C., 1986.

Organización Panamericana de la Salud. *Organización de los servicios de salud basados en la atención primaria*. Análisis de los Programas, Washington, D.C., 1987.

Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y al proceso de descentralización en los países de la Región de las Américas*. (Mimeografiado), Washington, D.C., 1987.

Pan American Health Organization. *Annotated bibliography in health promotion, education and community participation*. HSD/HSI Publication PNSP/87-22, Washington, D.C., April 1987.

Pedersen, D. *Evaluación de servicios de salud: La perspectiva de la gente*. (Documento inédito). Taller Regional sobre Evaluación de Servicios de Salud Materno Infantil, Venezuela, 1987.

Pedersen, D. y Coloma, C. *Perspectivas de salud, organización social y modelos de comportamiento: Estudios de caso en la Amazonía, Sierra y Costa del Ecuador*. (Informe Final de Investigación: PAHODOC, PNSP/84-53), OPS/OMS y MSP, Quito, Ecuador, 1984.

Perrett, H. y Lethem, F.J. *Les Facteurs humains dans les projets de developpement*. (Document de Travail des Services de la Banque Mondiale N°. 397). The World Bank, Washington, D.C., Juin 1980.

Stiefel, M. y Pierce A. *UNRISD'S popular participation programme: An inquiry into power, conflict and social change*. Assignment Children, 59/60, Geneva, Switzerland, 1982.

Testa, M. *La planificación estratégica*. (Mecanografiado), Buenos Aires, Argentina, S. F.

Ugalde, A. *Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs*. VII International Conference on Social Science and Medicine. Leewenhorst, Netherlands. June, 1981.

UNICEF. *Community participation: a compilation*. New York, N. Y., 1980.

United Nations. *A manual and resource book for popular participation training: Selected examples of innovative training activities*. Vol. II. New York, N. Y., 1978.

Uphoff, N. T.; Cohen, J. M. and Goldsmith, A.A. *Feasibility and application of rural development participation: a*

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

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

SISTEMAS LOCALES DE SALUD
Un nuevo modelo de atención

José María Paganini

INTRODUCCION

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

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

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

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

Además, la crisis económico-financiera que afecta a la mayoría de los países ha puesto en evidencia los problemas en la eficiencia y eficacia de los sistemas de salud, los que deben mejorar si se pretende alcanzar una mejor utilización de los escasos recursos y así contribuir a lograr la distribución más equitativa de los mismos.

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

LOS ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS

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

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

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

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

HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCION
LAS CONTRADICCIONES A SUPERAR

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

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

Lo político y lo técnico

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

El nivel central y el nivel local

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

Por lo tanto, está ya superado el concepto que en el nivel local solo se ejecutan las normas del nivel central; o de niveles locales pasivos frente a la realidad social y epidemiológica, esperando las *soluciones* del nivel central. La propuesta de desarrollo de los SILOS piensa en un nivel local con la responsabilidad y capacidad de responder a las necesidades locales, teniendo así un rol activo frente a las mismas.

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

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

La descentralización y la centralización
La desconcentración y la concentración

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

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

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

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

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

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

Los servicios de salud y los programas de salud

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

Esta concepción integral tendrá importancia en el momento de considerar los aspectos operativos de la organización de los servicios y en los de la programación de los mismos.

Los programas verticales y los programas horizontales

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

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

La atención de la salud y la atención de la enfermedad

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

La atención al medio y la atención a las personas

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

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

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

La atención individual y la práctica del equipo de salud

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

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

Alta complejidad y baja complejidad

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

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

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

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

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

Lo sectorial y lo intersectorial

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

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

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

En el momento normativo de la programación,

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

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

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

La investigación y la acción

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

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

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

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

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

Desarrollo de un SILOS o de todos los SILOS

La propuesta de reorganización del sector en base a los SILOS tiene como una de sus metas más importantes la equidad. Ello significa, que ante la necesidad de acelerar el proceso de salud para todos, deban seleccionarse áreas en donde exista población con mayor necesidad y, en consecuencia, apoyar en ellos el desarrollo de los SILOS para mejorar la atención de la salud en esas zonas postergadas. Pero este esfuerzo de desarrollo especial de algunos SILOS, no debe hacer olvidar que la propuesta es una propuesta global y que la reorientación del sector en su totalidad se logrará cuando los SILOS funcionen en todo el territorio de un país. La meta es el desarrollo de todos los SILOS, para toda la población.

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

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

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

El impacto, el proceso y la estructura de la atención

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

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

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

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

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

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

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

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

Ninguna programación será buena si detiene o dificulta la acción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De esta manera, el modelo de atención res-

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

REFERENCIAS

(1) Organización Panamericana de la Salud, *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*. Washington, D.C., 1989. pág. 16.

(2) World Health Organization. *From Alma-Ata to the year 2,000*, John Bryant. "Reflections at the Midpoint on progress and prospects". Rigga-USSR-22-25, March 1988.

(3) World Health Organization, *Alma-Ata reaffirmed at Rigga*, "From Alma-Ata to the Year 2,000", Rigga, USSR, 22-25 March 1988. Documento WHO/SHS/88.2.

(4) World Health Organization, *Declaration on strengthening district health systems based on PHC*. Harare, Zimbabwe, August, 1987.

(5) Organización Panamericana de la Salud, Documento CD33/14, pág. 4-11.

(6) World Health Organization, UNICEF, *Alma-Ata Declaration*. 1977.

(7) World Health Organization, *Alma-Ata Reafirmed at Rigga*, Op.cit.

(8) Organización Panamericana de la Salud, Doc. CD33/14, op.cit.

(9) Ibíd. págs. 15 y 16.

(10) Oszlak, J., *La descentralización y desconcentración en los SILOS*, Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, (mimeo), Serie No. 17, Washington, D.C., 1987.

(11) Sonis, A., Paganini, J. M., *La Atención de la Salud* en: Medicina Sanitaria y Administración de la Salud, Tomo II, pág. 261-345. Editores, Sonis y Colab. Edit. Ateneo, 1983.

(12) World Health Organization, *Alma-Ata reafirmed at Rigga*, op. cit.

(13) Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. *Conclusiones, reunión sobre investigación de servicios de salud*, del 16-17 abril, Washington, D.C., 1987.

(14) Paganini, J.M. Johns Hospkins University. *Tesis de grado*, D.P.H.

(15) World Health Organization, *The place of epidemiology in local health work*, Offset Publication, No. 70, Geneva, 1982, pág. 33.

(16) Chorny, A., Lanza, A., Paganini, J.M., Rossi, S., *La epidemiología, la planificación, la necesidad de atención y los sistemas de información*. Revista Atención Médica, CLAM, 2 (3-4), diciembre 1973, marzo 1974.

(17) Matus, C. *"Política, planificación y gobierno"* (segundo borrador). Organización Panamericana de la Salud, septiembre 1987, Washington, D.C., M.A. García, Imprenta Venezuela, pág, 733.