

Reseñas

ENFOQUES ESTRATEGICOS REGIONALES PARA LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD¹

Por Jorge Castellanos Robayo²

El nuevo concepto de cobertura

El reconocimiento de la importancia de los factores determinantes de la salud ajenos a la acción de los servicios y las interrelaciones de tales factores con diferentes componentes del desarrollo social y económico introducen modificaciones profundas en el concepto de cobertura de atención de salud y su extensión a toda la población. A la noción de cobertura que hace referencia a la acción de los servicios con respecto a la población se incorporan elementos adicionales que implican nuevos cometidos y campos de acción para dichos servicios.

Vista en este contexto, para que la cobertura sea eficaz se requiere un nivel mínimo aceptable de bienestar y la presencia de un espectro amplio de servicios, capaz de atender de manera apropiada diversos estados o diferentes tipos de necesidades derivadas de la pérdida de la salud. Esto exige la adopción de políticas orientadas a instaurar y estimular la verdadera ac-

ción intersectorial de la salud, así como formas de organización de los servicios que permitan una utilización eficiente de los medios y recursos disponibles, y que garanticen a toda la población un acceso real a dichos servicios.

Los enfoques estratégicos propuestos, tanto en el nivel mundial como en la Región de las Américas, para alcanzar las metas de la extensión de cobertura y Salud para Todos en el Año 2000 contemplan un conjunto muy amplio de actividades, las cuales varían según las situaciones en las que deben llevarse a cabo. La base conceptual de estos enfoques estratégicos es el reconocimiento de que la salud es un producto intersectorial y, por lo tanto, no depende exclusivamente de la acción de los servicios, los cuales, por otra parte, se identifican como componentes de un sistema social cuyo objetivo es el bienestar de los individuos y de la comunidad.

Atención primaria

Según la Declaración de Alma Ata "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al

¹ Reseña basada en un trabajo presentado al I Congreso Internacional y III Congreso de Medicina, Cirugía y Seguridad Social, Lima, Perú, 8-15 de febrero de 1980.

² Asesor Regional en Atención de Salud y Administración Médica, División de Servicios Integrados de Salud. OPS, Washington, D.C.

alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad."

La conceptualización de esta estrategia reconoce en su origen dos hechos fundamentales:

- El análisis de los factores que condicionan el estado de salud de los individuos y las comunidades muestra que los mismos, en una gran proporción, escapan al control y posibilidades de acción de los enfoques tradicionales de los servicios de salud. La solución de esos problemas entraña modificaciones significativas del medio ambiente y el estilo de vida de las poblaciones, las cuales dependen de la actividad conjunta de todos los sectores que contribuyen al desarrollo económico y social.

- Ante las limitaciones de los servicios de salud para llegar de manera eficaz a toda la población, aunque sea con servicios mínimos, resulta perentorio reconocer la importancia de las acciones que realizan las propias comunidades para su atención de salud.

La aceptación de estos postulados condujo a la necesidad de poner en práctica formas de organización diferentes de las tradicionales, y de adoptar un nuevo enfoque para el ejercicio de las actividades del sector salud, el cual se debe aplicar de manera fundamental—pero no exclusiva—en el primer nivel de atención.

En efecto, la atención primaria corresponde a un enfoque de atención integral de la salud en el cual se combinan formas de identificar y reconocer los problemas y necesidades básicos de la población con una estrategia para organizar la acción requerida, a fin de encontrar una solución a tales problemas. Asimismo integra, a nivel de la propia comunidad y con su participa-

ción activa, todos los elementos necesarios para obtener el mejoramiento de la calidad de la vida y el estado de salud de esa misma comunidad.

Según este enfoque, la atención primaria reconoce e incorpora de manera conceptual y práctica las actividades que la comunidad lleva a cabo tradicionalmente para la atención de su salud, a la vez que las orienta y favorece su articulación y armonización con aquellas que son propias del sistema institucional de servicios de salud. Entendida en esta forma, desde un punto de vista operativo, la atención primaria está constituida por tres conjuntos de actividades fundamentales:

- La reorganización de las acciones del sector salud, particularmente en el primer nivel de atención, para satisfacer los requerimientos prioritarios de atención de salud y promover simultáneamente la satisfacción de necesidades básicas de la población mediante acciones intersectoriales coordinadas.

- La aceptación y adecuación de actividades que la comunidad por tradición realiza para atender sus necesidades de salud (el denominado sistema tradicional comunitario).

- La puesta en marcha de mecanismos de articulación que permitan la interrelación entre el sistema institucional de servicios y las acciones de atención de salud propias de la comunidad, para favorecer desde estas el acceso de la población a todos los niveles de atención de dicho sistema institucional.

Necesidades básicas de la comunidad

El punto de partida de las actividades de atención primaria debe ser el conocimiento de las necesidades de la comunidad, las cuales reflejan problemas reales—no necesariamente en el campo tradicional de la salud—a cuya solución la comunidad otorga primacía. La importancia del reconocimiento de estas necesidades y la búsqueda de soluciones, que identifiquen a la atención primaria con las prioridades que la co-

munidad percibe como propias, son esenciales para lograr su motivación y encontrar canales de comunicación para el fomento e instrumentación de otras acciones de salud y de desarrollo comunitario.

El contenido de las respuestas que se derivan de dicha comunicación y, por consiguiente, de la atención primaria, que reflejan las condiciones económicas y las características socioculturales del grupo, variarán por supuesto según los diversos países y comunidades. Se reconoce, sin embargo, que tales respuestas deben tener ciertos atributos básicos, entre los cuales se destacan:

- Las actividades de atención primaria deben ser eficientes pero simples, en términos de costo, técnica y organización.

- Tales actividades, de fácil acceso a la población, deben tener en cuenta tanto el conocimiento científico y la tecnología de salud, como las prácticas aceptadas y eficaces de atención tradicional de la propia comunidad.

- La combinación de estas dos variables debe generar métodos y técnicas apropiadas de bajo costo, aceptables y de fácil manejo por parte del personal de salud que trabaja a nivel de la comunidad.

- La atención primaria debe utilizar todos los recursos locales disponibles generados por la propia comunidad, tanto humanos, materiales o financieros, como aquellos que provienen del sistema institucional de servicios.

- El contenido específico de salud — variable según las características de la comunidad y su condición rural o urbana, que implica diferentes necesidades básicas — debe estar relacionado con servicios de poca complejidad tecnológica.

- Las áreas prioritarias que deben desarrollarse en este sentido estarán en relación con el fomento de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico y el mejoramiento de la vivienda; la educación en salud; la atención maternoinfantil; el control de enfermedades transmisibles; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales y la asistencia médica de condiciones frecuentes y sencillas, en particular de los casos de urgencia, la vigilancia epidemiológica y el mantenimiento de registros para propósitos de información.

- La atención primaria, en cuanto se realiza

fundamentalmente en el primer nivel de atención, forma parte del sistema nacional de servicios de salud y debe constituir su “puerta de entrada” para los grupos comunitarios a los cuales sirve en cada situación particular. (Esta circunstancia, unida a la similitud en la denominación, hace que con frecuencia se confunda el concepto de atención primaria con el de primer nivel de atención.)

Por último, para que la atención primaria sea eficaz, el primer nivel de atención en el cual se ejerce debe estar conectado con los otros niveles del sistema institucional de salud, en forma tal que se asegure el acceso, para cada miembro de la comunidad, a todo el conjunto de servicios que ofrece el sistema, y en los cuales debe solucionarse aquella proporción de los problemas detectados que no se puedan resolver en el marco de actividades que conforman dicho primer nivel.

La aceptación de esta característica, de particular importancia para el éxito de la estrategia de atención primaria, hace necesaria la reorganización del resto del sistema para darle apoyo y favorecer su crecimiento ulterior. El reconocimiento de este requisito lleva consigo la necesidad de reestructurar de manera apropiada el estrato institucional hacia donde se produce la referencia y desde donde se deberán ejercer las actividades de apoyo técnico, administrativo y logístico, al igual que las funciones de supervisión. El conjunto de servicios que se configura de esta manera debe llegar a constituir una verdadera red de servicios primarios, cuyas particularidades en cada situación local requieren una identificación y fomento apropiados.

Participación de la comunidad

Como ya se señaló, la ejecución del enfoque de atención primaria de salud exige la participación de la comunidad en las diferentes etapas del proceso de la prestación de los servicios. Dentro del enfoque de

atención primaria de salud, se entiende a la participación comunitaria como un "proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo". El logro del establecimiento de interacciones con la comunidad y la obtención de su colaboración, se considera desde hace tiempo como uno de los mecanismos más eficaces para el avance de los servicios de salud, en especial en las zonas rurales.

En este contexto, los objetivos de la participación comunitaria en la aplicación de la estrategia de atención primaria deben estar orientados a crear condiciones de información y aprendizaje que permitan a los individuos conocer mejor su realidad y resolver en conjunto sus problemas comunes. Esto supone una tarea continua por parte del personal de salud para establecer un diálogo permanente con la población.

La aplicación de la estrategia de atención primaria de salud y la participación comunitaria planteadas exigen la adopción de políticas nacionales e institucionales bien definidas y la incorporación, en los esquemas organizativos de estas últimas, de la flexibilidad indispensable para que dichos enfoques puedan adaptarse a las diversas situaciones locales. Desde este punto de vista, en el fomento de los programas de extensión de servicios es necesario profundizar en el conocimiento de las características y condiciones de vida de las comunidades urbanas y periurbanas, ya que es allí donde estarán concentrados primordialmente los mayores problemas de atención de salud en los próximos años.

Sin embargo, se debe destacar que la atención primaria no puede considerarse como una solución de inferior calidad en la prestación de los servicios de salud, ni como un esquema de segundo orden para la ampliación de la cobertura de los mismos.

La atención primaria de salud es en lo básico un replanteamiento de las formas de actuar de estos servicios, para fomentar el bienestar y, por consiguiente, la salud de la comunidad. Por lo tanto, es una estrategia que debe incorporarse a la actividad de todas las instituciones.

El análisis de los informes relacionados con la atención primaria, que presentaron los gobiernos a la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas que se celebró en Washington, D.C., en 1977, permite apreciar que hay prácticamente un consenso con respecto a los principios que entraña el concepto, pero que "son variadas las modalidades de aplicación que se observan en los diferentes países", en cuanto a los siguientes aspectos de los servicios: tipo o contenido (la mayoría cuenta con servicios con cierto grado de integración, pero algunos tienen servicios médicos predominantemente curativos); enfoque administrativo o financiero (desde una atención médica generalizada a todo el país para extender la cobertura hasta una modalidad transitoria y de bajo costo condicionada por la limitación de recursos); destino (orientado hacia la población rural, dispersa o aquella de zonas marginadas rurales y urbanas); situación en el sistema (en el primer nivel o en todos los niveles), y categoría de personal (auxiliar adiestrado en su mayoría y con equipos multidisciplinarios, o solo el profesional médico). En lo que se refiere a la participación de la comunidad, hubo acuerdo en cuanto a conceptos y criterios. En la mayoría de los países aquella tiene "su expresión principal en la creación de comités o juntas, o en contribuciones, ya sean ellas económicas, en especie o en esfuerzos para obras temporales o de emergencias". Lo anterior parecería indicar que se acepten los conceptos básicos y que se estaría llegando a una etapa de maduración para su aplicación. Sin embargo, queda mucho por recorrer para el logro de su verdadera aplicación en las condiciones locales.

Fortalecimiento de las relaciones intersectoriales de los servicios de salud

A la luz de las consideraciones anteriores y teniendo en cuenta las condiciones de nutrición, de suministro de agua y de saneamiento básico, los déficits educativos, los problemas de vivienda, el desempleo y, en una palabra, la pobreza— que constituye el denominador común de la falta de salud de muchas comunidades latinoamericanas— es claro que estas solo podrán corregirse mediante una acción intersectorial, en la cual las necesidades sociales de la población reciban tratamiento adecuado.

Desde este punto de vista, la orientación y el manejo apropiado de las relaciones intersectoriales de la salud requieren una mayor vinculación de las instituciones del sector salud con los organismos que tienen a su cargo la planificación económica y social. Si bien existe hoy un pleno reconocimiento de la influencia decisiva que ejercen el desarrollo económico y social integrado sobre los niveles de salud de la población, poco es sin embargo lo que se avanzó en el establecimiento de métodos y formas de planificación integrada que respondan a este reconocimiento. Menor ha sido aún el progreso en el diseño de formas de evaluación y conocimientos de los costos y beneficios económicos de los programas de salud o en la creación de indicadores para medir la contribución de la salud al desarrollo social y económico, lo cual permitiría estimular esa planificación integrada e idear argumentos mejor sustentados en favor de la asignación de recursos para el sector salud.

La extensión de la cobertura de servicios de salud es fundamentalmente un objetivo social y, por consiguiente, el logro de las metas de cobertura universal de salud adoptadas por los países requiere la ejecución de actividades prioritarias y eficaces para obtener la incorporación de los planes de salud a los planes de desarrollo económico y social. La verdadera incorporación

de los planes de salud a los planes de desarrollo implica el reconocimiento apropiado de las consecuencias socioeconómicas que conlleva la adopción y aceptación del postulado básico. Este reconocimiento deberá traducirse no solo en una formulación de políticas aplicables, sino en especial en una planificación y programación intersectoriales acordes con el mismo.

Corresponde al sector salud, y por ende a todas las instituciones que lo conforman, tomar la iniciativa en este sentido, lo cual permitirá avanzar realmente hacia la planificación del fomento de la salud y no solo realizar la programación tradicional de servicios para atender algunos aspectos de la ausencia de salud, que es lo que básicamente se ha efectuado hasta hoy. Dentro de este enfoque, los programas de servicios de salud, ya sean afines a los ministerios de salud o dependientes de las instituciones de seguridad social u otras entidades (así como estas mismas instituciones), deberán convertirse en instrumentos reales de aplicación de las políticas de desarrollo del sector social correspondiente. Para que ambos grupos de instituciones puedan contribuir a impulsar los cambios necesarios, resulta esencial una reorientación de sus esquemas de aplicación y un viraje de sus formas de trabajo hacia el fortalecimiento de la planificación y la administración sociales. Solo en esta forma podrán llegar a materializarse las verdaderas relaciones intersectoriales de la salud.

Estrategias de reorganización y fortalecimiento de los servicios

Las necesidades de reorganización en los servicios de salud para alcanzar las metas formuladas son muy amplias. Estas necesidades tienen relación tanto con la adopción de políticas uniformes de prestación de servicios aplicables a toda la población, como con las formas de organización y las modalidades de atención. Los objetivos

fundamentales de esta reorganización son: mejorar el flujo de recursos y lograr máxima racionalización en el uso de los mismos, reorientar las formas tradicionales de trabajo para dar cabida a las nuevas estrategias y perfeccionar el acceso a los servicios.

En la mayoría de los países será necesario incrementar y redistribuir los recursos, así como analizar el costo de los programas y servicios y revisar los medios para sufragarlos. Los gastos totales de cualquiera de los esquemas de prestación de servicios que existen en la Región, ya sean dependientes de los ministerios de salud o de las instituciones de seguridad social, son fundamentalmente el resultado del costo unitario de los recursos consumidos en la producción de servicios, de su grado de utilización y de las combinaciones tecnológicas que se usan en la prestación de los mismos. Las decisiones adoptadas, implícita o explícitamente, con respecto a estos últimos elementos, al incidir sobre los costos, guardan una íntima relación con la parte de la población a la que el esquema correspondiente de servicios puede beneficiar. Esta última circunstancia torna imprescindible la adopción de medidas necesarias para mantener el costo de los servicios dentro de márgenes razonables, en el conjunto de esfuerzos tendientes a lograr la extensión de la cobertura. Aquí debe destacarse la racionalización en la selección y uso de tecnología, que constituye otra de las estrategias fundamentales adoptada con carácter regional.

Reorganización según niveles de atención

El mayor problema operativo que afrontan los servicios de salud para hacer efectivas las metas de extensión de cobertura es quizás el de la accesibilidad. La aplicación del principio fundamental de accesibilidad en el contexto de los factores determinantes de la salud, es obviamente más compleja que la disponibilidad en sí de los

servicios. Ella requiere actividades combinadas en materia de redefinición de políticas institucionales, de localización apropiada de unidades de atención (establecimientos), y de organización de las acciones en forma tal que se garantice el acceso inicial y la continuidad de atención, teniendo en cuenta las características de riesgo a que está sometida la población.

Originalmente la determinación de los niveles de atención obedeció a un enfoque estructural; así estuvieron más asociados con las características del personal, de las unidades operativas y de la modalidad administrativa de la prestación de servicios. En la actualidad la aplicación del concepto tiene una orientación funcional, y la noción de niveles se identifica más con la conformación de un programa global de servicios que requiere la existencia de varios subprogramas o planos tecnológicos de resolución de los problemas de salud. El diseño de estos subprogramas, cuyo contenido tecnológico varía en función de la naturaleza de las necesidades y recursos de cada situación en particular, debe considerar la frecuencia con que se presentan los problemas de salud y la complejidad de las soluciones correspondientes.

Mientras que los enfoques anteriores se orientaban a estimular y favorecer el desarrollo de unidades operativas en las cuales se ubican los elementos más complejos de la prestación de servicios, en la actualidad — a causa de la doble necesidad de lograr una cobertura más amplia para grupos más numerosos de la población y de hacer compatible la disponibilidad de recursos con el derecho que tiene cada miembro de la comunidad de recibir atención oportuna, continua y suficiente — se da prioridad al crecimiento y la organización apropiada de los niveles básicos, en particular del primer nivel de atención.

Dentro de este enfoque, el primer nivel de atención — que debe diseñarse con el propósito de satisfacer las necesidades de atención más frecuentes y, por consiguien-

te, de la mayoría de la población— recibe el apoyo o soporte de los otros niveles que componen el sistema. Se invierte así el concepto tradicional de la pirámide de servicios y se establece, en primer término, un conjunto amplio de respuestas a los problemas de salud de toda la población. Con posterioridad, mediante un proceso de selección y ordenamiento de la demanda, se asegura la continuación del servicio para problemas individuales de naturaleza más compleja, procurando en esta forma la universalidad de las posibilidades de atención y una mayor racionalización en el aprovechamiento de los recursos.

Las dificultades principales que existen en los servicios de la mayoría de los países desde el punto de vista de conformación de niveles de atención, se relacionan con la aplicación indiscriminada e innecesaria de soluciones de alto costo y con la existencia de diferencias importantes de una a otra institución en cuanto al tipo de recursos que se utilizan para abordar los mismos problemas. Esto incide en la concentración de recursos en determinados grupos de la población y en la creación en la comunidad de expectativas, actitudes y patrones de consumo con respecto a servicios innecesarios y alejados de la realidad nacional. Otra limitación importante es la interpretación parcial de las áreas de necesidad de atención que implica la concentración en determinados tipos de servicios en detrimento de otros y la ausencia casi completa de enfoques y acciones intersectoriales en el primer nivel de atención.

Si se tiene en cuenta el propósito central de ampliación de cobertura, las actividades de reorganización deberán orientarse entonces hacia una conceptualización o redefinición de las respectivas escalas de niveles que adopte normas de servicios realistas, y hacia la incorporación del enfoque de atención primaria en el primer nivel de atención.

En los esquemas de organización que predominan en la actualidad, el personal

del primer nivel de atención varía en función de la disponibilidad respectiva de recursos institucionales y también según la mayor o menor concentración de la población.

En las instituciones de seguridad social y en ciertas zonas de las grandes ciudades atendidas por servicios de los ministerios de salud u otras entidades, el personal del primer nivel está compuesto por lo común por médicos generales con diversas modalidades de su ejercicio profesional. Se combinan la práctica individual o de grupo, con o sin participación de personal paramédico y auxiliar, y esquemas de medicina familiar. También se encuentra la atención llevada a cabo por especialistas; esta depende de influencias sociales y profesionales que han condicionado la instauración de los enfoques iniciales de organización. Las especialidades más comunes son obstetricia, pediatría, medicina de adultos y geriatría.

En las ciudades, gran parte de los servicios del primer nivel para ciertos grupos de población se otorgan en las consultas externas y en las salas de urgencia de los hospitales. Esto se debe a la falta de acceso a los servicios en el seno de la comunidad, ya sea porque se carece de ellos o porque existen limitaciones o barreras que impiden su utilización. Por último, en las zonas rurales estos servicios solo se logran mediante la utilización de personal auxiliar.

Cualquiera de estos esquemas resulta en principio válido, a condición de que, por una parte, responda a las necesidades reales y sea compatible con la disponibilidad de recursos dentro del contexto nacional, por la otra, que los servicios otorgados sean realmente integrales, es decir, no fragmentados por especialidades, grupos de edad, ocupación, etc. Sin embargo, en la práctica con frecuencia estas dos condiciones no se cumplen, por tanto existe una necesidad ineludible de diseñar nuevas formas para la prestación de los servicios que permitan racionalizar la utilización de los recursos

médicos e incorporar nuevos agentes, ya sea mediante el incremento del personal auxiliar o la utilización de miembros de la propia comunidad apropiadamente orientados o adiestrados. Se requiere asimismo perfeccionar instrumentos metodológicos de fácil aplicación, para apoyar los esfuerzos de redefinición y conformación de los niveles de atención que se realizan en varios de los países.

Tecnología y servicios de salud

Existen dos grupos de actividades o formas de abordar el cumplimiento de la misión de los servicios de salud; ambos son necesarios y cada uno de estos utiliza componentes o elementos tecnológicos diferentes.³

Por una parte están las acciones tradicionales asignadas a los servicios de salud que se relacionan con la prevención y el tratamiento de enfermedades y con la rehabilitación. Este conjunto de actividades está ligado a la aplicación del conocimiento de la medicina y sus ciencias afines, y constituye el componente de soluciones de tecnología médica de los servicios de salud. Por otra parte, se encuentran las acciones que los servicios deben llevar a cabo en relación con el control y mejoramiento del ambiente físico y social, y con el comportamiento individual y colectivo, para estimular y lograr condiciones de desarrollo que favorezcan el estado de salud y bienestar de la población. Estas actividades, que requieren el concurso de varias disciplinas, constituyen el componente de soluciones de tecnología de salud propiamente dicha de los servicios. Su orientación fundamental es la promoción de la sa-

lud y el bienestar, entendiendo dicha promoción en un sentido mucho más amplio que el de la simple educación sanitaria convencional.

La promoción de la salud y, por consiguiente su tecnología, se relacionan básicamente con la participación de los servicios de salud en el desarrollo del sector social, con la definición de relaciones y responsabilidades intersectoriales con respecto a la salud, con la información y orientación de la población sobre la salud, y con la modificación de actitudes y hábitos individuales y colectivos nocivos para la salud. La diferenciación e individualización en los servicios de este componente de tecnología de salud (la promoción de la salud), en particular en el primer nivel de atención, es fundamental para entender el cometido que esos servicios deben cumplir, en el verdadero mantenimiento de las condiciones de salud de la población. Cabe señalar que, salvo en las actividades tradicionales de control y mejoramiento del ambiente físico, se avanzó muy poco en la evolución de la tecnología de salud propiamente dicha. Sin embargo, debe reconocerse que, bajo diversas formas e interpretaciones, no solo se plantea cada vez con mayor insistencia la necesidad de lograr dicha evolución, sino que en varios países se ha comenzado a llevar a cabo actividades específicas con este propósito.

Selección y uso de tecnología apropiada

Desde el punto de vista de la tecnología que se utiliza en la actualidad, los mayores problemas parecen proceder del campo de la tecnología médica. Por consiguiente, es necesario concentrar en él esfuerzos importantes de racionalización.

Las tecnologías apropiadas son aquellas que combinan cualidades de eficiencia y posibilidad de aplicación en la situación particular en que se utilizan. Sobre esta base, la selección de una tecnología médica

³ Es conveniente aclarar aquí que se utiliza el concepto de tecnología en su sentido más amplio, entendiendo por esta las "diversas formas de actuar sobre la realidad y modificarla mediante la aplicación del conocimiento científico o empírico con un propósito y objetivo determinados".

debe partir del hecho reconocido de que la mayoría de los problemas de salud se pueden afrontar técnica y eficazmente en diversas formas, las cuales varían en términos de costos. La tecnología médica comprende personal, medicamentos, instalaciones, materiales, instrumentos y equipos, así como métodos y procedimientos de atención. Por lo tanto, para determinar las tecnologías médicas apropiadas se requiere la identificación de aquellos elementos que son a la vez eficaces y compatibles con la disponibilidad de recursos y con un costo razonable de los servicios. Es necesario, además, allegar información sobre los beneficios, riesgos y costos de estas tecnologías médicas. En otras palabras, es indispensable revisar críticamente los procedimientos y elementos que se utilizan en la prestación de servicios, como así también comprometer la participación del personal técnico, en particular médico, para obtener una mayor racionalidad en el uso de instrumentos tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos.

Pero la solución de estos problemas no involucra solo a los profesionales de salud. Estos, como el público en general, están sujetos a fuertes presiones resultantes de campañas publicitarias auspiciadas por productores de equipos médicos, medicamentos, etc., que contribuyen a crear en la comunidad expectativas. Estas expectativas a su vez, se convierten en elementos de presión que condicionan inversiones de alto costo, a menudo innecesarias, así como formas ineficientes y de baja calidad de desempeño en los servicios. A este respecto se deben tomar más medidas tanto para informar al público de manera apropiada como para reglamentar la publicidad, en especial en relación con aquellas tecnologías cuya eficiencia no ha sido suficientemente probada.

Por su relación estrecha con la selección y uso de tecnología apropiada en los servicios de salud y su incidencia sobre los costos y, por lo tanto, en la extensión de la cober-

tura, cabe hacer una breve referencia a la confusión que existe entre calidad y complejidad. Se tiende a considerar que la calidad de un servicio depende de su complejidad, lo cual no es cierto. Esta confusión lleva a la adquisición e instalación de equipos, uso de personal profesional especializado, etc., con estándares más altos de los requeridos. La incorporación acrítica de técnicas y procedimientos, es decir, la sobreestimación que se hace con frecuencia de la eficacia de muchos procedimientos y técnicas, es entonces un aspecto que requiere acometer acciones específicas de racionalización. En este sentido la investigación de servicios de salud — a la cual se hace referencia más adelante — ofrece grandes posibilidades.

Enfoques estratégicos para la creación de elementos de apoyo

Formación de recursos humanos

La capacitación adecuada de los recursos humanos es imprescindible para introducir los cambios que requieren los servicios de salud. De ahí que dentro de la formulación de estrategias nacionales y regionales para la extensión de la cobertura se reconozca especial importancia a la necesidad de ampliar y reorientar los programas correspondientes. En la Región la formación del personal de salud estuvo en general orientada hacia los grupos profesionales, con un criterio de excelencia por lo común divorciado de las realidades nacionales. Como consecuencia, el personal de categoría intermedia y auxiliar es aún escaso, deficientemente adiestrado y su capacitación no recibe toda la atención que requiere. Aunque en la mayoría de los países se realizan esfuerzos para reorientar y actualizar los programas de formación y capacitación, estos esfuerzos, para ser eficaces requieren la adopción de políticas concretas, que interrelacionen el sistema

educativo y sus programas con la práctica real de atención de salud.

Dentro de este enfoque, ameritan especial atención la capacitación de administradores de salud y la formación del médico general. Es indispensable la definición de políticas funcionales para capacitar personal en administración de los servicios de salud. La mayoría de los programas de educación y adiestramiento están orientados hacia la formación clásica en salud pública o administración hospitalaria, por consiguiente, no preparan al administrador para desempeñar funciones en toda la red de un sistema regionalizado de salud, integrar la enseñanza con la prestación de servicios ni asumir el liderazgo necesario para estimular las acciones intersectoriales y poner en ejecución las estrategias de atención primaria, selección de tecnología apropiada, etc. Es imprescindible, entonces, revisar los programas respectivos e incorporar en los planes de estudio los contenidos necesarios para formar administradores de salud, médicos y no médicos; capaces de participar de manera activa y eficiente en el proceso de transformación de los servicios. En la actualidad los servicios, al menos en ciertos niveles, parecen requerir administradores y planificadores sociales más que técnicos en el manejo de establecimientos y programas.

En relación con la formación del personal médico, cuya capacitación en aspectos sociales a la vez que técnicos destacó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se celebró en Alma Ata en 1978, el problema fundamental es quizás el de la especialización precoz y exagerada, que tiene, por supuesto, obvias implicaciones en la organización de los servicios y en la creación de patrones de consumo inadecuados en la población. La Conferencia recomendó que los gobiernos emprendan o apoyen actividades de reorientación y capacitación para todas las categorías de personal médico, especialmente la del médico general, médico de fa-

milia cuya ubicación y esfera de actividades dentro del sistema deben ser definidas en forma clara. Este médico general, que constituye un elemento integrador de las acciones a nivel de la comunidad, requiere formación en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales, sin que dicha formación tenga el carácter de una nueva especialidad.

Estas recomendaciones tienen plena vigencia en la Región, en donde es indispensable redefinir el papel que debe cumplir el médico en la aplicación de las estrategias y enfoques propuestos. Esta redefinición corresponde, por supuesto, a cada país, y estará de acuerdo con las políticas que impulsan el proceso de extensión de cobertura. Resulta importante destacar que es fundamental lograr una estrecha vinculación entre la planificación de la formación, en particular de médicos generales, y la utilización que se haga de ellos dentro de los sistemas de servicios. Esta utilización ejerce una influencia muy significativa en la caracterización del papel que se espera desempeñen dichos profesionales. Por último, se debe señalar que la tendencia que se observa en algunos países de introducir la medicina familiar, ejercida con carácter de especialidad, para la extensión de los servicios, requiere un análisis cuidadoso y una valoración de sus implicaciones.

Investigación de servicios de salud

Las actividades necesarias para alcanzar las metas de extensión de cobertura y Salud para Todos en el Año 2000 requieren un conocimiento mejor y más amplio de los grupos de población para los cuales se diseñan los servicios, de los múltiples factores que inciden en su utilización y aceptación por parte de la comunidad y de las características de organización y funcionamiento de los servicios mismos. Es impostergable el conocimiento del aporte real de estos servicios a la salud de la población, así como su

costo y calidad. Por otra parte, se debe conocer el costo que exige alcanzar los objetivos, si estos se miden con criterios de eficiencia y cuáles son los cambios que se tendrán que introducir en la organización para lograr estas condiciones. En otras palabras, es perentorio instrumentar una planificación y una administración mejor informadas, que puedan avanzar en la consideración real de necesidades de salud, y que a la luz de los recursos existentes ofrezcan opciones para atenderlas. Tales opciones deben tener en cuenta las políticas y progreso de otros sectores y dar cabida en el proceso de decisiones, de manera armónica, a la consideración de los valores sociales, económicos, políticos y culturales de la comunidad.

La Conferencia Internacional de Alma Ata y los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS destacaron la importancia de la investigación de servicios de salud como uno de los instrumentos de mayor potencial para lograr las transformaciones necesarias en los servicios y alcanzar las metas de extensión de cobertura y de Salud para Todos en el Año 2000. Se ha señalado igualmente el carácter prioritario que debe darse a la investigación con respecto a la atención primaria. No obstante, su avance es todavía limitado en la Región, especialmente en América Latina. Si bien es cierto que en varios países se realizan diversos tipos de estudios, en general estos tienen el carácter de esfuerzos más o menos ocasionales y casi siempre aislados en los medios académicos. Solo en etapas muy recientes se han comenzado a crear en algunos países equipos de investigación vinculados con los ministerios u otros organismos de servicio.

Para que la investigación de servicios de salud pueda convertirse en una herramienta útil, debe reunir las siguientes características:

- Orientarse hacia la acción, es decir constituir un instrumento del proceso de decisiones, y

centrarse en el estudio de problemas reales y significativos.

- Integrarse en los programas y actividades de expansión de los servicios.
- Realizarse con una participación directa de los administradores de los servicios de salud, desde la etapa primera de formulación de hipótesis de investigación.
- Centrarse en problemas fundamentales de la prestación de servicios con objeto de que los resultados sean óptimos.
- Ajustarse a un régimen de prioridades.

Finalmente, en el contexto de la Región, la investigación de servicios de salud debería orientarse primordialmente hacia el estudio y solución de los problemas que a corto y mediano plazo afectan la extensión de los servicios y restringen la aplicación de las estrategias adoptadas.

Cooperación técnica entre países en desarrollo

Entre las recomendaciones que formuló en 1977 la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Washington, D.C., para apoyar el proceso de extensión de la cobertura de los servicios de salud, se destaca "el desarrollo de programas conjuntos entre países con características similares y problemas de salud comunes", y "el intercambio programado de personal especializado y de experiencias sobre estrategias y métodos".

Esta recomendación adopta el nuevo concepto de cooperación técnica entre países en desarrollo, que sustituye a los antiguos enfoques de la asistencia o ayuda técnica y elimina la tradicional distinción entre donante y beneficiario que caracterizó las relaciones de ayuda o colaboración entre los países desarrollados y países en desarrollo.

La cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) se define como el "proceso por el que se comparten posibilidades y conocimientos técnicos entre países en desarrollo, abarcando programas, proyec-

tos y actividades en los que los países en desarrollo se facilitan unos a otros elementos tales como conocimientos prácticos y de expertos, servicios de consultores y de subcontratos, instalaciones de formación, equipo y suministros e intercambio de información". Este enfoque estratégico responde al impulso de nuevos métodos para intensificar la asistencia y colaboración entre los países en desarrollo, con objeto de apoyar sus esfuerzos para conseguir la autosuficiencia y la autodeterminación, en consonancia con el programa de acción para el Nuevo Orden Económico Internacional.⁴

La CTPD debe entenderse como un instrumento que contemple el establecimiento de actividades de cooperación entre los países para asistirlos en el proceso de desarrollo económico y social. Su aplicación en el campo de la salud requiere que cada país examine sus propias necesidades, revise sus recursos y capacidades y, a través de discusiones y acuerdos con países vecinos, proponga formas y medios de intercambio y transferencia de recursos específicos para actividades conjuntas de apoyo al fomento de sus servicios de salud. La CTPD no elimina las posibilidades y aun la necesidad de apoyo proveniente de países desarrollados o de instituciones internacionales, sino que establece un nuevo marco de referencia que permite racionalizar dicho apoyo, particularmente en materia de transferencia de tecnología, en cuyo campo estos últimos países e instituciones tienen ventajas obvias.

La Conferencia Internacional sobre CTPD celebrada en Buenos Aires en 1978 convino en que la responsabilidad primaria de financiar la CTPD recae sobre los países en desarrollo, y destacó la necesidad del apoyo financiero complementario pro-

veniente de los países desarrollados y de los organismos de las Naciones Unidas. Dicho apoyo no implica, sin embargo, que los países en desarrollo pierdan el control de las decisiones.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud recomendó igualmente el intercambio de experiencias en materia de atención primaria como parte de la cooperación técnica entre países en desarrollo. Asimismo, esta cooperación fue el tema de las Discusiones Técnicas de la 32ª Asamblea Mundial de la Salud que se celebró en 1979.

En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud coopera en el contexto de la CTPD en proyectos entre países, los que han demostrado claramente la importancia y utilidad de este enfoque. Constituyen ejemplos a este respecto el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para CentroAmérica y Panamá; el Programa de Adiestramiento en Salud que interrelaciona cinco centros en el Caribe; los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis; la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) con sede en São Paulo, el Centro Panamericano de Lepra que funciona en Venezuela, etc.

Función de la seguridad social

Desde este punto de vista. La participación de los organismos de seguridad social en el proceso de cambio para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000 es de especial importancia. Hay razones de mucha significación para que esto sea así: en primer lugar, la protección que otorga la seguridad social contra riesgos definidos constituye un elemento fundamental de bienestar para los grupos protegidos. En segundo lugar, en la prestación misma de servicios de salud los volúmenes de población cubiertos actualmente por los esquemas de seguridad social — que son ya

⁴Organización Mundial de la Salud. *Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo*. Informe del Director General a la 60ª Reunión del Consejo Ejecutivo. Ginebra, mayo de 1977. (Documento mimeografiado.)

altos — tienden a incrementarse. En la Región hay por lo menos cinco países en los cuales la proporción de la población total cubierta por esos esquemas está por encima del 80%. De ellos, dos están entre los de mayor número de habitantes en el Continente.

En las instituciones de seguridad social de los países de la Región se empieza a notar que los principios individualistas y los beneficios relacionados con las contribuciones previas, que sustentaron la concepción tradicional de los seguros sociales, están dando paso a una nueva concepción de la seguridad social. Esto es como un servicio público en cuya financiación el Estado participa, con cargo a su presupuesto, en forma más amplia, permitiendo así una aplicación más eficiente de los principios de universalidad (cobertura), centralización (aglutinación institucional) y uniformidad (grupos cubiertos y beneficios comprometidos), en los cuales se fundamenta la seguridad social. Parecería que este proceso de generalización de la seguridad social — que en el viejo continente demoró varios decenios — se produce en la Región con mayor rapidez, como algunos ejemplos tienden a demostrar; por esto resulta fundamental que las instituciones respectivas empiecen cuanto antes a prepararse para tales transformaciones.

Consideraciones finales

En este trabajo se revisaron formulaciones de política en relación con las metas de extensión de cobertura de servicios y de Salud para Todos en el Año 2000 adoptadas por los países en forma solidaria a través de varios organismos internacionales, y

se analizaron los principales enfoques estratégicos recomendados por los propios países para lograr tales objetivos.

Las estrategias que se consideraron se encuentran cada vez más cerca de convertirse en realidades, según se manifiesta en los informes que presentaron los países en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. El logro de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 exige, sin embargo, que el proceso de toma de conciencia y aceptación se acelere, y que los enfoques estratégicos planteados se incorporen totalmente y a la mayor brevedad a los hábitos del trabajo diario del personal de salud, ya que su participación activa es imprescindible para encarar con energía las inmensas restricciones que ocasiona la resistencia al cambio.

A fin de evitar que los déficits de cobertura existentes se conviertan inexorablemente en una crisis de características irreversibles, para satisfacer las crecientes expectativas sociales surgidas de una mayor conciencia de derechos y privilegios en una población de rápido crecimiento, al igual que para alcanzar el objetivo de lograr un nivel de salud aceptable y accesible a todos los habitantes, la búsqueda de formas de organizar sistemas de prestaciones compatibles con la disponibilidad de recursos debe continuar con todo vigor y sin pausa.

Los mayores obstáculos que se presentan en esta tarea surgen en el terreno del apoyo político necesario para lograr las transformaciones indispensables e introducir la flexibilidad que requiere la organización de los servicios, con objeto de cambiar sus orientaciones tradicionales. Estas transformaciones exigen la participación genuina y activa de todas las fuerzas que conforman el sector salud en los países.