

ESTRATEGIAS PARA LA EXTENSION DE SERVICIOS DE SALUD EN AMERICA LATINA

INTRODUCCION

Siendo coherentes con las ideas presentadas en el documento conceptual (Atención de la Salud en el Nivel Primario), debemos plantear, al hablar de Estrategias para la Extensión de Servicios de Salud, nuestra inclinación por aquellas que conllevan un desarrollo de esos servicios que trasciende los límites, las funciones y la organización concebida como útil y aceptada hasta un pasado reciente como el modelo eficiente y eficaz para atender necesidades de salud en nuestros países.

Consideramos necesario para abordar el tema en un nivel teórico y de análisis de posibilidades, discutir previamente conceptos tales como salud, servicios de salud, extensión de servicios y el sentido mismo del término estrategia.

Sobre el concepto de estrategia vale la pena recordar cómo de su aplicación restringida al campo militar, su uso se ha extendido a diferentes sectores de la actividad humana para comprender bajo su denominación “un modo de razonar que permite clarificar situaciones y seleccionar medios con la intención de alcanzar un objetivo”. Una idea como ésta bien nos permite realzar una aproximación al tema planteado.

Sobre salud no es necesario insistir, pues bien se dijo en el documento mencionado, cómo su entendimiento trasciende lo biológico, como el concepto no puede ser atemporal y como está mucho más ligado a lo social que lo que los mismos “técnicos del Sector Salud” desearían.

Los Servicios de Salud en cambio constituyen “el conjunto de recursos y organizaciones que la sociedad

destina específicamente a la producción de prestaciones para atender la salud de la población”, tal como lo escribiese Luis Vera Ocampo en 1973. Cuando de ellos hablamos, nos referimos como puede entenderse, a todos y cada uno de esos recursos, sin hacer diferenciación entre su origen, su naturaleza, sus funciones o cualquier otra categoría que entre ellos pueda establecerse.

Lo anterior debe aceptarse, pues al hablar de Estrategias de Extensión no estamos diciendo nada distinto a ocuparnos del libre examen de posibilidades de ampliar coberturas, que van desde las que puedan obtenerse mediante la atención privada hasta lo que puede alcanzarse con un Servicio Nacional y. Unico de Salud.

Antes de entrar al estudio de las alternativas de estrategia es importante señalar cómo la Extensión de Servicios de Salud ha de constituir una política nacional en cada uno de los casos relacionados con nuestros países. En algunos en donde el sistema político representa auténticamente la voluntad y aspiración popular, dicha política estará signada como un legítimo propósito de satisfacción de necesidades para toda la población. En otros, bien puede expresarse la extensión de servicios como el resultado de presiones externas, en general de tipo financiero, corresponder a la necesidad de ese sistema político de aliviar tensiones sociales, de mitigar rebeldías, de acallar descontentos, que progresivamente desborden el sustentamiento de que dispone el sistema. Lo anterior explica muchas veces la diferencia que se encuentra entre el adelanto que en algunos países se observa en la mejoría de las condiciones de salud de la población y la situación estática que en otros se registra y cuyas únicas variaciones son las que se plantean en los Documentos—Plan que no va más allá de la discusión técnica de las

Documento presentado por la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, en la IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Río de Janeiro, Brasil, entre el 7 y el 12 de noviembre de 1976.

posibilidades de hacer sin que se materialice en acciones de salud para la población.

1) *Alternativas de Estrategia.*

Al examinar las diferentes alternativas de estrategia para la extensión de servicios de salud nos referimos a las que como posibilidad teórica ofrecen:

- La atención privada.
- Los servicios de salud oficiales.
- La seguridad social.
- El servicio nacional de salud.

Las formas privadas de atención se caracterizan muy especialmente porque para el conocimiento que posee el profesional de la salud y para el servicio prestado se establece un precio que se negocia entre quien posee el conocimiento y puede entonces ofrecer el servicio y quien dispone de dinero para adquirirlo. Por otra parte, las formas mercantiles se manifiestan como medicamentos y equipos. En esas condiciones, en una América Latina con grandes conjuntos de población con ingresos de subsistencia y apareada a ello una complejidad y un costo cada vez mayor de este tipo de atención, mal puede pensarse que constituya una alternativa de elección para la pretendida extensión de los servicios de salud, para la ampliación de la cobertura a toda esa población rural y urbana hoy desprovista de cualquier tipo de cuidado sanitario.

Los servicios oficiales y los de la seguridad social que teóricamente tienen como objetivo el suministrar servicios de salud a toda la población o a la mayor parte de ella, tampoco podrán alcanzarlo, y el pasado así lo demuestra, mientras mantengan su accionar marcado por la falta de coordinación institucional, desde los niveles superiores encargados de fijar políticas hasta los niveles operativos encargados de entregar servicios; aislados de la población a quien no se dan oportunidades de participación real y efectiva; importando tecnologías cada vez más sofisticadas y costosas y teniendo a cada momento presente el fantasma de lo académico, que impide aprovechar todo aquello que no se deriva de un riguroso plan de estudios, de una detallada investigación, también importados, sin poder utilizar el conocimiento y el recurso humano latente en cada uno de nuestros países.

Las anteriores afirmaciones, tanto sobre los servicios oficiales como sobre los de la seguridad social, las consideramos válidas aún conociendo los intentos que se realizan en muchos de nuestros países para modificar la estructura del Estado, sin cambiar las condiciones de dominación, intentos que sólo llevan a modernizar su organización sin tocar sus características fundamentales.

Parecería con lo anterior que en el llamado "Servicio Nacional de Salud" encuéntrase la panacea que nos permite obtener el objetivo tantas veces planteado pero tan escasamente conseguido. Sobre ello, tal como lo expresa Gustavo Molina en su Texto de Administración Sanitaria "... hemos cometido el pecado de confiar excesivamente en nuestra técnica, descuidando esfuerzos para evitar que nuestras comunidades trataran de comprar salud y bienestar con la falsa moneda de los Seguros Sociales, los Sanatorios o los mágicos Servicios de Salubridad".

Si bien, el establecimiento de un Servicio Nacional de Salud, resuelve algunas de las dificultades mencionadas no las resuelve todas, pues, algunas son generales a la organización social de los países y por lo tanto ajena es su solución a la iniciativa de un sector como el de la salud. Precisa pues la sociedad de modificaciones mucho más profundas para corregir estos males, pues no es posible dar participación en salud cuando no se da en el manejo de la economía, ni es posible dejar la tecnología importada cuando la dependencia es el signo dominante de nuestra sociedad.

En este punto es necesario referirse y lo hacemos, a casos como el de la República de Cuba, donde la cobertura es ya total o muy extensa y entonces las decisiones habrán de ser sobre estrategias de no extensión. Allí el mejoramiento de la calidad constituye la meta que como política se planteará y para ello habrán de diseñarse las estrategias correspondientes.

Cualquiera sea la consideración teórica que se tenga con relación a la estrategia, siempre habrá de advertirse que nunca las hay de aplicación general e indiscriminada y que por el contrario las líneas de estrategia siempre habrán de fundamentarse en el conocimiento de las características políticas, económicas, administrativas y culturales de cada país, en fin, en el conocimiento de la organización social de cada uno de ellos.

2) *Servicios Locales Integrados.*

Ante los problemas planteados para cada una de las alternativas de estrategia, presentamos como posibilidad de solución el establecimiento de *Servicios Locales Integrados*. En ello nos guiamos por la experiencia vivida en el Departamento de Antioquia, Colombia, a partir de 1975.

Estos servicios consisten en la creación de programas locales de salud, bienestar y atención médica, en centros urbanos y unidades rurales coordinando operacionalmente sus servicios en forma simple y rápida para integrarse con la comunidad y prestar la mejor atención posible a toda la población, sin distingos de edad, ocupación, económicos o de otro orden.

De este modo se anticipa el logro inmediato de los objetivos y condiciones administrativas, que por los decretos y leyes sobre organización de los servicios de salud se alcanzarían muy lentamente en el nivel local, a saber:

- a) *Unidad Directiva* de todos los programas, preventivo-asistenciales y de bienestar, así como del equipo de trabajo integrado por todos los funcionarios destinados por cualquier entidad a las áreas.
- b) *Organización Regionalizada y Sectorizada*, sin las actuales barreras interinstitucionales.
- c) *Participación activa de docentes y alumnos* de los centros de formación de personal de salud.
- d) *Coordinación y suplementación de los recursos disponibles*, que permita el estudio y tratamiento coherente y unificado de los problemas de salud de la población local.
- e) *Unidad en los Sistemas* de información, concesión de beneficios, planes de investigación, educación de la población, etc..
- f) *Participación de la Comunidad*, como el firme soporte administrativo de la integración.

GENESIS, BASES Y CONTENIDO DE LA INTEGRACION OPERACIONAL

Génesis:

Por iniciativa del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales — Caja Seccional del Departamento de Antioquia— se crea y organiza “La Comisión Interinstitucional”, conformada por representantes del mismo Instituto, del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Municipio de Medellín, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de la Caja Nacional de Previsión, de la Universidad de Antioquia: Facultad de Medicina y Escuela Nacional de Salud Pública y de la Asociación Médica de Antioquia.

A dicha comisión, le correspondió estudiar y poner en práctica los “Servicios Locales Integrados”.

Bases del Programa:

Las bases con que se inició el programa, aceptadas por todas las Instituciones son:

- Toda la población de cada Area será considerada como una Unidad. El Servicio Integrado será responsable del cuidado de la salud de toda esa población, sin distingos de previsión, situación económica o cualquier otra.
- Con base en una buena información demográfica y sobre recursos, con la participación activa y organizada de la propia población, se fijarán las tareas y servicios que se deben y pueden ofrecer, en forma de un plan universal y coherente, con metas definidas y atención sectorizada.
- La integración física de locales es secundaria y será propuesta gradualmente a las instituciones. El primer paso es que cada entidad asegure su respaldo decidido y sincero al programa común. La población es el principal elemento integrador y deberá ser incorporada precozmente a los diversos Comités de Sector, de Programas y a la Comisión Interinstitucional.
- Comando Unico del Programa mediante un Jefe Ejecutivo Coordinador y Directo-

res de los Programas locales, rural y urbano, designados de común acuerdo entre las Instituciones.

Contenido y Divulgación del Programa.

La Comisión aprobó un sistema de atención común, integrado con base en la unidad familiar y en sectores geográficos pequeños, manteniendo la información estadística requerida por cada institución y armonizando sus respectivos sistemas de referencia y prestaciones, mientras se desarrolla un sistema común. Atención preventivo-asistencial continuada, desde el hogar, los Centros Periféricos que sean necesarios y el Consultorio hasta los Servicios Especializados y de Hospitalización.

En la base o extremo terminal del sistema operarán como funcionarios de terreno "Promotores y otros debidamente adiestrados" y líderes comunales designados en cada sector por las organizaciones del barrio, laborales, o escolares. Orientados por los funcionarios profesionales y auxiliares, ellos serán responsables de la conexión continua de doble corriente, entre las familias e individuos de su sector, escuela o industria, con los servicios de salud y docentes del Área.

Estos servicios incluyen:

- Atención de la demanda de morbilidad, general y especializada en toda edad.
- Exámenes preventivos y de control (médico o epidemiólogo) en grupos de mayor riesgo, como: embarazadas, niños, escolares, trabajadores, contactos.
- Inmunización de la población establecida por los programas respectivos.
- Saneamiento ambiental.
- Utilización de los servicios de bienestar y asistencia social existentes y promoción de nuevos servicios, por ejemplo, salas-cunas y jardines infantiles.
- Educación sanitaria sistemática de los individuos, las familias y los grupos poblacionales o laborales en los hogares, centros, escuelas, industrias o talleres y en todos los sitios de atención del Área.

Los estudiantes de las diversas carreras médicas, tendrán debida participación en las distintas actividades, tanto dentro de su práctica intrahospitalaria, como sobre todo en el trabajo de consultorio, epidemiológico y educativo bajo la orientación y control de sus docentes. Este es un requisito para mejorar la atención del pueblo, así como la propia formación profesional del estudiante como un nuevo concepto de Integración Docente-Asistencial.

Como puede verse la experiencia de Servicios Locales Integrados en Antioquia, Colombia, no es primariamente un programa de investigación, ni ha sido propuesto por la Universidad. La Facultad de Medicina y la Escuela Nacional de Salud Pública han sido invitadas a colaborar en esta organización, primariamente de servicios. La Dirección de la Escuela acogió con entusiasmo esta oportunidad de abrirse al exterior y conectarse de modo permanente a la vida de servicios locales integrados, que ofrecen ricos campos organizados para la enseñanza práctica y la investigación de todos sus departamentos. Otras Escuelas de la Universidad de Antioquia están enviando estudiantes a las áreas del programa.

Participación de la Comunidad.

El mayor número posible de habitantes deberá tomar parte en las decisiones que le afectan y asumir la mayor responsabilidad posible en los programas y acciones de salud y bienestar, junto a los funcionarios del Servicio Local Integrado.

Los principales pasos de este proceso son:

- Identificar y establecer contacto con todas las organizaciones existentes en cada barrio: Juntas de Acción Comunal, Sindicatos, Asociaciones de Padres de Familia, Centros Culturales, Clubes Juveniles o Deportivos, Grupos de Madres, Centros Parroquiales y cualquier otra.
- Reuniones de los profesionales y funcionarios del Centro con cada organización para el análisis conjunto y discusión de las condiciones, problemas y programas de salud, generales y de los que más interesan a cada entidad.

- Reuniones con la Directiva y los Comités de Trabajo de cada organización.
- Reunión con la Asamblea Comunal.
- Designación democrática de uno o más "Responsables de Salud" por cada organización, que sirva la función de vínculo permanente entre el Servicio de Salud y la organización de base, ante la cual es responsable.
- Cursos para la preparación de esos líderes y responsables, de los funcionarios, en una atmósfera que permita a unos y otros, intercambiar información y examinar sus respectivas percepciones sobre el trabajo y los programas de salud, y sobre la manera de mejorarlos con la intervención de la población y de sus grupos de barrio, de sector y aún de manzana.
- Precisar la participación y responsabilidad específica que puede asumir cada organización, de acuerdo con sus opiniones, actitudes y nivel de desarrollo; definir tareas y servicios preventivos, asistenciales y de bienestar que puedan cumplir los "Responsables de Salud" y otros representantes de la comunidad (por ejemplo: vacunaciones, mejoras de saneamiento, orientación de consultantes; vigilancia, educación y posibles tratamientos locales de pacientes atendidos en el centro u hospita-

les; colaboración al examen preventivo de escolares o trabajadores; educación y divulgación sanitaria).

- Promover la constitución, en cada sector y en cada barrio, de Comités de Salud formados por representantes de las diversas organizaciones que coordinen y refuercen las tareas comunes, a la vez que eduquen a la población para trabajar juntos en el manejo de los programas de salud.
- Formación de un Consejo Local de Salud, junto a la Dirección del Centro, formado por delegados democráticamente designados por los Comités de Barrio o Sector, y cuyas funciones de asesoría y control serán estudiadas localmente.

3) Resumen.

En el Documento se formulan planteamientos conceptuales sobre el tema "Estrategias para la Extensión de Servicios de Salud en América Latina" y se describe de manera breve la experiencia que se realiza en el Departamento de Antioquia, República de Colombia, para el desarrollo de Servicios Locales Integrados de Salud.

Esperamos que sobre tan importante tema permita la discusión en los grupos de trabajo allegar un conjunto de conclusiones útiles para cada uno de nuestros países.