

## La atención en salud en áreas urbanas\*

Jorge Castellanos Robayo

Organización Panamericana de la Salud, Washington

### Introducción

Entre 1950 y 1985, la población urbana del mundo se duplicó; a finales del siglo XX, tal cifra se podría doblar nuevamente —Naciones Unidas, Análisis de población—. Progresivamente se incorporarán alrededor de 150 millones de personas, las cuales, sumadas a las 130 millones de quienes se estima que carecen de acceso a los servicios de salud, significan alrededor de 280 millones de personas adicionales, cifra superior al total de habitantes jamás atendidos en la historia —datos suministrados por Carlyle Guerra de Macedo, directora de la OPS—.

La tendencia hacia una localización preponderantemente urbana de la población, en los países en vía de desarrollo, y en particular en algunos países de América Latina, ha producido un crecimiento explosivo de los grandes centros urbanos, cuyas características de desarrollo causan profundas repercusiones políticas, sociales y económicas.

La organización y la entrega de servicios públicos en estos grandes conglomerados humanos constituye un enorme desafío a la capacidad de generar recursos y a la iniciativa de las autoridades y de los técnicos para encontrar soluciones que tengan un impacto y una proyección significativos en un

\* Banco Interamericano de Desarrollo. Progreso económico social en América Latina informe 1987. Capítulo VIII.

medio en el cual es constante la renovación y ampliación de los problemas.

En la atención de salud, la exigencia de mayor cobertura, la cual surge del crecimiento de la población y la gran heterogeneidad de las situaciones socio-económicas que se observan en las áreas urbanas, en especial en las grandes ciudades, condicionan un mosaico epidemiológico de necesidades extraordinariamente variado, en el cual los problemas característicos de la pobreza y del subdesarrollo se combinan con las condiciones propias de las sociedades afluentes y con manifestaciones derivadas de la congestión, el hacinamiento, el uso de drogas y alcohol y otros efectos de la patología social y del progreso.

En los centros urbanos coincide la presencia de múltiples entidades y programas de salud, cada uno con propósitos difíciles de armonizar; de igual manera, se superponen los campos de competencia de las autoridades nacionales y locales, y se duplican los esfuerzos de distintos grupos, muchos de los cuales compiten por los mismos recursos humanos o institucionales.

Estas y otras circunstancias propias de la concentración de la población, han hecho tradicionalmente difícil y compleja la tarea de organizar y prestar servicios en el medio urbano.

Los anteriores problemas estructurales, agravados por los efectos de la crisis económica-

financiera que ha afectado a los países durante el presente decenio, constituyen serias restricciones para hacer realidad las decisiones políticas que, individual y solidariamente, han adoptado los gobiernos para extender hacia el año 2000 la atención de la salud a toda la población.

En el marco de las políticas y las estrategias establecidas en la América Latina para procurar esta meta de salud para todos en el año 2000, se hace en esta presentación una breve revisión del fenómeno de urbanización de la población y sus proyecciones; se analizan algunas implicaciones principales de éste con respecto a la salud, y se plantean y discuten las posibles líneas de desarrollo de la organización y administración de los servicios de salud en las áreas urbanas, las cuales son actualmente un motivo de consideración en varios países.

Antes de avanzar en el tratamiento de los puntos anteriores es conveniente, sin embargo, hacer algunas aclaraciones.

Este artículo se refiere fundamentalmente a los servicios de atención de la salud de las personas. Esto, obviamente, no significa minimizar, ni mucho menos desconocer, la importancia de las acciones dirigidas al control y mejoramiento del medio ambiente físico; de la misma manera, los planteamientos que se formulan reconocen la estrategia de atención primaria y las demás líneas de trabajo señaladas por

los países en los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS, y se apoyan en ellos, en especial la definición de prioridades para el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud en el cuatrienio comprendido entre 1987 y 1990.

Los planteamientos y observaciones que aquí presento se mantienen deliberadamente en un terreno de análisis y de enfoque general, resaltando las características sobresalientes y de ocurrencia común pero sin intentar hacer consideraciones específicas de las diferentes situaciones nacionales; sin embargo, tomo especialmente en cuenta los informes y el material preparatorio de las reuniones regionales de consulta técnica sobre el tema, convocadas por la OPS y la OMS en 1981 y 1982; así mismo, los informes y documentos elaborados para otras reuniones regionales y nacionales, realizadas sobre esto en los últimos cinco años. Cabe anotar que los documentos revisados son pródigos en planteamientos teóricos y doctrinarios, pero modestos en la presentación de realizaciones concretas, lo cual indica la necesidad de aumentar los esfuerzos para materializar la ejecución de proyectos específicos.

Finalmente, no pretendo hacer un enfoque exhaustivo del tema; por el contrario, he seleccionado algunos tópicos que considero de especial interés, y alrededor de los cuales centro las observaciones y comentarios.

## **El fenómeno de urbanización de la población**

Durante el siglo XX, uno de los fenómenos demográficos mundiales de mayor trascendencia ha sido, sin duda, el acelerado crecimiento de las grandes concentraciones urbanas, en particular en los países en desarrollo.

Los análisis y las proyecciones realizados por las Naciones Unidas indican que la población mundial urbana ha crecido en los últimos años alrededor de un 3% por año, es decir, aproximadamente una vez y media la tasa actual de crecimiento de la población total. Entre 1970 y el año 2000 la población total del mundo se incrementará un 80% y en ese mismo periodo la población urbana crecerá un 145%.

Este incremento no será, sin embargo, uniforme; mientras que en los países desarrollados se espera un crecimiento de la población urbana del 1,7% por año, en los países en desarrollo la estimación respectiva está por encima del 4% anual.

Hacia 1900, menos del 5% de la población de Asia, África y América Latina, vivía en las ciudades; en 1950 esa proporción se había elevado al 15% y se estima que para el año 2000 la cifra habrá sobrepasado el 42%.

Una estimación hecha en 1975 por las Naciones Unidas indicó que para el 2000 las concentraciones urbanas del mundo en desarrollo habrán absorbido alrededor del 70% del crecimiento de la población mundial; en cifras absolutas esto significa aproximadamente 1.300 millones de nuevos habitantes, equivalentes a la diferencia entre los 838 millones de 1975 y los 2.100 millones esperados para finales del siglo XX.

Para estudiar este fenómeno de redistribución urbano-rural de la población, interesa igualmente la localización de ésta dentro del sistema urbano de los países.

En 1950, alrededor de 44 millones de habitantes vivían en ciudades de cinco o más millones de personas, de las cuales existían sólo seis en todo el mundo; en 1980 el número de estas ciudades había llegado a veintiséis; entre todas aglomeraban una población de 252 millones de habitantes; para el año 2000 se estima que habrá sesenta de estas metrópolis, y que su población total sobrepasará los 650 millones de individuos.

A mediados del siglo XX, Shangai era la única ciudad del mundo en desarrollo con más de cinco millones de habitantes; para el siglo XXI en los países en esa situación habrá 45 ciudades de tal magnitud, destacándose algunas como México, Shangai y São Paulo, que tienen ya una población mayor de diez millones

de habitantes, y que podría llegar en los próximos doce años a cifras superiores a los veinticinco millones.

Hacia 1975, en los países en desarrollo, las ciudades de más de un millón de habitantes eran alrededor de noventa; para el año 2000 se estima que habrá cerca de 300 de estas ciudades.

En América Latina, como consecuencia del rápido descenso de las tasas de mortalidad y de la persistencia de tasas de natalidad invariablemente altas, se inició en 1950 un brusco aumento de la población, cuyo resultado neto fue el paso de 154 a 312 millones de habitantes en 1975, casi todos aglomerados en zonas urbanas. Refiriéndose a este fenómeno, un experto del Banco Interamericano de Desarrollo, Robert W. Fox, señaló en 1982 que "la explosión urbana de América Latina es justamente la explosión de la población". Los análisis de este mismo autor indican que en América Latina la base urbana es más amplia y está más firmemente establecida que en cualquier otra parte de los países en desarrollo. En 1970, el 79% de la población urbana vivía ya en ciudades de más de 100.000 habitantes, y en 1980 esta proporción se habría acercado al 82%. Por esto, cabe esperar que la población urbana de la región, 220 millones en 1980, ascienda en el año 2000 a 420 millones, y alcance en el año 2025 los 715 millones de personas. Esto significa, en pri-

mer lugar, que para el final del siglo tres de cada cuatro latinoamericanos, el 76% del total de la población, vivirán en áreas urbanas, y, en segundo lugar, con la salvedad de unos pocos países, que América Latina está apenas en las primeras etapas de su crecimiento urbano.

Los análisis del autor antes citado, indican además que, en contra de lo que generalmente se cree, las ciudades más grandes de América Latina están creciendo, pero no con la misma rapidez que las ciudades secundarias y terciarias; por tanto, en muchos países, además de enfrentar los problemas ya existentes de la gran capital, será necesario canalizar buena parte de la actividad nacional a crear y fortalecer la capacidad de absorción de los centros de tamaño intermedio, cuyos problemas y sus limitados recursos conforman situaciones muchas veces más apremiantes que los de la gran metrópoli.

En Colombia, según el censo realizado en 1973, el cual informó una población total de 22,9 millones de habitantes, aproximadamente el 60% de la población residía en áreas urbanas; en 1983 la proporción se estimó en el 65%, y para el final del siglo la estimación se acerca al 75% del total, unas 37,5 millones de personas. Según estas predicciones, hacia el año 2000 Colombia tendrá cuatro ciudades con población superior al 1,5 millones; Bogotá, 6,2; Medellín, 3,1; Cali 1,8;

y Barranquilla 1,5, y otras cuatro con poblaciones entre 500.000 y un millón de habitantes; Bucaramanga, Cartagena, Armenia y Pereira.

Las cifras y proporciones anteriores son impresionantes; no es extraño, por lo tanto, que las implicaciones políticas, económicas y sociales de este proceso acelerado de redistribución de la población, constituyan un motivo de especial preocupación e interés en los medios gubernamentales, políticos y académicos de los países latinoamericanos. El crecimiento explosivo y sin precedentes de las ciudades, en un buen número de los países de América Latina, no sólo ha agravado los problemas ya existentes, sino que además ha generado otros más complejos que exigen soluciones prácticamente inmediatas.

## Las implicaciones del crecimiento urbano acelerado

### Generales

Se considera, en general, que la urbanización de la población es un signo de progreso y que la ciudad es la fuerza motriz del desarrollo y el lugar de evolución de la civilización. Históricamente, este fenómeno lo han vivido, en su proceso de evolución, los países que hoy se catalo-

gan como desarrollados. La transición hacia una localización predominantemente urbana de la población, en consecuencia, no debería constituir motivo de alarma; sin embargo, lo que resulta preocupante de este fenómeno, y que requiere una atención especial, es la urbanización explosiva y asociada a la acentuación de las desigualdades sociales y económicas, así como las precarias condiciones de vida de los grupos migrantes que caracterizan el fenómeno de concentración de la población en América Latina y, en general, en la mayoría de los países en desarrollo.

La rápida urbanización de la población requiere del desarrollo urgente de la infraestructura física y social; la mayor exigencia de agua, la eliminación de los desechos líquidos y sólidos, la provisión de vivienda, vías y transportes, el control de la contaminación ambiental, la generación indispensable de empleos, el abastecimiento y la distribución de alimentos, y, en general, la producción de bienes y servicios para atender a las necesidades básicas de los nuevos grupos de población urbana, plantean graves problemas técnicos, políticos y sociales; éstos, a su vez, condicionan fuertes inversiones, para los cuales, en general, estos países no sólo no están preparados, sino que además constituyen exigencias difíciles de resolver por las restricciones económicas derivadas de las

situaciones internas, y de la recesión económica mundial.

La urbanización controlada y ordenada, la cual permitiría lograr el objetivo de un desarrollo equilibrado y justo, parece ser la excepción y no la regla. En estas condiciones, problemas inherentes a la carencia de infraestructura básica ya mencionados, se agregan a otros derivados de la congestión, el hacinamiento, la segregación social y la delincuencia, para conformar el conocido cuadro de los asentamientos humanos no planificados.

Estas situaciones no existen sólo en las grandes concentraciones urbanas de los países en desarrollo; también en el mundo desarrollado la incapacidad de las ciudades para enfrentar y solucionar estos problemas ha sido señalada como una de las características dominantes de este siglo.

El crecimiento de las ciudades se produce por el incremento natural de su población y por migración de las zonas rurales; aunque la experiencia varía considerablemente de país a país, en general se acepta que alrededor de la mitad de los nuevos habitantes de las grandes ciudades son migrantes, y la otra mitad, nativos. Varias ciudades de América Latina tienen, sin embargo, una población lo suficientemente grande como para convertirse en megalópolis aunque no ocurriera una nueva migración.

La gran mayoría de las personas que migran lo hacen porque son pobres y buscan em-

pleo y mejores ingresos; además, son jóvenes, en general sin capacitación y carentes de un oficio o una profesión definidas.

En el sector urbano de la población de los países en desarrollo, los grupos de bajos ingresos tienen los promedios más bajos de edad y las más altas tasas de dependientes; ciertamente, en las zonas marginales de las ciudades persisten notables desigualdades en la distribución del ingreso; En las ciudades de las regiones menos desarrolladas, las cifras indican que durante los años sesenta y setenta, de un 30% a un 60%, aproximadamente, de su población vivía en zonas marginadas; hoy se estima que aproximadamente un 50% de la población urbana vive en condiciones de extrema pobreza o peor; además, en algunas ciudades, esta proporción se eleva al 79%. Mientras que la población de las ciudades ha aumentado, el sector formal de la economía ha disminuido su capacidad de generar empleo; como consecuencia de la crisis económica se ha dicho que el desempleo abierto no ha representado un problema grave hasta finales de los años setenta; a partir de 1983, la tasa de desempleo urbano promedio para la región comenzó a registrar cifras de dos dígitos según el informe de 1987 del BID. Para sobrevivir, muchos de los habitantes de las zonas marginadas deben recurrir a ocupaciones informales, usualmente mal remuneradas, cuyo incremen-

to ha ocasionado la conformación de un subsector informal urbano de la economía el cual adquiere cada vez mayor importancia en las ciudades de América Latina.

La educación aumenta las oportunidades individuales de los trabajadores y, en general, está asociada con mejores ingresos y mejor productividad; en estudios efectuados en varias ciudades se demuestra que los individuos con educación primaria ganan del 30 al 60% más que los que no han ido a la escuela, y que aquellos que tuvieron educación secundaria reciben ingresos de un 40 a un 70% mayores que los que tuvieron sólo educación primaria. En las zonas pobres de las ciudades, las facilidades educativas formales e informales son escasas, usualmente congestionadas y no ofrecen la capacitación necesaria para el trabajo.

Los trabajadores migrantes de las zonas rurales, quienes con frecuencia son analfabetos, cuando logran encontrar un empleo son contratados dentro de una misma categoría, para los trabajos con más bajos salarios.

Además de bajos ingresos, estos grupos pobres de la población comparten otras características, de deterioro del medio ambiente y de vivienda precaria, la carencia de alimentos y la mala nutrición, las cuales individualmente y en conjunto, afectan o inciden negativamente en su estado de salud.

En general, las ciudades crecen anexando territorios vecinos; esta expansión, usualmente no planeada, afecta el sistema ecológico y el ambiente social, y crea serios problemas de organización y administración urbanas; las grandes metrópolis son, en la mayoría de los casos, agregados de pequeñas poblaciones una al lado de la otra que conforman en realidad zonas multinodales de urbanización, las cuales no llegan a constituir sistemas funcionales bien diferenciados y, por consiguiente, son extraordinariamente complejos y difíciles de administrar.

Estas características de la gran ciudad afectan necesariamente el estado de salud de su población y se reflejan en la organización y en la prestación de los servicios de salud; si bien la mayoría de estas observaciones están basadas en análisis de áreas metropolitanas, está claro que la situación en las ciudades intermedias, e incluso en los centros urbanos menores, presenta problemas similares, los cuales por las diferencias en disponibilidad de recursos, causan proporcionalmente mayor impacto.

La consideración de esos factores señala que la atención de la salud, en el contexto urbano descrito, no puede circunscribirse exclusivamente a la prestación tradicional de servicios; seguir ejecutando las actividades de salud preventivas y curativas convencionales significa continuar aplicando remedios parciales para

los que son esencialmente manifestaciones de unas patologías que son la consecuencia de circunstancias sociales y económicas.

### *Con relación al estado de salud de la población*

#### *El medio ambiente físico*

La carencia, ya mencionada, de infraestructura física apropiada —una característica de las zonas pobres de las grandes y medianas ciudades—, los problemas de vivienda y los de ambientes de trabajo inadecuados, así como la contaminación del ambiente por desechos industriales, tienen necesariamente efectos adversos sobre la salud de los grupos de población que usualmente se localizan en las zonas periféricas de las ciudades.

En las áreas marginadas, las demandas de vivienda aumentan dos o tres veces más rápido que las posibilidades de oferta, ocasionando formas urbanas que no llenan las condiciones mínimas de seguridad y de saneamiento; estas deficiencias se encuentran igualmente en los enclaves de pobreza del interior de las ciudades.

El abastecimiento de agua y la disposición de desechos reciben similares exigencias. En América Latina y el Caribe, se estimó, en 1978, que el desarrollo de estos servicios para lograr las

metas de 1990, requerían inversiones por encima de los 60,000 millones de dólares, la mayor parte de éstas deben hacerse en los grandes centros y en las ciudades intermedias; pero, a pesar de los esfuerzos realizados, persisten grandes zonas urbanas sin estos servicios.

Una atención especial requieren las condiciones de seguridad y saneamiento de los ambientes de trabajo, debido al progresivo incremento de los accidentes y enfermedades ocupacionales, los cuales se estima que tienen una incidencia seis u ocho veces mayor en los países del tercer mundo en comparación con los industrializados.

### *La disponibilidad de alimentos y el estado nutricional*

Las diferencias de ingreso están directamente asociadas con las deficiencias nutricionales; los grupos pobres de la población urbana son particularmente vulnerables en este aspecto. En América, la producción de alimentos, medida en términos de productos agrícolas, ha aumentado; la disponibilidad calórica promedio en la región, unas 2.750 calorías per cápita por día, es un 12% superior a la recomendada por la FAO y la OMS; sin embargo, la malnutrición y el hambre constituyen el problema de salud más serio de los que hoy afectan a los países de América Latina y el Caribe; la distribución

de alimentos y el acceso real a ellos constituyen un eslabón débil del proceso alimentación-nutrición que afecta a los grupos de bajos recursos económicos y, particularmente, a los que residen en las ciudades y en las zonas periurbanas.

En contraste con esta situación, en las zonas económicamente afluentes de las grandes ciudades, la obesidad y otros trastornos asociados al excesivo consumo de alimentos y a las dietas inapropiadas constituyen igualmente problemas de salud de interés creciente.

### *Los perfiles de morbilidad y mortalidad*

La situación socio-económica y las deficiencias en el ambiente físico, brevemente reseñadas, se reflejan sólo parcialmente en los indicadores y los registros de morbilidad y mortalidad de la población urbana; los estudios y análisis convencionales de mortalidad y morbilidad por causas, no incorporan otros factores y enfermedades concurrentes y, por tanto, no precisan el peso relativo de estos diversos factores con respecto a una condición determinada. Estas circunstancias llevaron, por mucho tiempo, a considerar que la población de las ciudades tenía un nivel de salud más alto y que éste era relativamente uniforme; el desglose apropiado de los datos indicó que las barriadas y los asentamientos im-

provisados presentan un cuadro muy distinto, con frecuencia peor que el de las zonas rurales.

De manera genérica, sin embargo, en el perfil de morbilidad de las grandes ciudades, y en general de las áreas urbanas de los países en desarrollo, persisten las diarreas, las afecciones respiratorias, y las enfermedades transmisibles y parasitarias que se desarrollan en organismos desnutridos, conformando la patología de la pobreza, pero también comienzan a adquirir importancia los problemas propios del adulto y de la tercera edad, las enfermedades crónicas y degenerativas, el cáncer y las afecciones cardiovasculares. Se destacan además, con características muy bien definidas, las manifestaciones de la patología social y ambiental, relacionadas, entre otras, con los accidentes, la violencia y la criminalidad, el uso indebido del alcohol y las drogas, el ausentismo y los riesgos ambientales derivados del progreso humano.

Dentro de la situación urbana se pueden identificar, además, ciertos grupos de población especialmente vulnerables a los factores que afectan la salud; así, las precarias condiciones del ambiente físico y social son especialmente hostiles para los niños de corta edad; sus manifestaciones se reflejan en la malnutrición, las diarreas y las enfermedades respiratorias, las cuales, por tanto, ocasionan un incremento de las tasas de mortalidad infantil en los gru-

pos pobres de la población; otros problemas importantes son el abandono infantil y el trabajo de menores.

De manera similar, las mujeres en edad fértil, los jóvenes y los adolescentes, los ancianos y los trabajadores vinculados a ciertas ocupaciones, son grupos de mayor vulnerabilidad cuyos problemas específicos requieren de una atención que debe ser el resultado de un esfuerzo de conjunto y del desarrollo integral de los servicios de salud.

Los problemas característicos de la pobreza se mezclan, en América Latina, con los conflictos usuales en las sociedades ricas para conformar un verdadero mosaico epidemiológico, que debe tenerse en cuenta para las proyecciones de población para finales del siglo XX, y muestra lo variado y complejo que son las exigencias de salud de la población urbana.

### *La disponibilidad y las características de los servicios de salud*

Por definición, las ciudades y en particular las metrópolis, concentran más recursos que el resto del país; esto no garantiza, sin embargo, una disponibilidad equitativa de los servicios; en general, se encuentran grandes diferencias en la distribución de los recursos de salud y en los indicadores respectivos entre los

distritos pobres y afluentes de las ciudades.

Los servicios de salud de la mayoría de las ciudades de América Latina, por otra parte, generalmente no están preparados para atender las altas y crecientes tasas de enfermedades sociales ligadas a las condiciones de la vida urbana y la pobreza; además, los servicios de salud existentes tienen una capacidad limitada.

La verdadera magnitud de la deficiencia de cobertura es desconocida; en América Latina, se estimó a comienzos del decenio pasado que alrededor del 40% de la población, es decir 140 millones de personas, en ese entonces carecía de servicios de salud; una alta proporción correspondía a los residentes en las ciudades, principalmente la población pobre de las zonas urbanas marginadas. A pesar de los esfuerzos realizados por los gobiernos de los países latinoamericanos para mejorar esta situación, los problemas persisten; éstos surgen, en primer lugar, de la mala ubicación y la inexistencia de los servicios, y, en segundo lugar, pero de manera más significativa, de problemas de organización, financiación y funcionamiento de los mismos. Además, en la mayoría de las ciudades de América Latina están comenzando a desarrollarse los servicios de salud mental, la atención de los adolescentes, el cuidado de los ancianos y la protección de la salud de los trabajadores; un análisis reciente con relación a

estos últimos, mostró que aproximadamente el 50% de la fuerza industrial, residente en las zonas urbanas, no está protegida de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

El sector salud usualmente está conformado por múltiples entidades y programas separados entre sí, cada uno con propósitos específicos y ninguno responsable por el trabajo armónico del conjunto.

Los orígenes de esta multiplicidad institucional y de la consiguiente fragmentación de los servicios, son, por supuesto, muy variados y responden a factores políticos, históricos, económicos y de evolución del conocimiento en el campo de la salud, característicos de cada sociedad.

Se ha escrito y expuesto mucho acerca de esto y es obvio e innecesario hacerlo aquí de nuevo. El problema no es la existencia en sí de las instituciones, ni lo que éstas hacen, sino lo que en conjunto omiten y que afecta negativamente la atención integral, continua y equitativa a todas las personas que lo necesitan; la esencia del problema está en la naturaleza declarativa y en la falta de especificidad de las políticas de atención de salud o la carencia de ellas, pero especialmente en la debilidad de las técnicas, la organización y la administración de tales políticas, con el fin de interrelacionar apropiadamente el trabajo de las instituciones y los programas.

El resultado usual de estas situaciones es la separación de los servicios de prevención y curación; la disociación de la atención ambulatoria e intrahospitalaria; el aislamiento de los servicios de salud de otros servicios comunitarios esenciales; la incoordinación de los mecanismos de financiamiento; la calidad heterogénea, y en ocasiones dudosas, debido a la existencia de diversos estándares y sistemas normativos; la duplicación innecesaria de instalaciones y la subutilización de recursos de alto costo. Otra consecuencia es la presencia de brechas inmensas de atención, la cual, por otra parte, tiende a estar basada en los criterios de ingreso económico, edad, naturaleza de los padecimientos y afiliaciones institucionales.

El costo de los servicios conforma otro gran conjunto de problemas, la atención de salud en las ciudades. El incremento progresivo de los costos de la prestación de los servicios de salud, y en especial de los hospitales es un fenómeno universal, el cual se ha acentuado durante los últimos años; uno de los factores que más influyen en esto es el cambio tecnológico de la práctica médica en los últimos decenios.

Si se acepta la hipótesis de que un efecto importante de la innovación tecnológica es el estímulo al consumo o utilización de los recursos, es claro que cualquier intento para mejorar la productividad y controlar los costos de los servicios, especialmente en

los hospitales, debe hacer énfasis en el control del valor real de una innovación durante sus primeras etapas de desarrollo, es decir, es necesario racionalizar la incorporación de tecnología y controlar su uso indiscriminado y acrítico.

Las repercusiones del aumento de los costos unitarios de los servicios en la proporción total de recursos que los países pueden destinar a la atención de la salud, es un área cada vez más interesante para la política y tiene implicaciones en el desarrollo de los servicios urbanos de salud. Por definición, en las ciudades se concentran las unidades más complejas, como hospitales de diversos tipos los cuales son, por consiguiente, de más alto costo.

En los países, y, específicamente, en América Latina, se estima que de un 4 a un 6% del producto bruto de la región se utiliza en salud, pero es en general difícil obtener información que permita conocer el monto de los gastos en salud y apreciar sus tendencias.

Las circunstancias económicas de los países que configuran una disponibilidad restringida de recursos y la perspectiva inmediata de mayores y más amplios compromisos —salud para todos en el año 2000—, obligan necesariamente a una actitud más crítica y analítica respecto a cómo se están usando los recursos y el modo de mejorar su utilización; así como a examinar con deteni-

miento y mayor profundidad los problemas que inciden en el costo particularmente de los servicios hospitalarios.

## **La organización de la atención de salud en las áreas urbanas**

### ***Premisas básicas***

1. De la misma manera en que la situación rural y urbana de la población es un continuo, los servicios de salud para la población urbana no pueden concebirse aisladamente, pues son parte fundamental del sistema general de servicios del país, el cual es responsable por la atención de la población de las zonas rurales; esto se aplica primordialmente al desarrollo de los servicios de alta complejidad en el área urbana, los cuales, forzosamente, deben considerar a la población rural.

La concentración urbana masiva y acelerada de tres cuartas partes de la población total de la región en el año 2000, agravará sin duda los problemas tradicionales de deficiencias de cobertura, fragmentación y falta de integralidad de la atención, carencia o disponibilidad limitada de recursos y el uso inapropiado de los mismos; por lo anotado anteriormente, sería un error intentar soluciones aisladas para las ciudades en sí. Reconociendo las

diferencias de contexto, será necesario conceptualizar y poner en práctica la readecuación necesaria de todos los sistemas de servicios como un conjunto, los cuales tienden a lograr que la población pueda acceder a tales servicios equitativamente.

2. Los servicios de las ciudades corresponden a un solo conjunto, independientemente de que existan muchas instituciones que participan en ese proceso; los establecimientos están en una u otra forma interrelacionados, y lo que ocurre en unos, repercute en los otros; no se puede, por tanto, mantener la segregación de los servicios por capacidad de pago o de contribución, porque esto sería tan inapropiado como separar los servicios para las zonas afluentes de servicios para las áreas pobres o marginadas.

Por otra parte, los establecimientos e instituciones, tienen antecedentes que deben tenerse en cuenta; sólo excepcionalmente se podría encontrar una situación en la cual se parta de cero para la organización de un nuevo centro urbano o el establecimiento de un programa o proyecto piloto; esto significa que las líneas de desarrollo que se plantean en cualquier programa de reorganización deben reconocer los elementos existentes y sus condiciones históricas, pues de otra manera pueden caer fácilmente en lo irrealizable.

Dentro de esta orientación general resulta fundamental

trabajar por la organización y el desarrollo apropiado de la atención básica, pero es necesario tener en cuenta que la gran confrontación administrativa y tecnológica de los servicios de salud ocurre fundamentalmente en los niveles de mayor complejidad, más específicamente en los hospitales que concentran una proporción muy alta de los recursos, los cuales tienen mayores posibilidades de corregir las deficiencias en el uso de tales recursos.

3. El avance del conocimiento en relación con la salud, y el reconocimiento de las relaciones de la salud y los procesos de desarrollo, evidentemente plantean un cambio en el cometido y en las formas de actuar de los servicios de salud. El propósito último de la estrategia de atención primaria es la promoción, el mantenimiento y el desarrollo de la salud; la población aprecia primordialmente la capacidad que tenga el servicio de solucionarle sus problemas, especialmente sus enfermedades. La promoción y la prevención son nociones aún casi exclusivas de los técnicos; los servicios deben trabajar en ellos y difundirlos en la población, pero no hay que creer que ese es el tipo de acciones que la población quiere o busca.

4. Los procesos de readecuación de los servicios de salud en las áreas urbanas tienen como propósito fundamental armonizar la acción de todas las instituciones, incluidas las priva-

das, en función de las políticas, objetivos y metas nacionales, así como las de la ciudad respectiva.

En consecuencia, estos procesos pueden ser de una gran diversidad según las características de la organización de los servicios en el país y en las ciudades respectivas; no intentamos cubrir todas las facetas del tema; sin embargo, en estos procesos hay cuatro aspectos fundamentales:

1. Las relaciones intersectoriales de la salud, y la necesidad de enfoques de planeamiento urbano integrado.

2. Los problemas de accesibilidad y cobertura

3. La organización de los servicios básicos

4. La reformulación de los servicios hospitalarios

### ***Acciones intersectoriales: salud y planeamiento urbano integrado***

La interdependencia y la complejidad de los problemas de los asentamientos urbanos propios de la urbanización no planificada, una característica de las grandes ciudades, exigen el diseño y la ejecución de soluciones integrales de desarrollo, en las cuales lo social y lo productivo mantengan un balance apropiado para lograr una calidad de vida y de salud aceptables. El proceso de urbanización, por otra parte, no se refleja sólo en la concentración

geográfica de una población total, sino también de aquellas que permanecen en las zonas rurales, en relación con los habitantes de las ciudades; este proceso de urbanización cultural exige políticas y programas coherentes de desarrollo urbano y rural.

La importancia del desarrollo social y económico integrado, y de la planificación y programación entre los sectores de salud orientados a satisfacer las necesidades básicas de la población, ya no se discuten; sin embargo, en términos prácticos, muy poco es lo que se ha avanzado en la aplicación de estos conceptos. El manejo de las relaciones entre sectores de la salud en los grandes centros urbanos, requiere por tanto una mejor vinculación de los estamentos técnicos y administrativos del sector salud con los organismos que tienen a su cargo la planificación del desarrollo de las ciudades.

La concepción integral de la salud, la cual fundamenta la estrategia de atención primaria, tiene como antecedente importante el reconocimiento de la multicausalidad de la salud, el cual dio lugar a los llamados modelos globalizadores u holísticos de ésta.

Estos modelos, que reconocen cuatro grandes grupos de factores responsables del estado de salud —ambiente físico, hábitos y estilos de vida, herencia y aspectos genéticos y acción de los servicios de salud—, permiten reconocer factores de ries-

go y condicionan un cambio fundamental en el entendimiento de los problemas de salud, y, por consiguiente, en la selección de intervenciones para afrontarlos; a diferencia de la concepción tradicional de la salud, centrada en la acción de los servicios, estos modelos ofrecen bases más amplias para la formulación de políticas de salud.

La aplicación de la estrategia de atención primaria se convierte en el elemento central del sistema de servicios, y plantea la necesidad de revisar y ajustar las políticas del sector salud y de lograr su armonización con las políticas generales de desarrollo, particularmente de los sectores sociales. Por otra parte, hace indispensable reexaminar y ajustar las bases conceptuales, campos de acción y elementos prácticos, organizacionales y operativos de los servicios de salud. En otras palabras, la solución de muchos de los problemas de salud de la población urbana depende de las posibilidades de lograr un enfoque de planeamiento urbano integrado.

### ***El problema central: accesibilidad y cobertura***

En la atención de salud de la población urbana en América Latina y el Caribe, un problema central es la accesibilidad a los servicios y la cobertura que éstos otorgan a los diferentes gru-

pos de población. Las limitaciones para el acceso no surgen de la baja disponibilidad o de la localización geográfica inapropiada de los establecimientos y unidades que prestan atención; si se exceptúan algunos servicios especializados, particularmente los que atienden emergencias y traumas, que ameritan una consideración especial en términos generales, las ciudades tienen una disponibilidad aceptable de unidades básicas —centros de salud, policlínicas, dispensarios, etc.— y también de hospitales generales. El desplazamiento hacia estos centros no es, en realidad, difícil y puede hacerse en un tiempo razonable.

El verdadero problema de accesibilidad radica en las bases de financiación de los servicios y en sus formas de organización; en otras palabras, la población de las áreas urbanas, en particular los grupos pobres de esa población, enfrentan serios problemas de accesibilidad financiera y funcional a los servicios de salud.

La información usualmente disponible no permite establecer el grado de cobertura realmente alcanzado en las ciudades, en especial en las zonas periurbanas afectadas por la marginación socioeconómica.

Los tres mecanismos clásicos de financiación de los servicios —el sector público, la seguridad social y la actividad privada—, vigentes en la atención de salud urbana, presentan res-

tricciones y limitaciones importantes.

La introducción en los establecimientos del sector público de tarifas, aranceles, cuotas de recuperación, etc., actualmente generalizada, significa una barrera de carácter financiero para el acceso a los servicios de la población de bajos recursos. La recuperación de presupuestos que se hace por estos mecanismos, que en ocasiones puede llegar a proporciones superiores al 25%, indudablemente constituye una limitante y un desestímulo importante para la utilización oportuna de los servicios. Se han intentado diversos tipos de ajustes a este respecto, por ejemplo la abolición de las tarifas para algunos tipos de atención, especialmente acciones preventivas, o su reducción para ciertos grupos de población. Estas son, por supuesto, medidas parciales. En el fondo lo que se requiere es abolir la noción de servicios para los indigentes con que se identifica a las acciones de salud del sector público, y establecer una base sólida de financiación para estos servicios.

La seguridad social tiene una participación importante en la prestación de los servicios de salud: aproximadamente el 55% de la población de dieciséis países de América Latina, tienen el derecho a recibir esta atención por parte de la seguridad social; la mayor parte de esta población se encuentra en las áreas urbanas.

Los problemas de accesibilidad y cobertura en la seguridad social, surgen de las diferencias en beneficios otorgados por las diversas instituciones, y dentro de éstas por las diferencias de amplitud de la atención para los afiliados directos y los beneficiarios. El problema fundamental, sin embargo, se deriva de las restricciones impuestas en el campo de aplicación de la seguridad social, el cual se restringe a la población trabajadora con dependencia salarial.

El subsector no gubernamental, compuesto fundamentalmente por esquemas de prepago, seguros privados y entidades privadas sin ánimo de lucro, y el subsector propiamente privado, que estaría integrado por entidades lucrativas, cumplen una importante función en la atención de salud de la población urbana de la región. Sus esquemas de financiación, sin embargo, constituyen fuertes restricciones para el acceso a los servicios.

En los últimos años, por otra parte, han hecho su aparición, con una tendencia al crecimiento, instituciones, cooperativas, esquemas de prepago, etc., que se ubican como intermediarios entre las instituciones, como la seguridad social, y los beneficiarios; entre los médicos y grupos profesionales y la población.

Estas entidades tienden a convertir al paciente en un consumidor; al médico y los demás profesionales, en los proveedores;

y a los servicios, en la industria de la salud. A través de esos mecanismos se está cambiando la filosofía de la prestación de los servicios, y también sus bases financieras, al ubicar la atención de salud en una situación de mercado claramente lesiva del derecho y de los intereses de grandes grupos de la población.

Al reconocer la importancia de las acciones del sector privado, es preciso señalar la necesidad de una regulación y orientación apropiadas para canalizar adecuadamente sus actividades en función de los propósitos de atención universal y equitativa dentro de la política estatal correspondiente.

La racionalización del financiamiento de los servicios es una condición indispensable para abolir la noción de clientelas separadas por capacidad de contribución y mecanismos financieros.

Una función fundamental de los servicios de salud es el reconocimiento de los recursos que están utilizando los individuos y los grupos poblacionales para su atención de salud, y el establecimiento de esquemas apropiados de interrelación y orientación de tales recursos, los cuales pertenecen usualmente al sector privado pero que, para efectos prácticos, se pueden categorizar como recursos no gubernamentales.

El sector informal de la economía tiene particular interés para la exploración de las posibilidades de afiliación a esquemas

de protección como los del seguro social u otras entidades que otorgan servicios de salud.

Uno de los efectos de la recesión económica que ha afectado a los países de América Latina, es el aumento de las tasas de desempleo y subempleo. Este último, según expertos, se caracteriza por su creciente traslado a las ciudades: se ha estimado que en 1950 el 70% del subempleo se concentraba en actividades agrícolas; esta proporción en 1980 se habría reducido al 49%. La urbanización del subempleo se ha traducido en un crecimiento del subsector informal urbano, cuyo reconocimiento es relativamente reciente pero cuya importancia es cada vez mayor, especialmente en varias capitales y ciudades mayores de América Latina. Un análisis de la población económicamente activa en 1980 mostró que el 69,9% tenía empleo formal, el 23,8% empleo informal, y el 6,4% estaban desempleados; durante 1985, el empleo formal habría sido de 64,0%, el empleo informal de 27,9% y el desempleo del 7,7%. El mismo análisis indicó una importante participación estimada del sector informal en la fuerza de trabajo urbana: en Perú sería del 60% en las áreas urbanas; en Colombia del 43% en Santafé de Bogotá; en México del 42% en tres ciudades principales; en Brasil del 30% en las áreas urbanas, con variaciones importantes para Rio de Janeiro, São Paulo y Bello Horizonte.

El sector informal está básicamente constituido por trabajadores por cuenta propia, trabajadores familiares no remunerados y trabajadores domésticos. En un principio, la mayoría de estas personas provenientes del área rural tenían escasa o ninguna educación formal y trabajaban aislados individualmente. Hoy la situación de la educación ha cambiado y se han constituido diversas modalidades de grupos, asociaciones, organizaciones gremiales, etc., a través de los cuales pueden establecerse comunicación y mecanismos de interrelación para el mejoramiento de las condiciones de vida y la atención de salud y, eventualmente, su afiliación a la seguridad social.

### *Organización de los servicios básicos*

Las necesidades de reorganización de los servicios urbanos de salud, son de gran diversidad y amplitud. A pesar de las diferencias, que pueden llegar a ser muy significativas en valores, ideologías y características de la organización social, en la mayoría de las situaciones se pueden hacer enfoques operativos orientados a:

1. Desarrollar los servicios básicos en relación con grupos definidos de la población, incorporando nuevas formas de atención más económicas que eviten el uso innecesario de tecnologías de alta complejidad.

2. Lograr la integración funcional de los servicios altamente fragmentados por la presencia de muchas instituciones y por la excesiva especialización.

3. Procurar una mejor utilización de los servicios hospitalarios especializados, con un uso controlado de los recursos — eficiencia—.

4. Desarrollar aquellos servicios que, como los de atención de trauma y de urgencias, salud mental y de ancianos, adolescentes, etc., son indispensables para una atención integral de salud de la población.

Dentro de esta orientación, como expresiones prácticas de aplicabilidad más o menos general, se hace aquí referencia al desarrollo de la administración local de servicios mediante el establecimiento de unidades básicas de administración, y a la reformulación de los servicios hospitalarios.

#### *La administración local de servicios*

Las acciones de reorganización de servicios de salud de las áreas urbanas tienen particularidades según los países, y aun en cada ciudad. El común denominador de estas acciones, sin embargo, puede ser identificado en el proceso de administración y planificación de la atención de la salud, que es necesario instaurar para lograr coherencia en la acción de las instituciones del sector

en función de las políticas, objetivos y metas nacionales.

El análisis de experiencias de planificación de salud en la región, permiten señalar dos condiciones fundamentales para este proceso: en primer lugar, que sea efectivamente sectorial, es decir, que no esté circunscrito a determinadas instituciones y, en segundo lugar, que avance hasta la etapa realmente aplicativa u operacional, es decir, que no se detenga en las fases normativas.

Esta vertiente operacional o aplicativa de la planificación de la salud, en general muy poco desarrollada, corresponde en realidad a la programación local de servicios, la cual permite interpretar las definiciones políticas y las estrategias adoptadas, y darles su aplicación en función de las necesidades y características de los diferentes grupos de población.

La programación local, por otra parte, es la forma de acercar la administración a la prestación de servicios para subsanar deficiencias de los esquemas vigentes. Constituye, además, un mecanismo fundamental para coordinar, funcionalmente los recursos de las distintas instituciones existentes en un área geográfica determinada.

En este sentido, es preciso diferenciar entre la programación de las actividades que se realizan en unidades y establecimientos, la cual ubica en el tiempo y en el espacio las acciones que se van a desarrollar, y la pro-

gramación local que aquí se plantea. La primera es la elaboración de un calendario de actividades que van a cumplir las unidades operativas en un periodo dado; la segunda implica la consideración y armonización de todo el conjunto de recursos y servicios disponibles en un área geográfica determinada, para la atención de la salud de la población correspondiente. En esta dimensión, la programación local que se plantea es un enfoque de desarrollo de la administración local de los servicios, eminentemente integrador de programas y de recursos en relación con las necesidades de atención de la población. Esta integración, sin embargo, es funcional y no necesariamente orgánica.

Dentro de esta orientación, las acciones de programación local constituyen un mecanismo efectivo de adaptación de las normas técnicas establecidas por los programas formulados en las unidades centrales de los ministerios o entidades de seguridad social, a las necesidades y características de la población. Cuando esta adaptación no se produce, las normas de los programas se limitan a establecer actividades y orientar recursos para la solución o prevención de problemas específicos de la salud. El proceso de aplicación no da lugar a la utilización oportuna de la información derivada de la experiencia del nivel operativo o de la propia población.

La programación local permite revertir ese proceso y asegurar la participación activa de las unidades propiamente operativas en la ejecución de programas ajustados a la variedad de situaciones de salud; variedad determinada por las características de la población, los factores del ambiente físico, social y económico, y por la capacidad real de recursos locales para la prestación de servicios.

#### *Organización de unidades básicas de administración*

*Concepto general.* La conceptualización de la administración y programación local que se ha planteado, lleva consigo la necesidad de desarrollar la noción de unidad de programación, o delimitación jurisdiccional, con respecto a la cual se ejercen esas funciones, ya sea en términos de población o de áreas geográficas o, lo que es más apropiado, en una combinación de las dos. Las unidades de programación, en la práctica, conforman un ámbito local de administración de servicios que requiere el desarrollo de los núcleos o unidades en donde se ejerzan esas funciones de administración. Tales núcleos se convierten en Unidades Básicas de Administración del sistema de salud.

La conceptualización y el desarrollo apropiado de estas Unidades Básicas de Administración de los servicios de salud

tienen sin duda un enorme potencial como instrumento o mecanismo de racionalización de los recursos de atención de la salud en general, pero especialmente de los del sector público, ministerios de salud y seguridad social. Es a través de estas unidades que puede ser encauzada apropiadamente la coordinación y la articulación funcional de estas instituciones. Por otra parte, estas unidades se convierten en las depositarias naturales de las funciones descentralizadas de la administración.

Como fenómeno político y administrativo, existe una clara tendencia hacia la descentralización de los sistemas públicos, la cual incluye, por supuesto, al sector salud.

Para que el proceso de descentralización opere realmente las Unidades Básicas de Administración deben convertirse en el centro de las decisiones, tanto para orientar y dirigir la atención de la población cubierta, como para la organización general de los servicios en el área geográfica respectiva. Estas Unidades Básicas de Administración deberán coordinar funcionalmente los distintos recursos institucionales existentes en esa área geográfica, armonizando y haciendo coherente las responsabilidades de dichas instituciones con respecto a la población.

*Funciones principales.* La asignación de funciones a las Unidades Básicas de Administración de los servicios de salud, y su gra-

do de descentralización y autonomía, variarán según las características propias de la administración pública de los países. Es posible, sin embargo, identificar algunas funciones que, en mayor o menor grado, se habrán de llevar a cabo cualquiera que sean las circunstancias en las cuales se desempeñen las Unidades Básicas de Administración:

1. Mejor conocimiento de la población. El desarrollo de la administración y programación local de los servicios de salud tiene como uno de sus objetivos primordiales el de mejorar el conocimiento de los grupos de población para los cuales se diseñan los servicios, y de los múltiples factores, especialmente socioeconómicos, que inciden en la utilización y aceptación de éstos por parte de la población. El conocimiento de la población debe permitir establecer cuál es realmente el aporte que los servicios pueden hacer a la salud de esa población; cuáles de las actividades que realizan los servicios son realmente efectivas y cuáles son superfluas o totalmente innecesarias; cuáles son los costos de unas y otras; y qué alternativas de atención podrían existir para lograr los objetivos de salud de la población, con criterios claros de eficiencia y efectividad en el uso de los recursos.

Lo anterior implica que las unidades a través de las cuales se da la atención de salud, posean un conocimiento real de la

población a la cual sirven. Con pocas excepciones, quizá, esto no es lo que ocurre en la práctica. La actitud de las unidades de prestación de los servicios es, en general, pasiva; atienden o responden a la demanda. Se requiere una posición activa mediante la cual se conozca la composición de la población de la cual se es responsable, así como sus características socioeconómicas, especialmente aquellas que implican riesgo para la salud.

El grado en que un grupo humano está expuesto a riesgo, es determinado por una variedad de factores sobre los cuales el individuo puede o no tener control. El comportamiento, o estilo de vida, es una consecuencia de factores demográficos y del ambiente cultural, social, económico y físico. Consecuentemente, las estrategias de acción de los servicios de salud deben orientarse a disminuir la exposición de la población a riesgos determinados por factores ambientales y sociales.

De esta manera, desde la perspectiva de la programación y administración local, todo el funcionamiento del microsistema puede ser organizado y programado dentro de un marco de referencia único, en el cual la delimitación de los grupos vulnerables, de mayor riesgo, y los factores de riesgo identificados, constituyen elementos decisivos en la selección de formas de intervención y de actividades, y su programación.

La incorporación del uso de la epidemiología como un instrumento fundamental del ejercicio de la organización, y la administración local de servicios, hará factible el conocimiento detallado de la población, la selección de formas de intervención, la definición de prioridades y la valoración de la acción de los servicios.

## 2. Participación social.

El lograr establecer interacciones con los diferentes grupos de población, ha sido reconocido, desde hace tiempo, como uno de los mecanismos de mayor importancia en la acción de los servicios. Este tipo de participación, sin embargo, es limitativo del verdadero potencial que ofrece la participación para la transformación y el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones y, por consiguiente, de su estado de salud.

Las Unidades Básicas de Administración ofrecen un marco apropiado para la participación de la población en las decisiones y en el proceso administrativo de los recursos del área jurisdiccional —distrito, área y municipio—, y para la creación de condiciones de información y aprendizaje que permitan a los individuos conocer su realidad, incorporar mejores hábitos de vida y desarrollar actitudes y comportamientos positivos con respecto a la salud.

3. Movilización de recursos intersectoriales. La aceptación de que la salud no depende

exclusivamente de la acción de los servicios, por una parte, y el reconocimiento de las relaciones entre la salud y el desarrollo social y económico, y especialmente las condiciones de vida y el comportamiento individual y colectivo, por la otra, implican, necesariamente, nuevas y más amplias dimensiones para la acción de los servicios y su interrelación con otros campos o sectores de actividad de la sociedad. Estas relaciones de la salud exigen, además, la incorporación efectiva de la participación de la población en los procesos de organización y administración de los servicios. El desarrollo de estas interacciones constituye una función fundamental de las Unidades Básicas de Administración.

4. Coordinación intra-sectorial. La experiencia ha demostrado que los esfuerzos de coordinación de las instituciones del sector salud sólo logran resultados tangibles cuando se realizan en un ámbito definido y con propósitos y objetivos concretos. Estas características se encuentran de manera ideal en el espacio geográfico y operativo de las Unidades Básicas de Administración. De hecho, ésta es una de sus funciones primordiales, que implica un ejercicio de concertación de políticas y voluntades y, complementariamente, la armonización de objetivos y actividades de las instituciones que confluyen en la atención de salud del área de ac-

ción de la Unidad Básica de Administración.

La determinación de los factores de riesgo a que está sometida la población, que definen en gran medida la naturaleza del trabajo que se va a desarrollar en el ámbito local, permite a la Unidad Básica de Administración elaborar la programación de servicios y actividades que tendrán mayor impacto en la salud de la población. En consecuencia, las funciones de articulación y coordinación de estas Unidades Básicas de Administración no se limitan a los recursos físicos, humanos, técnicos e institucionales del sector salud, sino que además incluyen los recursos no médicos, como las instituciones de bienestar, cooperación, guarderías y demás instituciones del sector social, para ampliar el alcance de los servicios y su calidad en términos de respuestas integrales a necesidades diversas de los diferentes grupos de la población.

5. Administración y programación local de servicios. En esencia, esta función significa desarrollar prioritaria y apropiadamente el primer nivel de atención. La noción de niveles de atención se identifica con las diferentes instancias o planos tecnológicos de resolución de los problemas de salud, cuyo contenido varía según la naturaleza de las necesidades y los recursos en cada situación particular.

El desarrollo prioritario del primer nivel implica lograr el

establecimiento de un conjunto amplio de soluciones a los problemas básicos de salud del total de la población. Esto implica, desarrollar diversos tipos de servicios que, como un todo, permitan diagnosticar y solucionar una alta proporción de los problemas de salud de la población respectiva.

Ya se ha señalado que la base de estas definiciones está dada por un mejor conocimiento de la población, cuyas necesidades se habrán de analizar a través del enfoque de riesgo, incorporando en éste la vulnerabilidad debida a los factores socio-económicos que a su vez permitirá una mejor definición de los contenidos de servicio y de las prioridades de acción.

La composición de los contenidos de servicio, y especialmente de los recursos de este primer nivel, está sujeta a una enorme variabilidad y admite una amplia gama de posibilidades y de enfoques: práctica general, medicina familiar, medicina comunitaria, medicina social, utilización de especialistas, utilización de trabajadores o agentes comunitarios de salud, etc. Cualquiera de estos esquemas puede ser válido y apropiado. La condición fundamental es, sin embargo, que la opción seleccionada sea compatible con la disponibilidad de recursos, vista en el contexto de la responsabilidad nacional de otorgar atención equitativa al total de la población.

Hay, sin embargo, algunas paradojas en relación con estos conceptos:

1. No obstante las definiciones de las políticas, especialmente de los últimos diez años, en relación con la atención primaria, y el consenso respecto a las necesidades de los países, no puede decirse que en la práctica exista una prioridad efectiva para el desarrollo de este primer nivel. A diferencia de las disciplinas especializadas, el campo de la práctica general no consigue ser aceptado como un conjunto bien definido del conocimiento que requiere desarrollar habilidades y destrezas y que tiene necesidad de adiestramiento específico.

2. Muchas funciones de la atención básica o general, de primer nivel, pueden ser efectuadas con propiedad por enfermeras, asistentes y auxiliares no médicos. Aunque esto se reconoce, no se traduce en modificaciones de la práctica.

3. Los métodos existentes de pago y remuneración del trabajo médico, en general, tienden a dar prioridad a la internación y a la atención especializada; en el caso de la atención general, tienden a favorecer las acciones médicas y quirúrgicas.

En el marco de reorganización de la atención de salud en las áreas urbanas, será necesario definir mejor el campo de la práctica general; determinar cuáles son los otros miembros del equipo de trabajo y qué caracte-

rísticas tiene ese trabajo en equipo. Además, se deberán realizar acciones específicas orientadas a recuperar el prestigio de estos servicios dentro del personal que trabaja en ellos; dentro de otros grupos de profesionales, particularmente el de las especialidades médicas, y, sobre todo, dentro de la población.

Esta es una tarea en la cual será esencial la participación de las escuelas de medicina y de las organizaciones gremiales médicas.

*Composición y ubicación de las Unidades Básicas de Administración.* La conformación de las Unidades Básicas de Administración requiere de un volumen de servicios suficiente para que éstos puedan ser desarrollados y administrados eficientemente. Esto condiciona diversas alternativas de ubicación de dichos núcleos, los cuales dependerán de las características propias de cada país. Habría, sin embargo, aspectos fundamentales que considerar a este respecto.

En primer lugar, la configuración geopolítica de los países y su administración pública, que condicionará la vinculación de las Unidades Básicas de Administración a los municipios, las provincias, los departamentos, etc.; siendo así, se las denomina distritos, sectores, áreas, jurisdicciones, entre otros. En las ciudades grandes, generalmente corresponde a una sectorización, en ocasiones compartida con otros esquemas de la

administración pública. Este tipo de subdivisiones territoriales o administrativas ha existido desde largo tiempo atrás pero en un contexto puramente institucional, ya sea para los ministerios o para la seguridad social.

Las Unidades Básicas Administrativas que aquí se plantean tienen una connotación más amplia y, por tanto, un ámbito de acción que reconoce el pluralismo institucional y los recursos presentes en las diferentes situaciones locales. Esta característica determina las posibilidades de composición del núcleo administrativo, que basado en el sector público, incorporaría representación de las distintas instituciones que confluyen en el área respectiva.

En segundo lugar, la relación de ubicación de las Unidades Básicas de Administración con el conjunto de servicios que conforman los niveles de atención. En este sentido habría tres alternativas básicas circunscritas al primer nivel, incluyendo el primero y el segundo nivel o incorporando los tres niveles. La condición fundamental aquí es la flexibilidad con que puede definirse la ubicación de estas unidades en relación con los conjuntos de servicios.

En el contexto político y administrativo actual de Colombia, las Unidades Básicas de Administración corresponderían, claramente, a los municipios.

## Reformulación de los servicios hospitalarios

La aplicación de esquemas de organización de los servicios como el que se ha planteado tiene, obviamente, implicaciones sobre la organización y funcionamiento de los hospitales, en particular sobre aquellos catalogados como intermedios en razón de su tamaño, las funciones que cumplen y el grado de complejidad de sus servicios. Por factores históricos, políticos y técnicos, sobre este tipo de entidades recae la atención de altas proporciones de la morbilidad de los grandes centros urbanos.

Los planteamientos y acciones de reformulación de los sistemas de atención de salud, que tienen su énfasis sobre el desarrollo de los servicios básicos para ampliar las posibilidades de cobertura —enfoque indispensable sin ninguna duda— han puesto al hospital, sin embargo, y sin razones reales, en una situación de relativa competencia con dichos servicios básicos, y lo ha sometido a tremendas presiones y cuestionamientos.

Las deficiencias de organización, la falta de prestigio y, frecuentemente, la carencia de esos servicios básicos, especialmente en las zonas pobres de las grandes ciudades, convierten al hospital, y particularmente a sus consultas externas, en la única fuente posible de atención para esos grupos poblacionales. La

congestión consiguiente, las filas abigarradas y las largas listas de espera, se suman a los crecientes volúmenes de casos que concurren a los servicios de urgencias por causas que, en una alta proporción, no requieren este tipo de atención. De esta forma se crean situaciones muy complejas que distorsionan el funcionamiento apropiado de estas instituciones.

El resultado de estos distintos factores, junto con interpretaciones parciales o equivocadas del cometido de los hospitales, han creado en estas entidades una situación de crisis prolongada conceptual, organizacional y financiera.

Los enfoques de solución a estos problemas son variados y dependen de las características de organización y financiación de los servicios en cada país, y de la ubicación funcional del hospital dentro de dicha organización.

La ubicación de la responsabilidad fundamental de la atención en las unidades que conforman el primer nivel de atención, tiene implicaciones en la acción del hospital general o especializado, el cual se convierte en una unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico, constituyendo, según el caso, un segundo o tercer plano tecnológico de resolución de problemas cuya acción se activa y normaliza desde el primer nivel de acuerdo con las necesidades individuales de los pacientes. Esta ubicación funcional de los servicios hospitalarios,

como una segunda instancia del sistema de atención de salud, modifica el rol tradicional del hospital y exige una reconceptualización del mismo acorde a las características de cada sistema de servicios. En estas condiciones, el hospital general, en donde usualmente se ubican los servicios que conforman el segundo nivel de atención, podría o no formar parte del ámbito de competencia institucional, organizativa o geográfica, de las Unidades Básicas de Administración esquematizadas en el punto anterior.

No ocurre lo mismo con los centros más especializados, los cuales no es frecuente, y quizá tampoco deseable, que puedan ser incorporados en los esquemas de administración local.

El cambio de rol del hospital exige una reconceptualización de su composición interna y de las interrelaciones de las unidades que lo conforman. Estas unidades —departamentos de rayos X, laboratorios, centros quirúrgicos, etc.— son en realidad componentes de subsistemas específicos que tienen características, formas de trabajo y objetivos operativos propios, pero cuya acción confluye hacia el propósito común del hospital: la atención de pacientes y el apoyo a los servicios básicos.

En esta perspectiva, la red de establecimientos de la regionalización clásica se desdobra en un conjunto de subredes de servicios de características variadas. Se identifican así, por ejem-

plo, las subredes o subsistemas de diagnóstico por imágenes, el subsistema de laboratorio, el subsistema de rehabilitación, etc. En general los grupos de población para cada uno de estos subsistemas varían, y por consiguiente, pueden variar también las características de los núcleos que representan estos servicios en cada hospital.

El principio fundamental requeriría de que cada uno de estos núcleos de servicio hospitalarios debería atender a una población que produzca una tasa de utilización de ese servicio y que justifique el desarrollo de la unidad respectiva. Por otra parte, el volumen de trabajo que genere esa población debe ser suficiente para estimular el desarrollo de un nivel aceptable de calidad.

En estas condiciones, el concepto del hospital como unidad integrada cambia, y también se modifican los procesos de planificación y administración respectivos. El hospital pasa a estar constituido por una serie de módulos o núcleos de servicios especializados, que tienen una proyección y unas acciones diferentes con respecto a la población.

Dentro de esa concepción, y para hacer eficiente la inversión y los costos de funcionamiento, los servicios hospitalarios deberán desarrollarse y administrarse sobre una base de sectorización apropiada. Existen numerosos ejemplos en algunos países, especialmente europeos que han desarrollado estas

modalidades. La institución hospitalaria especializada debe convertirse efectivamente en centros de excelencia de alta tecnología. Los hospitales estarían así integrados por unidades de distinto tipo, por ejemplo de atención ambulatoria, centros de diagnóstico, unidades de salud mental, centros cardiológicos o neurológicos, unidades de trasplantes, etc., los cuales harían parte del hospital pero serían a la vez componentes de un subsistema especializado con responsabilidades de atención a grupos variables de población.

La planificación de estos subsistemas, y posteriormente su organización y administración, constituyen el proceso de la definición de los contenidos y complejidad tecnológica que se dará a los servicios en el país y en las ciudades.

Particular referencia debe hacerse aquí a la conceptualización y al desarrollo apropiado del subsistema de atención de trauma. Las altas tasas de accidentes y de violencia, claramente señalan a este subsistema como una prioridad de primera línea en las ciudades de América Latina. Al lado de éstos, habrán de desarrollarse también, de manera apropiada, otros centros de excelencia de alta tecnología, por ejemplo para la atención de quemados, para intoxicaciones, para la atención neurológica, etc.

El desarrollo de este tipo de servicios con criterio de red o subsistema, y con el objetivo de

acceso equitativo, es claramente una necesidad. En este sentido, no habría duda respecto a la necesidad de revisar los criterios de inversión y de desarrollo hospitalario que se han venido utilizando durante los últimos años.

Las unidades hospitalarias pequeñas, cuyos servicios tienen una baja capacidad tecnológica, diagnóstica y terapéutica, deberían ser críticamente examinadas. La experiencia parece indicar que son ineficientes, que no tienen prestigio y que su verdadera utilidad es cuestionable.

Quizá haya que hacer menos hospitales como frecuentemente se insiste, en cada país se habrán de efectuar los estudios pertinentes con este fin; lo que sí es indudable, es que aquellos que se hagan deberán ser, definitivamente, mejores hospitales. El avance del conocimiento médico y el desarrollo tecnológico han hecho posible formas alternativas de atención, muchas de ellas basadas en el hospital como establecimiento. Sin embargo, utilizar apropiadamente estas opciones, y hacerlas accesibles equitativamente a la población, exige desarrollar modalidades diferentes de la organización y administración hospitalarias, cuyo ámbito y cuyas interrelaciones difieren por supuesto de las modalidades de la administración local de servicios.

El foco de interés de los servicios hospitalarios está más en la atención de casos individuales que en la de grupos comunitarios.

Su ámbito de acción es regional metropolitano, en lugar de ser estrictamente local. Las interrelaciones que afectan el desarrollo y las características del sistema hospitalario se ubican más en la esfera de los organismos de ciencia y tecnología, y en aquellos que definen la política de importaciones y de desarrollo industrial. La relación con otros hospitales y otras instituciones del sector salud, se mueve, fundamentalmente, en los procesos de concertación, regulación, contratación, y en el desarrollo de modalidades variadas de asociaciones, de servicios compartidos, de afiliaciones, de fusiones, de consorcios, etc., orientados a desarrollar diversas formas de colaboración que permitan controlar costos, racionalizar las inversiones y privilegiar el desarrollo de ciertos servicios entre otras.

La consideración de estas características del accionar de los hospitales permite plantear la conveniencia de desarrollar esquemas diferentes de administración de estos servicios, sobre la base de las características regionales o de reparticiones político-administrativas, dentro de modalidades compartidas por varias instituciones—ministerios y seguros sociales—, y sin una relación jerárquica con los servicios locales. Quizá esta sería la transformación más importante, que sin duda puede ser benéfica tanto para el hospital como para los servicios locales. La relación entre estos dos estratos de prestación de servicios, indispensable

para una adecuada atención, sería funcional y no de dependencia administrativa. La iniciativa de utilización de los servicios hospitalarios permanecería en las unidades locales, las cuales tendrían la responsabilidad por el manejo de los pacientes y la continuidad de la atención.

Las posibilidades de ubicación y desarrollo de esta administración de los hospitales variará, por supuesto, de país a país. En el caso de Colombia, ésta podría continuar siendo una responsabilidad de los servicios seccionales de salud, directamente, o a través de esquemas como el de las unidades regionales.

## Comentario final

En los países de América Latina, los cambios demográficos de mayor significación para la atención de salud, están dados por la redistribución geográfica de la población y el marcado predominio de la localización urbana.

Las exigencias en materia de empleo, vivienda, alimentos, educación y, en general, infraestructura, que se plantea a los países, son de enormes proporciones.

La participación del sector salud en este proceso implica, prácticamente, doblar la capacidad de atención de la salud existente en las áreas urbanas que es donde se concentra la población, y, por supuesto, corregir las

deficiencias estructurales y operativas que durante décadas han acumulado los servicios de salud.

Entre los aspectos fundamentales de la reorganización necesaria en el sector salud, se destacan el desarrollo de la administración local de servicios, la recuperación conceptual administrativa y técnica de los hospitales y la coordinación, particularmente en el ámbito urbano local, de los recursos de las distintas instituciones que conforman el sector salud en cada país.

En Colombia, la introducción de cambios de esta naturaleza se facilita por la reciente adopción de la legislación que propicia el desarrollo de la administración municipal y asigna a los municipios la responsabilidad de organización y prestación de servicios del primer nivel.

El establecimiento de Unidades Básicas de Administración de los servicios, en los municipios y en las zonas urbanas-metropolitanas, no implica grandes cambios estructurales, pero sí requiere modificaciones importantes en la orientación del desarrollo y de la práctica de los servicios. Para que estos enfoques de reorganización de los servicios cuenten con una base sólida de operación será necesario replantear, e incluso invertir, el flujo tradicional de los recursos, actualmente del centro a la periferia; su control deberá ubicarse en los núcleos o Unidades Básicas de Administración y desde allí ca-

nalizar hacia otras unidades los recursos que corresponda según el volumen de pacientes que se atienden y el tipo o modalidad de servicio que se utiliza.

Un cambio de esta naturaleza exige una revisión y un ajuste de las funciones que cumplen, en las ciudades, las secretarías o departamentos de salud, cuya acción en lugar de ser ejecutora, deberá ser de promoción, de asesoría, de orientación, de apoyo y de evaluación. De igual manera, se requiere una revisión del contenido y la orientación de los programas de formación de los directivos de las instituciones de salud, en especial de los hospitales, cuyas funciones han cambiado de manera tan radical.

## Bibliografía

- ARBONA, Guillermo and RAMIREZ, Annette B. *Regionalization of health services: The Puerto Rican Experience*. Oxford Medical Publications, 1978. (Handbook Sponsored by the IEA and WHO).
- BARRET, Diana. *Multihospital systems. The process of development*. Harvard School of Public Health, Oelgeschlaeger, Gunn, Hari. Cambridge, MA. 1980.
- BERTRAND, Renaud. *National urbanization policy in developing countries*. 1981.
- CASTELLANOS, Jorge. *La Organización y prestación de servicios de salud según niveles de atención*. Documento de trabajo. Washington, OPS/OMS, 1983.

- COREY, L.; EPSTEIN, M. and SALTMAN, S. *Medicine in Changing Society*, 1977.
- DECLARACION DE Roma sobre la población y el futuro urbano. Conferencia Internacional sobre Población y el Futuro Urbano del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, Roma, septiembre de 1980.
- DEVER, G. and ALAN, E. *Community health analysis: a holistic approach*. Aspen, London, 1980.
- EILEEN, Connor and FITZHUGH, Mullan. *Community oriented primary care. New direction for health services delivery*. National Academy Press, Washington, 1983.
- EVANS, John. *Measurement and management in medicine and health services*. The Rockefeller Foundation, 1982.
- FERREIRA, J. R. et al. *Estrategias de desarrollo de recursos humanos ante la tendencia de atención primaria y la meta de salud para todos en el año 2000*. OPS/OMS, Panamá, 1983.
- FLEXNER, William and BERBOWTZ, Eric. *Strategic planning in health care management*. Montagne Brown, Aspen, 1981.
- FOX, Robert W. *El sistema urbano y el crecimiento de la población*. Banco Interamericano de Desarrollo. Seminario sobre Problema de Salud en Areas Urbanas en América Latina. Washington, 1982.
- GUERRA DE MACEDO, Carlyle. Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Exposición en el Seminario Técnico BID/OPS, sobre la Salud Urbana en América Latina y el Caribe. Washington, 1983.
- INFORME DE la reunión mixta UNICEF/OMS, sobre atención primaria de salud en zonas urbanas. Ginebra, julio de 1983.
- INFORME FINAL de la primera reunión regional de consulta técnica sobre atención primaria de salud y desarrollo de servicios en áreas urbanas. Grandes ciudades. OPS/OMS, Washington, 1981.
- INFORME PRELIMINAR de la segunda reunión regional de consulta técnica sobre atención primaria de salud y desarrollo de servicios en áreas urbanas. Grandes ciudades. OPS/OMS, Buenos Aires, 1982.
- LINN, Johnes F. *Cities in the developing world*. World Bank, 1983.
- LIPKIN, Jr. Mark and LYBRAND, William A. *Population based medicine*. Praeger Scientific, 1982.
- McKINLAY, John B. *Technology and the future of health care: the growth of medical technology and bureaucracy*. Mechanic, David (p. 1-18). The MIT Press. Cambridge, MA, 1982.
- MOJICA, Guillermo. *El dilema de la vida urbana de la gran ciudad y la planificación de la salud*. Contribución a la II Reunión Regional de Consulta Técnica sobre Atención Primaria y Desarrollo de Servicios de Salud en Areas Urbanas, 1982.
- NAVARRO, J. et al. *Salud y saneamiento ambiental frente a la urbanización intensiva y la pobreza urbana en la región de las Américas*. Documento para la Consulta de Expertos (FAO) sobre Urbanización Intensiva y sus Repercusiones Alimentarias en América Latina. Bogotá, 1983.
- O'DONOVAN, Thomas R. *Ambulatory surgical centers. Development and management*. Aspen Publication.
- PAINE, Leslie H. W. *Health care in big cities*. International Hospital Federation, 1978.
- PETERSON, T.; MANCHESTER, D. and TOAN, A. *Enhancing hospital effi-*

- ciency. University of Michigan, Ann Arbor. AUPHA Press, 1980.
- PROGRESO ECONOMICO y social en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe 1987, tema especial: Fuerza de trabajo y empleo.
- RAMIREZ DE ARELLANO Y MIRANDA, L.S. Primary care in Puerto Rico. Public Health Review 8(4): 391-403, 1979.
- RIVERA D., Jaime. The rural hospital - its evolutions, functions and integration with the rest of the health services in Puerto Rico. World Hospital 15(2): 114-116, may. 1979.
- ROEMER, R.; KRAMER, C. and FRANK Jeamine E. Planning urban health care. Spounger Publishing, New York, 1975.
- SALVARD, Ernest W. The regionalization of personal health services. The Milbank Memorial Fund, New York, 1976.
- WEST G., John et al. Trauma care systems, clinical, financial and political considerations - Praeger Scientific.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. Interregional consultation on primary health care in urban areas. Manila, Philippines, 7-11 July 1986.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. Primary health care in urban areas: reaching the urban poor in developing countries. A state of the art report. 1984.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. Consulta Mixta UNICEF/OMS sobre atención primaria de salud en zonas urbanas. Guayaquil, Ecuador, 15-19 octubre de 1984.