

EXTENSION DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD⁽¹⁾

*Dr: Guillermo Restrepo Chavarriaga**

Señoras, Señores:

Constituye para mí un significativo honor tener la oportunidad de dirigirme a tan selecto grupo de participantes para hacer la presentación de un tema que constituye de por sí y ante la sola lectura de su nombre "EXTENSION DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD" un desafío grande el cual debemos afrontar seriamente y tenemos la obligación en justicia y ética de cumplir.

Muchos esfuerzos se han realizado a nivel técnico para lograr este objetivo en las últimas décadas, sin embargo, los logros obtenidos no han sido siempre proporcionales a los esfuerzos en todos los países y lo que es más doloroso reconocer, en algunos casos ha habido una tendencia al deterioro, que obliga a replantear esquemas conceptuales y administrativos y posiblemente a la reubicación del Sistema de Salud en frente al macrosistema. Obvio es decir pues, que no solamente este reto se cumplirá por el diseño de patrones administrativos modernos y audaces sino que requiere la búsqueda incesante de mecanismos propios en cada país, que si bien es cierto pueden tener concepciones filosóficas globales similares; tengan en cuenta un diagnóstico real de su nivel de salud y los factores condicionantes que lo provocan tanto sanitarios, como educacionales, culturales y de desarrollo como de los diversos tipos de recursos con que cuentan y pueden arbitrar para los próximos veinte años.

Pero además de lo anterior hay un elemento fundamental que ignorarlo o menospreciarlo lleva necesariamente a un enfoque obtuso y casi intrascendente del problema: Este es el de las políticas gubernamentales.

En frente a la salud.

En relación con el bienestar.

Y la propia concepción filosófica, que del estado se tenga ya que, obviamente no es lo mismo diseñar una administración y lograr la extensión de las coberturas y participación comunitaria en un estado individualista que en uno intervencionista o la infraestructura para obtenerlo a un estado empresarial. (1).

Pasamos a continuación a presentar en forma sucinta los factores condicionantes, el estado sanitario, las soluciones tanto internacionales como nacionales que se han planteado en las Américas para luego analizar en la próxima ponencia el desarrollo administrativo de la infraestructura para lograrlo.

1. Factores condicionantes de la Salud.

Para el enfoque de este reto hagamos un ligero análisis de la situación de los factores condicionantes de la salud en la región el cual nos muestra como hechos más destacados los siguientes:

A. Población.

La región de las Américas consta de 29 países y otras veinte unidades políticas, que varían en cuanto a población de 2.000 a más de 200 millones de habitantes, y se observa en ellos una considerable variación en las tasas de crecimiento demográfico. El promedio anual de crecimiento de la población du-

(1) Conferencia presentada en el XVI Seminario Regional sobre Administración de Salud.

* Profesor Administración de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública.

rante 1970-1975 en los distintos países y unidades políticas fluctuó entre 0.0o/o a 3.5o/o. Durante ese mismo período, la tasa anual de crecimiento en la región de la América Latina en conjunto fue de 2.7o/o. Excedieron de este promedio 18 países y en 10 de ellos la tasa resultó del 3o/o.

Entre 1950 y 1970, mientras que la población total de América Latina aumentó en un 73o/o, la población urbana experimentó un incremento del 140o/o. Los habitantes urbanos de América Latina constituían en 1950, el 41o/o de la población total (67 millones), en 1970 se elevaron al 57o/o (161 millones) y para 1980 se espera que la proporción llegará al 64o/o (237 millones). El crecimiento ocurrido fue pues de 2.7o/o para la población total, 4.3o/o para la población urbana total y 5.4o/o para el de las ciudades de 100 mil habitantes o más (2).

Hace poco tuvimos oportunidad de realizar el diagnóstico en salud de una gran ciudad latinoamericana (3) creo que sus resultados ejemplifican muy bien los problemas de muchas urbes de este tipo de países, por lo cual queremos presentarlo someramente.

Así se encontró en esta que su natalidad disminuye, lo mismo que la mortalidad general e infantil, la población total aumenta a una tasa de 6.2o/o anual principalmente por inmigración rural, disminuyen los menores de 5 años, se incrementa la proporción de mayores de 60 años y cada vez es mayor el porcentaje de adultos con un predominio franco de la población femenina.

Pero si en esta misma ciudad revisamos el comportamiento de los grupos etarios por nivel socio económico, vemos como en el estrato más bajo — Clasificación del Departamento Nacional de Planeación de Colombia, de I a VI según los niveles de ingreso — su población tiene mayor porcentaje de hombres y de menores de 5 años, pocos ancianos, baja población de 45 a 59 años y muy abundante porcentaje de la de 15 a 44 años con gran predominio de hombres.

Es decir una población de corte rural adicionada con las características que produce en ella el fenómeno de asentamiento.

En la población de estrato socioeconómico más alto se ve como hay más mujeres que hombres, pocos menores de cinco años, muchos viejos, una población de 45 - 59 años abundante para ambos sexos y gran población de 15 - 44 años con predominio de las mujeres. Es decir el comportamiento de la pirámide poblacional de países en un alto grado de desarrollo más el subempleo utilizado para esta clase.

En los estratos intermedios se encontraron poblaciones en un estado de transición de uno a otro nivel en forma gradual y escalonada. Existen pues en esta ciudad diferencias fundamentales en población y consecuentemente en patología y grupos importantes por su peso porcentual (I y II) ya que constituyen el 67o/o de sus habitantes, tienen un comportamiento rural en asentamiento urbano.

Siguiendo con el panorama latinoamericano en su conjunto se ha previsto un considerable aumento del número de niños menores de 5 años, de 36 millones en 1960 a 84 millones en el año 2.000, mientras que en América del Norte se espera que en el mismo período la cifra fluctúe entre 19 y 23 millones.

Para 1960 había más de 49 millones de mujeres de 15 a 49 años en América Latina, que como se sabe constituyen el grupo al que se dirigen los servicios maternos y de planificación familiar. Esta cifra aumentó en un 50o/o en 15 años, llegando a 75 millones en 1975 y se espera que para el año 2.000 alcanzará a más del doble, o sea a 153 millones. En comparación, en América del Norte había 46 millones de mujeres de 15 a 49 años en 1960, y se prevé que para el año 2.000 ascenderán a 76 millones.

En resumen en cuanto a población general para América Latina, se espera un aumento de 300 millones de habitantes en 1970 a 600 para el año 2.000, lo cual presionará la prestación de servicios de salud y establece un desafío grande por superar, al cual se suman los actuales déficits.

B. Educación

La edad en que los niños empiezan el proceso educativo, así como la duración de la enseñanza primaria y secundaria en los distintos países, afectan las razones de alumnos matriculados. Sin embargo, se está lejos de dar en muchos países de la región educación primaria a toda la población. La educación secundaria es más deficitaria aún y las condiciones de ingreso a la educación tecnológica y universitaria son cada vez más difíciles y costosas.

C. Economía (4)

Durante el período de 1973-1976, el aumento medio anual de producto interno bruto per cápita en América Latina fue de 2.1o/o. Desde el punto de vista regional, los aumentos anuales durante este período oscilaron entre 5.4o/o en 1973 y 0.2o/o en 1975, en comparación con un aumento medio de 3.9o/o durante 1969-1972, período en que los incrementos regionales variaron de 3.9o/o a 4.3o/o.

Cómo va a ser el crecimiento hasta el año 2.000, no es fácil de predecirlo, sin embargo de la filosofía que inspira la distribución del ingreso nacional dependerá mucho el nivel de salud que pueden lograr sus habitantes, además del monto total de crecimiento que se logre.

D. Estado Sanitario

Consideremos brevemente el estado actual de los servicios sanitarios en los aspectos de consulta, hospitalización y saneamiento ambiental.

Consultas:

El Plan Decenal de Salud para las Américas adoptado por los Ministros de Salud en 1972 establece como meta para el año 1980 un mínimo de dos consultas médicas por habitante año.

Esta meta hasta 1976 fue superada solamente por dos países de América Latina con un máximo de 4 con una consulta y en el resto fue inferior hasta un límite de 0.3 consultas por habitante año.

Hospitalización:

Entre 1964 y 1974 hubo un aumento de 28o/o de los hospitales y de 18o/o de las camas. Sin embargo en América Latina la relación de cama/habitante disminuyó de 3.3/1000 de 1964 a 1974, a 3 en 1976.

Abastecimiento de Agua:

Las metas consisten en instalar conexiones domiciliarias, para 1980, en las viviendas del 80o/o de la población urbana y proporcionar servicios de agua al 50o/o de la población rural (6).

La meta urbana parece próxima a alcanzarse. Los datos disponibles indican que a fines de 1977 el 43o/o de la población urbana (84.5 millones) y el 3o/o de la rural (3.2 millones) contaban con servicios de alcantarillado. Está pues muy lejos de alcanzarse esta meta, sobre todo en las zonas rurales (7).

Alcantarillado:

Las metas relativas al alcantarillado consiste en facilitar, para 1980, estos servicios al 70o/o de la población urbana y éstos u otras instalaciones sanitarias al 50o/o de la población rural. Los datos disponibles indican que a fines de 1977 el 43o/o de la población urbana (84.5 millones) y el 3o/o de la rural (3.2 millones) contaban con servicios de alcantarillado. Está pues muy lejos de alcanzarse esta meta, sobre todo en las zonas rurales (7).

Contaminación:

Con la creciente urbanización ya anotada y el deficiente control sanitario en las ciudades, los problemas de contaminación de agua, aire y ruido crecen en forma alarmante creando problemas cuya solución se dificulta por su alto costo y las implicaciones económicas para aplicar un control efectivo a que esas medidas den lugar.

2. Situación de Salud.

Brevemente describiremos los aspectos más relevantes de ésta, así:

A. *Mortalidad General.*

En América del Norte la tasa de mortalidad disminuyó ligeramente: de 9.4/1000 habitantes en 1960 a 8.7 en 1975. En esta tendencia niveladora influye la naturaleza de las causas de defunción y el grado de integridad del registro de mortalidad. Cerca del 75% de todas las defunciones en América del Norte se debió a enfermedades crónicas o a accidentes.

Los datos obtenidos mediante los cuestionarios anuales de la OPS/OMS demuestran que las defunciones por 1000 habitantes en América Latina disminuyeron de alrededor de 11 en 1960 a cerca de 8 a principios del decenio de 1970. Aunque este cambio refleja mejores condiciones de salud, las tasas efectivas para ambos períodos probablemente fueron más elevadas. Por ejemplo, las Naciones Unidas basándose en supuestos diferentes, estiman que las tasas de mortalidad brutas para América Latina y cada una de sus regiones fueron alrededor de 9 por 1000 habitantes en 1970-1975.

B. *Mortalidad Infantil.*

Entre 29 países de las Américas que disponían de datos sobre causas de defunción en el grupo de menores de un año de edad, las principales cinco causas alrededor de 1975 fueron: Mortalidad Perinatal, influenza, neumonía, enteritis y otras enfermedades diarreicas, anomalías congénitas y avitaminosis y otras deficiencias nutricionales.

C. *Mortalidad de 1 a 4 años.*

En el grupo de 1 a 4 años la influenza y la neumonía figuraron entre las primeras 5 principales causas de defunción en los 22 países de latinoamérica sobre los cuales se dispuso de datos a mediados de 1975, les siguieron de cerca enteritis y otras enfermedades diarreicas y accidentes. El 4o. y 5o. grupo de enfermedades fueron avitaminosis y otras deficiencias nutricionales y bronquitis. Las enfermedades infecciosas que figuraron entre las primeras 5 causas de defunción por países fueron: sarampión, tos ferina, meningitis y poliomiелitis aguda.

Siguen pues predominando como causas de muerte en los menores de cinco años las enfermedades derivadas de las malas condiciones sanitarias, la desnutrición y la falta de atención médica, hechos que demuestran claramente las fallas de la organización general para dar salud a la comunidad.

D. *En relación con las causas de muerte en los adultos preocupa:*

1. La alta incidencia de mortalidad materna tanto en sur como en centroamérica con un porcentaje de reducción aún no satisfactorio.
2. La violencia como causa de defunción fue importante y así los accidentes figuran entre las primeras cinco causas de defunción general en 26 de los 27 países.

3. *Soluciones:*

En frente pues a esta problemática tanto a nivel nacional como internacional se vienen buscando formas de afrontar el problema, tratando en un plazo lo más corto posible, poder brindar atención a toda la comunidad.

A. *Soluciones de Nivel Internacional.*

Con este fin a nivel internacional se vienen realizando esfuerzos muy importantes para canalizar la ayuda y experiencia obtenidas a nivel de países con el fin de lograr la meta de "Salud para todos en el año dos mil".

En desarrollo de esto se vienen produciendo reuniones como ésta que a no dudarlo contribuirán a realizar tal propósito. Los antecedentes internacionales más importantes en este aspecto son los siguientes:

- a. El Plan Decenal de Salud para las Américas en el cual se establecen metas claras de cobertura a lograr por el sector en los distintos países de la región.
- b. La Resolución de la IV Reunión de Ministros de Salud de las Américas que identifica las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad como elementos esenciales del proceso de extensión de cobertura.

- c. La Conferencia Internacional de Atención Primaria realizada en Alma-Ata en cuya V Declaración se lee "los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2.000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social".
- d. La Resolución 19 del Comité Ejecutivo de la OPS que invita a los gobiernos para que evalúen los progresos nacionales de salud con el fin de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2.000.

Se nota pues en estas decisiones una gran preocupación por las coberturas alcanzadas y se pretende llegar al máximo de ellas mediante la aplicación de una estrategia fundamentalmente de Atención Primaria y Participación Comunitaria en los programas de salud.

B. Soluciones Nacionales.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto será pues necesario desarrollar una política:

1. Agil
2. Eficaz.
3. Realista en términos de tiempo, extensión y costo.
4. De tecnología simple que permita su amplia difusión y fácil aplicación.

Si queremos dar verdaderamente "salud para todos" en el año 2.000. Las experiencias obtenidas en algunos países con la Organización de la comunidad para lograr una mayor

y mejor prestación de servicios de salud, aún desde épocas tan lejanas como finales de la década del 50, —Programas de Promotoras de Salud. Colombia— demuestran que este es un enfoque promisorio que llena los requisitos anotados, y que puede ser la base para la solución de los problemas de atención de salud a la comunidad y así lograr la mejoría del nivel de salud de la misma.

Tipos.

Cuando queremos lograr la participación comunitaria en un programa es importante tener claro qué vamos a entender por comunidad ya que son varios los tipos de enfoques que se pueden observar en su concepción y según el o los que se elijan serán las estrategias que hay que desarrollar. Esos tipos son:

- a. Colaboración de personas Extra Comunitaria Específica. Cuya participación si es real no puede ir más allá que el aporte que puedan dar como agentes de cambio o colaboradores en el financiamiento institucional. Este enfoque es el típico de "caridad" el cual tiene gran tradición en América Latina, y que con el voluntariado ha presentado una faceta modernizante del mismo proceso, el cual puede representar un gran aporte en la investigación o en la solución de un problema específico.
- b. Líderes institucionales cuya participación como comunidad tiene un valor proporcional al grado de integración que ellos hayan logrado obtener en la misma.
- c. Líderes Comunitarios. Los cuales son de gran importancia y eficiencia si su origen es popular y democrático y están interesados en los problemas de salud de su comunidad.
- d. La Comunidad Misma. Como un todo, con su estructura y necesidades, cuyos miembros desempeñarán roles según sus problemas y posibilidades, los cuales se espera sean innovadores de sus propios cambios. Es a este tipo de comunidad a la cual nos referimos en este trabajo.

Formas.

La participación comunitaria puede realizarse en diferentes formas no excluyentes y que pueden estar organizadas, dando un énfasis específico a una o varias de ellas, de acuerdo a la filosofía de cada Estado, así:

1. Organización para la adecuada utilización de los servicios por parte de la comunidad con información exhaustiva de los mismos y educación para consulta oportuna, necesaria y ordenada.
2. Organización para ayuda y vínculo de la institución con la comunidad (8), con el fin de lograr su participación en todos sus programas.
3. Organización para la dirección, ejecución, asesoría, planeación, evaluación y control de los organismos sanitarios de acuerdo a las políticas generales de gobierno y expectativas de la misma comunidad. (9).
4. Organización para mantener el diagnóstico actualizado del área de influencia del organismo sanitario (10).
5. Organización para la prestación de algunos servicios en forma delegada de acuerdo a normas precisas, previo adiestramiento oportuno y adecuado de la comunidad para realizarlo (11).

Requisitos:

Para desarrollar una filosofía y poner en marcha una política de atención primaria y participación comunitaria consideramos importante que se tenga en cuenta una serie de elementos que podemos resumir así:

1. Desde el punto de vista del Macrosistema:

- A. Estructura y filosofía del Estado mismo. Un breve análisis histórico nos muestra como en la concepción *individualista* del Estado las acciones de control por parte de éste pueden tener una gran aplicación y desarrollo, más no la Asistencia ya que la salud se considera como una consecuencia del desarrollo y no causa concomitante del mismo. La comuni-

dad debe ganarse esa opción, que nunca es un derecho per se, mediante su esfuerzo y propia previsión, ya sea de tipo individual o por la asociación y grupos privados.

La fase del Estado *Intervencionista* garantiza la asistencia y da carta de legitimidad a la previsión la cual es organizada bajo la tutela gubernamental. Su desarrollo ha mostrado, por lo menos para los países pobres, la aparición de subsectores desarticulados, en competencia y distorsión y así mientras el subsector oficial y mixto (fruto de la antigua caridad) tienen que atender un 80o/o en promedio de la población sólo cuenta con un 25o/o de los recursos, la previsión con 25o/o de éstos atiende el 10o/o de la población y el subsector privado gasta el 50o/o para el 10o/o de los habitantes.

Por último, con la definición de servicio público (15) como aquel que atiende a una necesidad que se presenta en forma continua, permanente y universal en una comunidad, y que por lo tanto debe ser responsabilidad estatal, ha irrumpido el *Estado Empresarial* con diversas formas de expresión según la ideología política que lo inspire. Es éste el que puede plantearse en forma seria y coherente el reto para sí; como medio y fin de lograr la solución de un problema en un período de tiempo definido con la utilización racional de los recursos de que disponga.

- B. El concepto que del progreso y el bienestar se tenga. Así, "sólo puede interpretarse una política de salud como viable cuando se examina en el contexto de la política nacional y mejor aún, como parte de un proyecto nacional. La imagen "objetivo nacional" determina la imagen "objetivo de salud" y por consiguiente, la coherencia entre las formulaciones de las políticas sectoriales, los planes, los plazos de cumplimiento y la articulación de las acciones, que son elementos indispensables en la consideración de la formulación y ejecución de la política de salud. El examen de las imágenes "objetivo", de diferentes países, muestra que ellas tienen como característica común la de aspirar a lograr sociedades donde el bienestar general, social y económico, sea alcanzado respetando la identidad y el estilo político adoptado. Esto quiere decir, que la formulación de la políti-

ca de extensión de la cobertura de los servicios de salud tiene que tener integridad con la imagen "objetivo nacional" (16).

2. *En cuanto a la estructura y dinámica del sistema de salud.* Es en este aspecto en el cual vamos a insistir pero dejando claro que el anterior existe y no es superable con el solo hecho de mejorar las estructuras sanitarias y modernizar al máximo su administración ya que el Macrosistema como punto inicial de retroalimentación moldea el sistema.

A. *El estado de desarrollo de la infraestructura sanitaria* juega un papel muy importante en la posibilidad de lograr la meta ya que una sólida e institucionalizada estructura que adecúe los recursos a las necesidades de acuerdo a las condiciones de desarrollo y patrones culturales de la comunidad, permite enfrentar el problema con mayor posibilidad de éxito.

Tradicionalmente se ha hecho una separación tajante entre la Institución y la comunidad, aún más, aquella descuidó al consolidarse el trato respetuoso al usuario y el servir de consejera y orientadora de la familia y aún de la comunidad que el viejo esquema tenía.

El administrador se encasilla en sus normas y la evaluación fue el resultado escueto del análisis de sus propias cifras. La comunidad fue el objeto de nuestros planes y no se buscó la forma de canalizar su participación.

El incremento notorio de la tecnología médica afectó las profesiones paramédicas y auxiliares y la participación comunitaria heredada de la caridad se abolió para dar paso al manejo "científico" institucional.

Se aplicó en América Latina el concepto de centro médico y la especialización reemplazó al generalista, con una separación cada vez más nítida entre éstos y la comunidad.

En esta forma los sistemas de salud no quedaban inmersos en la comunidad sino superpuestos en la misma y la comunicación con su sistema de valores y expectativas en lugar de crearse o incrementarse se cortó. Los métodos Folclóricos eran arcaicos, peligrosos y "fruto de su ignorancia" si era útil algo de lo que hacían sus líderes de salud, no lo querían

investigar; lo perjudicial no teníamos modo de encausarlo, y esperábamos un día en que una burocracia pública mediante el ejercicio privado de las profesiones de la salud, debidamente estructuradas, llegaran en forma continua y permanentemente hasta el más apartado lugar puesto que ésta era la forma "científica" y por lo tanto única posible de brindar salud a la comunidad. Considerábamos, pues, como un problema de sólo escasez de personal sin tener en cuenta sus costos, viabilidad y real necesidad.

Sin embargo las necesidades sociales nos superaron logrando la "masa" lo que la racionalidad no había percibido. Al margen de nuestro sistema marchaba otro, más extendido y oportuno que el nuestro, la medicina Folk y el noticiero crean sus principales representantes.

Surge pues la participación comunitaria como una respuesta a la incapacidad de brindar atención a toda la comunidad por el sólo sistema burocrático lo que a mi juicio debió haber sido siempre la forma normal de hacerlo cuando se establece la conciencia de que la salud no termina en la institución sino que se realiza en las personas y el medio. Hecho que la sola burocracia no puede lograr. La filosofía implícita en este cambio es tan simple como el de "creer en la gente" y que la salud de un país no puede estar a un nivel diferente que la que sus habitantes tengan.

B. En relación con el personal de salud es importante estudiar los papeles que desempeñan, las funciones que ejecutan y ver la forma de reasignar aquellas más simples para cuya ejecución no se necesita de su formación.

También es necesario capacitar al personal para realizar una supervisión eficiente del trabajo delegado.

En algunos de los programas realizados en América Latina los problemas fundamentales de la participación comunitaria en los servicios de salud surgieron de los profesionales y auxiliares más que de la comunidad misma.

Como hechos más importantes podemos citar los siguientes:

1. Indefinición o falta de claridad en los objetivos en relación a lo que de la comunidad se espera.
2. Falta de una buena capacitación al personal comunitario para las tareas a desarrollar.
3. No realizar una delegación real, por desconfianza en este tipo de personal, cuando la decisión era consciente y normada, lo cual no ocurría si ésta no estaba explicitada hecho que se presenta aún en niveles de alta complejidad y en funciones de gran riesgo.
4. Excesiva delegación por desconocimiento o negligencia.
5. No brindar apoyo al personal comunitario cuando la complejidad del caso lo requiera.
6. Ausencia o inadecuada supervisión y educación continuada al personal de la comunidad.
7. Incapacidad de la línea jerárquica normal para el manejo del programa por inadecuada preparación a algunos niveles lo cual trae distorsión de la estructura y conflictos de personal.
8. Dificultad profesional para integrarse dando origen a multiplicidad de órdenes a personal sencillo para asimilarlas.
9. Entender la participación comunitaria sólo como un modo de obtener "mano de obra" barata sin facilitar o aún permitir su colaboración en otras funciones de la organización.

- C. La Investigación sobre modelos de atención y delegación de funciones a nivel de cada país es necesaria con el fin de ordenar los esquemas y normas así como la capacitación que se de al personal de salud de acuerdo a las verdaderas necesidades del área.

Esta investigación debe hacerse en forma interdisciplinaria y con gran participación de la Universidad ya que ésta es la encargada de formar el personal de los organismos sanitarios del futuro.

Dentro de la investigación se debe dar énfasis importante a los materiales y equipos a usar para los diferentes niveles de complejidad del sistema ya que ésto constituye una causa importante de elevación de costos sin que representen siempre un mejor servicio para la comunidad.

3. En relación con la comunidad para lograr el mejor éxito de una participación comunitaria se debe:
 - a. Lograr una acción integral de promoción de la comunidad con la organización eficiente de la misma.
 - b. Debe haber una buena información de los programas a realizar por parte del organismo sanitario, con participación activa de la comunidad en la definición, planeación y ejecución de los mismos.
 - c. Poseer los miembros de la comunidad que participen directamente de una dotación adecuada para desarrollar su labor.

Características

Cualquiera que sea la participación comunitaria que se desee, pero fundamentalmente en la colaboración para la prestación de los servicios, deben llenarse unos elementos básicos con el fin de que éste rinda los mejores frutos para la salud en particular y el bienestar en general así:

1. La atención que mediante ella se consiga, debe prestarse como un nivel de complejidad en la prestación de servicios de salud dentro de una organización general que permita ampliar la profundidad cuando la dolencia así lo requiera.
2. Con esta atención primaria no se trata pues en ningún caso de demeritar la calidad sino de hacer una mejor utilización del recurso tanto institucional como comunitario delegando aquello simple que a menudo es lo más frecuente, en personas que pueden desempeñarlo con eficiencia y a menor costo.

Esta atención primaria pues se enfoca como una forma de dar "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan

soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". (12)

Se parte pues de un principio de niveles de complejidad en la prestación de un servicio integral cuyo nivel de atención está determinado por la dolencia o el problema a tratar y realizado en forma igualitaria para toda la comunidad.

La pirámide de esta prestación de servicios estará formada por una base amplia generalista de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en aspectos concretos y definidos en donde la comunidad participa ampliamente borrando el límite institucional de lo comunitario y con un ascenso hasta llegar al vértice cada vez más especializado y complejo.

Puede ser enfocada, pues ésta, como una forma de atención de entrada al sistema de salud o de seguimiento y control de los usuarios en el caso de que éstos los ameriten, la cual debe ser: (13) (14)

- A. Eficaz en términos de calidad para lograr afrontar el problema con provecho del usuario y no desmedro del mismo.
- B. Oportuna para evitar sufrimientos innecesarios a un nivel de atención más elemental y cercano del usuario. Para lograr esto se requiere una base amplia de prestación de servicios lo más difundida posible en la comunidad.
- C. Posible en términos de la meta que nos proponemos años 2000, en cuanto a:
 - a. Factibilidad de preparación de personal.
 - b. Costo que significa su financiamiento.
 - c. Dotación necesaria para su puesta en marcha.
 - d. Infraestructura adecuada para su manejo.

Pasos a seguir

Con el fin de implementar un programa de participación de la comunidad como elemento importante en una atención primaria se deben de tener en cuenta los siguientes pasos:

1. *La Selección* de personal depende de la tarea a desarrollar. Para esto debe:

- A. Iniciarse con una amplia información de lo que se pretende realizar y la colaboración que se espera de la comunidad.
- B. Detectar personas realmente interesadas en colaborar en la solución de los problemas de salud.
- C. La edad, escolaridad preferida y el tiempo de dedicación o estos trabajos pueden sufrir grandes variaciones de un país o zona a otro y de lo que se pretenda delegar.
- D. Es importante que el sitio de residencia y ojalá el origen, sea la comunidad en que se espera trabajar; es decir que sean miembros activos de su comunidad. Esta es la mejor forma:
 - a. Que conozcan su cultura y las posibles incidencias que puede tener en estos programas sanitarios.
 - b. Que hablen su propio idioma como elemento fundamental de comunicación.
 - c. Que sientan las mismas necesidades de las gentes, compartan sus valores y puedan por lo tanto indicar formas o ayuden a solucionarlas.
 - d. Que conozcan las personas, entidades y familias.

2. *La Capacitación* debe, como ya se mencionó cobijar a todo el personal de salud. En cuanto a lo programado para la comunidad esto debe ser:

- a. Lo más práctico posible.
- b. Específico en lo que se requiere enseñar.
- c. En un lenguaje de su uso cotidiano.
- d. Util para solucionar los problemas.
- e. Lo más cerca posible a su lugar de residencia.

3. En relación con la *ejecución* del trabajo, éste:

- A. Debe diseñarse claramente, así por ejemplo en un programa de control de diarreas (15)

se fijan estas funciones a cumplir por el personal de la comunidad:

1. Detección del paciente con diarrea a través de la visita domiciliaria o de la consulta espontánea.
2. Evaluación grado deshidratación.
3. Conducta.
 - a. *Paciente aún sin deshidratación o en Grado I.*
 1. Administra suero glucosalino y da instrucciones sobre su uso.
 2. Da orientación sobre alimentación.
 3. Da instrucción sobre control posterior y señales de peligro.
 4. Visita domiciliaria para evaluación del paciente y supervisión del tratamiento, de preferencia en las seis primeras horas de iniciado el tratamiento.
 5. Remisión del paciente al Centro de Salud o Unidad Intermedia, si el paciente no ha mejorado o se agrava.
 6. Información estadística.
 - b. *Grado II y III*
 1. Remitir inmediatamente a la Unidad Intermedia o Centro de Salud u Hospital.
4. Información y educación a la comunidad sobre la prevención y control de la diarrea, mediante charlas, entrega de folletos, afiches.
5. Información semanal al Centro de Salud o Unidad Intermedia de los casos encontrados.
6. Asistir a las reuniones que propone la Unidad Intermedia.

7. Asistir a los cursos o charlas de educación continuada.
8. Mantener existencia de suero glucosalino en su domicilio.

En este diseño se debe tener en cuenta que debe hacerse una gran coordinación sectorial e inter-sectorial con el fin de aunar recursos, delimitar objetivos y evitar saturar a una misma comunidad o a voluntarios de ellas con más tareas que las que pueden realizar y más responsabilidades que las que pueden enfrentar.

- a. La duplicación, el paralelismo y aún el antagonismo que se pueden dar en acciones no coordinadas o integradas son causas frecuentes de la negativa a colaborar por parte de las comunidades.
 - b. Suministrar apoyo inmediato de otros niveles cuando el caso lo requiera.
 - c. Hacer supervisión con:
 - Capacitación.
 - Asesoría.
 - Control
 - Evaluación.
- En forma programada y sistemática al personal comunitario y a sus coordinadores de trabajo.
- d. Revisar cuidadosamente sus informes, para valorar:
 - Motivación.
 - Calidad.
 - Cobertura.
 - Rendimiento.
 - e. Diseñar modelos de atención que relacionen este personal y la burocracia así como a la comunidad y sus familias lo cual requiere educación sanitaria de masas y a pequeños grupos buscando que a la larga toda comunidad tenga

como mínimo la preparación que al personal comunitario seleccionado se le imparta. Actuando así como "punta de lanza" elevaremos a no dudarlo el nivel de salud de la comunidad.

4. *La Promoción* de este personal cuando se interesa en salud es una forma de estímulo importante, principalmente cuando se realiza como capacitación.
5. *Resumen*, en resumen enfrentamos un desafío muy importante en el futuro desarrollo de la salud

en Latinoamérica el cual consiste en brindar atención en forma universal e igualitaria a la comunidad para el año 2.000. Para lograr esto es necesario una firme voluntad estatal y como consecuencia vigorizar nuestras estructuras sanitarias tanto desde el punto de vista de macroorganización como de microorganización, de acuerdo a cada realidad nacional, dando énfasis a la atención primaria y con una gran participación comunitaria que además de hacer viable la meta a cumplir, cambie la filosofía de un sistema "ente burocrático" por el de uno inmerso en la comunidad.

NOTAS

- (1) Desarrollo de la Salud Pública en Colombia. Restrepo Ch. Guillermo; Villa V. Agustín. Libro en Publicación.
- (2) Condiciones de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 364. Washington D. C. 1978.
- (3) Diagnóstico de la Situación de Salud de Bogotá. Servicio Seccional de Salud de Bogotá. 1979.
- (4) Condiciones de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 364. Washington D. C. 1978.
- (6) (7) Condiciones de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 364. Washington D.C. 1978.
- (8) Molina G. Gustavo. Teoría y práctica de la participación de la comunidad. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública. 1975.
- (9) Experiencia Personal.
- (10) Molina G. Gustavo. Teoría y práctica de la participación de la comunidad. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública 1975.
- (11) Experiencia Personal.
- (15) Fiorini, Bartolomé A. Editorial La Ley. Buenos Aires. 1968 Capítulo VI Pág. 819-845.
- (16) Guía de planificación y programación de la extensión de la cobertura de los servicios de salud. Mimeografiado.
- (12) Declaración de Alma Ata Punto VI.
- (13) Informes finales de los seminarios regionales sobre administración de servicios de salud XIII, XIV y XV Conclusiones y recomendaciones.
- (14) Análisis de la tecnología apropiada en la extensión de los servicios de salud, con atención primaria y participación de la comunidad, segundo grupo de estudio.
- (15) Comunicación personal. Dr. Raúl Hernández. Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín.