

EPOCA V

SEGURIDAD SOCIAL

Año XXIX

EPOCA V

Núms. 125-126

SEGURIDAD SOCIAL Núms. 125-126

TOMO II

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE

1980

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIX

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Reuniones en República Dominicana



eventos

XII ASAMBLEA GENERAL DE
LA CONFERENCIA INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL

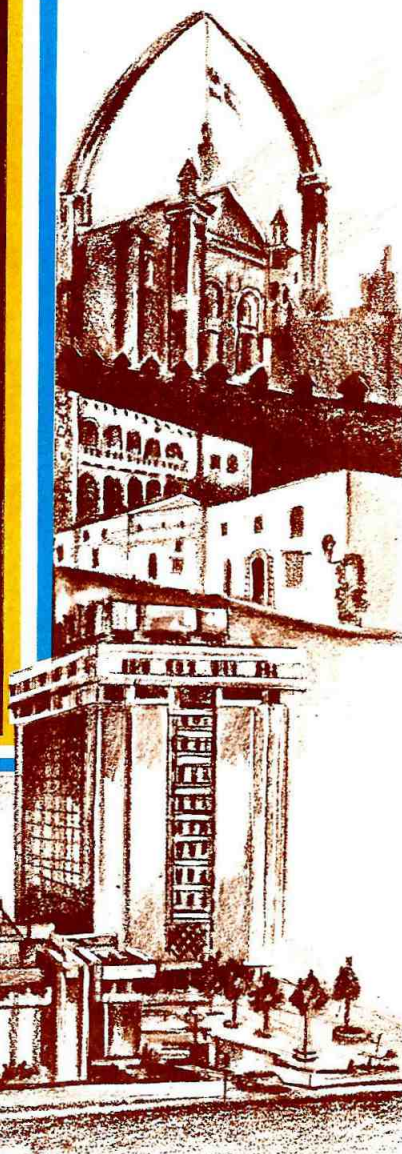
XXIV REUNION DEL COMITE
PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL
Jornadas Interamericanas de Medicina y
Seguridad Social.

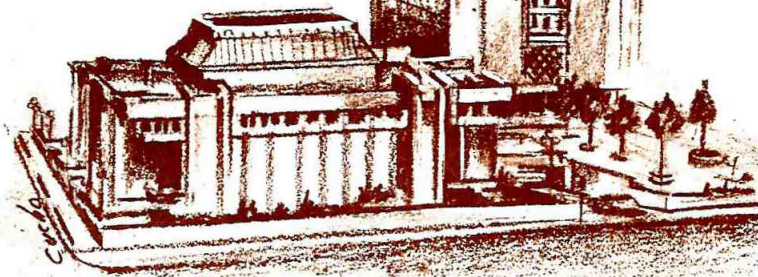
COMISION AMERICANA DE
ORGANIZACION Y SISTEMAS
ADMINISTRATIVOS.

Reunión de la Mesa Directiva y
de la Subcomisión de Recursos Humanos.

COMISION AMERICANA DE
ACTUARIA Y ESTADISTICA.
Reunión de la Mesa Directiva
y del Grupo de Trabajo sobre Aplicación del
Catálogo Mínimo de Indicadores
de la Seguridad Social.



SANTO DOMINGO
17-21 MARZO 1980



I N D I C E

VALUACIONES ACTUARIALES EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	11
VALUACION ACTUARIAL EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	27
NORMAS DE DISEÑO DE INGENIERIA EN UNIDADES MEDICAS	51
LA PLANEACION EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	63
PLANIFICACION EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	117
PLANIFICACION DENTRO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	129
COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL	137
ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA	139
COMISION AMERICANA DE ORGANIZACION Y SISTEMAS ADMINISTRATIVOS	175
PROGRAMA DE RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	177
LA ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	189
COMISION AMERICANA DE ACTUARIA Y ESTADISTICA	229
APLICACION DEL CATALOGO MINIMO DE INDICADORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	231
Anexo Estadístico	287
EXPERIENCIAS DERIVADAS DE LA APLICACION DEL CATALOGO MINIMO	303

⋮

COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL

**DOCUMENTO PRESENTADO EN LAS JORNADAS
INTERAMERICANAS DE MEDICINA Y SEGURIDAD SOCIAL**

ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD.

Dr. Jorge Castellanos Robayo,
Asesor Regional en Atención Médica
y Administración de Salud.

Dr. Marcos Kisil,
Consultor a Corto Plazo.

Marzo, 1980.

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. DEFINICIONES Y CONCEPTOS
 - Estructura
 - Organización y estructura organizacional
- III. ATENCION MEDICA
 - Componentes básicos de la atención médica
- IV. PRINCIPALES MODALIDADES DE ORGANIZACION O ESTRUCTURA DE LA ATENCION MEDICA
 - Estructuras a nivel del macro-sistema
 - Servicio público
 - Seguridad social
 - Medicina de grupo
 - Medicina liberal
 - Estructuras a nivel del micro-sistema
 - Organización según niveles de atención
 - Interrelación de los niveles Regionalización
 - Modalidad de producción de servicios a nivel periférico
- V. NECESIDADES DE CAMBIO EN LA ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS
 - Derivados de factores demográficos
 - Inherentes al estado actual de los servicios

VI. ENFOQUES DEL CAMBIO

Equidad social y eficiencia económica

VII. ESTRATEGIAS REGIONALES

Estrategias orientadas a la promoción y el desarrollo de la salud

Fortalecimiento de las relaciones intersectoriales

Atención primaria

Participación de la comunidad

Estrategias de reorganización y fortalecimiento de los servicios de salud

Reorganización del financiamiento

Implantación real de la organización según niveles de atención

Utilización de tecnología

VIII. CONSIDERACIONES FINALES

I. Introducción

En cada país, en cada sociedad, en cada época, el sistema de servicios para la atención de la salud, como componentes de un sistema social más amplio, refleja, en menor o mayor grado, características, valores, enfoques filosóficos y doctrinarios, y orientaciones políticas de la sociedad correspondiente. El desarrollo y la conformación actual de los servicios de atención médica, como componente fundamental de los sistemas de salud son, por consiguiente, el resultado de influencias sucesivas de orden político, social, económico y tecnológico ocurridas en los países a través de los años. Esto hace que en cada sistema, la organización de la atención médica tenga características y particularidades propias que la diferencian e individualizan claramente. Bajo estas circunstancias, resulta difícil hacer generalizaciones que sean siempre válidas. No se podría, por tanto, hablar estrictamente de una estructura de la atención médica, sino de muchas, determinadas en gran medida por la prioridad asignada a la salud, por los recursos disponibles para su atención, por el grado de compromiso o responsabilidad pública en la prestación de servicios, y por el juego de las fuerzas que intervienen en su organización.

Como fenómenos de alcance universal y con una incidencia decisiva en la conformación de la estructura de los servicios de atención médica, las últimas décadas han evidenciado dos cambios de gran trascendencia: por un lado, el creciente avance tecnológico de la medicina y sus ciencias afines, que han generado servicios con estructuras progresivamente más complejas y, al incidir en los costos de la atención, han dado lugar a un gran movimiento de racionalización de los métodos de organización y financiamiento de las prestaciones; y por el otro, los cambios políticos y sociales, que han ampliado y aumentado las demandas por mayor justicia y equidad en la distribución de los servicios y recursos.

Como resultado de estos últimos en particular, se ha hecho manifiesto un interés creciente de los Gobiernos en la extensión de los servicios de salud a toda la población, lo cual llevó a la declaración de la XXX Asamblea Mundial de la Salud en 1977 de que "la meta social más importante de los Estados Miembros de la OMS en el sector de la salud es conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo hayan alcanzado un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".¹

En la Región de las Américas, este movimiento hacia una mayor justicia y equidad en la distribución de los servicios de salud ha dado lugar a múltiples formulaciones de políticas de salud, tanto en el orden nacional como en el internacional. Entre estas últimas, tiene gran significado como compromiso continental, la ratificación del propósito de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población del Hemisferio y el acuerdo sobre las líneas de acción para llevar a cabo dicha extensión, efectuada por los Ministros de Salud en su IV Reunión Especial celebrada en Washington, D.C. en 1977.²

La orientación central de estas decisiones es incorporar a la atención de salud los núcleos de población actualmente marginados; mejorar, ampliar y racionalizar las características de la prestación de servicios otorgados a aquellos grupos que actualmente reciben dicho beneficio, y establecer bases sólidas de desarrollo para atender nuevas demandas de atención surgidas del incremento de población y de los cambios en su estructura en cuanto a edades y distribución urbana o rural.

Dentro del marco general de referencia que establecen estas formulaciones de política pública para el desarrollo de los servicios de salud, el propósito de esta presentación es caracterizar en grandes rubros las principales formas de organización de la atención médica con aplicabilidad en los países de la Región, señalar algunos de los atributos más sobresalientes de la estructura, y revisar brevemente las principales estrategias de reorganización preconizadas por los países.

En vista de la falta de un enfoque uniforme en los documentos y literatura nacional e internacional sobre el concepto de estructura de la atención médica, al preparar esta presentación se ha considerado necesario revisar brevemente las bases de dicho concepto y analizar en forma sumaria los principios de equidad o justicia social y los de eficiencia económica que tienen y tendrán un papel preponderante en las decisiones de reorganización de la atención médica en los próximos años.

Se incluyen asimismo algunas consideraciones sobre los problemas principales que deberán afrontar los servicios en los próximos años, y finalmente, se hace referencia a la importancia de la investigación en servicios de salud y de la reorientación en la formación de personal como elementos indispensables para impulsar en cada situación, los cambios estructurales requeridos para adecuar los servicios al cumplimiento de la meta de salud para el año 2000.

II. Definiciones y conceptos

La *estructura* se define usualmente como la forma mediante la cual las partes de un sistema son puestas juntas u organizadas.

A su vez, *organización* puede entenderse en dos sentidos: como un *proceso* o como una *entidad*. El *proceso* de organización incluye todas las actividades necesarias para delinear objetivos y metas, coordinar el uso de los recursos, estructurar el trabajo o actividades necesarias, establecer las relaciones de autoridad y responsabilidad, y adaptar la organización (*entidad*) a los cambios externos e internos. Organizar es por tanto, la actividad de construir y modificar continuamente la *estructura* de la organización.³

De lo anterior se deduce que los conceptos de organización y estructura organizacional son complementarios y están íntimamente interrelacionados.

III. Atención médica

Por razones de diverso orden, el concepto de atención médica ha sido motivo de múltiples y variadas interpretaciones ligadas a la evolución histórica de los servicios de salud, y a las concepciones políticas, económicas y sociales que han impulsado o influido en su desarrollo. Tradicionalmente, el concepto de atención médica se interpretó como la actividad del médico y se relacionó con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, es decir con el ejercicio de la medicina curativa, y por consiguiente, con el manejo o cuidado del individuo enfermo, particularmente con su atención en los hospitales.

Dentro de este enfoque, hasta no hace muchos años atrás fue motivo de discusión si las acciones preventivas, de fomento y protección de la salud, debían o no ejercerse asociadas o en conjunto con los de asistencia médica. Esta etapa ha sido ya superada, al menos en el terreno conceptual,

aunque es necesario reconocer que en el orden práctico se encuentran aún manifestaciones de la antigua concepción que tienden a perpetuar modalidades anacrónicas de la práctica de la atención médica.

En el curso de esta presentación, al hablar de atención médica, se hace referencia al conjunto de servicios de salud dirigidos a la atención de las personas, que comprenden en forma integral acciones preventivas, curativas y de rehabilitación ejercidas tanto por el médico, como por los demás miembros de los equipos de salud.

Esta conceptualización de la atención médica, aceptada hoy casi en forma universal e ilustrada en el esquema adjunto (Cuadro N° 1) adaptado por Chávez⁴ de una concepción de Lalonde,⁵ destaca que la salud psicosomática personal (bienestar) es el resultado de un proceso dinámico de interacción del individuo con su ambiente, en cuatro dimensiones: (1) el individuo como ser biológico con su potencial genético y con el grado de actualización de ese potencial en un momento dado; (2) el medio ambiente en su más amplia dimensión ecológica y social; (3) el estilo de vida, es decir el modo especial de relacionarse e interactuar con el medio ambiente, y (4) el grado de apoyo o atención que recibe el individuo de un sistema de servicios personales, de protección y recuperación de la salud.

Entendida así la atención médica, su esfera de trabajo no está circunscrita al hospital, y tampoco está limitada a las actividades desarrolladas en favor del individuo, sino que, a través de enfoques de medicina social y de medicina comunitaria, se extiende a las acciones cumplidas en función de los grupos sociales de los cuales ese individuo forma parte. Vista en esta dimensión, la atención médica está constituida por un rango amplio de servicios que dentro del espectro general de atención de la salud, se relaciona, por una parte, con los servicios dirigidos al mejoramiento del medio y por la otra, con los denominados servicios de protección social, cuyo propósito es la atención de las necesidades sociales del individuo y sus grupos comunitarios.

Esta conceptualización pone finalmente de presente que los sistemas de servicios diseñados para la atención de la salud, son apenas responsables en parte por el estado de salud de un individuo o un grupo comunitario determinado. Por consiguiente, en la preservación de ese estado de salud, tienen más peso relativo los factores derivados del medio ambiente físico y social y los inherentes al comportamiento individual y colectivo.

Componentes básicos de la atención médica

Establecido que la atención médica está constituida por el conjunto de servicios dirigidos a la atención de las personas, interesa examinar sus componentes básicos cuya interacción determina las características de su estructura.

Por definición un conjunto es un todo, formado por componentes interrelacionados para un propósito común. En el conjunto de la atención médica se han distinguido tres grandes componentes:⁶

- a) Un componente personal constituido por la población que necesita o demanda los servicios; es decir, los individuos, las familias y los grupos sociales, usuarios de los servicios;
- b) Un componente profesional, conformado por los grupos que prestan los servicios; este incluye a los médicos, enfermeras, dentistas, trabajadores sociales, auxiliares, etc., y

CUADRO N° 1

Modalidades básicas de organización de la atención médica según características seleccionadas

Formas organizacionales Características	Servicio público	Seguridad social	Medicina de grupo	Medicina liberal
1. Financiamiento	Rentas gubernamentales (nacional, regional o local)	Contribuciones obligatorias a) empleado b) empleador c) estado	Prepago (mensual) a) empleado b) empleador	Paciente o la familia
2. Forma de remuneración del médico	a) salario b) tiempo parcial	a) salario b) contrato por unidad de servicios	a) salario b) unidad de servicio c) capitación	a) unidad de servicio
3. Carácter de la inversión, en tecnología	En general sencillas, ausencia, falta mantenimiento, dificultad de sustitución	a) inversiones altas b) sofisticadas c) especializada	a) empiezo modesto y se amplía b) especializada	a) determinada por el mercado b) especializada
4. <i>Locales de actividad primordial</i>	Policlínicos Centros de salud Puestos de salud Hospitales generales y algunos	Policlínicos Consultorios Dispensarios Hospitales generales y especializados	Consultorios Policlínicos Hospitales	Consultorios Policlínicos Hospitales

especializados
(infectocontagiosos)

5. Estructura formal	Altamente burocratizada tiende a "anquilosarse"	Burocratizada Toma decisiones normativas centralizadas	Poco burocrática Participación del profesional en la toma de decisiones	No hay burocracia Cada profesional es un empresario
6. Participación del consumidor en la organización	Indirecta (representantes consejos y organismos gubernamentales)	Indirecta o directa (representante de las uniones o sindicatos)	Rara	A través de aceptación o rechazo del mercado
7. Información para toma de decisiones	En general deficiente y centralizada	Eficiente y centralizada	Eficiente y descentralizada	Variable
8. Criterio de valores	Equidad social alta Eficiencia económica, no es valorizada	Equidad social baja Eficiencia económica, tiende a ser alta	Equidad social baja Eficiencia económica, alta	Equidad social y eficiencia económica, dependen del comportamiento del médico
9. Condicionamientos de la capacidad de otorgar beneficios	Limitada en capacidad general de financiamiento	Limitado por la capacidad financiera Reglamento	Depende de la capacidad de contribución del usuario	Depende de la capacidad de compra del usuario

- c) Un componente social, representado por las organizaciones públicas o privadas, locales, regionales, nacionales, etc., a través de las cuales se realizan las funciones necesarias para prestar los servicios; estas funciones incluyen las instituciones y también la organización de programas de servicios, su financiación, su planificación, etc.

Las interrelaciones e interacciones entre estos elementos (representados en el Cuadro N° 2) conforman la base estructural de la atención médica y establecen los delineamientos generales de su organización.

La principal interacción entre estos componentes se establece entre los individuos y grupos comunitarios que requieren y demanda los servicios, y los profesionales que prestan dichos servicios.

Esta interacción en su expresión más simple, directa y personal, está representada por la relación médico-paciente. En formas progresivamente más complejas, tal interacción se cumple a través de los programas de atención, las unidades de servicio (consultorios, hospitales, clínicas, etc.) y las instituciones y entidades responsables por la organización y funcionamiento de dichas unidades.

En otras palabras, la base de la estructura de la atención médica está representada por las disposiciones organizacionales que conforman el componente social, el cual además de la acción directa de los elementos que lo integran —expresada en objetivos y metas institucionales, responsabilidades y campos de acción, programas y funciones, etc.— está influenciada indirectamente por elementos similares provenientes de los componentes personal y profesional.

Los programas y organizaciones que conforman el componente social son el producto de la combinación de valores, aspiraciones y expectativas, etc., de la comunidad y de la sociedad en que ellos operan o de la cual forman parte. Los objetivos del componente social son por consiguiente, en gran medida el reflejo de los objetivos y propósitos de la comunidad y de la sociedad como un todo. Aportan igualmente una influencia decisiva a la adopción de estos objetivos y a las formas organizacionales para alcanzarlos, las entidades que forman el personal, sus asociaciones gremiales, los intereses del grupo, etc. De igual modo, desde el punto de vista de la población (o sea, del componente personal), se reflejan en la composición estructural de la atención médica tanto sus necesidades, demandas, aspiraciones y expectativas como las organizaciones establecidas por las propias comunidades, tales como los esquemas de seguros, las entidades caritativas, etc.

En otras palabras, las bases de estructura de la atención médica están dadas por la interacción de una serie de entidades y organizaciones públicas y privadas, algunas creadas como resultado del esfuerzo de la sociedad para prestar servicios y otras, provenientes de la iniciativa y asociación tanto de las comunidades como de los grupos profesionales.

Dentro del contexto establecido en los párrafos anteriores y en la búsqueda de soluciones para alcanzar sus objetivos, las diferentes comunidades y sociedades utilizan varios medios dependiendo de la combinación de los diversos valores culturales, circunstancias económicas, actitudes políticas y capacidad tecnológica. Esto es lo que da origen a las diversas estructuras o formas de organización de la atención médica.

CUADRO N° 2

ATRIBUTOS Y CRITERIOS PARA UNA ESTRUCTURA DE ATENCION MEDICA "IDEAL"

Elegibilidad y financiamiento	Cobertura de la atención	Acceso	Calidad
Todas las personas	Todas las fases: preventiva, mantenimiento, rehabilitación	Razonable distancia geográfica o tiempo de viaje hasta el lugar de atención	Conocimiento y competencia del profesional responsable por la atención
Libertad de escoger a los diferentes servicios y profesionales	Todas las condiciones: física, emocional o social	Horario de funcionamiento de acuerdo a los deseos personales	Moderna tecnología
Todos los costos pagados por anticipado	Todos los servicios y medicamentos	Atención de enfermería 24 horas/d/7 días/\$	Moderno equipo
	Todas las facilidades		
	Por cualquier periodo de tiempo		
	Integración y continuidad de la atención		

IV. Principales modalidades de organización o estructura de la atención médica

La consideración de los servicios de atención médica dentro del contexto de los planteamientos anteriores, permite identificar dos niveles de análisis de las estructuras. El primero incluye las características globales del sistema general de servicios, su composición macroinstitucional y su financiación, y el segundo comprende los elementos organizacionales intrínsecos, o sea, las formas de interacción de sus unidades operativas y las modalidades de organización para la producción y entrega de las prestaciones. En ambos se describen modelos o formas de estructura alternativas que conviene examinar.

Estructura a nivel del microsistema

En el análisis global de los sistemas de atención médica, se han utilizado una gran variedad de enfoques. En general, estos parten de la identificación de una serie de elementos o variables, para establecer una categorización inicial y analizar aquellas características que se destacan. Generalmente, estos elementos seleccionados están asociados con aspectos de financiación y organización, formas de regular el desempeño de los profesionales, tecnologías utilizadas, patrones de práctica, preservación de la libre selección del médico para el servicio por el usuario, etc.

A través de estos enfoques se encuentra en la literatura una gran variedad de clasificaciones, las cuales obedecen al énfasis dado en el análisis, a una o a un conjunto de variable(s) seleccionadas. Así, por ejemplo, Roemer⁷ al analizar las formas preeminentes de organización financiera, categoriza los sistemas en seis grupos (responsabilidad individual, caridad o asistencia social, servicios industriales, seguros voluntarios o privados, seguros obligatorios y servicios públicos). Elwood,⁸ destacando las formas de control del desempeño, descubre tres modelos: profesional, de planificación centralizada y competitivo (organizaciones para el mantenimiento de la salud).

Donabedian⁹ por su lado, tipificando las organizaciones de acuerdo con el grado de burocratización, distingue cuatro tipos de modelos (no organizados, informalmente organizados, formalmente organizados, parcial y formalmente organizados, y así sucesivamente).

La realidad es que resulta extraordinariamente difícil caracterizar la estructura de los sistemas por sus elementos descriptivos, ya que tales elementos pueden encontrarse en diferentes manifestaciones en varias o todas las modalidades de organización. Desde un punto de vista práctico resulta quizás más productivo, analizar los sistemas con referencia a sus efectos.

Con este propósito y en este caso particular, se intenta un análisis de caracterización de las cuatro formas de estructura organizacional de la atención médica, más frecuentemente observadas, para destacar sus atributos de equidad y eficiencia económica y por ende, su capacidad para afrontar el desafío de extender los servicios a toda la población. Al hacer este análisis no se pretende hacer recomendaciones sobre la bondad o conveniencia de una u otra forma en una situación dada. Cada país, de acuerdo con sus condiciones particulares sabrá encontrar la forma organizacional que mejor se adapte a sus necesidades y posibilidades.

Al hacer esta categorización es importante insistir en primer término que las descripciones que se hacen sólo pueden ser tomadas como versiones simplificadas, ya que existen diferencias en cada forma de organización entre un país y otro, y generalmente las diferentes formas coexisten, con entrelazamientos e interrelaciones, en un mismo país.

Por consiguiente y más específicamente, esta categorización trata de establecer en las cuatro formas organizacionales tomadas como ejemplo, cómo se comportan las características seleccionadas y qué carácter imprimen éstas a la estructura general, en términos de equidad y eficiencia económica.

Las cuatro formas organizacionales analizadas son el servicio público o gubernamental, la seguridad social, la medicina de grupo y la medicina privada. Las características seleccionadas, cuya síntesis se presenta en el cuadro anterior y su comportamiento en estas cuatro formas de organización o estructura del macrosistema de atención médica, puede enunciarse de la siguiente forma:

El *financiamiento* en el servicio público proviene de rentas gubernamentales, ya sean nacionales, regionales o locales, en tanto que la seguridad social se logra a través de contribuciones obligatorias mensuales del empleado y del empleador, representando, en general, un porcentaje fijo del salario. En algunos países, el gobierno también contribuye con recursos del presupuesto general. En la medicina de grupo, el financiamiento se hace a través de pagos anticipados mensuales efectuados por el empleado o por el empleador, o por ambos. En la medicina privada el pago es responsabilidad del paciente o su familia, y se hace directamente a quien prestó la atención.

En materia de *remuneración*, en el sector público, generalmente el médico es un asalariado que trabaja a tiempo parcial (4 a 6 horas diarias). En la seguridad social, puede ser también un asalariado a tiempo parcial, pero puede tener un contrato de trabajo en que se le remunera por unidad de servicios (consulta, sesión, caso, hora). En la medicina de grupo es posible tener las formas de pago por salario y por unidad de servicio, pero la más común es la capitación, o sea, remuneración periódica (usualmente mensual) que implica una cuota fija por persona inscrita en el grupo, independientemente de que ésta haga o no uso de los servicios del médico. En la medicina privada, el pago es directo y por unidad de servicio.

Desde el punto de vista de la *inversión en tecnología*, la capacidad del servicio público es en general limitada, y como consecuencia, se observa frecuentemente un alto grado de obsolescencia de los equipos, debido a la incapacidad de mantenimiento, renovación y sustitución de ellos. En la seguridad social las inversiones en tecnología son altas y en tecnología sofisticada. En la medicina de grupo tales inversiones empiezan modestamente y aumentan a través de los años con el desarrollo económico-financiero del grupo. En la medicina privada las inversiones se hacen de acuerdo con el mercado, siguiendo las leyes de demanda y oferta.

En cuanto a *unidades locales*, los servicios tanto públicos como los de la seguridad social se prestan primordialmente en las policlínicas, los centros y puestos de salud, y los hospitales, y estas unidades se utilizan en forma más o menos similar por ambas estructuras. En la medicina de grupo y en la medicina privada, los servicios se prestan prioritariamente en forma ambulatoria en consultorios o dispensarios, aunque también se utiliza el hospital.

Con respecto a una *estructura formal* de los servicios, las estructuras del servicio público tienden en general a ser jerárquicas, rígidas y altamente burocratizadas. Esto resulta en un proceso dicisorio largo y complicado, en el cual intervienen muchos niveles administrativos. La administración es centralizada y autoritaria, tendiente a “anquilosarse” y volverse conservadora.

En la seguridad social, aunque se observa usualmente una estructura formal, jerárquica y burocratizada, estas características son menos marcadas que en servicio público; el proceso de decisión es menos centralizado y, por consiguiente, su estructura es más “progresista” e innovadora.

La medicina de grupo es generalmente poco burocratizada, excepto para los mecanismos de control de costos, y la medicina privada, prácticamente desconoce lo que es burocracia.

Desde el punto de vista de la *participación del usuario* en la organización, en el servicio público generalmente la única forma de participación del usuario es a través de los representantes que este elige para los organismos gubernamentales, en tanto que en la seguridad social es posible una representación a través de los gremios o sindicatos. En la medicina de grupo es organizado por los sindicatos laborales. En la medicina privada esta participación sólo se da a través de los mecanismos competitivos del mercado.

En materia de *información para la toma de decisiones*, en el servicio público tiende a ser centralizada y limitada, en tanto que en la seguridad social por la necesidad de controlar la ejecución más estrictamente, se dispone usualmente de información actualizada y más completa. La medicina de grupo desarrolla su sistema de información en forma descentralizada, con énfasis en los costos de producción, y sus registros médicos son generalmente de mejor calidad. En la medicina privada, cada profesional desarrolla sus propios mecanismos y criterios.

Con respecto a *equidad y eficiencia económica*, el servicio público está orientado por los principios de equidad y justicia social. La salud es un derecho que el estado debe garantizar con las condiciones necesarias para el pleno ejercicio de ese derecho. Los principios de eficiencia económica o rentabilidad, raramente son preeminentes. En la seguridad social en cambio, donde la responsabilidad es usualmente circunscrita y cuyo objeto es dar más y mejores servicios a sus contribuyentes, los esfuerzos se orientan fundamentalmente a los problemas de eficiencia económica y menos a los de equidad social. A este respecto, debe señalarse que en la Región se hace manifiesta una tendencia en la seguridad social hacia favorecer la extensión horizontal, es decir, hacia la incorporación de nuevos grupos de población más que al incremento de servicios para los ya cubiertos. En el caso de la medicina privada, los criterios en esta área son subjetivos y no organizacionales.

La *capacidad de otorgar beneficios o prestaciones*, última característica analizada, en el servicio público está limitada sólo por la disponibilidad de financiamiento. En la seguridad social, a esta limitante se agregan los procesos normativos o reglamentarios internos que establecen taxativamente las prestaciones. En la medicina de grupo, el beneficio recibido depende de la capacidad de contribución establecida usualmente mediante contrato, y en la medicina privada se rige por la capacidad individual de compra del servicio.

Las anteriores constituyen características generales de la modalidad de

organización correspondiente. En la práctica, se observan por supuesto variaciones importantes propias de cada sistema, especialmente en relación con el servicio público y la seguridad social.

Revisados estos modelos básicos y sus características principales, resulta de interés ver cómo estas modalidades pueden encontrarse representadas total o parcialmente en los países de la Región.

Al tratar de establecer esta analogía, es importante señalar que la caracterización que de ella se obtenga es solamente de tipo general. Diversas experiencias de análisis realizadas en este sentido, demuestran que no hay dos sistemas nacionales iguales y aun ni siquiera semejantes cuando se les compara en detalle. Por otra parte, los modelos descritos difícilmente se encuentran en forma pura, ya que lo usual en los países es que coexisten varias modalidades y combinaciones de regímenes que inclusive otorgan en prácticamente todos los casos con excepción del servicio público, distintos grados de protección a diferentes grupos poblacionales.

Hecha esta salvedad, en un análisis realizado en 1977 se encontró que de los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, en 16 países de América Latina se han desarrollado servicios en los cuales coexisten, como formas preponderantes de organización, sistemas que se acercan al servicio público —con la salvedad de que están dirigidos hacia los grupos de población de bajos ingresos— y sistemas de seguridad social.

En 13 de estos países el sistema de seguridad social mantiene el esquema de financiación tripartita clásica, y en los otros tres la contribución del Estado se ha incrementado en forma significativa para incorporar al régimen a la mayoría de la población.

En 7 países del Caribe el sistema institucional de servicios públicos es el dominante, aunque en algunos de ellos han comenzado a aparecer esquemas de prepagó o medicina de grupo.

En 2 países coexisten los servicios públicos (Ministerios) con numerosas instituciones de seguridad social. En otros países, los seguros de salud de algunos grupos están evolucionando hacia la generalización de ese esquema. Finalmente, sólo en un país existe un régimen único del tipo de servicio público.

En todos los países se encuentra la modalidad de servicios privados o medicina liberal, con variaciones en la importancia dentro del contexto nacional y en general con una tendencia hacia la disminución.

En el conjunto general, se observa además una tendencia hacia la participación creciente de la seguridad social como forma organizacional preeminente en la prestación de servicios de atención médica. Así lo evidencian recientes decisiones en algunos países.

Información para la toma de decisión

En el sector *público* la información tiende a ser centralizada y deficiente, mientras que en la *seguridad social*, en general, existe un sistema de información centralizado y eficiente.

La *medicina de grupo* desarrolla su sistema de información con mayor énfasis en los costos de producción; los registros médicos también son de mejor calidad que los de las estructuras antes mencionadas. Pero, es un sistema descentralizado.

En la *medicina privada* es difícil describir la información, esto porque cada profesional es libre de desarrollar sus propios mecanismos y criterios para la toma de decisiones. Es por tanto un sistema variable.

Criterio de valores

La participación del Gobierno, a través del sector *público* es generalmente orientada por los principios de equidad o justicia social, donde la salud es considerada un derecho del individuo y donde el Estado tiene que proveer las condiciones para el ejercicio de ese derecho por el individuo; los principios de eficiencia económica raramente son considerados en el sector.

La *seguridad social*, por su vez, tiene como objetivo prestar la mejor atención para sus asegurados. Por lo tanto, no dedica sus esfuerzos hacia los problemas de equidad social, pero sí hacia los problemas de eficiencia económica, con el intento de prestar más y mejores servicios a sus contribuyentes.

La *medicina de grupo* también está más preocupada con los criterios y principios de eficiencia económica que con los problemas de equidad social.

La *medicina privada* puede, y normalmente utiliza los dos principios, pero cada médico en particular asume un comportamiento en relación a qué principio debe valorizar en su práctica diaria. Por lo tanto, es una decisión subjetiva, no organizacional.

Capacidad que otorga beneficio

El sector *público* tiene su capacidad de oferta de beneficios limitada por su capacidad de financiamiento para la extensión cualitativa y cuantitativa de sus servicios.

La *seguridad social*, por su vez, tiene esa capacidad limitada tanto por su financiamiento como por procesos normativos o reglamentos internos que describen cuáles son los beneficios que están al servicio del asegurado.

En la *medicina de grupo* el beneficio recibido depende de la capacidad de contribución (tipo de contrato) con que el usuario es beneficiado.

La *medicina liberal*, por supuesto, depende de la capacidad de compra de los servicios del usuario.

Estructura a nivel del microsistema

A nivel del microsistema —es decir, de las unidades operativas y sus interrelaciones— existe una gran variedad de modalidades de estructura que van desde la casi ausencia de ésta —es decir, las unidades funcionando prácticamente aisladas— hasta los esquemas de regionalización, con grados variables de interacción. A este nivel interesa básicamente analizar la interacción de las unidades propiamente dicha, en lo cual importa destacar la organización según niveles de atención y su expresión técnico-administrativa, la regionalización, y los llamados modelos de producción de servicios que son básicamente la modalidad de organización a través de la cual se hace entrega de los servicios del primer nivel de atención.

En las unidades operativas, propiamente dichas, particularmente hospitales, cuya estructura organizacional puede llegar a ser de gran complejidad y que por tanto ameritará en sí misma una presentación especial, interesa destacar la modalidad de organización de cuidado progresivo, por su importancia como esquema de la racionalización del uso de recursos.

Organización según niveles de atención

El concepto de niveles de atención¹⁰ parte de la base de que existe una relación natural entre la complejidad de una determinada situación de salud y la complejidad de los métodos y recursos necesarios para atender dicha situación, y lleva implícito el reconocimiento de un factor de complejidad progresiva de las situaciones de salud, al igual que de la mayor o menor frecuencia de su ocurrencia en una población dada.

Metodológicamente, el procedimiento común de determinación de niveles es la identificación y clasificación de los problemas de salud y la categorización de las funciones de atención correspondientes.

A través de este proceso de categorización de las situaciones de salud se llega al establecimiento de agrupaciones diversas, de eventos comunes y simples que requieren elementos básicos de habilidad y tecnología para atenderlos, y de otros eventos menos frecuentes y más complejos que necesitan habilidades y tecnología de tipo medio, hasta llegar a eventos altamente complejos y de ocurrencia rara, para cuya atención se precisa de habilidades especializadas y de una tecnología avanzada.

Esta forma de agrupación de los problemas y de las respuestas de atención de los sistemas de salud en tres categorías (puede haber un número mayor según sean las circunstancias para las cuales se trabaje), es la que ha dado origen a la conformación clásica de por lo menos tres *combinaciones funcionales de servicios o niveles*, de los cuales el de menos complejidad, denominado *primer nivel*, comprende las acciones más elementales e indiferenciadas del sistema y constituye el *punto de contacto con la comunidad* o “puerta de entrada” de ésta al sistema institucionalizado. Los otros dos niveles, usualmente denominados *secundario* y *terciario*, corresponden a agrupaciones de servicios de diferente grado de especialización y complejidad mayor ascendente, que actúan en general sobre la base de referencia de los individuos y situaciones de salud generadas en el primer nivel.

Este modelo de tres niveles para la organización de servicios personales de salud, aunque no necesariamente corresponda a las características de todas las situaciones, desde el punto de vista conceptual, es útil como marco de referencia y tiene por tanto una amplia utilización.

Interrelación de los niveles Regionalización de servicios

La jerarquización de problemas y funciones, base de la definición del contenido de los niveles, conlleva consigo, desde el punto de vista administrativo, la necesidad de un doble orden de decisiones:¹¹

En primer lugar, se requiere el establecimiento de una apropiada interconexión de los niveles, es decir, el desarrollo de los mecanismos de relación que permitan la transferencia de pacientes de un nivel a otro, la movilidad del personal, el intercambio de información y el apoyo técnico-administrativo y la supervisión necesarios para el funcionamiento eficiente del conjunto de niveles.

En segundo lugar es preciso asignar actividades, funciones y responsabilidades a los organismos de prestación de los servicios en los cuales se ubican los diferentes niveles a fin de, en base a esa asignación, determinar el tipo de personal, los desarrollos físicos y de equipamiento necesarios para llevar a cabo los respectivos programas de servicio.

La expresión técnica-administrativa de las interrelaciones de los niveles de atención, está dada por la modalidad regionalizada de organización de los servicios de salud.

Desde un punto de vista general, el marco de referencia regional implica el concepto de área geográfica con ciertas características homogéneas que la individualizan con respecto a zonas o áreas circunvecinas, y asume que la región ofrece una demarcación territorial óptima para la planeación económica y social coordinada. En este sentido, tal marco referencial es utilizado no sólo por salud sino por muchas otras disciplinas y con muy diversos propósitos.

Existe, sin embargo, una diferencia importante. Mientras que en otras disciplinas la relación entre región y área geográfica es primordial, en salud la noción de regionalización primariamente hace referencia a la organización estratificada de servicios según niveles, y la connotación geográfica sólo se establece en forma secundaria al determinar la ubicación de los núcleos de población para los cuales se programan tales servicios.

En Latinoamérica, la utilización del concepto de regionalización como instrumento de organización de la atención médica ha sido muy amplia.

Sin embargo, en términos de implementación, la realidad ha estado usualmente muy alejada de las expectativas. Las barreras para la aplicación real del concepto han sido muchas, y fundamentalmente relacionadas con conceptos muy arraigados de autonomía local o institucional y consecuentemente con temor o resistencia a la pérdida o limitación de esta autonomía.

No obstante, los principios continúan teniendo vigencia y el hecho de que circunstancias ajenas a ellos hayan limitado su aplicación no los invalidan.

Las denominaciones y características de los establecimientos a través de los cuales se desarrolla la estructura estratificada de servicios de la organización regional, así como los elementos organizacionales y operativos de la regionalización, son aspectos suficientemente conocidos y no consideramos por tanto necesario elaborar más aquí sobre ellos. Permítasenos tan sólo señalar que la utilización del marco de referencia regional tiende a adquirir cada vez más importancia en la planeación y organización de

los servicios de salud, no sólo intrínsecamente, sino por su utilización cada vez mayor en la planeación global del desarrollo y las relaciones entre éste y la salud.

Modalidades de producción de servicios a nivel periférico

Estas formas de estructura organizacional de la atención médica, se refieren fundamentalmente a la organización de la entrega de servicios al individuo y a las comunidades; en otras palabras, a la organización del primer nivel de atención.

Donabedian¹² al referirse a este aspecto describe tres modelos o enfoques básicos de organización: el modelo de atención primaria, el modelo de multiespecialidad y el modelo de compromiso. El primero de estos modelos, que el autor citado denomina de "atención primaria" pero que para nosotros por razones que más adelante se explican, constituye una forma básica de organización del primer nivel, está desarrollado teniendo como foco el individuo o la familia, quienes reciben los servicios a través de la actividad de un profesional, médico o no, o por un equipo de profesionales de salud, en el cual puede tenerse siempre al médico, como el jefe del equipo o tener una jefatura alternante, funcional, y dinámica, de acuerdo con las necesidades o circunstancias del momento. Ese modelo implica la necesidad de ajustes de estructura organizacional, ya que preconiza fundamentalmente:

- cambio de enfoque del caso o individuo para la familia como núcleo de unidad social;
- cambio del rol del individuo, de una práctica individual para una de equipo, y
- cambio de actitud del médico con relación a los otros profesionales, miembros del equipo; este modelo tiende a enfatizar las diversas modalidades de organización de la denominada medicina familiar; la desventaja, no inherente al modelo, sino a la forma como se le utiliza es el convertir al médico general o médico de familia en un especialista.

El segundo *modelo de multiespecialidad* es organizado alrededor del ejercicio de especialidades como primer contacto en la prestación de los servicios. En esta forma organizacional cada especialidad tiene su área bien delimitada, y para la atención integral se requiere el manejo del paciente a través de un grupo de especialistas. Este modelo implica:

- un énfasis en la educación y práctica de la especialización, y por tanto, énfasis en el enfoque individual o de caso, y
- necesidades de mecanismos de coordinación e interrelación que integran la acción de las diferentes especialidades.

Sus desventajas son claramente aparentes, aun en la situación de países desarrollados con alta disponibilidad de recursos médicos.

La tercera modalidad descrita es la que el autor citado denomina el *modelo de compromiso* el cual está organizado alrededor de una especialidad básica, que atiende las necesidades del paciente en razón de su edad

o condición especial, por ejemplo, pediatría, obstetricia, etc. Como resultado final se produce, como en la modalidad anterior, el concurso de varias especialidades. Sin embargo, en este caso la especialidad básica actúa como coordinadora.

En los países de América Latina y dentro de las modalidades de organización prevalentes, los agentes de servicio (personal) varían en el primer nivel de atención en función de la disponibilidad respectiva de recursos institucionales y también en razón de la mayor o menor concentración de la población que casi siempre significa una concentración similar del personal de salud. Así, por ejemplo, en las instituciones de seguridad social, y en ciertas áreas de las grandes ciudades atendidas por servicios de los Ministerios de Salud y otras entidades, los agentes de servicio a este nivel son usualmente médicos generales en diversas modalidades del ejercicio profesional. Se observa así la práctica individual o de grupo, con participación o no de personal paramédico y auxiliar, esquemas de medicina familiar, y aun en algunos casos la atención por especialistas, siendo las especialidades más comunes obstetricia, pediatría, medicina de adultos, geriatría, etc.

En las ciudades, igualmente, para ciertos grupos de población la atención del primer nivel se da en las consultas externas y salas de emergencias de los hospitales, y quizás en menor proporción relativa en los centros de salud; esto para la población tributaria de los esquemas de atención del sector público. En la seguridad social se da a través de dispensarios y, con intensidad al parecer creciente, mediante programas de medicina familiar.

En las áreas rurales, finalmente, estos servicios sólo pueden ser entregados a través de la utilización de personal auxiliar.

La organización apropiada del nivel de atención, como más adelante se señala, es esencial para la extensión de la cobertura de servicios y requiere por tanto particular atención.

V. Necesidades de cambio en la estructura de los servicios de atención médica

En función del propósito central de ampliación de la cobertura de atención de salud, los servicios de atención médica de la Región están abocados a profundas transformaciones tanto en su estructura como en su composición y contenidos. Siguiendo el esquema inicialmente planteado de componentes de la atención médica, las fuerzas que impulsan estos cambios se generan fundamentalmente en los componentes personal y social.

Derivados de factores demográficos

Desde el punto de vista de la población (*componente personal*), los factores más importantes podrían sintetizarse así:

- En los próximos 20 años la población total de la Región, llegará a un poco más de 600 millones de habitantes. Teniendo en cuenta que se ha estimado que aproximadamente 140 millones de personas no tienen acceso a los servicios en la actualidad, el incremento ne-

cesario en la capacidad de producción de servicios para cubrir ésta y la nueva población que se incorpora progresivamente a la demanda de atención, se acercará al 150% de la actualmente existente.

— El 76% de la población del año 2000 en la Región, se localizará en centros urbanos. La acentuación de este fenómeno de urbanización y concentración que de hecho ya existe, significa tanto un aumento de las personas a atender, como un cambio en las características de sus requerimientos de atención, derivados de la localización en un ambiente diferente en términos sociales, culturales y económicos. Persistirán, por supuesto adicionalmente, las necesidades de atención del 24% restante de la población, equivalente a 146 millones de personas que continuarán viviendo en el medio rural.

— La estructura de la población por edades, guarda relación con la posibilidad de financiar sus condiciones básicas de bienestar. Normalmente se considera que los grupos poblacionales entre 15 y 64 años de edad, comprenden la mayoría de la población económicamente activa. La proporción de niños menores de 15 años y adultos de 65 años o más, con respecto al total de la población, expresa la denominada tasa de dependencia. Si bien ésta no constituye una medida exacta de la dependencia económica, se considera sin embargo, como un indicador aproximado de la obligación impuesta sobre la población productiva.

La alta tasa de natalidad, así como el aumento en la expectativa de vida en las últimas décadas, implican cambios importantes en la tasa de dependencia, que se harán sentir en mayores demandas de servicio no sustentados en el incremento correspondiente de la capacidad de financiación.

— Dentro de las limitaciones inherentes a los datos disponibles, especialmente en términos de morbilidad, puede aceptarse que las enfermedades transmisibles continuarán siendo en los próximos años un problema prioritario en los países de América Latina. Sujeto a la eficiencia de los programas respectivos, pueden esperarse progresos más o menos rápidos en aquellas enfermedades prevenibles por vacunación. Las verdaderas posibilidades de avance en el control de estas causas de morbilidad y mortalidad, dependerán no obstante del éxito de los programas de saneamiento del medio, de la disponibilidad de alimentos, de mejores condiciones de vivienda, etc., más que de la acción directa tradicional de los servicios de salud.

En el cuadro general de morbilidad, por otra parte, es posible que en los próximos años al lado del grupo anterior, se hagan presentes manifestaciones diversas derivadas de la concentración urbana de la población, tasas mayores de accidentes, enfermedades mentales, drogadicción, etc., a la vez que irán adquiriendo mayor significación las enfermedades crónicas y degenerativas, algunas de las cuales constituyen ya problemas de importancia en varios países de la Región.

Estos fenómenos demográficos, por sí solos, implican un incremento

sustancial en la capacidad instalada de servicios, dirigidos tanto al medio como a las personas, el cual se hará sentir indefectiblemente en la estructura organizacional de los sistemas de atención médica, que requieren cambios sustantivos para adecuarlos al cometido de cobertura universal.

Inherentes al estado actual de los servicios

Con respecto a la situación de los servicios de salud, según información suministrada por los propios países en 1977¹³ en preparación de la Conferencia Internacional de Alma Ata sobre Atención Primaria, cabría sintetizar algunas de sus características en las siguientes anotaciones:

- Se observa en general la ausencia de una clara definición del sector salud, de las instituciones que lo componen, de las competencias que les corresponden en cuanto a los servicios que deben brindar para la satisfacción de las necesidades de salud de las personas y de la preservación y protección del medio ambiente.
- El estado de evolución actual de los servicios en la mayoría de los países muestra un proceso de maduración institucional que no alcanzó aún a constituir organizaciones de servicios de salud para toda la comunidad, caracterizado por incoordinación y competencia entre las instituciones de salud.
- La capacidad de operación de las instituciones de salud se encuentra limitada por múltiples factores y sus combinaciones. Entre éstos se destacan:
 - deficiencias en cuanto a capacitación y número de los recursos humanos;
 - organización administrativa inadecuada y frecuentemente ajena para los fines sociales para los que fue creada la institución;
 - insuficiencia de recursos materiales y financieros, y
 - distribución y organización de los recursos destinados a la producción de servicios, concentrados en áreas urbanas y sólo al alcance de los grupos de población de mayores ingresos (accesibilidad geográfica, económica y cultural limitada).
- La adopción y empleo creciente de tecnologías de alto costo que se difunden y multiplican en las grandes ciudades de prácticamente todos los países, absorbiendo los escasos recursos disponibles en menoscabo de la ampliación de servicios a toda la población con tecnologías de menor costo y eficaces.
- Los sistemas de información que no alcanzaron un grado de desarrollo satisfactorio para informar adecuadamente el proceso de toma de decisiones, ni para establecer un control y evaluación de las operaciones que permita la revisión de planes, programas, procedimientos, etc.

— Limitaciones en cuanto al financiamiento:

- servicios organizados todavía en una alta proporción, siguiendo en cierta forma la estratificación económica de la población, lo cual conduce a una fragmentación o segmentación de la atención, basada en la capacidad económica individual o del grupo del cual se forma parte, para acceder a ella;
- falta de información útil que permita estimar el gasto nacional en salud;
- gran variación de la disponibilidad financiera según el país;
- apreciación insuficiente del significado del financiamiento en la accesibilidad a los servicios y en su utilización;
- deficiencias en el control del gasto y de la productividad del sector.

VI. Enfoques del cambio

Equidad social y eficiencia económica

Si fuera posible elegir una estructura "ideal" de atención médica, en nuestro criterio, ella tendría los atributos y características sintetizados en el Cuadro 2: atención médica para todas las personas sin ningún tipo de discriminación, con libertad de escoger servicios y profesionales de acuerdo con su necesidad y deseo, con seguridad de su buena calidad y sin preocupación por los costos de la atención.⁷

Este modelo es utópico en el mundo real. No ocurre, a pesar de que se desea, por factores limitantes que orientan la toma de decisiones en una sociedad organizada. Estos limitantes son en general de índole económico, pero pueden ser de orden cultural, político, religioso, etc.

Cada sociedad, a través de su gobierno, necesita tomar decisiones a menudo que implican el uso de un conjunto de principios que reflejen aquellos prevalecientes dentro de la sociedad. Entre estos conceptos que orientan la toma de decisión, existen dos generalmente que adquieren un significado especial: la equidad de derechos de las personas y la eficiencia económica de los mecanismos de producción.

En las sociedades contemporáneas, la salud es considerada como uno de los "derechos básicos" del individuo. Como tal, la defensa de este derecho esta incluida en numerosos documentos oficiales de las organizaciones internacionales —ONU, OMS/OPS, OIT— y en documentos nacionales, así como en la Constitución de muchos países.

El concepto de *derecho* está ligado a dos otros; *equidad* y *justicia*. La equidad se aplica en dos niveles:⁸ el primero, en la administración de los servicios, como sistema público de reglas que implican derechos iguales para todos los ciudadanos e igual tratamiento para casos similares; y el segundo, en lo relacionado con la estructura substantiva del derecho, en la observación de los derechos básicos iguales para todas las personas. En síntesis, el concepto de equidad se aplica igualmente a los derechos individuales y a los servicios prestados por la estructura organizacional que se ha desarrollado para atender esos derechos.

Dentro de esa estructura, la utilización de los recursos disponibles lleva a considerar otro concepto: *la eficiencia económica*. La escasez de recursos financieros, humanos y materiales llevan a los administradores de estos recursos, a aplicar mecanismos de racionalización económica para maximizar la cantidad de producción obtenible de ellos. Este principio es conocido como el *principio de optimalidad de Pareto* por los economistas y asegura que una determinada configuración de producción es eficiente cuando es imposible modificarla sin que la mejora para una persona implique la desmejora para otra.⁹

No es nuestra intención profundizar sobre la teoría de justicia social cuyo fundamento es la equidad, o sobre las teorías de eficiencia de Pareto adoptadas por los economistas. Si queremos hacer notar, que la toma de decisiones que influye en la estructura adoptada para la atención médica, es influenciada a su vez por estos dos principios delineados. Los gobiernos toman decisiones en base a criterios de racionalización económica y justicia social.

Estos dos criterios son enfocados de distinta manera dentro de las configuraciones observadas en las estructuras existentes de atención médica: los servicios públicos o gubernamentales parecen desarrollarse en general como respuesta a las necesidades sociales —los valores de equidad y justicia social orientan su desarrollo—, mientras que los servicios privados surgen como respuestas a las condiciones del mercado y se desarrollan teniendo en cuenta su posible viabilidad económica —tenden a valorizar los criterios de eficiencia de su mecanismo de producción.

VII. Estrategias regionales

Los enfoques o lineamientos estratégicos propuestos tanto a nivel mundial como en la Región de las Américas para alcanzar las metas de salud del año 2000 y de extensión de cobertura, que constituyen dentro del esquema inicialmente propuesto elementos del componente social de la atención médica, corresponden a una gama muy amplia de acciones, las cuales adquieren carácter de mayor o menor especificidad según sean las situaciones en las cuales deban ser aplicadas.

Con características muy definidas se ha individualizado, sin embargo, un conjunto de estos enfoques que, por sus implicaciones y campos de acción, se han convertido en estrategias principales. Para efectos de análisis en esta presentación, se agrupan éstas en: estrategias orientadas a la promoción y el desarrollo de la salud; estrategias de reorganización y fortalecimiento de los servicios, y estrategias para el desarrollo de componentes o elementos de apoyo, todos los cuales, pero especialmente el segundo grupo, tendrán una incidencia directa en los cambios estructurales requeridos de los sistemas de atención médica.

Estrategias orientadas a la promoción y desarrollo de la salud

La base conceptual de estos enfoques estratégicos es el reconocimiento de que la salud es un producto intersectorial y, por consiguiente, no depende exclusivamente de la acción de los servicios. Se consideran aquí fundamentalmente el fortalecimiento de las relaciones intersectoriales de

los servicios de salud, la atención primaria y la participación de la comunidad.

Fortalecimiento de las relaciones intersectoriales de los servicios de salud

A la luz de las consideraciones anteriores y tomando en cuenta las situaciones de nutrición, de suministros de agua y de saneamiento básico, los déficits educativos, los problemas de vivienda, el desempleo y, en una palabra, la pobreza —que constituyen denominador común de las malas condiciones de salud de muchas de las comunidades latinoamericanas—, es claro que éstas sólo podrán ser corregidas mediante una acción sinérgica intersectorial, en la cual las necesidades sociales de la población reciban tratamiento apropiado.

Desde este punto de vista, la orientación y el manejo apropiado de las relaciones intersectoriales de la salud requieren una mayor vinculación de los niveles decisorios y técnicos del sector salud con los niveles y organismos que tienen a su cargo la planificación de los sectores económicos y sociales.

La extensión de la cobertura de atención de salud es fundamentalmente un objetivo social y, por consiguiente, para el logro de las metas de cobertura universal de salud adoptadas por los países, se requiere desarrollar acciones prioritarias y efectivas para lograr la incorporación de los planes de salud a los planes de desarrollo económico y social.

La verdadera incorporación de los planes de salud a los planes de desarrollo implica dar apropiado reconocimiento a las consecuencias socioeconómicas que conlleva la adopción y aceptación del postulado básico. Este reconocimiento deberá traducirse no sólo en una formulación consistente de políticas aplicativas, sino fundamentalmente en una planeación y programación intersectoriales acordes con el mismo.

Corresponde al sector salud, y por ende a todas las instituciones que lo conforman, tomar la iniciativa en este sentido. Dentro de este enfoque, los programas de servicios de salud, ya sean afines a los ministerios de salud o dependientes de la seguridad social, u otras entidades, así como estas mismas instituciones, deberán convertirse en instrumentos reales de aplicación de las políticas de desarrollo del sector social correspondientes. Para que uno y otro grupo de instituciones pueda contribuir a impulsar los cambios necesarios, resulta "esencial" una reorientación de sus esquemas aplicativos y un viraje de sus formas de trabajo hacia el fortalecimiento de la planificación y la administración sociales. Sólo en esta forma podrán llegar a materializarse las verdaderas relaciones intersectoriales de la salud.

Atención primaria

La atención primaria de la salud es la estrategia central adoptada por los países para la reorientación de los sistemas de prestación de servicios en procura de la ampliación de su cobertura y para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Vista en un contexto general, "la atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar. La atención primaria, a la vez que

constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad”.*

La conceptualización de esta estrategia, que constituye un cambio de singular trascendencia y significación en la atención de salud, reconoce en su origen dos hechos fundamentales:

- En primer lugar, que el análisis de los problemas que condicionan o afectan el estado de salud de los individuos y las comunidades y, por consiguiente, los factores primarios que determinan su estado de salud, muestra que tales factores en una gran proporción escapan al control y posibilidades de acción de los enfoques tradicionales de los servicios de salud.

La solución de esos problemas, como fue destacado previamente, requiere modificaciones significativas del medio ambiente y el estilo de vida de las poblaciones, los cuales dependen de la actividad conjunta de todos los sectores que contribuyen al desarrollo.

- En segundo lugar, que ante las limitaciones de los servicios de salud para llegar real y efectivamente a toda la población, aun sea con servicios mínimos, resulta perentorio reconocer la importancia de las acciones que las propias comunidades efectúan para su atención de salud, las cuales es posible articular y coordinar con la organización básica de los servicios de salud (primer nivel institucional de atención) para potencializar y ampliar sus posibilidades de satisfacer las demandas y necesidades de la población.

La racionalización de estas relaciones ha llevado a la necesidad de concebir y desarrollar formas de organización diferentes de las tradicionales, y un enfoque nuevo para el ejercicio de las actividades del sector salud, a ser aplicado fundamental pero no exclusivamente en el primer nivel de atención.

En desarrollo de este enfoque, la atención primaria reconoce e incorpora conceptual y prácticamente las acciones que la propia comunidad ha realizado tradicionalmente para la atención de su salud, orienta estas acciones y favorece su articulación y armonización con las acciones propias del sistema organizado de servicios de salud.

Entendida en esta forma la atención primaria, desde un punto de vista operativo está constituida entonces por tres elementos o conjuntos de acciones fundamentales:

- la reorganización de las acciones del sector salud, particularmente en el primer nivel de atención, para satisfacer los requerimientos prioritarios de atención de salud y promover simultáneamente la satisfacción de necesidades básicas de la población y el desarrollo, mediante acciones intersectoriales coordinadas;
- la aceptación y adecuación de acciones que tradicionalmente ha realizado la comunidad para atender a sus necesidades de salud (el denominado sistema tradicional comunitario), y

* OMS/UNICEF. *Atención Primaria de Salud*, Alma Alta, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978.

- la puesta en práctica de mecanismos de articulación que permitan la interrelación entre el sistema institucional de servicios y las acciones de atención de salud propias de las comunidades, para favorecer aun desde éstas el acceso de la población a todos los niveles de atención del sistema institucional.

Con estas características, la atención primaria es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud, cuyo contenido se reorienta para dar cabida a factores sociales y de desarrollo indispensables para contribuir a la evolución social y económica de las comunidades.

Las características del contenido de la atención primaria, que reflejan las condiciones económicas y los valores y objetivos sociales del país, variarán por supuesto según los diversos países y comunidades. Se reconoce, sin embargo, que tales respuestas deben tener ciertos atributos básicos, entre los cuales se destacan:

- Las medidas o actividades de atención primaria deben ser efectivas pero simples, en términos de costo, técnica y organización.
- Tales medidas o actividades, fácilmente accesibles a la población, deben tomar en consideración tanto el conocimiento científico y la tecnología de salud, como las prácticas aceptadas y efectivas de atención tradicional de la propia comunidad.
- La combinación de estas dos variables debe generar métodos y técnicas apropiados de bajo costo, aceptables y fácilmente manejables por el personal de salud que trabaja a nivel de la comunidad.
- El contenido específico de salud, variable según las características de la comunidad y su ubicación rural o urbana que presenta espectros diferentes de necesidades básicas, debe estar relacionado con servicios de baja complejidad tecnológica.
- Las áreas prioritarias a desarrollar en este sentido estarán en relación con: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico, el mejoramiento de la vivienda; la educación sanitaria; la atención materno-infantil; el control de enfermedades transmisibles; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales y la asistencia médica de condiciones frecuentes y sencillas, y fundamentalmente de los casos de urgencia; la vigilancia epidemiológica y el mantenimiento de registros para propósitos de información.
- La atención primaria, en cuanto se desarrolla fundamentalmente en el primer nivel de atención, hace parte del sistema nacional de servicios de salud. De hecho debe constituir la "puerta de entrada" a éste para los grupos comunitarios a los cuales sirve en cada situación particular. (Esta circunstancia, además de la similitud en la denominación, hace que frecuentemente se confundan los dos conceptos Atención Primaria y Primer Nivel de Atención.)
- Para que la atención primaria sea eficiente y efectiva, finalmente, el primer nivel de atención en el cual se ejerce debe estar conectado

con los otros niveles del sistema institucional de salud en forma tal que se asegure el acceso, según sea necesario, para cada miembro de la comunidad a todo el rango de servicios que el sistema ofrece y en los cuales debe solucionarse aquella proporción de los problemas detectados que no sean susceptibles a ser resueltos en el conjunto de acciones que conforman dicho nivel.

Esta característica, de particular importancia para el éxito de la estrategia de atención primaria, implica que la aceptación de ésta hace necesaria la reorganización del resto del sistema para darle apoyo y favorecer su desarrollo ulterior. El reconocimiento de este requisito lleva consigo la necesidad de reorganizar apropiadamente el estrato institucional hacia donde se produce la referencia y desde donde se deberán ejercer las acciones de apoyo técnico-administrativo y logístico al igual que las funciones de supervisión. El conjunto de servicios que en esta forma se configura debe llegar a constituir una verdadera *red de servicios primarios*, cuyas características en cada situación local requieren ser identificados y desarrollados apropiadamente.

Participación de la comunidad

La puesta en práctica del enfoque de atención primaria de la salud exige la participación de las comunidades en las diferentes etapas del proceso de la prestación de los servicios.

El lograr establecer interacciones con las comunidades y obtener su colaboración ha sido invocado desde largo tiempo atrás como uno de los mecanismos de mayor importancia en el desarrollo de los servicios de salud, en especial en las áreas rurales. En base a esta consideración, se han establecido en muchas ocasiones mecanismos de interacción en los cuales la comunidad "ayuda" a los servicios. Se reconoce hoy, sin embargo, que este tipo de participación es limitativo del verdadero potencial que ofrece la participación para la transformación y el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades y, por consiguiente, de su estado de salud.

Dentro del enfoque de atención primaria de la salud se entiende a la participación comunitaria como un "proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo".

La estrategia de atención primaria de la salud y la participación comunitaria planteadas, constituyen elementos fundamentales en el mejoramiento de la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Su aplicación exige, sin embargo, la adopción de políticas nacionales e institucionales bien definidas y la incorporación en los esquemas organizacionales de estas últimas, de la flexibilidad indispensable para que dichos enfoques puedan adaptarse a las diversas situaciones locales.

Por último, cabe destacar que la atención primaria no puede ser considerada como una solución de inferior calidad en la prestación de los servicios de salud, ni como un esquema de segundo orden para la ampliación de la cobertura de los mismos. La atención primaria de la salud es básicamente un replanteamiento de las formas de actuar de estos servicios, para promover el bienestar y, por consiguiente, la salud de las comunidades.



En consecuencia, es un movimiento que requiere ser incorporado en la acción de todas las instituciones.

Estrategias de reorganización y fortalecimiento de los servicios

Las necesidades de reorganización en los sistemas de servicios de salud de los países para alcanzar las metas formuladas, es igualmente de gran amplitud.

Reorganización del financiamiento

En el contexto general del sistema, en la mayoría de los países será necesario incrementar y reasignar los recursos y analizar los costos de los programas y servicios y revisar los medios para sufragarlos, es decir, revisar a fondo las diversas formas de financiación. En algunos casos, la financiación estatal directa o indirecta serán los planes de seguridad social y seguros de enfermedad o de salud y sus diversas combinaciones. En otros la financiación directa estatal con características de servicio público, habrá de establecer sus propios métodos de financiación de los servicios.

Como elemento común, a todas las situaciones es de particular importancia el diseño e implantación de medidas de racionalización para el manejo de la situación de incremento de costos.

Implantación real de la organización según niveles de atención

Quizás el mayor problema operativo que afrontan los servicios de salud para hacer efectivas las metas de extensión de cobertura, es el de la accesibilidad. La aplicación del principio fundamental de accesibilidad, en el contexto de los factores determinantes de la salud antes revisados, es obviamente más compleja que la disponibilidad en sí de los servicios. Se requieren, por tanto, acciones combinadas en materia de redefinición de políticas de operación institucionales, de localización apropiada de unidades de atención (establecimientos), y de organización de las acciones en forma tal que se garantice acceso inicial y continuidad de atención, dando consideración adecuada a las características de riesgo a que está sometida la población.

En otras palabras se requiere dar aplicación real al enfoque de organización según niveles de atención.

Ya se ha hecho referencia previamente a las características y alcances de este concepto. Conviene, sin embargo, destacar que la aplicación de este concepto debe tener una orientación funcional. La noción de niveles se identifica hoy con la conformación de un programa global de servicios en el cual se requiere que existan varios subprogramas o "planos tecnológicos" (niveles) de resolución de los problemas de salud. La conformación o diseño de estos subprogramas (niveles), cuyo contenido tecnológico varía en función de la naturaleza de las necesidades y recursos de cada situación en particular, deberá tomar en consideración las características por una parte, de mayor o menor frecuencia de los problemas de salud y por la otra, de complejidad de las soluciones respectivas.

Dentro de este enfoque, a situaciones previas, se requiere diseñar y desarrollar primordialmente el primer nivel de atención con el propósito de satisfacer las necesidades de atención más frecuentes y, por consiguien-

te, de la mayoría de la población. En este cometido, dicho nivel, para cumplir su cometido debe recibir el apoyo o soporte de los demás niveles que componen el sistema de servicios. Se invierte así el enfoque tradicional de la pirámide de servicios, buscando establecer, en primer término, un plano amplio de respuesta a los problemas de salud de toda la población y secundariamente instaurar un proceso selectivo y de ordenación de la demanda, que permita asegurar la continuación del servicio para problemas individuales de naturaleza más compleja. Se procurará en esta forma alcanzar la universalidad de las posibilidades de atención en amplitud y en profundidad, y una mayor racionalización en la utilización de recursos.

El primer nivel corresponde al primer contacto del individuo o la comunidad con el sistema de prestación de servicios. Su diseño y organización apropiados son por consiguiente fundamentales y sus características variarán de acuerdo con los de la situación particular para la cual se establece. El mejor ejemplo a este respecto lo constituyen las diferencias en la conformación de este nivel en áreas urbanas y en las zonas rurales.

Aunque por esta razón es difícil hacer generalizaciones, desde un punto de vista operativo, los atributos requeridos para el primer nivel de atención tienen una serie de elementos comunes que podrían resumirse así:

- Debe constituir el plano tecnológico de contacto inicial entre la comunidad y el sistema institucional de servicios.
- Las unidades en donde se ubica, requieren en general ser conceptualizadas y diseñadas para núcleos pequeños de población.
- Sus enfoques deben ser simples por naturaleza y por consiguiente deben ser concebidos para prestar servicios básicos integrados en situaciones sencillas y comunes.
- Debe actuar como elemento de tamiz o filtro del sistema, e incorporar por consiguiente, elementos que permitan discriminar problemas que requieren referencia a otros niveles.
- Debe asumir la responsabilidad de coordinar el acceso del individuo y la comunidad al rango completo de servicios que ofrece el sistema.
- Debe desarrollar actividades de coordinación intersectorial, e incorporar por consiguiente, el enfoque de atención primaria, y estimular la organización de dos comunidades y su participación en la atención de salud.

Esta breve reseña de los atributos operativos del nivel primario de atención, pone claramente de manifiesto la naturaleza de sus funciones y la importancia de las mismas en la reorganización necesaria de las unidades de atención para lograr las metas de extensión de cobertura.

En los esquemas de organización actualmente prevalentes, los agentes de servicios (personal) en el primer nivel de atención varían en función de la disponibilidad respectiva de recursos institucionales y también en razón de la mayor o menor concentración de la población, lo cual secundariamente significa casi siempre una mayor o menor concentración del personal de salud.

En las instituciones de seguridad social y en ciertas áreas de las grandes ciudades atendidas por servicios de los Ministerios de Salud u otras entidades, los agentes de servicios en el primer nivel son usualmente médicos generales con diversas modalidades de su ejercicio profesional. Se dan la práctica individual o de grupo, con participación o no de personal paramédico y auxiliar y esquemas de medicina familiar.

Cualquiera de los esquemas que pueda adoptarse resultaría en principio válido, a condición de que, por una parte, responda a las necesidades reales y sea compatible con la disponibilidad de recursos vistos en un contexto nacional, no de grupos o para segmentos de la población; y, por la otra, que los servicios otorgados sean realmente integrales, es decir, no fragmentados por especialidades, grupos de edades, ocupaciones, etc. En la práctica, sin embargo, estas dos condiciones frecuentemente no se cumplen. En éste como en otros casos mencionados en esta presentación, parece existir claridad en cuanto a los conceptos, pero se requiere desarrollar formas prácticas de aplicarlos.

Utilización de tecnología apropiada

En la prestación de los servicios personales de salud, se identifican dos grandes conjuntos de acciones de contenido tecnológico diferente.

De una parte están las acciones tradicionales asignadas a los servicios de salud, relacionadas con la prevención y el tratamiento de enfermedades y con la rehabilitación. Este conjunto de acciones están ligadas a la aplicación del conocimiento de la medicina y sus ciencias afines, y constituye el componente de soluciones de tecnología médica de los servicios de salud.

De otra parte, están las acciones que los servicios deben llevar a cabo en relación con el control y mejoramiento del ambiente físico y social, y con el comportamiento individual y colectivo, para estimular y lograr condiciones de desarrollo y formas o estilos de vida que favorezcan el estado de salud y bienestar de la población. Este segundo grupo de acciones, constituyen el componente de soluciones de tecnología de salud propiamente dicha de los servicios. Su orientación fundamental es la de promoción de la salud y el bienestar, entendiéndola dicha promoción en un sentido mucho más amplio que el de la simple educación sanitaria convencional.

Sin pretender abundar sobre este tema cabe tan sólo insistir en que, salvo las acciones tradicionales de control y mejoramiento del ambiente físico, muy poco avance se ha logrado en el desarrollo de la tecnología de salud propiamente dicha.

Desde el punto de vista de la tecnología que se utiliza actualmente, los mayores problemas parecen proceder del campo de la tecnología médica. Es por consiguiente en esta área en donde se requiere concentrar esfuerzos importantes de racionalización.

La tecnología médica comprende básicamente personal, drogas, instalaciones, materiales, instrumentos y equipos, y métodos y procedimientos de atención; por lo tanto, para determinar las tecnologías apropiadas médicas se requiere la identificación de aquellos elementos que siendo efectivos, son a la vez compatibles con la disponibilidad de recursos y con un costo razonable de los servicios. Se requiere además allegar información sobre los beneficios, riesgos y costos de estas tecnologías médicas.

Resulta sorprendente ver cómo hay procedimientos que aunque bien establecidos, aparecen sobreutilizados, i.e. las amigdalectomías, histerectomías, cirugía coronaria, etc. En este sentido, diversos estudios lo demues-

tran claramente. En otras palabras, es indispensable revisar críticamente los procedimientos y elementos utilizados en la prestación de servicios y a través de esta actividad incorporar a la organización de los servicios, mecanismos de selección de nueva tecnología y de evaluación de la actualmente en uso para evitar, por una parte, la utilización innecesaria de tecnología de alto costo, frecuentemente inefectivas, y para contrarrestar los efectos que ocasiona la propaganda irreglamentada tanto a los profesionales del sector salud como en el público en general.

Aunque fundamentales, las acciones, no pueden circunscribirse sólo a los profesionales de salud. Estos, como el público en general, están sujetos a fuertes presiones resultantes de campañas publicitarias auspiciadas por productores de equipos médicos, drogas, etc., que contribuyen a crear en las comunidades expectativas parcial o erróneamente informadas, las cuales a su vez se convierten en elementos de presión que condicionan inversiones de alta costo a menudo innecesarias y formas de desempeño en los servicios, ineficientes y de baja calidad. A este respecto se requieren entonces medidas adicionales, tanto para informar apropiadamente al público como para reglamentar la publicidad, particularmente en relación con aquellos desarrollos tecnológicos, cuya utilidad no ha sido suficientemente probada.

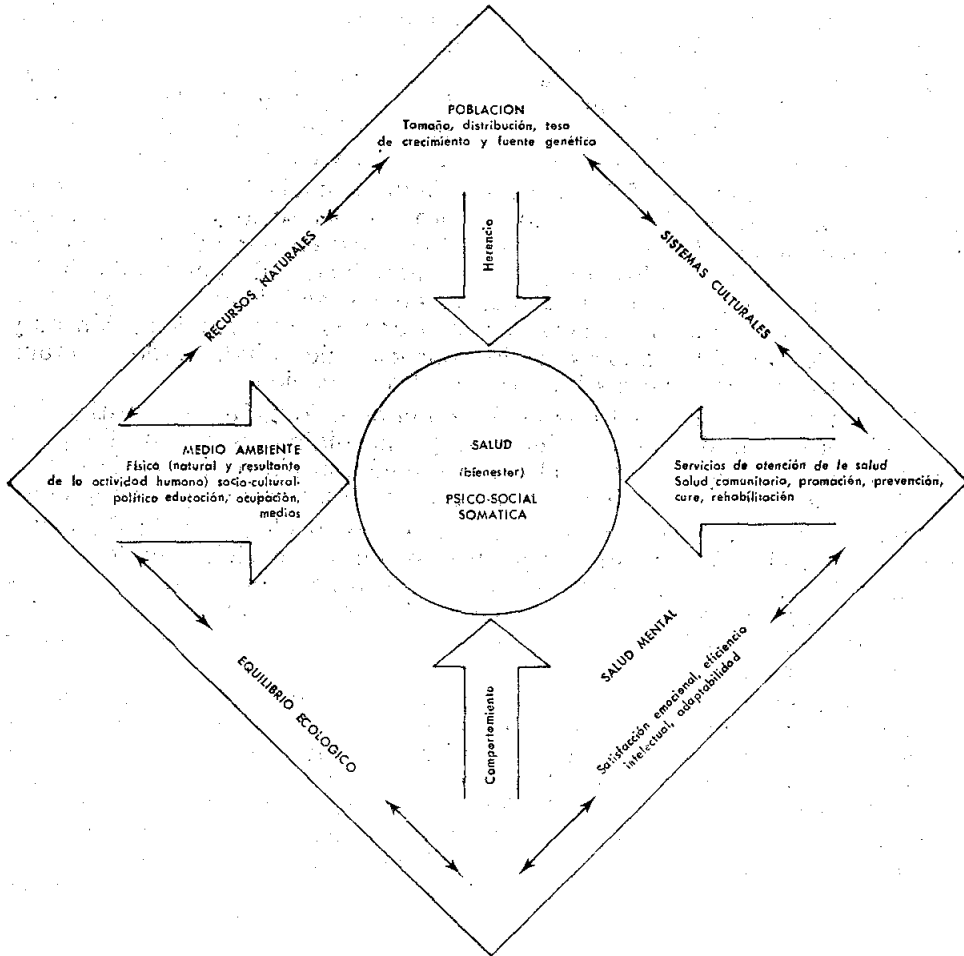
VIII. Consideraciones finales

En el desarrollo de esta presentación, se han destacado en primer término definiciones y elementos conceptuales y componentes referentes a la estructura y a la naturaleza de los servicios de atención médica; en segundo lugar se han revisado diferentes modelos organizacionales tanto en el contexto general del sistema como a nivel de las unidades operativas del mismo, destacando las características principales de cada una de estas formas estructurales de la atención médica. Se ha enfatizado la necesidad de cambios en uno y otro estrato en razón de factores derivados del crecimiento de la población, y de la formulación de políticas de extensión de los servicios adoptados por los países, y se han revisado los principales enfoques y orientaciones propuestos para lograr tales cambios.

A manera de consideración final cabría destacar que las acciones requeridas para lograr los cambios estructurales y operacionales requeridos en los servicios para las metas de "extensión de cobertura y salud para todos en el año 2000", que constituyen un desafío sin precedentes para los niveles políticos y administrativos del sector salud, plantean la necesidad de nuevos y más amplios órdenes de decisión, los cuales a su vez exigen una revisión y un refinamiento de los elementos que informan dicho proceso o coadyuvan a él.

Se requiere un mejor y más amplio conocimiento tanto de los grupos de población para los cuales se diseñan los servicios, como de los múltiples factores que inciden en la utilización y aceptación de éstos por las comunidades, al igual que de las características de organización y funcionamiento de los servicios mismos. Es impostergable conocer cuál es realmente el aporte de estos servicios a la salud de la población, qué hacen dichos servicios, cómo lo hacen, qué tan bien lo hacen, y a qué costo. Es imperativo, por otra parte, saber cuál es el costo al cual se alcanzan los objetivos, si éstos se miden con criterios de eficiencia y efectividad, y cuáles son los cambios necesarios en la organización para lograr estas características.

FIGURA 1



En otras palabras, es perentorio desarrollar una planificación y una administración mejor informadas, que puedan avanzar en la consideración real de necesidades de salud, y que a la luz de los recursos efectivos ofrezcan medidas alternativas para atenderlas.

En todos estos campos existen numerosos interrogantes que es indispensable resolver apropiadamente. La naturaleza de estos interrogantes hace que sólo puedan encontrarse respuestas en un esfuerzo sistemático de múltiples enfoques de investigación en servicios de salud (epidemiología social y operacional), que abran la posibilidad de nuevas líneas de pensamiento, que permitan ampliar y mejorar las bases de análisis, así como los instrumentos y procedimientos utilizados para la planeación, organización, administración y evaluación de los servicios de salud.

En base a las experiencias de los países, parecería necesario señalar que para que la investigación de servicios de salud pueda desarrollar su potencial y convertirse en una herramienta útil al proceso de extensión de servicios sería indispensable que se cumplan varios requerimientos.

En primer lugar ésta deberá estar orientada hacia la acción, es decir, que debe constituir un instrumento del proceso decisorio y estar centrada en el estudio de problemas reales y significativos; en segundo término, deberá estar integrada en los programas y actividades de desarrollo de los servicios o constituir parte fundamental de las actividades de extensión de éstos, y en tercer lugar, deberá ser realizada con una participación muy directa de los administradores de los servicios de salud, desde la etapa misma de formulación de las hipótesis de investigación.

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

Finalmente y no por menos importante, como elemento fundamental en la introducción de los cambios planteados en los servicios, se destaca la adecuada formación y capacitación de los recursos humanos, que constituyen el componente profesional del complejo de la atención médica. La formación de personal de salud ha estado en la Región dirigida particularmente hacia los grupos profesionales.

Paradójicamente, con la gran escasez de personal de categoría intermedia y auxiliar, el adiestramiento de estos grupos está en general pobremente organizado y requiere ser revitalizado. Simultáneamente con acciones tendientes a incrementar el número y diversidad del personal, será necesario acometer acciones decididas para lograr su motivación hacia los cambios propuestos. El éxito de éstos, en gran medida dependerá del desarrollo de una actitud positiva hacia los mismos por parte de todos los grupos, pero en particular de la profesión médica, cuya ubicación y acciones en la introducción y sustentación de estos cambios es definitiva.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. *Informe Final*. XXX Asamblea Mundial de la Salud, 1977.
2. OPS. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud*. Informe Final. Documento Oficial N° 155. Washington, D.C. 1978.
3. EQUITY, JOHN RAWLS. *A Theory of Justice*. Harvard U. Press, 1971.

4. CHAVES, MARIO M. *Regionalización Docente-Asistencial*, RAP, Río de Janeiro, 11(3): 64/80. Julio-Septiembre, 1977.
5. LALONDE, MARC. *Nouvelle Perspective de la Santé de Canadiens*. Un document de travail. Ottawa, Government of Canada, 1974.
6. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION, INC. *A Guide to Medical Care Administration*. Vol I, Concepts and Principles, 1965.
7. ROEMER, MILTON I. *Medical Care in Latin America*. OAS/PAHO Studies and Monographs III, Washington, D.C., 1963.
8. ELWOOD, PAUL M., JR. *Models for Organizing Health Services and Implications of Legislative Proposals*. Vol. L, Number 4, Part 2, October, 1972.
9. DONABEDRAU, AVEDIS. *Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating them*. Vol. L, Number 4, Part 2, October, 1972.
10. CASTELLANOS ROBAYO, JORGE. *El Concepto de Niveles de Atención Médica*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1976.
11. CASTELLANOS ROBAYO, JORGE. *Situaciones de Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, N° 82(6), 1977.
12. DONABEDIAN, AVEDIS. *Ibid. Loc. cit.*, 9.
13. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Extensión de la Cobertura de Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad*. Resumen de la situación de la Región de las Américas. Documento Oficial N° 156, Washington, D.C., 1978.
14. EPSTEIN, EDWIN M. and VOTAN, DON. *Rationality, Legitimacy, Responsibility: Search for New Directors in Business and Society*. Goodyear Pablo, Inc., 1978.
15. BLUM, HENRIK L. *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. Human Sciences Press, 1974.