

La *necesidad*^{Def. 42)}, es la expresión de una serie de circunstancias biológicas, patológicas, ambientales, y culturales, todas las cuales se miden por indicadores de salud que habitualmente están fuertemente influidos por los valores sociales y por el nivel cultural de cada grupo humano. Los indicadores de necesidades, son probablemente los que expresan en forma objetiva la realidad médico social del medio ambiente. Además de las necesidades, existen las *aspiraciones* de la comunidad en cuanto a salud, las cuales están determinadas por una serie de creencias, hábitos y actitudes de conducta de los individuos que constituyen una determinada sociedad. Por lo tanto, las aspiraciones difieren ampliamente cuando se comparan poblaciones diferentes, aún cuando las necesidades puedan ser muy similares. Además, puede ser que las aspiraciones sean adecuadas, exageradas o distorsionadas, como resultado de tradiciones culturales o estados sociales que inducen a los individuos a organizarse en grupos de presión.

Sin embargo, el elemento esencial utilizado por los planificadores para diseñar un sistema de servicios de salud, es la determinación de la *demand*a de servicios, basada en el estudio de la experiencia previa y de la proyección hacia el futuro de las tendencias del consumo actual de servicios. Se supone que la demanda debería incluir las necesidades y aspiraciones, sometidas a la ponderación de variables importantes como son el poder de compra, la motivación, calidad y accesibilidad de servicios. La demanda de atención es ante todo, demanda de conocimientos, o al menos, de resultados de conocimientos. La demanda puede ser real, que a su vez se distingue en demanda real satisfecha (población con necesidades sentidas, expresadas y atendidas), y demanda real insatisfecha (población con necesidades sentidas, expresadas y no atendidas); y potencial que se refiere a la población con necesidades sentidas pero no expresadas.

El sistema de servicios debe mantenerse en un *equilibrio entre oferta y demanda*, que se ve influenciado por otros factores como *utilización, productividad, y accesibilidad*, como elementos que pueden alterar las características de las prestaciones y distorsionar las estimaciones de la demanda. La utilización de servicios tiene relación directa con la *eficacia y calidad* del proceso técnico administrativo. La accesibilidad es condición indispensable para que la población pueda utilizar servicios (*equidad*), y puede estar obstaculizada por limitantes de tipo geográfico, cultural, financiero, jurídico, étnico, o religioso. La productividad tiene relación con el rendimiento de los recursos (*eficiencia*).

Análisis de situación del sistema de servicios de salud

La situación caracterizada para los sistemas de salud es válida para el *sistema de servicios de salud* para la apertura programática de prestaciones de salud. La situación de los servicios (red u oferta de proveedores) ha sufrido un marcado deterioro a nivel de sus recursos físicos (falta de inversiones, mantenimiento y conservación), que complementado con la obsolescencia funcional de las tecnologías disponibles y la inadecuada estructura gerencial, determinan la baja capacidad resolutive de la oferta de servicios en relación con el nivel de demanda de la población. Los servicios estatales de salud de la mayor parte de países no alcanzan —ni por calidad o distribución—, a atender las necesidades de la población.

Las limitaciones financieras, asociado a las mayores demandas de la población, al ingreso familiar disminuido, a las asignaciones presupuestarias mal distribuidas y mal utilizadas, representan factores condicionantes negativos para la operatividad de las actuales estructuras de salud.

De acuerdo a datos de OPS^(Def. 10) en relación con estimaciones de cobertura alcanzada a nivel de América Latina y el Caribe, aproximadamente 31 por ciento de la población total no tenían acceso permanente a servicios básicos de salud. Esta situación presenta mayor gravedad en la mayoría de países centroamericanos ya que en 1990, la inaccesibilidad en Nicaragua era del 32 por ciento, El Salvador 40, Guatemala 50 y Honduras 54. Esto representa la existencia de sistemas claramente inequitativos. Por otra parte, se estima que el 60 por ciento del recurso físico es obsoleto, con 40 de la dotación de equipo prácticamente infuncional. Por otra parte, se ha estimado que el 30 por ciento de los recursos totales son mal utilizados, lo cual evidencia la situación de ineficiencia de los sistemas actuales constituyendo en la actualidad el desafío más importante para los países de la Región. Pero la demanda de servicios que enfrentan los sistemas de salud no son exclusivamente cuantitativas. El cambio en los perfiles de morbi-mortalidad, las diferentes demandas de patología perinatal, los problemas que afectan a la salud del adolescente, del trabajador y de la población de la «tercera edad», requieren importantes cambios cualitativos en la manera de organizar la estructura de los servicios de salud. Lo antes descrito significa que estos sistemas deberán reorganizarse y reorientarse para por lo menos, garantizar el acceso a servicios básicos.

Las limitaciones financieras, asociado a las mayores demandas de la población, al ingreso familiar disminuido, a las asignaciones presupuestarias mal distribuidas y mal utilizadas, representan factores condicionantes negativos para la operatividad de las actuales estructuras de salud.

Esta secuencia de problemas estructurales y funcionales en la práctica configuran una serie de contradicciones en la entrega de prestaciones. Es común observar que las políticas de salud de la mayoría de países hacen referencia a la aplicación de un «modelo integral de salud: preventivo y curativo» y que en la operatividad de los servicios se privilegia más la atención de tipo curativa. Esta contradicción tiene el razonamiento de dar respuestas de carácter—las más de las veces urgentes—, a las necesidades acumuladas de salud, complementado por la ausencia de una cultura de salud pública, de tipo promocional, preventiva y mucho menos predictiva. El concepto de valor de salud, en una población con variadas carencias, con inadecuado saneamiento ambiental, con un sistema inmunológico deficitario, se orienta más al patrón cultural curativo por la frecuencia de sus enfermedades—se ha ilustrado que un menor de un año en muchos países de América Latina, suele sufrir un promedio de seis episodios diarreicos al año—, que al modelo preventivo promocional.

La Red de Hospitales

Como consecuencia de la crisis económica de la década de los 80, los países de América Latina y Caribe no han podido destinar fondos necesarios para proteger sus inversiones en salud, ni han podido implantar programas adecuados de mantenimiento y conservación de sus recursos físicos. El nivel de deterioro físico de la planta física, instalaciones y dotación de equipo se ha estimado en un 50 por ciento y el nivel de obsolescencia funcional se considera aún



Foto: Cortesía Ministerio de Salud

mayor. La red de hospitales públicos de América Latina y Caribe era en 1992 de 14 mil que en su conjunto tenían una dotación de aproximadamente 1 millón 200 mil camas lo que representa un índice promedio de 1.6/1.7 camas por mil habitantes. Si bien el índice de camas por mil puede ser considerado como bajo, es más preocupante el hecho de la baja productividad y bajos rendimientos de los servicios, lo cual corrobora por una parte, el nivel de insatisfacción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de la oferta. Con excepción de Panamá, Chile, Costa Rica, Cuba y en algunos aspectos Panamá, tanto el porcentaje de ocupación, como la productividad medida en términos de consulta por habitante al año y egresos hospitalarios por cien habitantes, pueden considerarse en términos cuantitativos, como insatisfactorios. Los principales datos los presentamos en el siguiente cuadro:



| PAIS | C A M A S TOTAL | A S POR MIL H | EGRESOS POR CIENTO HABITANTES | CONSULTAS POR HABITANTE | PORCENTAJE DE OCUPACION |
|----------------------|--------------------|------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| AREA ANDINA: | 158.660 | | | | |
| Bolivia | 9.873 | 2.1 (1.3) | 2.3 | 0.8 | 45.9 |
| Colombia | 45.841 | 2.7 (1.4) | 6.1 | 0.7 | 57.2 |
| Ecuador | 17.324 | 1.9 (1.6) | 5.0 | ... | 53.0 |
| Perú | 32.941 | 2.5 (1.5) | 2.8 | 0.8 | 33.8 |
| Venezuela | 52.681 | 3.3 (2.6) | 6.1 | 1.3 | 69.7 |
| CONO SUR: | 208.870 | | | | |
| Argentina | 147.000 | 6.0 (4.4) | 5.2 | 1.6 | 51.9 |
| Chile | 42.895 | 4.3 (3.2) | 10.4 | 2.6 | 64.9 |
| Paraguay | 5.163 | 2.2 (1.2) | 3.5 | 1.5 | 45.9 |
| Uruguay | 13.812 | 6.4 (4.4) | 4.0 | 6.3 | 59.5 |
| CENTROAMERICA | 46.898 | | | | |
| Costa Rica | 6.734 | 4.5 (2.2) | 9.7 | 2.9 | 78.2 |
| El Salvador | 8.585 | 2.3 (1.6) | ... | ... | 54.9 |
| Guatemala | 14.040 | 2.6 (1.6) | ... | ... | ... |
| Honduras | 6.061 | 2.0 (1.1) | 4.6 | 1.1 | ... |
| Nicaragua | 4.720 | 2.3 (1.2) | 5.5 | 1.9 | 63.9 |
| Panamá | 6.758 | 3.2 (2.7) | 8.9 | 2.4 | 65.1 |
| CARIBE: | 92.601 | | | | |
| Bahamas | 1.033 | 5.5 (4.0) | 8.2 | 2.5 | 83.7 |
| Barbados | 2.108 | 5.8 (8.1) | 7.7 | 1.2 | 73.7 |
| Cuba | 64.347 | 5.5 (6.0) | 13.5 | 6.3 | ... |
| Haití | 5.192 | 0.7 (0.8) | ... | ... | ... |
| Jamaica | 5.390 | 4.0 (2.2) | 5.6 | 2.3 | 71.8 |
| República Dominicana | 14.531 | 2.7 (1.9) | 4.6 | 4.6 | ... |
| BRASIL | 522.895 | 3.4 (3.5) | ... | 3.0 | ... |
| MEXICO | 67.703 | 2.2 (0.8) | 4.1 | 1.7 | ... |

Observaciones: ... La tasa de camas por mil habitantes se presenta parados períodos: 1964 y entre paréntesis para 1991.
Fuente: OPS. Pub. Científica 549. Las Condiciones de Salud en Las Américas: 1994.

La organización del sistema de servicios de salud

Los servicios de salud deben jerarquizarse de acuerdo a su nivel de resolución en cuanto a la población de su área de influencia. Los servicios médicos que son complejos y costosos (oncología, cirugía cardiovascular, etc) y que se utilizan con poca frecuencia, deben centralizarse para servir a una amplia población. Los servicios menos complejos y que se utilizan más frecuentemente, pueden dispersarse de manera que sean accesibles al nivel local. Múltiples y variadas han sido las modalidades que se han descrito en relación con la organización de los sistemas de servicios de salud, sustentados todas ellas, en las estrategias operativas de descentralización. Haremos referencia al sistema descrito por Dawson a principios de siglo que inició y sentó premisas para otras modalidades desarrolladas posteriormente (niveles de atención y niveles de complejidad).

(a) Descentralización

Dado que la salud se visualiza como un fenómeno local, es necesario que las estructuras organizativas, se adecúen a las condiciones locales para resolver—con equidad y eficiencia—, los problemas de salud y lograr un impacto positivo en las condiciones de vida de la comunidad. La descentralización consiste en un proceso de transferencia de autoridad del centro político y administrativo a niveles periféricos locales^(87,88). La autoridad transferida comprende tanto la facultad de tomar decisiones, como la capacidad de manejar efectiva y directamente instrumentos técnico-administrativos como el presupuesto, la administración de personal, los suministros y la información.

La descentralización es un proceso político de largo plazo que debe llevarse a cabo por etapas, de acuerdo a estrategias especialmente formuladas y reajustadas permanentemente de acuerdo a una programación adecuada. Se trata en efec-

Foto: Thirza Ruballo



colectiva. Desde el punto de vista del sector salud, un sistema local de salud es una parte integrante del sistema de salud, con las características de descentralización y desconcentración definidas por el Estado, con capacidad de coordinación de la totalidad de los recursos existentes para la salud integrando una red de servicios dentro de un espacio poblacional determinado.

(d) Informe Dawson

En 1920, Dawson^(Ref 46), presentó su informe al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña, en que desarrolla las bases para la organización de un sistema de servicios de salud, aduciendo lo siguiente: «En vista de la urgencia que atribuye al establecimiento metódico de una política de salud constructiva, y de la íntima relación que existe entre los servicios médicos y los problemas relativos a la «ley de pobres» y al gobierno local, estimamos que facilitaremos el progreso si exponemos la orientación de nuestras deliberaciones y conclusiones y, en consecuencia, tenemos el honor de presentar el presente informe.

La disponibilidad general de los servicios médicos, solo puede asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuida en función de las necesidades de la comunidad. Tal organización es indispensable en razón de eficiencia y coste, como asimismo en beneficio del público y de la profesión médica. A medida que aumenta la complejidad y el coste del tratamiento, disminuye el número de personas que pueden pagar toda la gama de servicios. Además, la opinión pública mejor informada reconoce que el hogar no siempre ofrece las mejores condiciones higiénicas para el tratamiento de enfermedades graves, que requieren atención especial para dar al paciente plenas oportunidades de recuperación.

Los servicios pueden clasificarse en domiciliarios e institucionales. Los domiciliarios se inician en el hogar y cons-

tituyen los servicios periféricos. Un Centro de Salud es una institución donde se concentran diversos servicios médicos, tanto preventivos como curativos, formando una organización. Los centros de salud pueden ser primarios (más sencillos), y secundarios (más especializados). Los servicios domiciliarios de una determinada región, deben contar como base un Centro Primario de Salud, es decir, una institución dotada de servicios curativos y preventivos, que estará a cargo de médicos generales, junto con un eficiente servicio de enfermería, y con la ayuda de consultores y especialistas visitantes. Los centros primarios de salud variarán en tamaño y complejidad según las condiciones locales, pero el personal estará constituido por los médicos del correspondiente distrito. Un grupo de centros primarios de salud debe a su vez tener como base a un Centro Secundario de Salud, a donde serán referidos los casos que requieran tratamiento especial. Estos centros—ubicados necesariamente en las ciudades—, necesitan equipo más variado y personal más especializado. Los Centros Secundarios de Salud deben vincularse a su vez con un hospital docente, que cuente con una Escuela de Medicina».

(e) Niveles de Atención

El sistema de servicios de salud constituye la organización de la respuesta a una demanda concreta de atención individual o colectiva. Para el individuo, la atención de salud debe responder a su necesidad particular, y para la comunidad debe satisfacer el conjunto de necesidades de sus integrantes. En cualquier sistema de servicios de salud, en una u otra escala (individual o colectiva), debe disponerse de varias modalidades de atención, que cubran un rango amplio de intensidad y complejidad.

La noción de «niveles»^(Ref 47), responde a una lógica natural de agrupar y utilizar recursos en forma estratégica, según sean las características de las situaciones a satisfacer. En el área de salud, la adopción de este enfoque, tiene además la intención de favorecer el establecimiento de un balance o equilibrio en la cantidad, variedad, y calidad de la atención que se entrega a la población, mediante un proceso deliberado de asignación de recursos, orientado a compartir facilidades, personal y tecnologías usualmente disponibles, con un carácter limitado.

El concepto de niveles en la organización del sistema de servicios de salud, implica el reconocimiento de dos elementos claramente diferenciados: por una parte, el de una necesidad y demanda de atención, es decir la existencia de una situación o problema de salud; y por la otra, el de una respuesta, o sea el servicio de menor a mayor complejidad de

acuerdo a las características de la demanda que se intenta satisfacer. Además, el concepto de niveles, sustenta 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. Los niveles de atención corresponden a agrupaciones diversas de eventos comunes y simples (que requieren elementos básicos de habilidad y tecnología para atenderlos), y otros eventos menos frecuentes pero más complejos (que necesitan habilidades y tecnología de tipo medio); hasta llegar a eventos altamente complejos de rara ocurrencia para cuya atención se precisa de habilidades especializadas y de tecnología avanzada.

Desde el punto de vista de la respuesta de los servicios a las necesidades, los niveles de atención corresponden a combinaciones funcionales de servicios, de los cuales los de menor complejidad—denominados de primer nivel: puestos, unidades, centros de salud, policlínicas, etc.—, comprenden las acciones más elementales o básicas del sistema. Los otros niveles, usualmente denominados segundo y tercero (hospitales), corresponden a agrupaciones de servicios de diferente grado de especialización y complejidad mayor ascendente, que actúan en general sobre la base de referencia del primer nivel. En otras palabras, lo que distingue a un nivel de otro, es su capacidad tecnológica de resolución de problemas.

(f) Niveles de Complejidad

La complejidad hospitalaria ha sido definida como el número de actividades diversificadas o diferenciadas que integran la acción global del hospital y el grado de desarrollo de las mismas. Para ello, se agrupan las actividades de un hospital (consulta externa, emergencias, laboratorio, alimentación, etc) en tres sectores: finales, intermedios y generales, y después de un levantamiento censal se obtiene un perfil de complejidad del establecimiento que posteriormente se agrupa en 4 niveles de complejidad dependiendo de su especialización y capacidad de resolución. Los factores que se valoran son: planta física, equipamiento, personal, organización, productividad y financiamiento. Inicialmente, esta metodología fue desarrollada por el Consejo Federal de Inversiones de Argentina y posteriormente adaptada a otras realidades (Chile, México, República Dominicana). Con la identificación de los niveles de complejidad es posible determinar los niveles de atención reales de los hospitales, el perfil de complejidad en relación con el nivel de atención, identificar las necesidades de intervención, focalizar el gasto, y comparar rendimientos y eficiencia entre hospitales.



Foto: Thirza Ruballo

(g) Programas y Prestaciones de Salud

La organización de los sistemas de servicios de salud, tiene como propósito final la entrega de programas—que se vierten en prestaciones (actividades) como solución a problemas de salud del individuo y su colectividad. Esta entrega de programas y prestaciones ha ido variando con respecto a diferentes épocas y lugares, pudiendo ser realizada en los más diversos escenarios: domicilio del paciente, consultorio médico privado, consultorio de una institución de salud, sala de internación hospitalaria; y por diversos actores: profesionales de la medicina, odontología, enfermería, y/o, por personal comunitario debidamente adiestrado y supervisado.

Es necesario hacer una distinción conceptual entre «atención de salud» y «atención médica». Para diferenciar ambos conceptos, diremos que nos referimos a Atención de Salud cuando hacemos relación preferentemente a programas colectivos de prevención y promoción, de atención del medio ambiente y de atención de las personas; y en cambio hablamos de Atención Médica cuando nos referimos a programas individuales que involucran directa y exclusivamente a la atención de las personas, entendiéndose como tal, el proceso relacionado principalmente, con la curación de las enfermedades.

La atención de salud se organiza para la entrega de prestaciones al individuo y su colectividad, a través de un conjunto de técnicas, actividades y acciones que constituyen dentro de la metodología de planificación de salud, la «apertura programática». Este proceso de programación fue desarrollado por primera vez en América Latina en 1962 cuando se formuló y ejecutó el Método identificado como «OPSCENDES».

Dicho método comprendía tres componentes básicos: diagnóstico; plan de actividades, y plan de inversiones. Los daños a la salud se identificaban en base a tres criterios (magnitud, vulnerabilidad y trascendencia) que representaban el substrato básico para el diseño de alternativas del plan de actividades que se «abría por programas prioritarios» de salud. El concepto de inversión comprendía todas las acciones que incrementaban la productividad del sector (capacitación, fortalecimiento e inversiones físicas). Los *Programas de Salud* prioritarios son variables según cada época y lugar, y esta variabilidad está relacionada con el marco contextual de la política de salud, con el sistema y con la estructura epidemiológica local.