

ESTRATEGIAS PARA LA COBERTURA.

Profesor Dr. Mario Francisco Rípoli

Objetivos.

Al completar la lectura del capítulo, el alumno será capaz de:

- Explicar los conceptos de *cobertura, nivel de atención, atención primaria de la salud.*
- Identificar los componentes de la estrategia de atención primaria de la salud.
- Proponer acciones de extensión de cobertura ante situaciones a resolver que le sean presentadas.

Situación problemática.

Costa Linda es una población de 5000 personas cuyos recursos derivan del turismo estival y de cierta actividad agrícola, predominantemente de subsistencia, a pesar de las buenas condiciones climáticas y de suelo para la producción en mayor escala. Cuenta con un centro de salud que recibe la visita de un médico general tres veces por semana fuera del período veraniego. Durante los tres meses cálidos su dotación se refuerza con un clínico y un pediatra en forma diaria. Los habitantes de Costa Linda (al igual que los de otros poblados similares dispersos) utilizan los servicios de salud del hospital cabecera provincial, de 600 camas situado a 90 kilómetros de distancia, haciéndolo en forma irregular o ante eventos determinados en salud y de acuerdo con la disponibilidad de móviles.

Desarrollo.

La cobertura en salud puede referirse como una relación entre la población que efectivamente accede a servicios y acciones en salud y la que tiene necesidad de ellos. Entendida de esta manera, puede traducirse en un indicador que no sería más que una proporción, donde el valor 1 (100%) reflejaría cobertura universal. Sin embargo, resultaría muy difícil aceptar la validez de un tal “indicador” en razón de los problemas operativos para la asunción de un adecuado denominador, ya que existen tantas definiciones de “necesidad” como perspectivas académicas sobre la misma (antropológica, económica, biológica).

Acordado que la cobertura no es universal, la necesidad de extensión de la misma deriva de:

- a) La situación de los sectores menos favorecidos desde el punto de vista socioeconómico, que a los daños derivados del contexto ambiental y social debe

sumar la escasa accesibilidad a servicios de salud teñidos por la preeminencia de la medicina tecnológica, altamente concentrada y mercantilista.

- b) La falta de equidad, que se acentúa en el marco de las crisis económicas prolongadas o recurrentes, habituales en los países más pobres. Esto obliga a prevenir y disminuir los daños en salud a través de sistemas de bajo costo.

Teniendo en cuenta lo apuntado hasta aquí, a partir de la segunda mitad de la década de 1970 se fija, a escala internacional, la meta de “Salud para todos” (lo que puede interpretarse como una aproximación a 100% de cobertura) adoptándose la Atención Primaria de la Salud (APS) como la estrategia ad hoc para alcanzarla.

El concepto – definición formalmente instituido nos dice que APS es “...La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas ...puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que el país y la comunidad puedan soportar... Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud...Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad... Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario...”

Es necesario referir que existen dos grandes concepciones respecto de APS, con consecuencias instrumentales y sobre los resultados:

- a) APS integral, que considera la Salud como el producto del proceso de desarrollo global.
- b) APS selectiva, que focaliza las acciones sobre los principales problemas y daños mensurables en el sector específico de la Salud.

La APS puede, entonces, ser descripta y analizada desde las ópticas precedentes.

Previamente es necesario destacar dos elementos, novedosos en lo que a atención de la salud se refiere:

- a) Participación comunitaria. Este componente es exhaustivamente declamado y frecuentemente utilizado desde el punto de vista selectivo, en razón de su capacidad para disminuir costos. Con esta perspectiva, puede adoptar diversas modalidades: mano de obra para infraestructura sanitaria, agentes de salud comunitarios, personas que realizan prácticas curativas populares, líderes que actúan como intermediarios entre los estamentos oficiales y la comunidad. Se privilegia el autocuidado y la autorresponsabilidad, delegando funciones propias de otros niveles y reduciendo costos;

sin embargo, ha sido demostrado que es imposible que las comunidades se hagan cargo del gasto que implica el funcionamiento de la APS.

La visión integral impone la necesidad de la actuación de los individuos y familias a través de la organización para el desarrollo global. Así la participación comunitaria se daría con la misma intensidad tanto en la ejecución como en la planificación y evaluación y tanto en salud como en las instancias extrasectoriales. Se ha escrito que en América Latina no existe historia de éxito en APS con participación comunitaria; citándose como ejemplos los fracasos en experiencias con agentes sanitarios en Jamaica y la necesidad de la toma de decisiones centralizada en Costa Rica para establecer su plan de Salud. Esta crítica habría de ser acotada por el encuadre histórico – temporal en que se da la circunstancia de participación comunitaria y por la forma en que ideológicamente se la defina.

b) Tecnología apropiada. Clásicamente, se considera como tal al conjunto de métodos e instrumentos idóneos para cada nivel de atención y para cada ámbito. Si bien la misma se erige como garantía de no-utilización de recurso innecesario, es el sentido de la calificación de “apropiada” lo que le da su caracterización operativa.. Asimilando el término a adecuación, la tecnología puede ser adecuada a los recursos disponibles, que si son escasos, aleja de la meta de cobertura universal o propende al uso predominante de métodos científicamente anticuados. Esta concepción “economicista” aparece subyaciendo en todas las propuestas selectivas y focalizadas. En el lado contrario, la tecnología debe resultar adecuada a la necesidad, eficiente en cuanto elude el exceso de gasto derivado de la existencia de oferta mercantilizada y asegurada en su plena utilización a través del tránsito por los niveles de complejidad.

Más allá de los componentes antes descriptos, existe cierta dificultad en hallar una definición de APS que satisfaga el espectro conceptual y operativo de la misma. Esto surge de las distintas formas de concretar su práctica, que sintéticamente se pueden agrupar en las tres siguientes:

a) Como un conjunto de actividades. Ya en los documentos iniciales de la formalización de la APS se advierte la intención de fijar las actividades que competen a su especificidad (asistencia de las enfermedades y traumatismos más comunes, inmunización, saneamiento, educación para la salud, suministro de alimentos, lucha contra la patología endémica). En esas tempranas recomendaciones se presentan con igual nivel jerárquico las acciones específicas del sector salud y las

extrasectoriales, comprometiendo a todos los ámbitos relacionados con el desarrollo nacional. Dado que la experiencia demuestra que la articulación entre sectores es altamente dificultosa, se asiste a la pronta implementación de programas que restringen sus actividades a la atención del daño en salud y, secundariamente a la adopción de medidas preventivas, estableciendo metas relativas a la reducción de los valores de indicadores de mortalidad. De este modo, se parte de patología prevalente, utilizando la instancia de su atención para medidas de promoción y protección. Esta modalidad, altamente selectiva, que se contradice con la concepción fundacional de la APS, se convierte, en las comunidades pobres, en una instancia de aplicación estática desde que su instauración y puesta en marcha dependen de financiamiento externo, con los condicionamientos que el mismo conlleva.

- b) Como un nivel de atención. Se hace necesario aquí incorporar el concepto de “nivel de atención”, el que puede expresarse como la relación ajustada entre la magnitud y el tipo de necesidades y la magnitud y el tipo de recursos dispuestos para satisfacerlas. El mayor número de las necesidades puede ser resuelto con recursos simples y de bajo costo en el llamado primer nivel de atención. Se asume que corresponde al mismo el 80% de los problemas referidos a la salud, siendo el Centro de Salud la instancia organizativa ad hoc dentro del subsistema de atención, cabiéndole responsabilidad sobre una población de hasta 50000 personas.

Cerca del 15% de los problemas relacionados con el proceso Salud – enfermedad no puede tratarse en el primer nivel, requiriendo de mayor tecnología y del concurso de recursos humanos con cierto grado de especialización. Este segundo nivel se corresponde con el hospital general (o distrital, según el criterio de clasificación) que, integrado con servicios ambulatorios y de internación y contando con las especialidades básicas, debe asegurar la cobertura de una población de hasta 500000 habitantes.

Un 5% de los eventos en salud sólo puede ser abordado con las mayores complejidad tecnológica y especialización profesional. Los ámbitos propios de este nivel son el hospital universitario, el regional y el especializado, sobre los que se referencian entre 2 y 5 millones de personas.

La APS se despliega principalmente en el primer nivel de atención, al punto de llegar a la confusión de considerar ambos conceptos como homólogos. APS debe ser el primer contacto con el sistema de salud y éste se realiza habitualmente en el

primer nivel, debiendo el mismo situarse, topográficamente, donde viven los individuos y las familias. De acuerdo con la concepción selectiva, podría darse el hecho que el primer nivel resultase el único punto de contacto para aquellos sectores con accesibilidad disminuida (fundamentalmente por su desfavorable situación socioeconómica). Esto convertiría a la APS en una atención primitiva, con bajo recurso tecnológico, destinada a comunidades sin capacidad de financiamiento, encasillándose como “medicina de segunda” en la que se desarrolla sólo una pequeña porción del “saber médico”. Desde la integralidad, la relación entre APS y niveles de atención se hace más clara al examinar su inserción en el sistema de salud.

- c) Como una estrategia. Asumir la APS como una estrategia de extensión de cobertura implica una definición del sistema de salud en función de ésta, con el presupuesto ético de la equidad. Supone una organización los servicios de salud y de las instancias extrasectoriales con influencia sobre ella orientada al desarrollo global. Se podría caracterizar a través de:
- Beneficiarios: toda la población, no solamente las comunidades con situación socioambiental desfavorable.
 - Priorización: según necesidad, teniendo en cuenta la distribución de daños y factores de riesgo.
 - Articulación entre niveles de atención: organizada en una estructura tal que garantice el tránsito por todos los niveles de complejidad para toda la población.
 - Integración de subsectores: siendo el estatal aquél con mayor responsabilidad directa en la planificación, puede, a través de las disposiciones normativas, incluir a los otros subsectores como instrumentos para la extensión de la cobertura.

Se considera que la descentralización y la regionalización (incluyéndose ésta en la primera) son dos aspectos políticos indispensables para la adopción de la estrategia de APS. La descentralización requiere tomar en cuenta factores relativos a lo jurisdiccional y al poder como ejercicio. Al presente, dos son las modalidades operativas más importantes:

- Los sistemas locales de Salud (SILOS): unidades con delimitación geográfica y administrativa, con capacidad de planificación, gestión y ejecución locales, donde la autoridad resulta del consenso entre los integrantes de la misma unidad. Las

hipotéticas alcaldías o los actuales Centros de Gestión y Participación podrían llegar a ser los referentes jurisdiccionales de los sistemas a que nos referimos.

- Las Áreas Programáticas: áreas geográficas cuya población es beneficiaria de servicios, programas y acciones de salud planificados para ella. En nuestro medio, las áreas programáticas se comportan casi como “servicios” del hospital a los que les corresponde lo atinente a las acciones extramurales y a la articulación de sus efectores propios (centros de salud) con el mismo hospital. Así, las Áreas Programáticas formalmente instituidas pertenecen a los hospitales generales, en tanto que una concepción más amplia tendería a incluirlos dentro de ellas como un tipo particular de institución de salud.

Un aspecto de la descentralización es la regionalización, la cual tiende fundamentalmente a disponer en forma racional los recursos de un área o región, evitando duplicaciones con la mayor cobertura posible. Un problema básico para su consolidación consiste en la delimitación de las “regiones”, de modo tal que resulten similares entre sí aún constituidas por grupos heterogéneos; así, espacios urbanos, semiurbanos y rurales pueden integrar una misma región.

Como ejemplo, cabe tomar la regionalización hospitalaria, según la cual podemos tener tres tipos de hospitales:

- Regional: generalmente en la cabecera de la región, concentrando la mayor complejidad y cumpliendo funciones docentes y de investigación además de las asistenciales.
- Distrital: cubriendo áreas urbanas y semiurbanas, de complejidad intermedia.
- Rural: ubicado en zonas de población dispersa y generalmente con menos de 100 camas.

RESUMEN.

La cobertura en salud es una relación entre la población con acceso a servicios de salud y la que necesita de ellos. Dado que la cobertura universal se muestra como muy difícil de alcanzar, se formulan estrategias para extenderla. La APS es considerada la más efectiva de ellas. La misma es una asistencia sanitaria esencial, cuyas actividades, ampliamente desplegadas en el primer nivel de atención, implican el compromiso extrasectorial, la participación comunitaria y el uso de tecnología apropiada. Dos concepciones tienen su praxis: la selectiva, que apunta a la atención de daños y

remoción de factores de riesgo a través de acciones focales y la integral, que posiciona a la salud como meta del desarrollo global, con intervención de todos los sectores del Nivel de Vida. Debe tenerse en cuenta que la adopción de APS como estrategia implica una movilización y disposición particulares de todo el sistema de salud.

Ejercicio.

De acuerdo con la situación problemática propuesta al inicio del capítulo:

1. ¿Cómo calificaría cuantitativamente la cobertura en salud de la población de Costa Linda?
2. ¿Qué factores extrasectoriales propenderían a promover la salud de esa comunidad?
3. ¿Cómo dispondría una articulación de niveles de atención y una regionalización tendientes a extender la cobertura en esa población?

Lecturas sugeridas.

- OMS/UNICEF. Conferencia Internacional sobre APS. Alma – Ata, 6 al 12 de setiembre de 1978. Informe conjunto. Ginebra: OMS, 1978.
- Scopinaro F, Vázquez N. Globalización, pobreza y enfermedad. La Escuela 2005; 1(1): 10 – 16.

Bibliografía.

- Castellanos Robayo J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y APS. Bol OPS 1977; 82 (6): 478 – 85.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health 2004 Nov; 94 (11): 1864 – 74.
- <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap4.htm> [Consultado enero 2006]
- Mazzafero V, Ceriotto M, Casserly P. Estrategias para la cobertura. En: Mazzafero V y col. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires: Eudeba 1999. 115 –158.
- Ripoli MF. Atención Primaria Selectiva. Buenos Aires: Eudeba 1999. 54 – 60.