

**CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)**

**BASES PARA UNA ESTRATEGIA DE SALUD EN EL
SUROESTE DE LA REPUBLICA DOMINICANA**

**REUNION TECNICA
V
1991
EDITADO POR HUGO R. MENDOZA**

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)

BASES PARA UNA ESTRATEGIA DE SALUD EN EL
SUROESTE DE LA REPUBLICA DOMINICANA

REUNION TECNICA

V

1991

EDITADO POR HUGO R. MENDOZA

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

II

CENISMI

Hospital de Niños Robert Reid Cabral
Ave. A. Lincoln #2
Santo Domingo, República Dominicana

(D) 1991, CENISMI, Todos los Derechos Reservados

Política y Salud

Estrategias de Salud en el Suroeste de la República Dominicana

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones de las Reuniones Técnicas que sobre la Salud Materno-Infantil en la República Dominicana celebra periódicamente el CENISMI.

1. Salud - Política - Estrategias - Reunión. 2. Investigación
I. Mendoza, Hugo R., 1930 - II.CENISMI, III.Serie: Salud Materno Infantil.

El análisis, las conclusiones y recomendaciones se han basado en las presentaciones, documentos y discusiones de los participantes y en cuya versión final se ha tratado de conseguir el consenso de los participantes. En ocasiones se reproducen algunos de los trabajos presentados

III

Palabras liminares

Con el objetivo de conocer y analizar la situación de salud del niño y la madre dominicana, el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), celebra periódicamente reuniones técnicas sobre temas específicos con la participación de los expertos nacionales más destacados en la materia, contribuyendo así, por una parte, a la difusión del conocimiento, y por otra, a estimular la investigación en dicho campo, potencializando los esfuerzos nacionales para una mejor salud materno-infantil en la República Dominicana.

Hugo R. Mendoza
Director, CENISMI
Editor

II

CENISMI

Hospital de Niños Robert Reid Cabral
Ave. A. Lincoln #2
Santo Domingo, República Dominicana

(D) 1991, CENISMI, Todos los Derechos Reservados

Política y Salud

Estrategias de Salud en el Suroeste de la República Dominicana

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones de las Reuniones Técnicas que sobre la Salud Materno-Infantil en la República Dominicana celebra periódicamente el CENISMI.

1. Salud - Política - Estrategias - Reunión. 2. Investigación
I. Mendoza, Hugo R., 1930 - II. CENISMI, III. Serie: Salud Materno Infantil.

El análisis, las conclusiones y recomendaciones se han basado en las presentaciones, documentos y discusiones de los participantes y en cuya versión final se ha tratado de conseguir el consenso de los participantes. En ocasiones se reproducen algunos de los trabajos presentados

III

Palabras liminares

Con el objetivo de conocer y analizar la situación de salud del niño y la madre dominicana, el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), celebra periódicamente reuniones técnicas sobre temas específicos con la participación de los expertos nacionales más destacados en la materia, contribuyendo así, por una parte, a la difusión del conocimiento, y por otra, a estimular la investigación en dicho campo, potencializando los esfuerzos nacionales para una mejor salud materno-infantil en la República Dominicana.

5.

Hugo R. Mendoza
Director, CENISMI
Editor

Participantes:

Dr. Hugo R. Mendoza, CENISMI
 Dra. Juana Cruz Bello, CENISMI
 Dr. Rubén Darío Pimentel, CENISMI
 Lic. Magdalena Jiménez, ONAPLAN
 Lic. Josefina Félix de Bernier, Oficina Nacional de Estadística (ONE)
 Lic. Luis Terrero Carvajal, ONAPLAN
 Lic. Bienvenido Agramonte, Plan Internacional
 Lic. José Ernesto Méndez, Hogar Cristiano, Barahona
 Lic. Paulino Paradys S, Hogar Cristiano, Barahona
 Dr. José Ernesto Pujol, Asistente Asesor Médico Presidencia de la República
 Lic. Néstor Sánchez, FUDECO
 Lic. Angela Burgos, SENUTRI
 Lic. Claudia Rokx, SENUTRI
 Lic. Carolier V. FuyI, SENUTRI
 Dra. Luz Mercedes, Consejo Estatal del Azúcar (CEA)
 Dr. Alejandro Tokuda T., CONAPOFA
 Dr. Ligio Antonio Tavárez, CENISMI
 Lic. Miriam Riaño, OPS
 Dr. Angel Luis Álvarez, University Research Corporation
 Dra. Carmen S. Rodríguez, SESPAS
 Lic. Ilsa Nina, UNICEF
 Lic. Esmeralda del Rosario, CONAPOFA
 Dr. Luis B. de los Santos, CENISMI
 Lic. Carmen Graveley, Vision Mundial
 Lic. Fernando Fernández, CEDOIS
 Lic. Víctor Espaillet, CEDOIS
 Lic. Herna Manuela Anade, CARITAS DOMINICANA, Barahona
 Dra. Josefina García-Coén, Sociedad Dominicana de Pediatría
 Dr. Félix Alcántara, Plan Internacional
 Dr. Carlos Sánchez, CENISMI
 Dra. Zoila Mercedes, CEPAE
 Lic. Héctor Romero, ONAPLAN
 Dra. Rita González, CONAPOFA
 Dra. Yeyey Donastory, CARITAS DOMINICANA
 Dra. Victoria Soñé, CENISMI
 Lic. Leoncia Feliz, PROFAMILIA
 Dra. Teresita Suazo, Universidad Central del Este, San Pedro de Macorís, R. D.
 Dr. Eduardo Ogando, CENISMI
 Dr. Marcos Espinal, CENISMI
 Dr. José Antonio Pagés, OPS/OMS
 Lic. Michael McCabe, UNICEF
 Dra. Joselyn Reyes Espinal, UCE, San Pedro de Macorís, R. D.
 Dr. Héctor B. Mercedes, SSID
 Lic. Yheresy Gabren, CECI
 Lic. Carmen Germán, ONAPLAN
 Lic. Liliam Bobea, CARE INTERNACIONAL
 Lic. Tim Truitt, AID
 Dr. Manuel Tejada, UNIREMHOS, Mat. Ntra. Sra. de la Altagracia
 Dra. Luddys Mejía, Región V, Materno Infantil
 Dr. Virgilio Hernández Baldera, Región VII, Materno Infantil

VI

Dra. Tomiris Valerio, CENISMI
Lic. Quisqueya Lora, CARITAS DOMINICANA
Dra. Denisse Reyes, CENISMI
Lic. Ramón A. Seiffe, IDDI
Lic. Lilian Rocha, IDDI
Dra. Dulce María Polanco, CENISMI
Dr. Leonelo Bautista, CENISMI
Dra. Dulce Ramírez M, CARITAS DOMINICANA
Dra. Hortensia Fría, CARITAS DOMINICANA
Dr. Víctor Ventura, Región IV, Materno Infantil
Dr. Franklin Sención, Buen Samaritano
Dra. Cándida Gil, Buen Samaritano
Ing. Federico González Avilés, Director ONE
Lic. Luis Félix Roa, CARE INTERNACIONAL
Lic. Carmen M. Buret, Acción Evangélica de Desarrollo, Inc.
Dr. Jesús Feris I., Asociación Dominicana de Infectología
Dr. José Carlos Isaías, Secretario Técnico de la Presidencia
Ing. Olga Luciano, CODOPROC, Consejo Dom. de Promoción Comunitaria .

Las regiones de Salud del Suroeste de la República Dominicana constituyen desde hace tiempo foco de atención de los organismos, tanto oficiales como privados voluntarios sin fines de lucro (OPV)*, como consecuencia de sus características económicas, educativas, culturales, alimentarias, nutricionales, sanitarias y de salud (CENISMI: Situación de Salud de las Regiones del Suroeste de la Rep Dom, Reunión Técnica, II, 1989).

Y en efecto, la región se definía para 1989 por ser la más despoblada del país, constituyendo su población el 11% de la población nacional, con una densidad poblacional de 50 habitantes/Km² (vs. la media nacional de 142 habitantes/Km²) exhibiendo la más alta emigración regional. Solo el 16% de la tierra es apta para la agricultura, teniendo un 48% de bosques secos, siendo evidente una alta deforestación. Existiendo un alto predominio de minifundios (47%) coexistentes con una alta proporción de latifundios (35%).

El analfabetismo es de alrededor del 44%, existiendo una relación alta de alumnos/maestros (77) y de alumnos/aulas (67).

El saneamiento ambiental es deficiente con solo el 42% de la población con agua potable, 46% con servicios sanitarios y 45% con energía eléctrica.

La región mostraba para el año señalado la frecuencia más baja de organizaciones comunitarias (19%).

La mortalidad infantil se estima en 80‰ y la materna en 35‰ superior a los valores nacionales, estando relacionados las muertes infantiles a diarrea (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA), observandose una alta prevalencia de nacimientos de niños con Bajo Peso al Nacer (16%), de los cuales solo el 21% obedece a prematuridad. Las muertes maternas se asocian a la enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragias y abortos, particularmente relacionadas con la edad materna 18 años, la pobre economía familiar, baja educación, defectuosa calidad habitacional, mala nutrición y atención inadecuada al embarazo y parto.

*) También conocidas como organizaciones no gubernamentales (ONG)

Aunque la lactancia materna es iniciada frecuentemente (93%), la ablactación temprana, el destete precóz y tardo, el primero sobre todo en las áreas urbanas, son llamativos.

La desnutrición proteíco-calórica en niños menores de 5 años según peso/edad mostró en la encuesta nacional de nutrición del 1987 (CENISMI: Desnutrición Proteíco-Energética en niños menores de 5 años en la República Dominicana, Encuesta Nacional, 1987), una prevalencia de niños con peso $< -2DE$ de 10% (vs. promedio nacional de 5.8%); así mismo la de déficit de talla/edad $< -2DE$ fue de 21% ($\bar{X}$ nacional 12.8%) y el déficit de peso/talla $< -2DE$ fue de 3.5% contrario a 1.8% en todo el país.

La región, aunque en la encuesta sobre EDA o IRA realizada en 1987 mostró una prevalencia menor de EDA, su gravedad era mayor así como su mortalidad (CENISMI: La Enfermedad Diarreíca Aguda e Infecciones Respiratorias Agudas en la Rep Dom, Encuesta Nacional, 1987).

La atención a la salud descansa sobre los sub-sistemas de la Secretaría de Estado de Salud (SESPAS), Instituto Dominicanos de Seguros Sociales (IDSS), Servicios Médicos del Consejo Estatal del Azúcar (CEA), FFAA, y el ejercicio privado de la medicina, y a los cuales se ha añadido en los últimos años numerosos OPV en una forma de relación entre si y con la infraestructura de la SESPAS peculiar e indefinida. La SESPAS, por otra parte, con sus 84 clínicas rurales, 53 sub-centros sanitarios, 8 hospitales, alrededor de 300 médicos, cerca de 800 enfermeras (graduadas y auxiliares), y alrededor de mil promotoras, aunque luciendo poca coordinación administrativa y limitados recursos económicos, constituye una amplia infraestructura.

Es de interés la cifra que señala la demanda de atención médica en casos de EDA (60%), inferior a los niveles nacionales (78%) y general que solo es de un 50% señalando la potencial utilización de medicina tradicional y mágica (CENISMI: op cit).

Las observaciones hasta aquí señaladas justifican obviamente el interés de las OPV en colaborar, solos o interrelacionados con los organismos oficiales que prestan servicios de salud, con fines de mejorar las deficiencias existentes, particularmente en lo relacionado a la organización comunitaria y atención primaria de salud sobre todo en lo concerniente a medicina preventiva. El interés de los mencionados organismos ha ido en aumento en los últimos años con la multiplicación del número de los mismos que aunque con objetivos similares o parecidos obedecen a intereses y filosofías diferentes, lo que dificulta grandemente la efectividad de sus acciones, unido naturalmente al hecho de que la mayoría son organizaciones pequeñas, con recursos limitados y por ende con escasa cobertura, y muchas veces por algunas de las razones expuesta, imbricamientos de su cobertura.

La actividad de los OPV en la Región, ha suscitado como estrategia para la mejoría de sus acciones, la agrupación de los mismos con fines de hacer más claros sus objetivos y definir mejor sus coberturas (Fernández F: Estructura y acciones de las ONG'S en la Región del Suroeste, CEDOIS, Documento de trabajo para la Reunión Técnica).

Así mismo es importante considerar el hecho de que tanto los organismos oficiales como los PV han basados siempre sus actividades de salud en el "paternalismo de carácter asistencialista" y aunque el concepto de la auto-gestión deambula por las oficinas de (todas) las instituciones" su realidad es limitada y "en ausencia de una profunda reflexión sobre sus implicaciones muchas (OPV) siguen concibiendo a la autogestión como parte de un discurso programático que debe promoverse en las comunidades pero que no concierne a sus mecanismos de financiamiento, (mostrando) con ello serias incongruencias entre lo que predicán y lo que son o hacen, prefiriendo comodamente seguir en el estatuto de grandes dependientes del excedente económico mundial" (Sánchez N: Nuevas estrategias para la atención a la salud en las comunidades rurales del Suroeste, Documento de trabajo para la Reunión Técnica).

Por otra parte, "el modelo asistencialista en el área de la salud (de las OPV) limita su radio de acción a iniciativas de naturaleza preventiva", creando "una red de agentes comunitarios para prevenir enfermedades, modificar conductas y sensibilizar a la población sobre posibles" (riesgos) de enfermedades, pero que en la presencia de enfermedad la "red tiene muy poco que aportar"; reduciendo la autogestión a la creación "de ciertas condiciones subjetivas" "que se piensan abatirán los problemas de natalidad, mortalidad, morbilidad y desnutrición medidas a través de indicadores que a todos convenzan", y si se han de enfrentar los retos de la presente década hay que prestar atención a la "autogestión comunitaria de la salud bajo nuevas restricciones del mercado", y por tanto un "concepto ampliado y realista de la autogestión en salud debe ser considerado incorporando" en su contenido a la atención médica como componente básico (Sánchez N: op cit).

Lo que se propone no es "privilegiar la privatización de los servicios médicos ante las restricciones de Salud Pública"; "la medicina privada nos ha acompañado siempre sin mayores beneficios para la mayoría pobre de nuestro país", "se trata de forzar la imaginación y allegar los beneficios de la atención privada a niveles de campesinos y sus familias, sin violentar la lógica del mercado a la cual están orientados tales servicios" mediante el desarrollo de otras estrategias tales como un Seguro Médico Popular Rural (Sánchez N: op cit) que no sea gratuito ni represente una carga para las partes envueltas, particularmente comunidad, OPV y proveedores de servicios.

Uno de los problemas más acuciantes que enfrentan los programadores de salud en la República Dominicana está constituido por la "insuficiente confiabilidad y oportunidad de los datos que se necesitan para la dirección del (sub) sistema" de salud pública, no solo de los que corresponde generar al sistema mismo si no de los mismos datos vitales que corresponden a otras organizaciones estatales así como de las que producen los demás sub-sistemas de salud. Esta realidad, consti-

tuye el principal escoyo para la evaluación de la efectividad de las acciones de salud que se realizan y que permitirían poner en su justo lugar los diversos elementos que intervienen en la debilidad gerencial del sistema oficial de salud; debilidad que se percibe también en los otros sub-sistemas y evidentemente en la gerencia de las OPV con acciones de salud (CEPAE: Area de Salud, Documento de trabajo; PLAN INTERNACIONAL: Sistema de Información, Documento de trabajo; CARE: Programas Alimentarios en el Suroeste, Documento de trabajo; SENUTRI: Estrategia de Educación Nutricional centrado en la autogestión y desarrollo económico, Documento de trabajo para la Reunión Técnica; IDDI: Documento de trabajo para la Reunión Técnica). Muy pocos, si no uno solo, han podido realizar una evaluación de impacto de sus programas (CARITAS: Impacto de un programa de nutrición aplicada en la República Dominicana; Monitoreo del Crecimiento y Educación Nutricional, Bol Unidad Estud Espec, 1990, 5: 31-33).

Es de interés observar como el diseño estructural del sistema de información de la SESPAS para la región luce lógico, sin embargo, demuestra amplias dificultades que son definidas por la falta de integración de los diferentes sub-sectores, los cambios frecuentes no solo del personal de base responsable si no de niveles superiores, la baja preparación del personal de base, los bajos salarios, la carencia de materiales de trabajo, la falta de fluidez del sistema y la carencia de retroalimentación a los diversos niveles de función (Rodríguez CS: Estructura de Salud en la Región Suroeste con énfasis en el sistema de información, Documento de trabajo preparado para la Reunión Técnica).

Muchos intentos han sido realizados en los últimos veinte años con fines de mejorar los sistemas de información de datos vitales particularmente de salud a nivel oficial, desde el adiestramiento de personal hasta el equipamiento computarizado pasando por los moderados esfuerzos de asegurar la posición del personal libre de los embates de la política. Todos fallidos. La mejoría del sistema de información de datos vitales y de salud debe basarse en el conocimiento y eliminación de esos factores que le afectan.

La incapacidad para desarrollar un sistema de información ágil y eficiente como resultado del escaso apoyo técnico, económico y sobre todo político, unido a la centralización administrativa de las actividades de salud que favorece y potencializa la politización de las mismas constituye para muchos los factores más incidentes en su escaso y dificultoso desarrollo.

La descentralización del sistema de forma tal que permita neutralizar los efectos negativos de los factores que inciden en la selección y control del personal técnico, entendido como tal, desde el director del sistema hasta los recolectores de la información es, la medida más importante para la mejoría del sistema; el adiestramiento y los recursos sería lo siguiente; así como la mejoría salarial. Todos los recursos gastados en adiestramiento de un personal sometido al vaivén político es en vano (Mendoza H: Apuntes sobre la salud en la República Dominicana: La información, investigación, administración, gastos y política de salud, Arch Dom Ped, 1988;24: 103-108).

El diseño y desarrollo de estrategias para mejorar el proceso compete al momento actual de reto ante la cercanía del año 2000 y la meta de salud para todos de los organismos internacionales de salud signada por la mayoría de los países del mundo, y más aún con los requerimientos para "monitorizar" el progreso hacia dichas metas sugeridos por la reunión cumbre de las Naciones Unidas celebrada recientemente.

La comunidad, el Estado y los organismos privados voluntarios deben necesariamente constituir un bloque integrado y funcional si queremos no solo una mejoría de los sistemas de información de datos vitales si no de las acciones propias de salud, con el desarrollo de nuevos enfoques y estrategias para el financiamiento.

El desarrollo de los sistemas locales de salud propuesto por la OPS/OMS (Pagés JA: Sistemas Locales de Salud: Una alternativa para la reorganización de los Servicios de Salud en la Rep Dom, Documento de trabajo para la Reunión Técnica. Ver anexo), luce ser una alternativa apropiada que "podría contribuir efectivamente a la transformación de los sistemas de salud con vistas a la atención de las necesidades crecientes de salud de la población, así como a garantizar una utilización más eficiente de los recursos disponibles para la protección y promoción de salud teniendo como objetivos:

1. Desarrollar la capacidad de análisis de la situación de salud a nivel local.
2. Conocer y coordinar a nivel local de manera directa, los recursos existentes para enfrentar los problemas detectados.
3. Trascender los esquemas verticales de los procesos de gestión de salud. Esto es, disminuir la excesiva centralización y concentración de poder y transferir hacia la periferia una mayor cuota de responsabilidad política y técnica (descentralización)".

Los SILOS son una respuesta y la fragua donde pueden libre y democráticamente convergir precisamente la comunidad en procesos de autogestión, el Estado en calidad de facilitador y regulador y los OPV en función de su capacidad de servicio y de promoción democrática, con una nueva visión, más práctica y objetiva de la forma de financiamiento, con la participación de todos.

La formación de un organismo nacional regulador del macroanálisis permanente de la situación de salud e identificador de los grandes problemas de salud con miras a su participación en la formulación y evaluación de las políticas, estrategias y acciones para su mejoría, descentralizado del Estado, pero con participación de este y cuya fuente integradora sería la comunidad misma organizada, es una propuesta para contribuir a abatir los males que pesan sobre la salud de la

República Dominicana (Mendoza H y Feris J: Un Instituto Nacional de Salud (INS); ver también Mendoza H: Las Investigaciones Biomédicas en la República Dominicana, Arch Dom Ped, 1984; 20: 57-63).

Su creación por Ley del Congreso Nacional; su desarrollo por decisión política identificante de agencias estatales reubicadas; o en formación por decisión de agencias u organismos privados voluntarios en colaboración con los organismos oficiales de salud, son las tres opciones estratégicas para su potencial nacimiento. La viabilidad será producto de la convicción y dinamismo de sus integrantes.

La implementación de lo SILOS, el desarrollo de un INS y la búsqueda de nuevas fórmulas de financiamiento con la participación de la comunidad son tres grandes estrategias a estudiarse, de potenciales efectos locales y nacionales, y para los cuales, el Suroeste de la República, constituye un objetivo apropiado.

Sistemas Locales de Salud: Una alternativa para la reorganización de los Servicios de Salud en la República Dominicana

Dr. J. A. Pagés

Oficial Médico OPS/OMS

I. ANTECEDENTES.

Durante los años 1978-1981 tres acciones trascendentales marcaron el contexto de la salud internacional. En 1978 los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron las metas de "Salud Para Todos en el Año 2000". Un año más tarde, en 1979, en Alma-Ata, se definió la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) como la clave para alcanzar las metas establecidas para el año 2000. Fue en 1981 que se asumió, por parte de la mayoría de los países del orbe, la Estrategia Mundial de Salud Para Todos en el Año 2000, donde se incorporó la propuesta de la reunión de Alma-Ata y se tomaron acuerdos fundamentales sobre la forma de aunar voluntades y recursos a favor de las metas establecidas.

La década de los años 70 fueron años de crecientes dificultades a nivel mundial. La inestabilidad económica y la afectación negativa del proceso social global incidían de manera determinante en la situación de salud de los pueblos. Particularmente en América Latina existían grandes sectores de la población sin acceso real a los servicios de salud, y eran muy acuciantes las restricciones de recursos para el desarrollo del sector. Pero además de estos problemas de orden económico estructural, existían otras limitaciones relacionadas con el proceso funcional de los servicios de

salud. Nos estamos refiriendo a hechos tales como, la multiplicidad de instituciones relacionadas con los problemas de salud y enfermedad, trabajando incoordinadamente entre ellas; la alta centralización y concentración de decisiones y recursos; las deficiencias de los procesos administrativos vigentes; la falta de racionalidad en el uso de los escasos recursos existentes, incluso llegando al desperdicio de parte de los mismos; fallas en los sistemas de información y pocos incentivos al personal profesional y técnico.

Han pasado 13 años desde la fecha en que los Estados Miembros de la OMS acordaron las metas de SPT/2000, y podemos afirmar que la situación no ha tenido importantes variaciones. Por el contrario, en muchos países y áreas geopolíticas la situación ha empeorado. Todo esto continúa significando un tremendo desafío para la organización y gestión de los sistemas de salud.

II. LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS) COMO ALTERNATIVA PARA LA REORGANIZACION Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

El hecho de que grandes sectores de la población de nuestros países continúen sin tener acceso a los servicios de salud, determina la necesidad de una reorganización o transformación profunda de los sistemas de salud existentes. Una de las propuestas actuales, que está siendo sometida a un proceso de validación práctica por más del 90% de los países de América Latina, son los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Viendo los SILOS como una táctica que contribuye a operacionalizar, e impulsar, la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) con vistas al logro de metas para el desarrollo de la salud, insertadas estas metas en un contexto más amplio de desarrollo global de los países desde el punto de vista económico y social.

Con la implantación de los SILOS se podría contribuir más efectivamente a la transformación de los sistemas de salud con vistas a la atención de las necesidades crecientes de salud de la población, así como, garantizar una utilización más eficiente de los recursos disponibles para la protección y promoción de la salud.

No existe una propuesta dogmática para el diseño e implantación de los SILOS. La definición de los SILOS no puede normatizarse de manera uniforme en los países que decidan su adopción. Lo anterior, por otro lado, no elimina la necesidad de que diferentes puntos de vistas respecto a SILOS converjan hacia los mismos propósitos. Estos propósitos comunes podemos agruparlos en los siguientes tres puntos:

1. *Desarrollar la capacidad de análisis de la situación de salud a nivel local.*
2. *Conocer y coordinar a nivel local , de manera directa, los recursos existentes para enfrentar los problemas detectados.*
3. *Trascender los esquemas verticales de los procesos de gestión en salud. Esto es, disminuir la excesiva centralización y concentración de poder y transferir hacia la periferia una mayor cuota de responsabilidad política y técnica (descentralización).*

III. DIEZ PRINCIPIOS BASICOS PARA LA IMPLANTACION DE LOS SILOS Y SU CORRELACION CON LA REALIDAD DOMINICANA.

Independientemente de que República Dominicana no ha asumido la propuesta de SILOS como parte de las políticas nacionales de salud, y que, por consiguiente, no ha desarrollado ningún modelo de conceptualización propio, para nosotros SILOS en este país tiene correspondencia orgánico estructural con las actuales AREAS DE SALUD. De esta forma nos estaríamos refiriendo a la existencia en República Dominicana de 37 áreas de salud (29 provincias y 8 áreas en el Distrito Metropolitano). Lamentablemente el desarrollo alcanzado por estas áreas, desde el punto de vista funcional, es todavía demasiado débil. Una propuesta de desarrollo y fortalecimiento de las actuales áreas de salud podría apuntar de manera efectiva hacia el mejoramiento de los servicios de salud del país. Diez principios básicos colocamos como propuesta para este eventual proceso de cambio. Los tres primeros puntos están presentes en alguna medida en la realidad del sistema actual de salud; los siete restantes no se han desarrollado suficientemente o incluso no se consideran como parte de las propuestas conocidas para el mejoramiento de la situación de salud en el país. A continuación nos detenemos en los diez puntos señalados:

1. *Considerar los SILOS como parte del Sistema Nacional de Salud. Como una división del trabajo en el cual los SILOS se constituyen en unidades organizativas de todo el sistema. Esta división deberá efectuarse con criterio geográfico-poblacional claramente establecido. Las actuales AREAS DE SALUD en este país así son consideradas. Funcionalmente deberán fortalecer los mecanismos que las conviertan en verdaderas unidades del actual sistema, pero las decisiones básicas están tomadas. Las AREAS, tanto las provincias como las del Distrito Metropolitano, están claramente identificadas desde el punto de vista territorial y poblacional.*

2. *Los SILOS deberán estar basados en la división político-administrativa del Estado, y el tamaño de los mismos podría ser variable de acuerdo a la propia división político-administrativa. Las actuales provincias en el país, con las cuales se corresponden las AREAS, responden a la división político-administrativa del Estado. En el caso de las AREAS del Distrito Metropolitano no existe una correlación tan clara con dichas estructuras, aspecto que podría ser estudiado más detenidamente. En este punto de análisis han surgido con relativa fuerza criterios, entre el personal con posibilidades de opinar sobre el tema, que disminuyen la importancia de las provincias (AREAS) como espacio-SILOS, alegando que realmente el poder ejecutivo en las provincias no se corresponde con una práctica consecuente con las necesidades de organizar y desarrollar los esfuerzos que demanda la sociedad para el mejoramiento de las condiciones de salud. En su lugar se ha sugerido por algunos el municipio como espacio-SILOS. Esto último también podría ser considerado, pero estaríamos de esta manera subdividiendo demasiado las unidades de gestión administrativa del sistema de salud, haciéndolas demasiado pequeñas, lo cual podría implicar una menor racionalización de los recursos disponibles. Los que así opinan tratan de resaltar la importancia de los ayuntamientos municipales en función del desarrollo de la salud municipal; importancia que no disminuye, desde nuestro punto de vista, aunque el espacio-SILOS se corresponda con las provincias; por el contrario, la cooperación entre unos y otros municipios de la misma provincia (con diferentes grados de desarrollo histórico) podría resultar más ventajoso a efectos del mejoramiento de las condiciones integrales de salud.*

La propuesta de SILOS para nosotros tiene una óptima aplicabilidad en las actuales AREAS, tal como están organizadas en estos momentos. Cada provincia, como conocemos, está constituida por varios municipios. Existe un Gobernador Civil Provincial, nombrado por el Poder Ejecutivo, y las Alcaldías Municipales, con un Sindico electo por la mayoría de la población, y Regidores que componen la Sala Capitular del Ayuntamiento Municipal. Los municipios podrían resultar las unidades mínimas de análisis de la situación de salud de la población del SILOS, en ellos se garantiza con buena efectividad la organización de las comunidades de base y su participación activa en la identificación de problemas y propuestas de solución a los mismos.

Un elemento positivo de los espacios provinciales está dado por la presencia de otras instituciones del Estado que tienen relación determinante con la problemática de salud. Nos referimos a las instituciones educativas, las de agua, saneamiento, agricultura y las de la

vivienda. Una coordinación entre todas estas instituciones podría tener buen efecto a nivel de cada provincia (AREA DE SALUD).

3. *Los SILOS deberán contar por lo menos con un segundo nivel de atención, para la cobertura de los principales problemas de enfermedad de las personas que requieran servicios de complejidad mayor a los servicios que se ofrecen en las clínicas rurales y subcentros de salud. Es un privilegio para este país poder contar con hospitales en todas las provincias ; así como un hospital de referencia para la mayoría de las áreas del Distrito Metropolitano. Sus infraestructuras físicas son de buena calidad y los establecimientos tienen diseños relativamente apropiados para los servicios que deberían brindar. Un esfuerzo importante habría que promover para hacer de estos hospitales provinciales verdaderas unidades organizativas y funcionales, insertadas en una propuesta de SILOS como sistema de servicio local.*
4. *En los SILOS se debe brindar un servicio acorde a las necesidades reales de salud de la población existente bajo su espacio de influencia y cobertura. Este proceso de análisis de las necesidades de salud de la población del AREA, no se está llevando a cabo con la rigurosidad debida, y mucho menos aplicándose en función de los riesgos biológicos y sociales de los problemas que inciden en el proceso salud-enfermedad del espacio-poblacional del AREA DE SALUD. La participación de la comunidad en la identificación de los principales problemas de salud, tal como ellos lo perciben, deberá contar con un mayor apoyo, y desarrollar metodologías innovativas para el análisis de situación, que posibiliten la priorización de problemas y la programación de actividades acorde a los recursos disponibles a nivel en las AREAS, dirigidos fundamentalmente a los grupos de población más necesitados. Es una forma de intentar llevar a la práctica el principio de equidad en la prestación de los servicios de salud.*
5. *Un reto importante que tienen los SILOS es romper con los esquemas de servicios que se limitan a la atención al individuo. La salud, en su enfoque integral, también deberá abordar los problemas en los ámbitos de la familia, grupos sociales (ej. trabajadores, escolares, prostitutas), comunidad, medio ambiente. En estos momentos en las AREAS de SALUD de este país no se está logrando este objetivo. Conocemos que limitaciones de diferente naturaleza inciden en que esto no se logre de la manera deseada; sin embargo, es en las AREAS donde esto debería replantearse con fuerza decisiva, estudiar las diferentes*

opciones para su enfrentamiento, y aprovechar los recursos disponibles a nivel local, sin esperar orientaciones normatizadas desde los organismos superiores.

6. *La coordinación de todos los recursos disponibles a nivel de un SILOS, es básico para alcanzar los resultados esperados, en términos de mejoramiento de las condiciones de salud de la población de un territorio determinado. Probablemente los aspectos relacionados con estas acciones hayan sido de los más debatidos en los últimos años, como parte de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Nos estamos refiriendo a la coordinación entre los diferentes sectores que tienen relación directa o indirecta con los problemas de salud-enfermedad, así como todas las instituciones dentro del sector salud, ya sean públicas, privadas, o de organismos no gubernamentales. En las actuales AREAS DE SALUD de República Dominicana, este proceso se desarrolla a un nivel muy bajo de efectividad. Conocemos de muchas limitaciones para que esto tenga todo el éxito deseado, pero tenemos la seguridad de que es a nivel local (provincial- municipal) donde se podría encontrar el ámbito más adecuado para el fortalecimiento de las acciones intersectoriales y de concertación de recursos, con participación de todas las fuerzas sociales y económicas que se hacen presentes.*

Cuando revisamos la práctica de la coordinación intersectorial a nivel de los organismos de dirección superior de las instituciones del Estado, nos encontramos con que se evita muchas veces la coordinación porque no se está seguro de que Secretaría tomaría el mando de las acciones. Con este fin se recurre en ocasiones a la conformación de comisiones de trabajo, o creación de organismos de coordinación que carecen de verdadera autoridad y motivación para los cambios necesarios.

Como sabemos, la situación sanitaria viene determinada en gran medida por condiciones de vida que escapan a la esfera de acción habitual de los servicios de salud, y que es necesario movilizar la aportación de otros sectores en apoyo a la solución de los principales problemas de la población. La presencia a nivel de provincia y de municipio de los sectores educación, comercio, transporte, vivienda, agua, alcantarillados, trabajo, agricultura, industria, son posibilidades que traducen a nivel local un importante potencial participativo que debe ser aprovechado. Las AREAS DE SALUD en este país deberán desarrollar instrumentos y mecanismos que hagan esto factible, entendiéndose que la propia coordinación intrasectorial (salud) es condición previa de garantía a la coordinación con otros sectores.

7. *La participación generalizada y sostenida de las comunidades en materias de salud es un punto medular en el funcionamiento de los SILOS. Se trata en este caso de una participación definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud. En República Dominicana existen variadas experiencias de participación comunitaria.*

La mayoría de las mismas incorporan elementos positivos al análisis del tema. El auge que están teniendo las organizaciones no gubernamentales (ONG) contribuye al desarrollo de mecanismos y formas diversas de participación de las comunidades en la solución de los problemas de salud. Sin embargo, el sistema de salud aún no ha logrado identificar esta fuerza social como elemento decisivo en las programas y acciones locales de salud. Creemos que se hace necesario que este proceso de fortalezca e institucionalice, y que la participación comunitaria se convierta en una fuerza movilizadora de todos los movimientos locales a favor del bienestar y desarrollo en sus ámbitos específicos. Los "promotores" que dispone el sistema de salud actualmente, tal como están organizados y como se concibe su desempeño, están siendo desaprovechados como fuerza catalizadora de este proceso. Se necesita una fuerza renovadora que coloque la participación comunitaria a un nivel más beligerante. Algunos proyectos desarrollados aisladamente en diferentes provincias y municipios confirman la importancia de este recurso, cuando se les brinda la posibilidad real de participar en las decisiones principales atinentes a sus propios problemas.

8. *Los servicios públicos de salud en los SILOS no deben funcionar de manera independiente unos de otros. Se necesita la conformación de una red de servicios de salud, interrelacionados, en la cual el hospital del SILOS se convierta en componente de apoyo directo al resto de los establecimientos de salud. En las actuales AREAS DE SALUD los hospitales y subcentros de salud existentes funcionan de manera aislada respecto al resto de los servicios de salud, tanto desde el punto de vista técnico como administrativo. Los diferentes establecimientos que componen la red de servicios en el AREA deberían tener una mejor definición de sus respectivas capacidades y niveles de competencia para la solución de los problemas de salud, y en la mayor medida posible debería diseñarse un adecuado sistema de referencia y contrareferencia. Uno de los aspectos principales para que esto se logre es el fortalecimiento de la dirección de las AREAS, garantizando la posibilidad de que el equipo que dirige las mismas pueda tomar decisiones acorde a la visión integral de toda la red de servicios del territorio correspondiente. Creemos que se trata de un ejercicio que*

debe ser desarrollado por medio de diseños adaptados a las realidades cambiantes de cada AREA DE SALUD, y a los momentos específicos de desarrollo que se vayan alcanzando.

9. *Los programas de prevención y control, tales como los de salud materno-infantil, enfermedades transmisibles; salud buco-dental; alimentación y nutrición; rehabilitación; y otros problemas relacionados con la salud del adulto, deben utilizar la posibilidad que brinda el modelo de organización de los SILOS para hacer realidad la unificación de los esfuerzos de la comunidad y de los recursos sectoriales y extrasectoriales, con vistas al desarrollo de acciones conjuntas, coordinadas y concertadas. En la actualidad se observan programas de salud funcionando verticalmente que no tienen suficiente justificación para que así ocurra. Muchos de estos programas deberán basarse en el funcionamiento de la red de servicios local que se diseñe, aprovechar el sistema de información que se desarrolle, utilizar los promotores y otros recursos de la comunidad en función de un método más racional en la utilización de los recursos disponibles. Es a través de los diferentes programas de salud que podemos hacer converger, potencializadamente, los conocimientos clínicos, epidemiológicos y la capacidad administrativa disponible en función de las necesidades sociales más relevantes, y son las AREAS DE SALUD los espacios ideales para que esto que estamos planteando se desarrolle y perfeccione.*

10. *Para que un SILOS funcione de manera adecuada, tendrá que disponer, necesariamente, de un equipo mínimo de personal con la capacidad técnica-administrativa suficiente, principalmente en los campos de la administración (dirección, supervisión, programación), epidemiología y manejo de los principales aspectos de información sanitaria. Este es un lado débil en la organización y funcionamiento de las AREAS DE SALUD existentes en República Dominicana. Varios aspectos determinan esta situación; pero uno de los más importantes está relacionado con las deficiencias de los programas vigentes para la formación y capacitación de personal en salud. La implementación de programas de educación permanente podrían contribuir a aliviar estas dificultades, siempre que se haga como parte de un proceso íntimamente ligado al desarrollo de los servicios de salud, en cuanto a las formas que adopte su organización y funcionamiento, con las particularidades propias de cada AREA. La inestabilidad de los profesionales y técnicos que tienen la responsabilidad de conducir las AREAS DE SALUD no ayudan a que una propuesta de este tipo tenga el éxito deseado; habría que tomar decisiones políticas al nivel de dirección superior del sector salud para que esto brinde la garantía necesaria para el cambio sugerido.*

IV. TRES CONDICIONES MINIMAS PARA EL DISEÑO E IMPLANTACION DE LOS SILOS.

1. *Una base geográfico-poblacional claramente definida. Esto está logrado a través de las actuales áreas de salud.*
2. *La existencia de una unidad política, administrativa y técnica identificable, que sea responsable de la conducción del SILOS (AREA DE SALUD). En principio esto se ha establecido desde el punto de vista teórico-normativo, pero en la práctica los equipos de dirección de las áreas son unidades débiles, que no cuentan con el suficiente poder de decisión transferido, ni de recursos mínimos para su funcionamiento adecuado. La formación y capacitación de los recursos de personal que desempeñan estas funciones no es el óptimo, y la inestabilidad permanente en los puestos de trabajo disminuye su motivación y no brinda la garantía suficiente para el desarrollo sostenido de un proceso de implantación de los SILOS.*
3. *La determinación política del nivel superior para la descentralización y apoyo al desarrollo de los SILOS. Esto es algo que no está claramente expresado y su omisión, por lo tanto, se convierte en proceso disolvente de los esfuerzos que se inician de manera aislada. La descentralización no es entendida en su significado pleno, y las autoridades de gobierno superior reafirman la centralización presupuestaria y administrativa como elemento clave para la gestión del Estado.*

Abordar estos tres puntos, como elementos esenciales para el proceso de desarrollo y fortalecimiento de las actuales áreas de salud (SILOS), se convierte en el reto más importante en la actualidad para las autoridades y grupos sociales que se identifican con la propuesta de transformación del actual sistema de salud con base en el diseño e implantación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Bibliografía Consultada.

1. OPS/OMS. *Publicación Científica No.519.Los Sistemas Locales de Salud.Conceptos,Métodos y Experiencias.* Washington, D.C., 1990.
2. SESPAS (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social). *Diagnóstico del Sector Salud en República Dominicana.* Febrero 1991.
3. SESPAS/OPS. *Los Sistemas Locales de Servicios de Salud (SILOS):Documento de trabajo preparado para República Dominicana.* Santo Domingo. 1988. 57 p. Ilus.

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)

Reunión Técnica sobre
Bases para una estrategia de Salud al Suroeste
de la República Dominicana
5 de Septiembre de 1991
Hotel Santo Domingo Sur

8:25 - 8:30	Introducción y metodología de trabajo.	H. Mendoza, CENISMI
8:30 - 8:45	Indicadores de salud de las regiones del Suroeste.	H. Mendoza, CENISMI
8:45 - 9:00	Estructura de la SESPAS en el SO con énfasis en el sistema de información.	C. Rodríguez, SESPAS
9:00 - 9:30	Estructura de las acciones de organismos no gubernamentales en el Suroeste objetivos, acciones, cobertura, sistema de información, evaluación	T. González, CEDOIS
9:30 - 10:00	Discusión	
10:00 - 10:30	Café	
10:30 - 10:45	Programas alimentarios en el Suroeste	L. Steimel, CARE
10:45 - 11:00	Estrategias de educación nutricional centrado en el crecimiento y desarrollo	J. Méndez y A. Díaz, CARITAS
11:00 - 11:15	Estrategia de educación nutricional centrada en la autogestión y desarrollo económico	C. Rokx, SENUTRI
11:15 - 11:30	Nuevas estrategias para la atención de la salud de las comunidades rurales	N. Sánchez, FUDECO
11:30 - 12:30	Discusión	
12:30 - 1:30	Almuerzo	
1:30 - 3:00	Los sistemas de retroalimentación informativa de las ONG'S en salud Mesa Redonda - Discusión	CARITAS, CARE, SENUTRI, FUDECO, SERVICIO SOCIAL DE IGLESIAS, SOC. MEDICA CRISTIANA, BUEN SAMARITANO INSTITUTO DE DESARROLLO INTEGRAL, PLAN INTERNACIONAL

3:00 - 3:30	Café	
3:30 - 3:45	El sistema local de organización de salud	A. Pagés, OPS/OMS
3:45 - 4:00	Un Instituto Nacional de Salud	H. Mendoza, CENISMI
4:00 - 4:30	Discusión - Fin de la reunión	

PATROCINADOR

UNICEF