

La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria

The regionalization of the health services as a sanitary reorganization strategy

Adolfo Gerardo Álvarez Pérez^I; Anaí García Fariñas^{II}; Armando Rodríguez Salvá^{III}; Mariano Bonet Gorbea^{IV}; Pol de Vos^V; Patrick Van der Stuyff^V

^I Maestro en Ciencias en Salud Pública, Especialista en Salud Internacional OPS/OMS, Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cuba.

^{II} Maestra en Ciencias en Economía de la Salud, Profesora Asistente, Investigadora Agregada, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cuba.

^{III} Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cuba.

^{IV} Especialista en Epidemiología, Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cuba.

^V Profesor, Investigador, Departamento de Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica.

RESUMEN

OBJETIVO: actualizar el tema de la descentralización y la regionalización asociados al desempeño de los sistemas de salud con vistas a contribuir conceptualmente al estudio de la temática en Cuba y en otros países latinoamericanos.

DESARROLLO: se empleó la revisión documental no sistemática y se presentó la experiencia que por más de 4 décadas ha desarrollado el gobierno y el sistema de salud cubano en materia de organización y perfeccionamiento de los servicios de salud para mejorar los niveles de salud de la población. Se expusieron las bases, principios y lecciones aprendidas de estas experiencias de descentralización y regionalización de los servicios de salud en Cuba, devenidas en bases para el desarrollo de un estudio nacional.

CONCLUSIONES: los procesos de regionalización favorecen la capacidad de resolver problemas de los servicios de salud, a partir de la aplicación consecuente de los principios básicos de la descentralización como un largo proceso que permite ofrecer niveles apropiados de atención para todos, mejorar la calidad de los servicios, incrementar la satisfacción de la población y alcanzar niveles óptimos de la relación costo-beneficio.

Palabras clave: Salud pública, organización de los servicios de salud, reforma del sector salud, descentralización, regionalización.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to update the topic of decentralization and regionalization associated with the performance of the health systems in order to conceptually contribute to the study of the thematic in Cuba and in other Latin American countries.

DEVELOPMENT: the non-systematic documentary review was used, and the experience accumulated for more than 4 decades by the Cuban government and the health system as regards organization and improvement of the health services to raise the population's health levels was presented. The bases, principles and lessons from these experiences of decentralization and regionalization of the health services in Cuba, which have become bases for the development of a national study, were exposed.

CONCLUSIONS: the regionalization processes favour the capacity to solve problems of the health services, starting from the consequent application of the basic principles of decentralization as a long process that allows to offering adequate levels of attention to all, to improve the quality of services, to increase the satisfaction of the population and to attain optimal levels of cost-benefit relation.

Key words: Public health, organization of the health services, reform of the health sector, decentralization, regionalization.

INTRODUCCIÓN

La salud es un producto social que se debe analizar desde un enfoque de ecosistema humano basado en la participación social e intersectorial. La salud de las poblaciones se basa en el fomento de la resiliencia y conlleva una real inclusión social, con participación y empoderamiento poblacional; significa para esa población desarrollar la capacidad de adaptarse, responder y controlar los retos y los cambios.

Por su parte, *Rootman y Raeburn*¹ desde una perspectiva promocional señalaron en 1994 que la salud tiene que ver con la calidad de vida física, mental y social de las personas, tal como la determinan en particular las dimensiones psicológicas, sociales, culturales y del ámbito de las políticas.

Según *Health Canada*,² la salud de las poblaciones está determinada en primer lugar por la sumatoria de las interacciones complejas que se producen entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población. Las estrategias para mejorarlas deben abordar un amplio rango de factores que determinan la salud³ y concentrarse en la salud de toda la población en lugar de los individuos, de ahí que mejorar sus niveles es una responsabilidad compartida que requiere del desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud.

Los autores de esta propuesta en entregas anteriores,⁴⁻⁶ han planteado un enfoque alternativo de los determinantes de la salud desde y para la realidad cubana. Este

enfoque parte de una serie de premisas o factores macrodeterminantes de la salud que coloca en primer lugar a la voluntad y la acción política, y a la intersectorialidad promovida y dirigida por el Estado, factores que sin dudas, se encuentran en estrecha relación con la organización y desarrollo de los servicios de salud de un país, así como con el diseño de políticas públicas saludables encaminadas a la intervención efectiva y eficiente sobre los restantes factores determinantes de la salud.

Los servicios de salud y su organización como factor o campo determinante de la salud fueron abordados en una fecha tan temprana como 1973, cuando *Laframboise*⁷ al formular su trascendental propuesta de los "campos de salud", identificó a la organización de los servicios de salud como un segmento a tomar en cuenta a la hora de planificar las acciones de salud, sobre todo si se considera su contribución relativa al comportamiento de la mortalidad, que según diversos autores internacionales se mueve entre 11-9,8 % del porcentaje total de las causas de mortalidad agrupadas en campos de salud.^{8,9}

Con frecuencia se habla de los servicios de salud como determinante de la salud y de su estudio organizacional, sin detenerse en las bases administrativas de esos estudios; pocas veces se recurre al enfoque sistémico para estudiar ese proceso como un sistema mediante su análisis y síntesis, afortunadamente Cuba ha tenido importantes contribuciones desde este campo.^{10,11}

Sin embargo, no existe una clara definición conceptual y metodológica en la mayoría de los estudios y discusiones conceptuales contemporáneas sobre cómo documentar las experiencias de reorganización, descentralización y regionalización que se llevan a cabo en los servicios de salud. El presente trabajo pretende actualizar este tema con vistas a contribuir conceptualmente al estudio de esta temática en Cuba y en otros países latinoamericanos.

LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Los *servicios de salud* constituyen el subsistema social especializado de atención a la salud pública que en su forma más desarrollada conjuga las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud; tienen en cuenta para su organización y gestión los recursos humanos y materiales del sector de salud y su administración en función de la salud de la población.

Se entiende por *salud pública*¹² al esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo, de esta forma, la salud pública entendida como la salud de la población, constituye el referente fundamental de todos los esfuerzos para mejorar la salud, de la que constituye su manifestación más completa y abarca, por tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud.

El *sistema de salud* ha sido definido como la forma y los métodos que sirven de base para la organización de la atención de la salud de la población. A inicios de los noventa todavía era fácilmente demostrable en los países de la región la clasificación de *Terris* y retomada por *Susser*¹³⁻¹⁵ de las 4 formas básicas de organización de los sistemas de salud (de acuerdo a su naturaleza pública, privada o informal): sistema de asistencia pública, sistema de seguro médico, sistema nacional de salud y sistema de libertad de empresa.

De alguna forma, se aprecia hoy en América una coexistencia de los 4 modelos de organización de los sistemas de salud distribuidos en los países de acuerdo a su desarrollo socioeconómico y sanitario, aunque es necesario aclarar que en la mayoría de los países latinoamericanos coexiste una variante organizativa mixta en la que se alternan la modalidad de asistencia pública, básicamente destinada a las poblaciones socialmente excluidas o medianamente integradas, con la modalidad de seguro médico para aquellos segmentos poblacionales socialmente integrados.

La mayoría de los países de Latinoamérica poseen un *sistema de asistencia pública* responsabilizado con los servicios preventivos de sus poblaciones, y los servicios curativos de los grupos sociales de menor ingreso. Este sistema está caracterizado por sus servicios de bajo poder resolutivo y muy baja calidad, una limitada cobertura, recursos humanos poco preparados y muchas veces compartidos con el sistema privado por los bajos salarios que ofrecen y un escaso presupuesto destinado a resolver los problemas de salud de la población. Este sistema coexiste con la prestación de servicios médicos privados, la mayor parte de ellos ofrecidos a través de la modalidad organizativa de *seguro médico*, encargada de prestar básicamente servicios curativos a la población con medianos y altos ingresos, en los cuales la cobertura está en función del poder adquisitivo y no de las necesidades de salud, poseen una administración gubernamental y/o privada, con una caja local de enfermedad y sobre todo con una mayor cantidad, diferenciación y calidad de los servicios que, entre otras cosas, le permiten gozar de un mayor poder resolutivo que el sistema público.

Estados Unidos posee un modelo de atención básicamente privado con servicios públicos limitados. Los sistemas básicos de atención médica son proporcionados por las agencias *Medicare* y *Medicaid* siguiendo el modelo o *sistema de libertad de empresa*, y en el cual la actividad médica es vista como un negocio, ya que la relación médico-paciente se rige más por principios comerciales que por los sanitarios, de ahí que la cobertura, la cantidad y calidad de los servicios es proporcional al poder adquisitivo del usuario, razón por la cual este sistema al que pertenecen más de las dos terceras partes de los médicos de ese país, es administrado de manera privada por los empleadores.

Cuba cuenta con un Sistema Nacional de Salud (SNS) único basado en su carácter estatal, integral, regionalizado y descentralizado, que desde el punto de vista de su concepción y funcionamiento es universal, gratuito y accesible para todos los ciudadanos, independientemente de su procedencia, raza, sexo o creencia al amparo de la Constitución de la República y la Ley de la Salud o Ley 41.^{16,17}

Los principios básicos del Sistema Nacional de Salud de Cuba son: (a) el carácter estatal y social de la medicina, (b) la accesibilidad y gratuidad de los servicios de salud, (c) la orientación profiláctica y promocional, (d) la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, (e) la participación de la comunidad y (f) la colaboración internacional. Los cuales han permanecido intactos durante las 6 etapas por las que ha pasado el SNS cubano durante el periodo revolucionario.¹⁸

LAS REFORMAS SECTORIALES COMO PROCESO DE REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En 1992 comienza a hablarse en la región de la llamada "crisis de la salud pública"^{19,20} y se señalaba que estaba dada por la incapacidad de la mayoría de sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias

históricas lo requieren, y se creía necesario iniciar un proceso de ampliación de la conciencia política y científica sobre las áreas críticas de la salud pública.

Por ese entonces, se identifica a nivel mundial una necesidad de reorganizar los servicios de salud a través de las llamadas reformas sectoriales desarrolladas en Europa,^{21,22} y que se extendieran al menos en intención a los Estados Unidos mediante la propuesta de reforma presentada por el entonces presidente Bill Clinton, dirigida básicamente al incremento de la cobertura, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, y al fomento de la responsabilidad individual para con la salud.

En los servicios de salud de los países latinoamericanos esta necesidad de reforma sectorial en salud^{23,24} se justificaba en primer lugar, por el enorme reto generado a los servicios de salud por los cambios demográficos, socioeconómicos (la urbanización e industrialización crecientes) y las transformaciones en los estilos de vida individuales y colectivos. A todo esto se sumaban una serie de deficiencias hacia el interior del sector, una no correspondencia entre los objetivos institucionales y las necesidades de salud, un insuficiente financiamiento hacia el sector salud, un alza de los costos de los servicios de salud, entre otras razones, asociado a la introducción inadecuada de costosas tecnologías no apropiadas para resolver los problemas básicos de salud, una insuficiente convergencia entre las acciones del sector salud y los desarrollos más recientes en materia de política social esencialmente en la lucha contra la pobreza y un pobre aliento a la responsabilidad compartida entre el Estado y la sociedad civil.

La mayoría de los países latinoamericanos tenían bajos niveles de accesibilidad a los servicios de salud e insuficientes niveles de cobertura de los servicios de salud, una asistencia médica no oportuna y una pobre calidad de los servicios, aspectos que fueron propiciando una no aceptabilidad de los servicios de salud por parte de la población, a lo cual se sumaron las consecuencias de tener bajos niveles de eficiencia sanitaria y altos costos en los servicios de salud prestados, que entre otros efectos, generó una sobremortalidad evitable de alrededor del 50 % y notables desigualdades en materia de condiciones de vida y salud.

Este proceso de reforma sectorial se inicia en los noventa en casi todos los países de la región; muchos de ellos siguiendo las experiencias de Chile y luego de Colombia,²⁵ bajo el supuesto de fomentar la equidad, mejorar la calidad de la atención, aumentar la eficiencia, asegurar la sostenibilidad e impulsar la participación social, aunque para muchos no fue más que una propuesta o receta típica de los tiempos de unipolaridad y globalización neoliberal.

Los principales aspectos contenidos en las propuestas de reforma sanitaria desarrolladas en Latinoamérica estaban dirigidos al crecimiento económico, la ampliación de la escolaridad básica, la reorientación del gasto público destinando menos recursos a la atención terciaria y a la capacitación de especialistas y más recursos a medidas de alta externalidad, el fomento de la diversidad y la competencia en el suministro de la atención clínica, la creación de sistemas de seguros que permitan contener los costos, el aumento de la eficiencia de los servicios de salud pública y el estímulo a la comunidad para una mayor participación en la promoción de hábitos de vida sanos y la administración de los servicios locales de salud.

Estos procesos introdujeron cambios importantes en el quehacer sanitario regional matizado por un fomento de la institucionalidad, la privatización de la atención de salud y la ampliación de la cobertura de los servicios esencialmente a grupos desprotegidos e inclusión de nuevas prestaciones y la determinación de prioridades

de atención. Asimismo, propuso cambios en los modelos de atención y financiamiento incluyendo la redefinición de los modelos de atención sobre la base de paquetes básicos de atención focalizada y la adopción de esquemas mixtos de financiamiento.

Al ser evaluadas al final de la década de los noventa las reformas sectoriales aplicadas en los países latinoamericanos,^{23,24} se observaron discrepancias entre un país y otro, y entre los actores de cada país y las agencias de cooperación, en relación con los contenidos y la naturaleza de la reforma. La reforma se hizo difícil hacerla viable políticamente, ya que requería de una gran capacidad de liderazgo, de negociación y de ajuste a las circunstancias cambiantes, no existió estabilidad de los máximos actores responsables de impulsarlas, de conducir los estudios y de negociar las propuestas, de ahí que la viabilización de los procesos de reformas integrales ha sido mucho más difícil que en los casos de reformas parciales y las reformas parciales resultan en modelos menos consistentes que los concebidos por las reformas integrales. También se pudo conocer que la reforma en muchos países ha sido conducida por las autoridades económicas sin una adecuada participación de los actores del sector salud y en muchos casos, se observaron discrepancias entre las autoridades económicas y de salud respecto a los objetivos y las estrategias del proceso de reforma.

En el año 2000 como parte de la iniciativa de salud para América,¹² se identificaron como ejes de una nueva generación de reformas centradas en la salud de las poblaciones aspectos como, la ampliación de la protección social en salud y asegurar el acceso universal y la igualdad; una financiación solidaria y eficiente; una calidad y eficacia de la asistencia; una promoción de la salud como criterio central del modelo de asistencia integral; un fortalecimiento de la salud pública en la reorganización de los sistemas de salud y de la función rectora de la autoridad sanitaria; el desarrollo de los recursos humanos y una profunda participación y control social.

En Cuba a diferencia de estos países,^{25,26} las acciones hechas por el SNS en el marco de las reformas sectoriales realizadas en los noventa, no siguieron las mismas instrucciones ni direcciones de la receta regional y por eso no tuvo esa connotación eventual observada en otros países. En Cuba más que una reforma se aprecia la lógica de un proceso más amplio, que responde a las nuevas problemáticas, necesidades y realidades del sector, y del cuadro de salud de la población, identificadas entre otras vías por el ejercicio de análisis sectorial²⁷ realizado de conjunto con varios organismos internacionales.

Durante las distintas etapas por las que ha transitado en estas 5 décadas el sistema de salud cubano, se han realizado importantes transformaciones como expresión de la voluntad política del Estado de mejorar la salud del pueblo. Las reformas sectoriales aplicadas en el país constituyen un proceso permanente de adecuación de los servicios de salud a los problemas, demandas y necesidades de salud de la población y sus determinantes. A lo largo de este proceso se han ratificado 2 principios elementales de la salud pública cubana: (a) que el sistema de salud continuará siendo totalmente financiado por el presupuesto estatal y (b) mantener la cobertura y la accesibilidad total a los servicios de salud por la población mediante la gratuidad.

No obstante, en cada momento concreto han existido un conjunto de razones fundamentales que justificaron los procesos de cambio y renovación del sector en la salud en Cuba, pero sin enfoques neoliberales,^{18,25-27} ni medidas que afectaran a la población, sino por el contrario con medidas que brindaron en su momento mayor

cobertura, accesibilidad, equidad y calidad, satisfaciendo las demandas y necesidades del pueblo y buscando eficiencia dentro del sector.

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) se ha dado a la tarea en cada momento concreto de desarrollar los procesos de consolidación, reforma y modernización del sistema, con nuevos métodos y estilos de trabajo para garantizar uno de los derechos básicos del pueblo cubano, considerando vital incrementar la participación de la comunidad en las gestiones y en las acciones de salud.

LA DESCENTRALIZACIÓN EN LOS PROCESOS DE REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La *descentralización*^{14,28} es un proceso imprescindible para lograr la regionalización de los servicios de salud, y se ejecuta mediante la delegación efectiva de autoridad y la asignación consecuente de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para cumplir los objetivos que se enmarcan en el propio ejercicio de la autoridad otorgada. Es un proceso que obedece siempre a una voluntad política, condicionada a factores y presiones de carácter económico, social, ideológico, cultural y otros, y que se expresa en 2 dimensiones, *territorial e institucional*.

El par conceptual *descentralización-centralización*,^{14,28} son acciones de distribución de poder que se expresan a través de un proceso de transferencia de poder político, técnico y financiero que transcurre en la dimensión política de la sociedad y por tanto, requiere de una firme decisión política por parte del gobierno, por lo que es un proceso difícil que tiene que enfrentarse a una inercia histórica de centralización y burocratización de la sociedad y el sistema de salud.

Tanto la descentralización como la desconcentración,^{14,28} son aspectos que resultan clave para el desarrollo de los servicios de salud y el mejoramiento de la salud de las poblaciones. La *descentralización* es un proceso de transferencia de la capacidad de decisión sobre recursos financieros, materiales, humanos y técnicos, necesarios para cumplir los objetivos que se enmarcan en el propio ejercicio de la autoridad otorgada, mientras que la *desconcentración* es un proceso de transferencia de funciones, acciones y unidades, manteniéndose la capacidad de decisión en el nivel central del sistema en cuestión.

Una *descentralización real*¹⁴ requiere del cumplimiento de una serie de *requisitos* como: (a) una firme decisión política del gobierno que implique una ruptura de la inercia centralizadora y burócrata, (b) transparencia del poder político a través de disposiciones legales y administrativas que permitan un mejor uso de los recursos financieros, económicos, humanos y tecnológicos, (c) desarrollo de un poder político local que permita un manejo directo de los recursos locales y asignados, y una mayor participación comunitaria, (d) definición del modelo de manera que funcione como sistema descentralizado y en el cual esté definida la autoridad/responsabilidad a todos los niveles y (e) reorientación del nivel central con vistas a promover y conducir el proceso de descentralización y los cambios de la función tradicional de control a la nueva función de facilitación y apoyo.

Los *ámbitos de la descentralización* se dirigen a mejorar la organización y gestión del sistema (productividad), adoptar nuevos estilos de gestión y control (empoderamiento), a la aparición de nuevos actores participativos (gobernancia) y a mejorar la equidad, calidad y eficiencia de los servicios, en este caso de salud. Pero este proceso no siempre es fácil, se han identificado al menos 4 *barreras o*

limitaciones que afectan su logro: (a) falta de estructuras para materializar el proceso y desarrollar las tareas en el nivel local, (b) ausencia de líderes competentes y preparados para asumir esas tareas en el nivel local. (c) inexistencia de sistemas de información gerencial de calidad en el nivel local y (d) resistencia al cambio y la transferencia del poder político a todos los niveles.

La *descentralización en salud* es un proceso que se enmarca en la sociedad como un todo y en el cual se realizan transferencias de autoridad desde los niveles superiores hacia los periféricos, vinculado a los procesos de democratización y participación popular, y para los cuales se requiere de autoridad para identificar problemas, tomar decisiones y manejar herramientas técnico-administrativas para la correcta administración de los presupuestos, el personal, los abastecimientos, la información y las tecnologías.

Los procesos simultáneos de descentralización y desconcentración del sector de la salud del nivel central al nivel territorial, local e institucional, bases de los ejercicios de regionalización, se visualizan y evalúan en 3 planos: el jurídico, el administrativo y el operativo, todos desde una base política concreta que determina la acción a desarrollar: (a) el *plano jurídico* se refiere a la conformación y existencia de las reglas básicas que regulan el funcionamiento del sistema de salud a nivel local una vez descentralizado, (b) el *plano administrativo* se refiere por su parte a la construcción de estructuras que permitan el funcionamiento del sistema de salud a nivel local una vez descentralizado y (c) el *plano operativo* se refiere al espacio concreto creado en el nivel local para el funcionamiento del sistema de salud y por ende, donde se establece la relación oferta-demanda entre los servicios de salud y la población.

LA REGIONALIZACIÓN COMO PROCESO DE REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La *regionalización de los servicios de salud*¹⁴ es un proceso de organización de la red de servicios de salud a nivel territorial o local mediante la descentralización de las áreas geográficas determinadas, así como la concentración de las acciones de salud bajo un mando único y un mismo programa, con el fin de alcanzar condiciones superiores de salud al brindar la completa accesibilidad y total cobertura a la comunidad recabando de ella su imprescindible participación. Por medio de este proceso se decide la división político-administrativa a implementar, se establecen las nuevas fronteras internas para facilitar el ejercicio del poder y se adopta una administración pública descentralizada.

Desarrollar una correcta regionalización de los servicios de salud conlleva a dar cumplimiento a una serie de pasos o requisitos básicos: reglamentar la responsabilidad para cada nivel y sus unidades, hacer corresponder la oferta con la demanda/necesidades de la población, establecer una puerta de entrada al sistema de salud regionalizado, establecer un sistema de referencia de pacientes (de menor nivel a mayor nivel), establecer un flujo continuo de información cruzada, establecer mecanismos de apoyo científico y técnico (de mayor a menor), y establecer una participación cruzada de profesionales y técnicos.¹⁴

Uno de los objetivos fundamentales de todo ejercicio de regionalización es mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, entendida esta como la posibilidad de acceder a los servicios de salud sin que existan barreras geográficas, culturales, mediática, legales o financieras que contempla aspectos como la ubicación de los servicios de salud en la territorialidad, la distancia entre los servicios de salud y los

grupos poblacionales, así como a las vías y medios de comunicación. Mientras que la cobertura se refiere a la capacidad del sistema político y de salud de hacer corresponder la oferta de servicios con las demandas y expectativas existentes a nivel gubernamental y poblacional, o sea, a la correspondencia entre la demanda, el cuadro de salud y los grupos de riesgos con la oferta de servicios de salud.

Regionalizar los servicios de salud siempre conlleva una *contradicción* entre las administraciones centrales y territoriales o locales, entre la necesidad central de dirigir con más facilidad y flexibilidad y la necesidad local de mayor autonomía y nivel de decisión; el problema está en determinar qué, cuánto y a quién delegar atribuciones que se encuentran centralizadas. El exceso de centralización engendra burocratización y esta entorpece y obstaculiza el funcionamiento y desarrollo de los sistemas organizacionales.

El *espacio de la regionalización* ha sido definido como el espacio político-administrativo y sanitario, a nivel nacional, provincial o municipal, en el cual se ha producido un ejercicio de reorganización de los servicios con vistas a adecuar la oferta de servicios a la demanda/necesidad definida en la población para mejorar su estado de salud actuando sobre todos sus factores determinantes. Se entiende como *área de cobertura de salud*, al área geográfica de responsabilidad de una unidad de salud, dictada ya no por la lógica de la asistencia o de la búsqueda de asistencia, sino por la lógica de la vigilancia en salud y que no por definida o delimitada se impide el acceso a la unidad o se transforma en una barrera más, por el contrario, permite perfeccionar la integración de esta en la comunidad al conocer sus características, las de sus habitantes y sus problemas de salud, permitiendo adecuar la oferta asistencial a la realidad detectada.^{29,30}

El análisis de los distintos componentes o dimensiones de un proceso de regionalización de los servicios de salud abarca los siguientes elementos:¹⁴

- El *análisis de la territorialidad* deberá recoger una caracterización del territorio y de la organización del sistema de salud, de su estructura por niveles, de las características de su entorno, una descripción de la división político-administrativa y de la delimitación sanitaria, así como de la correspondencia de ambas, la existencia de barreras geográficas, el respeto a la organización espontánea de la sociedad y al flujo espontáneo de la población a los servicios, pero sobre todo buscando que su establecimiento no afecte la accesibilidad. La territorialización en salud no es otra cosa que un proceso de apropiación del espacio por diferentes actores sociales, espacio que no representa solo una superficie geográfica sino que tiene un perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político y social propio y que se expresa en un territorio en permanente construcción.^{29,30}
- El *análisis demográfico* deberá incluir una descripción de las necesidades de servicios (demanda) por grupos de edades, de las necesidades de servicios (demanda) por sexo y de las necesidades de servicios (demanda) por grupos poblacionales de riesgos.
- El *análisis del acceso a los servicios* deberá incluir una descripción de la capacidad real de acceso geográfico, funcional, cultural, legal y económico que tiene la población a los servicios de salud que oferta el territorio en función de sus demandas/necesidades. Se deberá analizar la *accesibilidad geográfica* en términos de posibles distancias y barreras físicas y/o geográficas que obstaculice la utilización del servicio. Se deberá analizar la *accesibilidad funcional* en términos de existencia real de servicios de salud oportunos, permanentes, en horarios adecuados a las necesidades de la población y apropiados para satisfacer el volumen de la demanda y necesidades de la población. Se deberá analizar la

accesibilidad cultural en términos de posibles conflictos entre las normas técnicas y administrativas de los servicios, así como los hábitos y costumbres de las comunidades donde ellos se sitúan. Se deberá analizar la *accesibilidad legal* en términos de documentar todo el cuerpo legal, técnico y administrativo que existe en el territorio para amparar legalmente la utilización de los servicios de salud por parte de las poblaciones donde se ubican. Se deberá analizar la *accesibilidad económica* en términos de ausencia de barreras financieras que impiden el acceso a los servicios de salud por parte de la población que reside en el lugar donde se ubican estos. Se hace referencia a barreras derivadas del sistema de pago o contribución del/a usuario/a de los servicios. Algunos autores incluyen en sus estudios de accesibilidad aspectos de calidad, otros como *Vieira de Sousa*^{29,30} señalan que la accesibilidad funcional se refiere a la calidad y eficiencia de los servicios de salud, quizás por eso es de las dimensiones del acceso, la menos estudiada. En otros estudios se señala que la accesibilidad legal determina la económica cuando por medio de la primera se define la gratuidad de los servicios. En el caso de *Frenk*³¹ propone la utilización de un conjunto de curvas de isoaccesibilidad, construidas a partir de la relación funcional entre la resistencia del sistema, entendida como el conjunto de barreras que impiden el acceso a este y el poder de utilización, entendida como la capacidad real de la población de superar esos obstáculos. Esas curvas definen distintos niveles de accesibilidad:

- El *análisis de la cobertura de los servicios* deberá incluir una descripción de la capacidad de respuesta de los servicios de salud a la demanda/necesidades sentidas de la población, para esto deberá caracterizar primeramente la oferta y la demanda/necesidad, para luego relacionar entre estas dimensiones y ver qué por ciento de cobertura existe.
- El *análisis de la capacidad de autogestión* deberá incluir una descripción de la capacidad de formación y especialización de los propios recursos humanos que tiene el territorio para brindar los servicios de salud que requiere su población y de la capacidad de autoabastecimiento de los suministros básicos e imprescindibles para brindar los servicios de salud que requiere su población.
- El *análisis de la intersectorialidad* deberá incluir una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para convocar y hacer participar a los otros sectores e instituciones del territorio en la búsqueda concertada y negociada de soluciones a los problemas de salud que tiene su población.
- El *análisis de la delegación de autoridad y recursos* deberá incluir una descripción de las funciones esenciales de la salud pública a cumplimentar por el sistema en ese nivel o institución, una descripción de las actividades de planificación, coordinación, prestación y evaluación de los servicios en ese nivel o institución, una descripción de las principales decisiones y el proceso que siguen para esto los líderes del sistema en ese nivel o institución, así como una descripción de los recursos necesarios por el sistema a ese nivel o institución que maneja ese líder y cómo lo hace.
- El *análisis de la unidad de mando y acción* deberá incluir una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para lograr una programación conjunta de las actividades de salud a nivel local, una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para lograr una relación estrecha y permanente con los otros sectores, una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para establecer formas prácticas de comunicación, una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para establecer formas prácticas de información y una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para establecer formas prácticas de diálogo.

• El *análisis de la participación social* deberá incluir una descripción de la capacidad de convocatoria que tiene el sector salud y sus líderes para lograr una real participación de la sociedad en la solución de sus problemas de salud, una descripción de la influencia de la comunidad y otras organizaciones y sectores pertenecientes a un espacio determinado en la solución de sus problemas de salud, una descripción de la capacidad que tienen los actores sociales involucrados en el problema de recibir información para conocer mejor su propia situación de salud, de participar en el proceso de selección y toma de decisiones, asignar y controlar recursos decisivos en la ejecución, y participar en el proceso de evaluación de las acciones que se tomen. Se deberán analizar *los mecanismos de participación social*, o sea, la existencia de organizaciones que permitan a los miembros de la comunidad reunirse y llevar a cabo acciones colectivas, en lugar de actuar como individuos aislados. Se deberá analizar *la amplitud de la participación social*; o sea quiénes y cuántos tienen la posibilidad de participar, y cuántos lo hacen en relación a las actividades de salud. Se deberán analizar *las modalidades de participación social* que se ponen de manifiesto en ese espacio concreto (colaborativa, cogestión o autogestión, negociación) con vistas a mejorar o solucionar sus problemas.

La incorporación de las contribuciones de *Senge*³²⁻³⁴ al estudio de los sistemas organizacionales permite desarrollar y documentar los procesos de reorganización y regionalización sanitarios, viendo a los sistemas de salud como un todo único del que emergen nuevos servicios o espacios organizacionales, que no posee el sistema de salud territorial por sí solo. Este enfoque permite descomponer el sistema principal en cada una de sus partes e identificar su organización interna, descubrir las múltiples relaciones que existen hacia su interior y exterior, explicar su estructura, analizar sus funciones y conocer la dinámica que se establece para el logro de su finalidad: el mejoramiento de la salud de las poblaciones. Todo esto da la capacidad de conocer el estado de funcionamiento de la salud pública como sistema, de perfeccionar sus sistemas organizativos, de encarar los problemas de dirección con vistas a impactar sobre el estado de salud de la población y sus determinantes.

CONCLUSIONES

Los procesos de *regionalización* favorecen la capacidad de resolver problemas de los servicios de salud a partir de la aplicación consecuente de los principios básicos de la *descentralización* como un largo proceso que permite ofrecer niveles apropiados de atención para todos, mejorar la calidad de los servicios, incrementar la satisfacción de la población y alcanzar niveles óptimos de la relación costo-beneficio.

El mayor reto para estos procesos de *descentralización* y *regionalización*, consiste en estudiar cómo los líderes de los sistemas de salud a nivel territorial, local e institucional son capaces de hacerle frente a las funciones esenciales de la salud pública en las condiciones actuales y vulnerar los problemas y necesidades de salud de sus comunidades, de ahí que una de las variantes para complementar un ejercicio de documentación de una experiencia de regionalización es la evaluación integral del sistema a través de la medición de sus funciones esenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rootman I, Raeburn J. The concept of health. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds). Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives. Toronto, Canadá: WB Saunders; 1994. p. 56-71.
2. Salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables "La perspectiva canadiense". Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
3. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York, USA: Aldine de Gruyter. Walter de Gruyter Inc; 1994.
4. Álvarez AG, García A, Gorbea MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana de Salud Públ. 2007;33(2).
5. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet MH. Voluntad política y acción intersectorial, premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2007;45(3).
6. Romero M, Álvarez M, Álvarez AG. Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. Editorial. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2007;45(2).
7. Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments CMAJ. 1973;108:388-91.
8. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document Department of Health and Welfare, 1974.
9. Alan Dever GE. Epidemiología y administración de servicios de salud. Aspen Publishers Inc. USA: Rockville Maryland; 1991.
10. Fernández Caballero E. Teoría de la administración. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud; 1986.
11. Capote Mir R, Fernández Caballero E. Regionalización. Documento mimeografiado para la docencia de la Maestría de Salud Pública. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1995.
12. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en América. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción: Publicación Científica y Técnica No. 589. Washington DC: OPS; 2002.
13. Terris M. Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica. Foro Mundial de la Salud. 1980;1(1 y 2).
14. Terris M. Los tres sistemas mundiales de atención médica. Tendencias y perspectivas. Reunión Anual de Salud Pública. Washington DC, 2 de noviembre de 1977.
15. Susser M. La salud y los derechos humanos: una perspectiva epidemiológica. Discurso de inauguración de la Segunda Reunión Científica Nacional de Epidemiología. Santo Domingo, 19 al 22 de noviembre de 1991.

16. Constitución de la República de Cuba. República de Cuba: Gaceta Oficial de la República de Cuba; 2003. (Enero 31, 2003).
17. Ley de Salud Pública de la República de Cuba de 1983. Ley Pub. No.41. República de Cuba: Gaceta Oficial de la República de Cuba; 1983.
18. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud. Políticas, estrategias y resultados. Cuba 1995-2001. La Habana, Cuba: MINSAP; 2002.
19. Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Pub. Científica No. 540. Washington DC: OPS; 1992.
20. Organización Panamericana de la Salud. Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas. Serie Des. Recursos Humanos No. 98. Washington DC: OPS; 1993.
21. Saltman RB, Figueras J. Reforma sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: OMS; 1997.
22. De Vos P, Dewitte H, Van der Stuyft P. Unhealthy European Health Policy. International Journal of Health Services. 2004;34(2).
23. Solimano G, Isaacs S. De la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago de Chile: Sudamericana chilena; 2000.
24. Salinas H, Lenz R. Las no reformas de salud en Latinoamérica. Razones que explican su fracaso. Santiago de Chile: Sudamericana chilena; 1999.
25. De Vos P, De Ceukelaire W, Van der Stuyft P. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. Tropical Medicine and International Health. 2006;11(10).
26. De Vos P. Report from Cuba: No one left abandoned: Cuba's National Health System since 1959 Revolution. International Journal of Health Services. 2005;35(1).
27. Ministerio de Salud Pública/OPS/OMS. Análisis sectorial del sistema nacional de salud. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública/OPS/OMS; 1995.
28. Ministerio de Salud Pública. Descentralización y desconcentración. Algunas reflexiones y recomendaciones para apoyar el proceso de descentralización y desconcentración del sistema nacional de salud. La Habana, Cuba: MINSAP; 1995.
29. OPS/OMS/FNUAP. Planificación estratégica y territorialización en salud reproductiva. Módulo 2. Washington DC: OPS/OMS/FNUAP; 1997.
30. OPS/OMS/FNUAP. Desarrollo organizacional. Un enfoque integral para el desempeño en salud reproductiva. Módulo 4. Washington DC: OPS/OMS/FNUAP; 1997.
31. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. In White; KL et al. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica No. 534. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS; 1992.

32. Senge PM. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Barcelona: Granica; 1998.

33. Senge PM, Kleiner A, Roberts C, Ross R, Roth G, Smith B. La danza del cambio. Los retos de sostener el impulso en organizaciones abiertas al aprendizaje. Bogotá: Norma; 2000.

34. The MIT 21 Century Manifesto Working Group: What do we really want? A manifesto for the organizations of the 21 Century. Discussion Paper. MIT, november, 1999.

Recibido: 20 de septiembre de 2007.

Aprobado: 30 de diciembre de 2007.

Adolfo Gerardo Álvarez Pérez. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Infanta #1158, entre Llinás y Clavel, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. E-mail: adolfo@inhem.sld.cu; alvareza@infomed.sld.cu
Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica.