

# EXPERIENCIA DE UN CAMINO PARA VENCER LA INEQUIDAD EN SALUD: EL ENFOQUE DEL SISTEMA PUBLICO HACIA LAS COMUNAS MENOS FAVORECIDAS

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1, 1997/ 66-69

*Drs. Carlos Montoya Aguilar,  
Sandra Madrid Flores,  
Enrique Barilari Davies\**

Una de las dimensiones principales del problema social de Chile a fines de la década anterior era la marcada inequidad de los indicadores de salud de la población y de las atenciones del sistema público para la salud entre las áreas del país (1, 2).

Frente a este problema el Ministerio de Salud se propuso, entre otras iniciativas, llevar a la práctica una propuesta directa y visible, enfocada a las comunas con mayor daño en salud: fue el Enfoque de Equidad en Salud, nacido a fines de 1991. Se hizo una primera selección de las comunas sobre la base de las estadísticas de mortalidad infantil y de mortalidad de los adultos de 45 a 64 años de edad, y consultando a los Directores de los respectivos Servicios de Salud. En total se ha trabajado con 45 comunas (de las 340 del país) de 12 Servicios de Salud. La población de esas comunas suma 1,2 millones de personas.

## CARACTERISTICAS PRINCIPALES

El fundamento del Enfoque ha sido el de apoyar a los equipos de salud comunales, tanto de los hospitales como de las Municipalidades, para que realizaran los diagnósticos de salud locales y eligieran las intervenciones que debían ser fortalecidas de acuerdo a la realidad encontrada y la opinión de las comunidades (3).

En el primer momento esto no fue fácil. Los

acontecimientos en Chile habían recorrido un largo camino en el debilitamiento del sistema público de atención y de la enseñanza y práctica de la Salud Pública. Algunos médicos no conocían el tamaño de la población de cuya salud eran responsables; otros no sabían cuántas muertes infantiles habían ocurrido en su comuna.

El instrumento técnico principal fue el análisis epidemiológico local, cuyos fundamentos se compartieron con los equipos, para que les sirvieran de apoyo para su programación y gestión. Se puso en práctica una "epidemiología comunitaria" o "de terreno".

En el nivel ministerial el Enfoque ha sido coordinado y promovido por un pequeño grupo, que comenzó con un salubrista y una secretaria y que, a medida que se ampliaron las actividades, llegó a contar con tres salubristas, la secretaria y medio tiempo de una programadora. Los médicos visitaron periódicamente a las comunas, siempre en conjunto con personal del respectivo Servicio de Salud, con información al Seremi, y siempre en actitud no jerárquica, no inspectiva ni de control. Se buscaba "acompañar" a los equipos locales en el enfoque de sus problemas y necesidades, de trabajar los temas en conjunto, y de ayudarles en lo posible a lograr las soluciones que ellos estimaban convenientes, sin omitir una discusión de los fundamentos de cada decisión.

En cada visita, por lo tanto, estaban presentes los tres niveles del sistema —equipo local, Direc-

---

\* Epidemiólogos, ex coordinadores del Enfoque de Equidad en Salud, Ministerio de Salud.

ción del Servicio de Salud y Ministerio—, vinculados además de distintas maneras con la Municipalidad, Educación, Organizaciones sociales y otros sectores. En cada visita se avanzaba en la autoevaluación de actividades y resultados, orientando así la colaboración ulterior. De cada visita se produjo un informe detallado para el Ministro, Subsecretario y participantes.

En el Ministerio se reunió periódicamente un Grupo de Apoyo a la Equidad, con representación de todos los Departamentos. De esta manera y de otras se podía agilizar la comunicación entre niveles y la solución de problemas. El Enfoque implicó un compromiso conjunto de dar a las comunas desfavorecidas todo el apoyo posible para elevar su nivel de salud.

En ningún momento se propuso la acción del Enfoque como un proyecto más: se insistió en que se buscara identificar las actividades de los programas, priorizando aquello que fuera más efectivo y eficiente. En la mayoría de los casos esto significó fortalecer los aspectos promocionales y preventivos, a veces con personal adicional, a veces con material educativo y equipos audiovisuales, otras veces con equipo médico o dental para facilitar el diagnóstico o el tratamiento precoz. Particularmente apreciada fue la “caja chica” de la cual dispusieron algunos equipos para agilizar reuniones intercomunales, capacitación o pequeños insumos.

Una vez al año se realizaron Seminarios de Equidad inter-Servicios, con presentaciones de las comunas y patrocinio de las autoridades del sector.

La Coordinación del Enfoque preparó guías acerca de diversos temas actuales de salud: Programación, Promoción, Quemaduras, Alcohol, Plaguicidas, Cobros, Vigilancia, Epidemiología de Traumatismos, Atención Sectorizada y Medicina Familiar (4).

## DIFICULTADES

Las principales dificultades fueron de orden estructural. El sistema de atención estaba (y sigue estando) desarticulado, la dotación de recursos humanos era insuficiente y la motivación de muchos estaba dañada (recuérdese que se debió realizar un programa de salud mental para los funcionarios de la atención primaria). El diseño del sistema provocaba inestabilidad en la composición de los equipos locales. Faltaban epidemiólogos en la mayoría de los servicios de salud. Los equipos de las direcciones de servicios y del ministerio

sufrían de una compartimentalización vertical de los programas; algo similar ocurría con los variados proyectos que, aunque con objetivos interrelacionados, tenían jefaturas, actividades y controles separados. La comunicación intersectorial y con la comunidad era en gran parte ilusoria o frágil.

Mientras se realizaban los esfuerzos descritos en el nivel técnico, su efectividad chocaba contra otros gruesos obstáculos: el financiamiento era (y es) inequitativo entre los subsectores privado y público y dentro de este último; la descentralización real hacia el nivel de los Servicios de Salud (defensores naturales de la equidad en el plano nacional e internacional) era insuficiente; y no se había definido claramente la responsabilidad de los hospitales-base ante la salud de la población de sus áreas ni ante el nivel primario de atención (5).

## UN BALANCE

En el momento actual en que una reorganización del Ministerio de Salud ha reasignado funciones a los miembros de la coordinación central del Enfoque de Equidad procede hacer un balance preliminar de esta estrategia.

¿QUE SE LOGRO? Para responder hay diversas fuentes. La evaluación de las metas de los programas anuales más recientes indica lo siguiente (4, 6):

- a) Las Direcciones de los Servicios de Salud se han apropiado el Enfoque de Equidad (que era lo que se perseguía obtener) de varias maneras. Varios han creado o fortalecido unidades de epidemiología y/o de salud comunitaria con funciones orientadas hacia las comunas. Se proponen extender el Enfoque a nuevas comunas y medir la inequidad intercomunal en sus áreas. Al menos seis direcciones de servicios han asumido el compromiso de apoyar a las comunas del Enfoque con recursos propios y/o de distribuir sus presupuestos complementarios según los métodos de equidad. Varios relacionan la equidad con la función de promoción y también con la consolidación de la vía democrática y participativa para el país. “Todo el trabajo es producto de la conformación de equipos, tanto en lo que se refiere a la permanente asesoría y apoyo desde el ministerio como en el servicio de salud y a nivel local... Se ha logrado insertar el enfoque de equidad en los programas del servicio, asegurando su continuidad como enfoque de vida y de trabajo... No

cabe duda que las comunas más pobres son el centro de nuestro mirar y accionar"... (9).

- b) Los equipos de salud de las comunas han comenzado a monitorear por sí mismos las actividades que han priorizado y los resultados obtenidos. Utilizan para ello indicadores elegidos localmente.
- c) El monitoreo local revela que ha habido un impacto positivo en la salud. Por ejemplo, la mortalidad infantil bajó en 27 comunas en una proporción mayor que en el conjunto del país. En 14 comunas en que se puso acento en prevención del trauma y de patologías asociadas al alcohol bajó la mortalidad en las edades de 15 a 44 años (7).

Dependiendo de las prioridades locales, se ha logrado aumentos de las coberturas de patologías crónicas; de bebedores problema y pacientes alcohólicos; de prevención del cáncer cervicouterino; del tratamiento local de recién nacidos prematuros y enfermos.

Las direcciones de servicios de salud, en su última evaluación del Enfoque, a fines de 1996, destacan otros resultados: el mejoramiento de la promoción y de los programas básicos; el aporte a la vigilancia epidemiológica y a la prevención de accidentes y violencia; la atención integral a la población vulnerable; un efecto positivo sobre los equipos de los establecimientos locales y sobre los usuarios; el fortalecimiento de redes comunitarias para la salud; la experiencia exitosa de los coordinadores comunitarios (Maule, Arauco); las encuestas locales de satisfacción; la comunicación sobre prevención en salud a través de radioemisoras locales; el mejoramiento de la calidad de la atención y el aumento de la capacidad resolutive de los pequeños hospitales; el desarrollo de un programa de salud intercultural (Araucanía); etc.

El Enfoque también ha tenido efectos en la promoción de la investigación de problemas locales de salud y en la enseñanza de la epidemiología comunitaria (8).

"...Los conceptos de equidad, descentralización, participación local, calidad de la atención y satisfacción de los usuarios han ido madurando progresivamente en las comunas en que están los equipos de salud que han aprendido a trabajar con este enfoque en conjunto con sus comunidades participativas..." (9).

- d) Se ha contribuido a la medición y monitoreo de la equidad en salud y atención a nivel nacional y regional. Se han probado y difundido

los métodos para ello y se han centrado así las bases para continuar la investigación y la evaluación en este campo.

- e) Entre los logros a nivel ministerial puede citarse el aumento de la percepción, desarrollo y uso de los conceptos de equidad y de la aplicación de la epidemiología, con el apoyo de autoridades del Ministerio. En 1994 se definió a la equidad como uno de los tres principios básicos de la política de salud de Chile. Además, a partir de 1991, el Ministerio desarrolló un programa paralelo al Enfoque, mediante el cual abordó con eficacia y eficiencia el problema de las listas de espera, el cual era la expresión más visible de la inequidad en los niveles secundario y terciario (10).

- f) Por último, el Enfoque de Equidad ha constituido, en la práctica, una verdadera escuela llevada a los niveles periféricos e intermedios del sistema público de atención.

¿QUÉ NO SE HA LOGRADO AUN? El Enfoque de Equidad era un proyecto preliminar de política de salud. La entrega de apoyo técnico y material a algunas comunas era un primer paso para el fortalecimiento de las funciones de desarrollo y evaluación propias del Ministerio y complementarias de una eficaz descentralización. Facilitaban la percepción de las "otras" inequidades del sector. Conducían a la aplicación de la equidad en la distribución y manejo de **todos** los recursos de cada servicio de salud y del sistema nacional. Falta todavía la integración político-técnica que se traduzca en que las autoridades superiores del sector asuman, sin centralismo, el liderazgo explícito del Enfoque de Equidad (con este u otro nombre).

Es decir, que den el apoyo y la motivaciones para que cada nivel, establecimiento y persona del sistema desempeñe, con autonomía profesional y junto a la población, su rol específico, dentro del marco de la equidad. Como escribe un director de servicio en la evaluación citada: "el Enfoque ha permitido una real atención integral al grupo de población vulnerable definido; sin embargo, observamos que el modelo no es reproducible en su totalidad en el marco actual de los Servicios" (6).

#### CONTINUIDAD DEL ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD: EL DESAFÍO

"...Es un deber transmitir esta filosofía a todos los equipos y velar porque persista en el tiempo" (9).

La reciente reorganización del Ministerio podría facilitar la integración del Enfoque de Equidad en la institucionalidad, por ejemplo en el seno de las divisiones de salud (de las personas y del ambiente) y de los servicios de salud. Será siempre necesario un "punto focal" que vele por la aplicación del principio en esos dos niveles. Corresponde al ministro ese rol respecto al conjunto del sistema.

Es muy conveniente que esta nueva integración comience por identificar nuevamente, con datos y con participación de los servicios, cuáles son hoy las comunas más desfavorecidas en salud. El diagnóstico en las comunas seleccionadas debería ser hecho por los equipos y las comunidades locales, con tan sólo asesoría técnica de las direcciones de SS y del Ministerio. Las prioridades y planes posteriores deberían también nacer de la base, para ser luego apoyadas y monitoreadas en conjunto con los niveles más centrales.

Paralelamente es necesario seguir investigando y monitoreando los niveles, las características y las causas de la inequidad en salud.

Los criterios de equidad deben aplicarse en todos los programas y en toda la red de atención con sus distintos niveles de complejidad y para toda la población.

La experiencia adquirida en más de cinco años de aplicación del Enfoque de Equidad puede ser útil: el acompañamiento no jerárquico, el uso de la epidemiología, la entrega de algunos recursos para disposición genuinamente local, la insistencia en el automonitoreo, el empleo de coordinadores comunitarios y muchos otros métodos sobre los cuales hay suficiente documentación (4).

Debe velarse por la equidad en el financiamiento, en la política de recursos humanos, en la atención a las personas y al ambiente y sobre todo en los factores de riesgo.

La comunicación fluida entre el Ministerio y algunas comunas "centinela", pasando por las direcciones de servicios de salud, es esencial para que el Ministerio cumpla bien su función normativa, evaluadora y reguladora de las políticas y

planes nacionales de salud. También es fundamental para que opere una real descentralización, que sólo puede hacerse en el marco de una comunidad de visión entre el centro y la "periferia".

De esta manera seguirá desarrollándose una **cultura de la equidad en salud** de modo que ésta se conquiste en cada servicio entre comunas, entre barrios o poblaciones, entre grupos socioeconómicos y étnicos, entre los géneros y en cada edad.

## REFERENCIAS

1. Montoya, C., Equidad en Salud: proyecto marco de ataque a la mortalidad infantil y del adulto en las comunas más afectadas de Chile, Ministerio de Salud, Santiago, octubre 1991.
2. Montoya, C., Barilari, E., Madrid, S. y Ramírez, M., Medición de la inequidad en la situación y atención de Salud: Chile 1992, Enfoque de Equidad en Salud, Ministerio de Salud, Santiago 1994.
3. Montoya, C. Enfoque de Equidad en Salud: una batalla para ganarla, Vida Médica 1994; 46(4): 61-65.
4. Enfoque de Equidad en Salud, Programaciones y Evaluaciones Anuales y Ocasionales, informe de visitas a comunas, evaluaciones de los servicios de salud y comunas participantes, Informes de Seminarios Inter-Servicios, Gufas. Ministerio de Salud, Santiago, 1992 a 1997.
5. Colegios Profesionales de la Salud, Propuesta de Política Integral de Salud para Chile, Santiago, febrero 1997.
6. Direcciones de Servicios de Salud, Evaluación del Enfoque de Equidad en Salud. Respuesta a solicitud del Sr. Subsecretario de Salud del 2.9.1996.
7. Barilari, E., Escenarios del Enfoque de Equidad en Salud 1995, Enfoque de Equidad en Salud, Ministerio de Salud, Santiago, Octubre 1995.
8. Servicio de Salud de Araucanía, Boletín Epidemiológico Nros. 1 a 5, Temuco 1996 y 1997.
9. Alonso, P., Enfoque de Equidad en Ñuble, Departamento Programa de las Personas, Servicio de Salud de Ñuble, Chillán 15.5.1997.
10. Serra, I., *et al.* Evaluaciones del programa de reducción de listas de espera, Ministerio de Salud, 1992-94.