

**“EL ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA
COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS/OMS”**

Dr. Luis Eliseo Velásquez Londoño
Asesor en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Representación OPS/OMS en Argentina

**Maestría en Salud Familiar y Comunitaria
Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad Nacional de Entre Ríos**

**Concepción del Uruguay, Provincia de Entre Ríos, República Argentina
14 de Octubre de 2005**

En primer lugar, en nombre de la OPS, quiero saludar muy especialmente a todos los directivos de la Facultad, a los invitados internacionales, a todos los estudiantes y profesores.

Voy a hacer una presentación panorámica, como decía el Dr. Samaja, de cómo esta viendo la OPS el enfoque de salud familiar y comunitaria y voy a hacer énfasis en como los cuerpos directivos de la OPS, es decir los gobiernos, los Estados Miembros, van discutiendo lineamientos de política de salud regional, van generando consenso y van acelerando reformas a los sistemas de salud a nivel de sus países.

Desde el año 2000, se está implementando la iniciativa de la OPS, en conjunto con todos los países de la Región, para fortalecer la salud pública. En ese marco de referencia, voy a presentar algunas gráficas para ilustrar el estado de situación de salud de la Región, especialmente en el campo de la salud infantil y de la salud materna. Luego voy a referirme al enfoque de trabajo de la OPS con los países en salud familiar y comunitaria. Fíjense ustedes como las causas peri-natales son cerca del 38% de todas las muertes en menores de cinco años. Tenemos también los accidentes que producen casi el 6%, la desnutrición, cerca del 3%, las afecciones respiratorias 12%, las enfermedades infecciosas 12% y el resto anomalías congénitas y enfermedades cardiovasculares 30%. Quiero mostrarles esto porque el análisis que se hace es que el 70% de todas estas muertes son evitables. Quiere decir que con intervenciones que ya conocemos, que están disponibles en los países, si llegamos a estos niños que están muriendo por estas causas, podríamos evitar, repito, el 70% de estas muertes, esta es una situación sumamente crítica.

Cuando analizamos el problema de la atención del embarazo, el parto y el puerperio, nos encontramos con una tragedia regional: 22.000 mujeres mueren al

año por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio; y todos los días se están muriendo mujeres por estas causas. Si bien países como Argentina está relativamente bastante por debajo del promedio latinoamericano y el promedio de los países en desarrollo, la diferencia de mortalidad entre las provincias es muy grande, con una entidad territorial, la capital federal, que presenta cifras más aproximadas a lo que es la mortalidad materna en los países desarrollados.

Si ustedes revisan las causas, la cuarta parte de las muertes son debidas a hemorragias, debido a que la mujer no llega a tiempo a un servicio de salud, y/o a que el servicio de salud no tiene la provisión de sangre segura. En la Región de las Américas el 13% de las muertes maternas son por complicaciones del aborto. La falta de atención oportuna y adecuada a la mujer con esta situación clínica, debido a la infeliz confluencia de varios factores sociales, culturales y legales determinantes, se traduce en una alta proporción de mortalidad materna por aborto.

Se ha mostrado una correlación muy directa entre menos de 8 años de educación de la mujer y muerte materna. Es decir, cuando la mujer tiene 8 años o mas de educación escolar, disminuye muchísimo la muerte materna. En embarazos muy tempranos este es un fenómeno que estamos viviendo en nuestra sociedad Latinoamericana, las chicas están embarazándose a muy temprana edad, a los 12 o 13 años, está incrementando el embarazo en adolescentes.

Un fenómeno que estamos viviendo es la relevancia de las causa indirectas de muerte materna tales como el HIV, Malaria, Violencia. Asimismo, las practicas no basadas en evidencia, es decir, que no siguen todos los procedimientos, protocolos, lo que se denomina los cuidados obstétricos esenciales, contribuyen a un estado de situación complejo en la Región en el campo de la mortalidad materna. Una de las funciones de la OMS y de la OPS en este campo es concensuar cuales son los cuidados básicos que toda mujer antes del embarazo, durante el embarazo, parto y el puerperio debe seguir, estos se llaman los cuidados obstétricos esenciales y el no seguir esto y hacer diferentes practicas que no están basadas en evidencia es un factor determinante de la mortalidad materna.

En varios países es un problema el acceso a servicios de planificación familiar y servicios materno- neonatales con adecuada capacidad resolutive. En el caso de Argentina por ejemplo existe un problema de calidad de atención y de disponibilidad de elementos para la atención en algunos lugares. El parto institucional o por personal calificado en la Argentina es del 98%, esto quiere decir que las mujeres argentinas están accediendo al servicio de salud pero la mortalidad materna sigue siendo alta para ese nivel de acceso al parto institucional. En países como Perú y Bolivia hay regiones donde el 80% de los partos no son atendidos por un personal capacitado, ahí el problema no es solo de calidad de atención en los servicios sino que no se tiene acceso a los servicios. En algunos casos se registra otra causa de muerte.

Trataremos de sintetizar varios de los acuerdos políticos a los cuales han llegado los estados miembros de la OPS y también los acuerdos de más de ciento ochenta países que firmaron en el año 2000 la Declaración del Milenio, donde se definieron por consenso una serie de Objetivos del Desarrollo del Milenio, siendo varios de ellos de salud. Son ocho objetivos, dieciocho metas y cuarenta y ocho indicadores para el año 2015. Argentina adaptó estos consensos a la realidad del país, por decisión de la Presidencia de la República y del Ministerio de Desarrollo Social con el Consejo Federal de Políticas Sociales. Se tiene un documento de cómo se aplican estos objetivos de desarrollo del milenio a la realidad Argentina. Aquí hay varios que son de salud, como ven ustedes en el caso de reducir la mortalidad infantil, reducir en 2/3 partes lo que era la mortalidad infantil en 1990.

Esta ha sido una oportunidad bien interesante porque en el trabajo con los países se ha retomado bastante el tema de la planificación y el establecimiento de objetivos y metas sanitarias que se había perdido. En varios países desaparecieron los institutos de planificación y prácticamente el Estado no volvió a liderar, a conducir, a establecer metas, objetivos nacionales y esto en salud ha sido muy crítico, por la falta de objetivos y metas sanitarias. Y esto por lo menos ha sido desde el año 2000 un catalizador, un elemento para impulsar nuevamente la planificación sanitaria.

Yo les quiero mencionar cuatro grandes iniciativas o estrategias regionales que los países han consensuado en el marco del foro de salud que es la OPS, la OPS es un foro de salud, es el foro de Salud Pública natural y el más importante de las Américas. Entonces allí, desde ya varios años se han venido consensuando varias iniciativas, menciono cuatro rápidamente que son centrales para el trabajo en éste campo de la salud familiar y comunitaria; i) la renovación de la estrategia de atención primaria de la salud; ii) En la OPS se ha convenido entre los países que la protección social en salud es la garantía, que los estados le entrega al individuo frente a todas sus necesidades en salud, es decir es el estado el que garantiza la satisfacción, de las necesidades de todos los ciudadanos en salud, así se ha interpretado, eso sería una definición así gruesa de cómo a nivel de salud hemos interpretado los países. Y esto es reciente, hay documentos también del año 2002 donde se adopta esa iniciativa llamada extensión de protección social en salud para reducir y eliminar la exclusión en salud, o sea la otra cara del problema es la exclusión social en salud. iii) Otra iniciativa que está creciendo muy fuertemente y que ustedes la van a ver el año entrante porque fue el tema olvidado en la reforma de salud fue el desarrollo de los recursos humanos y sigue olvidado y vemos no solo en la Argentina sino en varios países los paros, las protestas, por qué?. Porque el recurso humano se convirtió en factor de ajuste de la reforma, es decir, primero parecería estar la tecnología, la compra de insumos; iv) la iniciativa de generación de espacios saludables, que implica el desarrollo de políticas a favor de la salud y también generar un compromiso de todos los sectores del desarrollo, los sectores de toma de decisión política, las instituciones, las empresas, el sector productivo, las instituciones sociales en fin, en pro de la salud.

La OPS, ha definido también unos países prioritarios para darles más apoyo, mas soporte, buscar que otros países los apoyen. Uno de ellos es Haití, y con Haití por ejemplo, Argentina está cooperando muchísimo en recursos humanos, ayuda humanitaria.

Algunos temas que en la región son muy críticos y que son también muy propios de la cooperación de la OPS (que se inició hace mas de 100 años) es el tema de las enfermedades transmisibles y con un énfasis especial, la epidemia de VIH-SIDA. Asimismo, es prioritaria la atención a la salud del niño y el adolescente, las inmunizaciones, que como ustedes saben es uno de los programas-bandera de la OPS/OMS en esta Región de las Américas, ustedes saben que esta es la región del mundo que mejor desempeño tiene en el tema de inmunización, aquí fue el primero donde se erradicó la polio en el mundo, ahora la OMS esta planteando la erradicación de la polio a nivel mundial. Tal vez no se va a lograr este año, probablemente a final del año entrante. Nutrición, salud de la mujer, y salud materna, son otras de las prioridades en la estrategia de salud familiar y comunitaria que impulsa la OPS.

Quiero mostrarles el rezago que tenemos y la necesidad de cambiar de paradigmas y modelos de atención, miren ustedes la velocidad de descenso anual promedio de la tasa de mortalidad en la niñez en la región de las Américas observadas entre 1990 y 2000. La reducción de la mortalidad en la niñez de menores de 5 años fue de 2.4% anual la reducción, pero la requerida según metas de cumbres que hubo para la infancia entre 1990 y 2000 era de 4%. Ahí había un rezago en esa década muy grande, pero miren el rezago como se ha agravado frente a las metas que se establecieron en el 2000 con la declaración del milenio, fíjense ustedes, la observada del 2000 a 2003 aumentó un poco del decenio anterior y del 2000 al 2003 paso a 2.6% anual de descenso. Pero las requeridas según las metas del desarrollo del milenio eran de 1990 a 2015 serian de 4.3%, pero viendo que en el periodo 1990 a 2000 fue tan bajo, la requerida desde ahora desde el 2003 a 2015 para lograr la reducción de las 2/3 partes que se planteaba desde 1990 a 2015 se requiere que sea una reducción anual del 6.3% y el ritmo era de 2.6%. O sea estamos ante la necesidad de un cambio real, concreto del modelo de atención de la llegada de las intervenciones en salud a las poblaciones más necesitadas.

Aquí podemos ver como ha sido el descenso en algunos países que los que están en rojo son los países prioritarios definidos por la OPS que son, Haití, Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua. Fíjense ustedes el caso dramático de Haití, como el descenso registrado en 2000 a 2003 fue de -0.4%, retrocedió y qué requeriría entre el 2003 y 2015 para lograr las metas? Casi el 8%. O sea la situación de Haití es completamente critica, no así la de Perú, un país que registró el 5% de descenso entre el 2000 y 2003, y el requerido entre el 2000 y 2015 es de 5.1%. Digamos que está teniendo estrategias e intervenciones en salud que harían pensar que al 2015 van a lograr las metas pactadas de disminuir la mortalidad de menores de 5 años. Otros países como Guyana que esta muy lejos también, México y Brasil países con mucho mayor ingreso per-cápita ambos, países ricos

en riqueza naturales, en población, pero con profundas inequidades en el interior de los mismos, que llevan a que globalmente estos países no estén cumpliendo las metas. Por ejemplo Brasil 1.2% de reducción anual de mortalidad en la niñez y necesita 6.4% y lo mismo en el caso de México 2.8% y requiere 6.3%, es un llamado de atención, es un alerta, porque hay problemas que no están permitiendo que se logre esa reducción.

Fíjense ustedes, yo les decía al comienzo que el 70% de las causas de muerte en la niñez eran evitables, y aquí vemos que se podrían reducir el 15% de las muertes con un manejo adecuado de las terapias de hidratación oral, una intervención tan sencilla como ésta, tan simple, tan costo-efectiva, alimentación complementaria, antibióticos para neumonías. Cada invierno en la puna peruana se mueren entre cincuenta y cien niños por que les da una gripe, una bronco-neumonía, y no acceden a tiempo a un servicio de salud y a los medicamentos.

En el caso de las causas neonatales, y esto también es increíble, con el acceso a una intervención como la lactancia materna, se disminuiría como mínimo el 13% de muertes neonatales; con materiales tratados con insecticidas, sobre todo en las zonas de malaria, se podrían reducir muertes. Con acceso a antibióticos para sepsis, esteroides prenatales, parto limpio, toxoide tetánico, manejo de temperatura del neonato, manejo de la saturación del oxígeno también se podrían reducir muchas muertes. Cuantos chicos, unos mueren y otros quedan ciegos por la retinopatía del prematuro por el inadecuado manejo del nivel de saturación del oxígeno, esos son detalles de calidad de atención muy importantes.

Esta ultima parte, la voy a centrar ya en algunos conceptos que viene trabajando recientemente la OPS con los países, porque se ha visto que hay mucha experiencia acumulada y hay necesidad de sistematizar un poco todo esto, pero el tema de la familia, el tema de la función que la familia desempeña en el proceso de salud-enfermedad es un tema que se viene trabajando hace bastante años. Desde el año 1976 ya la OMS había planteado un concepto que sigue siendo completamente valido: la familia es la unidad básica de organización social y también la mas accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va mas allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros, si bien brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella.

Estamos viviendo una crisis de modelo de atención: cómo prestamos los servicios, cómo los entregamos a la comunidad. El aumento de la pobreza y la inequidad también ha generado una disminución en el acceso de los servicios de salud por diferentes causas de falta de accesibilidad. Ustedes saben que hay problemas de accesibilidad de tipo geográfico para mucha gente que vive en un país de las dimensiones territoriales de la Argentina, que hay mucha dispersión poblacional en ciertas regiones, el acceso a los servicios de salud es difícil, el acceso económico que no solamente consiste en que el servicio gratuito, porque yo puedo tener un servicio gratuito, pero que pasa?. Si voy a llevar al chico a un centro de salud, tendría que dejar de trabajar. O el costo del transporte, el hecho de que me

programen controles cada cierto tiempo, y yo no tenga con que pagar ese transporte, le sucede a muchas personas, o el costo-oportunidad del tiempo para la gente, es accesibilidad económica, funcional, o muchas veces organizacional. Los establecimientos de salud no están adecuados en sus horarios, en sus servicios a las necesidades de la población. Son varias causas que han llevado a este problema de inaccesibilidad.

Estos cambios exigen entonces una reevaluación de los enfoques tradicionales, utilizando nuevos métodos de trabajo que incluyan a las instituciones de la comunidad, que puedan apoyar intervenciones participativas y que tengan en cuenta la diversidad cultural, la adecuación cultural del servicio que se entrega. Muchas personas, a pesar de tener el servicio de salud cerca, no lo utilizan porque tienen otra cosmovisión, otra forma de ver el mundo. En las comunidades indígenas, la mujer no quiere irse a un lugar frío, con esos colores que usamos en medicina, el blanco y el verde claro, sino que quiere la atención cálida de su hogar. Ahí hay una brecha que solamente con trabajo intercultural podremos mejorar el acceso a los servicios.

Un consenso al cual estamos llegando en nuestros países es que para los servicios de salud la participación de la familia y la comunidad son claves para proteger su salud y esto también contribuye a mejorar el desempeño completo del sistema de salud. Cada vez mas estamos aceptando el rol de la población, de la familias como trabajadores de la salud, es decir ellos también son recursos humanos en la salud. Y hay una situación muy especial también con esto y es el tema de los cuidadores, es decir, cuanto, en la medida que se van volviendo mas ambulatorio un servicio, en la medida que vamos “descargando” los hospitales, que vamos cerrando camas, el apoyo de las familias y las redes sociales es mas importante. Pero que pasa? se está generando una sobrecarga también sobre los miembros de la familia, especialmente sobre la mujer. El 80% del cuidado de los enfermos recae sobre las mujeres. Como apoyar entonces, cómo incentivar, recompensar el trabajo de la mujer o de los cuidadores familiares, cómo atender los riesgos para su salud mental en un tipo de sistema que está cambiando hacia una ambulatorización? De otro lado, una atención mas centrada en la familia y en cuidados a nivel comunitario, con empoderamiento de la familia y de la comunidad, aumenta sin duda la concientización y la demanda de los servicios de salud.

Les decía al comienzo que en todos nuestros países hay una o muchas experiencias de servicios, de provincias, municipios, de centros de atención primaria, que tratan de trabajar con este enfoque. Hay una gran variedad de experiencias, aunque todavía no hay muchos estudios que sistematicen claramente esto.. En el caso de Brasil por ejemplo el programa de salud para la familia tiene ya algunas evaluaciones. En Cuba, en Chile, y en otros países se han hecho estudios sobre esto y en la misma Argentina hay trabajos sobre el tema. Lo que se encuentra como componente crítico para el desarrollo de estos modelos centrados en la familia y la comunidad es qué tanto se logra mejorar el poder de decisión de la familia para resolver los problemas de salud. El sistema se asegura

que la familia tenga la información suficiente, el conocimiento, la actitud y finalmente la práctica, pero no necesariamente la información lleva a un empoderamiento. Este es el factor crítico: cuánto la familia se empodera, conoce y cambia hábitos, ayuda a sus miembros y puede participar en procesos comunitarios más amplios de desarrollo de políticas públicas saludables.

Un método integrado al trabajo en salud familiar y comunitaria con enfoque de promoción de la salud, desde una perspectiva intersectorial es otro factor crítico: es decir, no solamente se debe trabajar a nivel de una familia aislada, hay que trabajar con las instituciones, con redes sociales, también con las instituciones políticas, de la municipalidad o de la provincia. Y también se ha visto que los programas más exitosos tienen un fuerte financiamiento público, porque en realidad muchas de estas actividades requieren tener equipos, personal suficiente, y se ha visto que en sistemas tan fragmentados o segmentados, caso Argentina, es muy difícil llevar a cabo este tipo de trabajo porque las fuentes de financiamientos de los programas de servicios son múltiples y no coordinadas. Entonces esto implica agrupamiento de recursos y un fuerte compromiso, un fuerte financiamiento público.

Se requiere la consideración de la familia desde un punto de vista holístico que abarque las necesidades educativas y económicas: es muy difícil plantear un proceso educativo con una familia que esté aguantando hambre y no tenga una fuente constante de ingreso. El hecho de que se pueda trabajar en proyectos intersectoriales productivos que pueden mejorar los ingresos de la familia es fundamental, para complementar las actividades de salud y las actividades educativas.

Si estamos logrando una mayor participación de la comunidad y un mejoramiento del acceso a los servicios, es muy importante que se desarrolle un componente de seguimiento y vigilancia: si estamos llenando fichas familiares, qué análisis estamos haciendo de esto?, qué estamos detectando?. No solamente recoger información, sino haciendo análisis para tomar decisiones.

Algunos retos adicionales frente a estos cambios de paradigma: facultades como la de ustedes están trabajando para modificar los planes de estudio de profesionales y técnicos, han creado modalidades de capacitación en servicio para mejorar las competencias del personal, aprender haciendo, aprendizaje con base en problemas, estudios de caso, no solamente el ejercicio teórico sino el trabajo en taller, como planteaba esta mañana el Dr. Samaja.

Una dificultad importante también en nuestros países ha sido adoptar, y es muy típico en el caso argentino, un enfoque familiar cuando tenemos un sistema de salud centrado en los seguros de salud, en seguros donde las acciones dependen de las capacidades de elegir y pagar los servicios. Es el caso en países como México, Colombia, Venezuela, Perú, Argentina y otros, países que tienen sistemas de salud muy segmentados: cada grupo de población tiene acceso a la salud según su capacidad de pago o su vinculación al aparato productivo, es decir, si

una persona es obrero de la construcción entonces tiene una obra social de la construcción, si otro es de personal de dirección, y todos tienen planes de salud distintos, todos según la condición social y sus ingresos tienen una salud diferente o un acceso a los servicios de salud diferentes, esto complica mucho el trabajo para hacerlo sobre una base poblacional y con intervenciones de salud familiar y comunitaria.

La OPS está trabajando con los países para elaborar un marco para la aplicación de un enfoque familiar en todo el ciclo de vida. Se pretende apoyar la formulación de políticas para generar espacios saludables, productivos, fortalecer la función de la familia y la comunidad en los temas de educación y salud. Fortalecer la participación comunitaria y el poder de decisión de la familia para que a su vez sean partícipes de su propio desarrollo y del desarrollo en salud. Contribuir al desarrollo de los recursos humanos en este campo, promover y apoyar investigaciones operativas acerca de la reorientación de los servicios a la promoción de la salud y producir evidencias sobre costo efectividad de las intervenciones en salud familiar y comunitaria y elaborar indicadores de evaluación y monitoreo de este enfoque de la atención.

Por eso les mencionaba que vemos con tanto interés cuando por ejemplo en el caso de Brasil se hacen evaluaciones de programa de salud de la familia y hay también evaluaciones de propuestas en la Provincia de Santa Fe. Hay diferentes estrategias en marcha a lo largo y ancho de la Argentina tratando de transformar el modelo de atención.

En la atención neonatal, por ejemplo, el cuidado integral en salud comienza por la madre y la familia, el cuidado del niño, del recién nacido, la búsqueda de atención oportuna antes del parto, apoyo social durante el parto, compromiso y participación de los hombres y otros tomadores de decisión, concientización de la familia, de las necesidades y derechos en salud materno neonatal.

Finalmente, mencionaré algunos factores que vemos como críticos para lograr las metas de la Declaración del Milenio en América Latina y el Caribe. Es necesario acelerar el movimiento hacia reducción de las inequidades en salud y acceso a los servicios esenciales o servicios que podríamos llamar fundamentales. Se trata de extender, universalizar la protección social en salud, entregando las intervenciones fundamentales a las poblaciones que están en mas necesidad. Esto requiere una acción urgente por parte de los gobiernos y de las poblaciones, aumentar el gasto público actual y mejorar la calidad de la asignación de recursos en el sector de la salud, reorientar los servicios de atención de salud basados en la estrategia renovada de la atención primaria, fortalecer la estructura de gestión de la salud pública de manera sostenible. Es decir, debemos recuperar la capacidad de rectoría que debe tener el estado, tanto el estado nacional como el estado provincial y a nivel de los municipios y a nivel de las regiones sanitarias, los distritos, la capacidad de diagnóstico participativo de la situación de salud, planes participativos, capacidad de establecer metas, objetivos sanitarios, la capacidad

de hacer monitoreo, análisis de la situación en salud, análisis epidemiológicos, toma de decisiones basada en evidencias. Muchas gracias.