

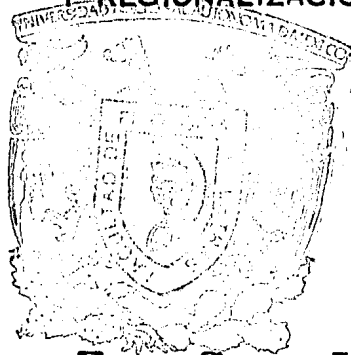
17
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE GEOGRAFÍA

GEOGRAFÍA, ATENCIÓN PRIMARIA
Y REGIONALIZACIÓN



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN GEOGRAFÍA

SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

PRESENTA:
MONICA MORA PEREZ - TEJADA

MEXICO



1986

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE GEOGRAFÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

I). MARCO CONCEPTUAL.

- 1). Proceso salud-enfermedad.
- 2). Diversas concepciones del proceso salud-enfermedad.
 - 2.1). Mágico-religioso.
 - 2.2). Biologicista.
 - 2.3). Sanitarista.
 - 2.4). Biológico-social-histórica.
 - 2.5). Comentarios.
- 3). Modelo conceptual del proceso salud-enfermedad.
(concepción Biológica-social-histórica).
 - 3.1). Premisa.
 - 3.2). Características generales.
 - 3.3). Explicación.
- 4). Observaciones

II). ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

- 1). Problemática de la salud en Latinoamérica.
- 2). Nuevas alternativas en salud.
- 3). Estrategias regionales de salud para todos.
 - 3.1). Objetivos regionales.
 - 3.2). Características principales.

- 4). Estrategia principal: atención primaria en salud.
 - 4.1) Definición de atención primaria.
 - 4.2) Areas prioritarias
 - 4.3) Extensión de la cobertura y regionalización de los servicios.
 - 4.4) Desarrollo administrativo en la atención primaria y apoyo a la articulación intersectorial.
 - 4.5) Organización y participación de la comunidad.
 - 4.6) Componentes secundarios de la atención primaria.

III). INTRODUCCION AL CONCEPTO DE REGION.

- 1) Evolución del concepto de región.
- 2) Características generales de la región.
- 3) Tipos de regiones.
- 4) Regiones para fines de salud.

IV). REGIONALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- 1). Introducción
- 2). Definición del concepto de regionalización según la Organización Mundial de la Salud.
- 3). Objetivo de la regionalización
- 4). Desarrollo del concepto de regionalización de los servicios de salud y sus diversas aplicaciones.

V). LA REGIONALIZACION Y EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD GEOGRAFICA

1) Introducción.

2) Componentes de la regionalización.

2.1) Estructura de la regionalización

2.1.1) Aspectos a considerar para la delimitación de regiones de salud.

2.1.1.1) Tamaño de la región

2.1.1.2) Límites políticos

2.1.1.3) Comunicaciones y Transportes

2.1.1.4) Accesibilidad

2.1.1.5) Ciudades y ubicación de hospitales.

2.1.2) Jerarquización de los servicios en la región. Niveles de atención.

2.1.2.1) Niveles de atención

2.1.2.1.1) Primer nivel de atención

2.1.2.1.2) Segundo nivel de atención.

2.1.2.1.3) Tercer nivel de atención.

2.1.2.2) Autosuficiencia de la región

2.1.3) Delegación del poder a nivel regional

2.2) Proceso de regionalización

3). Comentarios.

VI). Conclusiones.

VII). Bibliografía.

INTRODUCCION

La situación de la salud en Latinoamérica no es -- mas que el reflejo de grandes desigualdades socioeconómi-- cas que existen en la población; grandes zonas del país no cuentan con los servicios mínimos para subsistir; donde la mortalidad infantil, la desnutrición y las enfermedades - infecto-contagiosas junto con la carencia de servicios de salud, son problemas a los que se enfrentan continuamente dichas poblaciones.

Esta situación ha obligado a los gobiernos del Con tinente y del mundo, miembros de la Organización Mundial de la Salud a adoptar nuevas estrategias para asegurar el acceso de los servicios a la población tomando en cuenta - que las acciones tendientes a resolver los problemas de -- salud no pueden desvincularse de otras que contribuyen al bienestar (alimentación, educación, vivienda, trabajo, - - etc).

Se generó así, en el seno de la Asamblea Mundial de la Salud la idea de intentar una acción solidaria mundial para "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

Posteriormente, estos gobiernos reconocieron en la Conferencia efectuada en Alma-Ata, URSS (1979) que este -- propósito se podía lograr por medio de la estrategia de la ATENCION PRIMARIA, como parte del desarrollo general y con forme lo requiere el espíritu de justicia social.

En este contexto, los gobiernos de Latinoamérica confirmaron su decisión de alcanzar la meta de salud para-

todos en el año 2000, utilizando la estrategia de la atención primaria y reconociendo que tanto la meta como la estrategia principal, están inspirados en el propósito de - reducir desigualdades entre países y entre grupos humanos; es decir, dar la misma oportunidad a toda la población para tener una continua y mejor atención a la salud.

La extensión de la cobertura que garantice el acceso de la población a los servicios, constituye el componente principal de la estrategia de la atención primaria.

Uno de los aspectos básicos para el funcionamiento de esta estrategia es la regionalización funcional de los servicios; este concepto se define como un "mecanismo complejo de descentralización técnica y administrativa, que - comprende el establecimiento de niveles de atención"; aunque su definición implique un proceso técnico y organizativo, este concepto para su operatividad requiere del manejo de aspectos geográficos.

Por lo tanto, el propósito de esta investigación - es dar a conocer la importancia que tiene tanto la estrategia de la atención primaria para elevar la salud de la población, la importancia de la regionalización de los servicios de salud, así como definir este proceso y sus componentes metodológicos y los aspectos geográficos y técnicos que intervienen en su desarrollo y operatividad. De esta manera en la hipótesis general de esta investigación se - afirma que el conocimiento de la realidad geográfica de un país, es determinante para llevar a cabo el proceso de regionalización de los servicios de atención primaria, para lograr una ampliación de la cobertura de estos servicios - como parte de la estrategia principal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

En la primera parte del trabajo se ubica y define conceptualmente el proceso de salud-enfermedad en las diferentes etapas históricas de la humanidad; además se presenta un modelo teórico del proceso salud-enfermedad, en el que se explica y analiza los diferentes factores que intervienen en su desarrollo.

En el siguiente capítulo se menciona la importancia y las características principales de la atención primaria, esto con el fin de mostrar un panorama general de la necesidad de aplicar dicha estrategia como herramienta fundamental para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

En el capítulo tercero se menciona brevemente las características de la región, su evolución, y los diferentes tipos que existen, para ubicar adecuadamente a la región de salud.

En el capítulo cuarto, se hace énfasis en la importancia, definición y objetivos de la regionalización funcional como parte de la estrategia de la atención primaria; -- además se describe el origen, la utilización y las diversas aplicaciones que ha tenido este concepto en diferentes países.

En el capítulo quinto se trata ampliamente de la regionalización, se mencionan los componentes tanto geográficos como técnicos que intervienen en dicho proceso, esto con la finalidad de lograr una sistematización de todo el mecanismo de la regionalización, que sirva como guía para organizar los servicios de salud tanto de la atención primaria en el primer nivel de atención, como en los demás niveles; para lograr ampliar la cobertura de los servicios de salud a un mayor número de personas.

La presente investigación consiste básicamente en la recopilación de material bibliográfico acerca del tema; se re ca b ó la información disponible para reconocer, ubicar y definir el problema de investigación, así como para recoger ideas o sugerencias que permitieran afinar el trabajo de investigación; de esta manera al obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema se pre ce d i ó a separar la información se g ú n el tema y según el grado del problema, por lo que se div i d i ó una parte de la información en antecedentes y el resto de la documentación se jerarquizó según su importancia para con o q ue re co n o z ca re se ra n así todas las variables o situaciones (geográficas y técnicas) que están asociadas a este proceso; así hasta lograr - una sistematización de toda la información acerca del proceso de regionalización.

1). MARCO CONCEPTUAL.

1). PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Definir la salud no es un proceso sencillo; para esto se debe partir de que la salud no es una situación aislada que se presenta en el individuo y en la comunidad. Se debe aceptar la existencia de un proceso colectivo de salud, cuyo análisis refleja las condiciones sociales existentes y de alguna manera las relaciones que dicha colectividad mantienen con la naturaleza.

Así es que las condiciones de salud de un país --- dependen de las situaciones generales de vida de la población y de la estructura socioeconómica en que ésta se desarrolla.

Para mantener un nivel de vida favorable se requiere de la intervención de otros elementos básicos como alimentación, vivienda, educación, etc. Por esta razón, la salud se concibe como un valor social fundamental del individuo.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como el "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad" (1), esta definición tiene el inconveniente que no le otorga a la salud la categoría de fenómeno social, además de que el hombre no presenta estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico social, biológica y psicológicamente; además el hombre no vive aislado sino-

(1) OMS "Atención primaria en salud", Serie Salud Para Todos, Núm. 1, p. 2.

en sociedades específicas, presenta determinadas relaciones de tipo económico y estilos de vida que determinan en cierta manera su salud-enfermedad.

La salud es un proceso biológico-social que se caracteriza por ser dinámico y complejo y que se desarrolla en individuos y grupos con ciertas características socio-económicas y culturales.

El concepto salud-enfermedad es de naturaleza -- social, colectivo, los cuales llegan a expresarse en la patología que presentan distintas clases y grupos.

De esta manera el concepto de salud que predomine en una sociedad determinada es fundamental, ya que en función de él van a organizarse todas las acciones destinadas a ella.

2). DIVERSAS CONCEPCIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

El proceso salud-enfermedad se ha conceptualizado de varias formas a lo largo del tiempo; estas concepciones se pueden dividir en 4 grupos.

2.1). MAGICO-RELIGIOSA.- Concepción que predominó durante siglos. Fue una interpretación de la enfermedad de acuerdo con la visión intelectual del mundo de que disponían en su tiempo. Durante estos siglos las actitudes sociales frente a la enfermedad consistieron en la teoría de que la enfermedad provenía de un castigo divino relacionada a un comportamiento indebido (2). Los brujos o chamanes tenían la obligación de expulsar a los malos espíritus que se creía eran -- causa de la enfermedad.

El arte, la religión y la medicina tuvieron un --

(2) Jesus Kumate, et al. La Salud de los Mexicanos. p.17.

origen común, nacieron de la magia que el hombre primitivo desarrolló como un medio para protegerse del ambiente hostil en que vivía.

Todo lo que rodeaba al hombre primitivo era misterioso para él; para subsistir, para no enfermar o no morir, el hombre desarrolló la magia que produjo manifestaciones - tanto artísticas, formuló explicaciones sobre el universo y la vida humana; desarrolló procedimientos rituales para curar las enfermedades dando lugar a la medicina primitiva.

La enfermedad era causada por espíritus, por lo que el hombre debía luchar contra ella usando métodos mágicos y sobrenaturales (3).

Esta asociación entre la magia, la religión y la medicina continuó por muchos siglos, hasta la Edad Media. Fué en el renacimiento europeo que la medicina y el arte se independizaron de la magia y de la religión, bajo la influencia del desarrollo científico que comenzaba a predominar. Esta situación se dió sólo en las sociedades civilizadas, ya que en las sociedades primitivas actuales predomina la concepción mágico-religiosa.

El médico en la sociedad primitiva es sacerdote o exorcista; estas poblaciones consideran a la enfermedad y la muerte como la obra de agentes sobrenaturales y de hechiceros que mantienen contacto con ellos; utiliza las ceremonias mágico-religiosa para el tratamiento de la enfermedad.

2.2). BIOLOGICISTA: concepción que reduce el proceso - - - salud-enfermedad a su carácter biologicista. Aquí el análisis parte de que la enfermedad se presenta en un organis-

(3) Hernan San Martín, Salud y enfermedad, p 861.

mo determinado, donde lo que importa es eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que son los que producen las alteraciones de las funciones normales del organismo.

Se estableció como la corriente dominante del saber y como práctica médica en la segunda mitad del siglo XIX; corriente que tuvo su apoyo con los trabajos de Koch y Pasteur en la búsqueda a nivel microscópico de los agentes causales de las enfermedades; veían al organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas, en la que podían ofrecer más fácilmente una curación que una prevención; orientando de esta manera las acciones individualmente dejando a un lado la comunidad, donde la modificación de la conducta del individuo es fundamental. Este enfoque ha favorecido la creación de una infraestructura -- médica costosísima; además dicha visión trae consigo el concepto de iatrogenesis (daño al paciente) en la que se aplican una serie de operaciones, tratamientos, etc., -- cuando no es necesario.

Pero esta práctica y este modelo de atención a la salud están siendo cuestionadas cada vez más, enfocándose a otro tipo de necesidades.

2.3). SANITARISTA: el individuo ya no se concibe en forma aislada sino como parte de una comunidad que tiene ciertas características socioeconómicas y culturales, donde -- los problemas de salud son debidos a las condiciones sanitarias y su solución implica saneamiento. Se adopta un modelo multicausal a fin de establecer relaciones entre las variables.

Esta concepción es el resultado del avance en el-

conocimiento de las enfermedades infecciosas; se desarrolló el concepto de prevención a través de la identificación de los agentes patógenos y la elaboración de vacunas.

El sanitarismo es una expresión ecologista de la salud en donde ésta es la interacción de dos factores: - agente y huésped con su medio ambiente.

El sanitarismo propone tratar al individuo desde el punto de vista biológico y con las medidas sanitarias correspondientes.

Según esta perspectiva la salud es entendida como un estado variable que debe ser constantemente protegido y fomentado, donde el factor más importante para lograr dicho estado es el nivel de vida y la calidad del ambiente en que vivimos

EQUILIBRIO DINAMICO ENTRE SALUD Y ENFERMEDAD	=	POTENCIAL GE- NETICO DEL IN- DIVIDUO	+	CAPACIDAD DE ADAPTACION - DEL HOMBRE Y DE LA POBLA- CION A SU ME- DIO AMBIENTE	+	RIESGOS Y PELIGROS PARA LA - SALUD DEL AMBIENTE.
---	---	--	---	---	---	--

Aquí la noción de salud es el reflejo de capacidades orgánicas, de tolerancia, de compensación y de poder de adaptación.

El estado patológico presente en un individuo no es más que la expresión de un desequilibrio, de una descompensación y de una desadaptación (4).

La salud se analiza a través del resultado de un -- desequilibrio ecológico entre el huésped, agente y medio.

(4) Ibid, pag. 10.

Se critica la sencillez que se le adjudica al ambiente, al agente y la escasa importancia que se le da a la estructura social.

2.4). BIOLOGICO-SOCIAL-HISTORICA: en el siglo XVIII y XIX se inicia esta corriente sobre las causas de la enfermedad en el aspecto social de una sociedad; corriente originaria de Francia y Alemania con exponentes como L. R. Villerma, Peter Frank y Rudolf Virchow; se afirmaba que las enfermedades (tuberculosis) seguían un patrón de distribución de acuerdo con la clase social (5).

Frederich Engels describe la situación sanitaria de la clase obrera en Inglaterra a mediados del siglo XIX, marcando la pauta de esta corriente (6).

Esta concepción plantea una crítica al saber y a la práctica médica, trata de ubicar los fenómenos de la salud en toda su amplitud hasta llegar a lo más profundo en las relaciones con la sociedad en su totalidad.

Otros representantes que analizaron la evolución de las instituciones médicas y de salud pública basándose en esta visión fueron Henry E. Sigerist y Georgen Rose.

(5) Asa Cristina Laurell, et al, "Morbilidad, ambiente y organización social", Salud Pública de México, Epoca V, Volúmen XVII, Núm. 4, p. 471.

(6) COPLAMAR, Salud, p. 39

En esta concepción interactúan las ciencias naturales y sociales que permiten concebir el proceso salud enfermedad como un proceso histórico-social que se manifiesta en clases y sociedades concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida (7) y (8).

En términos generales los factores condicionantes de la salud-enfermedad, son aquellos provenientes de: (9)

- la naturaleza (modificada o intacta)
- modo de producción específico
- clase social
- Factores materiales de vida (vivienda, transporte, alimentación).
- Factores sociales de vida (familia, seguridad social).
- Factores psicológicos de vida (conciencia de salud-enfermedad).
- Factores determinados por las características hereditarias.

(7) Ibid., p. 40

(8) Yolanda García Mier, "La participación de la comunidad..." Escuela Nacional de Trabajo Social, año 1, Núm. 4, pp. 21-22.

(9) Dr. Ramón Muñoz Troncoso, "Concepto de Salud-Enfermedad", sin página.

2.5). COMENTARIOS.

La evolución del concepto salud-enfermedad ha tenido diversas interpretaciones que son fundamentalmente producto de la visión del mundo que ha predominado en las diversas -- épocas de la historia de la humanidad.

Gracias a las investigaciones realizadas en el campo de la medicina social y de otras ciencias sociales se ha demostrado la existencia de una patología relacionada con la - pobreza, como una de las causas principales de la mobimortalidad en muchos países del mundo.

Problemas como el binomio pobreza-enfermedad, el - - hombre y su relación con las enfermedades infecciosas y pa- rasitarias; la patología de una población y su relación con- la situación socioeconómica predominante ligado al desarro- llo histórico-social de los pueblos, son situaciones que no- se pueden ignorar; esto ha ocasionado en las últimas décadas grandes cambios tanto en los conceptos del proceso salud-en- fermedad, como en las acciones a tomar.

De esta manera, la ya caduca conceptualización del - proceso salud-enfermedad en la que se encuentra desligado de los hechos económicos, sociales e históricos, esta siendo -- deshechada.

Es así, como la OMS y sus países miembros al recono- cer este hecho, han propuesto nuevas alternativas para lograr un cambio en el estado de salud de sus poblaciones, proponien- do como solución la estrategia de atención Primaria en salud, como meta para alcanzar la salud para todos los ciudadanos -- del mundo en el año 2000.

La concepción del proceso salud-enfermedad en la que se entiende al hombre como producto de la naturaleza, y como parte de una organización social ve a la salud no como una cuestión individual sino como una situación presente en una colectividad.

Se tiene que aceptar que el nivel de salud de -- una población, no depende solo de las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación (servicios personales de salud) que lleva a cabo el organismo encargado de la salud de un país, sino que también influye de manera determinante los factores relacionados con los niveles de bienestar económico y social.

El reconocimiento de esta situación, lleva consigo la necesidad de cambios, tanto de las políticas como de las estrategias de atención médica de cada país.

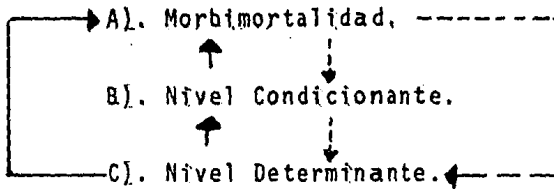
3). MODELO CONCEPTUAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD (concepción biológica-social-histórica).

La mayoría de los estudios sobre el proceso salud enfermedad apoyan la teoría de la causalidad social de la enfermedad, si el objeto de investigación es el grupo humano y no el individuo.

En el siguiente modelo conceptual⁽¹⁰⁾ se muestra de manera clara el análisis del fenómeno salud-enfermedad; es un modelo aplicable a zonas rurales.

3.1). PREMISA: Se considera que el fenómeno salud-enfermedad así como la morbimortalidad guardan estrecha relación con factores ambientales, socioeconómicos y culturales.

(10) Op cit, Asa Cristina Laurell, pp. 473-477.



3.2). CARACTERISTICAS GENERALES:

Formado por tres niveles:

- A). MORBIMORTALIDAD: Representada por las enfermedades y las causas de muerte presentes en un grupo humano determinado.
- B). NIVEL CONDICIONANTE: Formado por factores psicosociales del ambiente.

Se divide en dos grupos:

Grupo 1. nutrición, agua, vivienda, basura, eliminación de excretas.

Grupo 2. Disponibilidad de recursos y servicios de atención médica, comunicaciones y transportes.

Son el resultado de la combinación de factores físicos (existencia y disponibilidad de materiales y recursos) con factores de tipo social que permiten o impiden la utilización de los recursos materiales.

Estos factores sociales determinan la manera en que se utilizan tales recursos.

DESGLOSE DE ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL AMBIENTE: DETERMINADOS POR ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES.

GRUPO 1

CONSUMO DE NUTRIENTES:

- que existan en la zona.
- su aceptación general.
- precio.

CALIDAD DEL AGUA

- disponibilidad.
- posibilidades de potabilizarla.
- métodos caseros de purificación.

CALIDAD DE LA VIVIENDA

- determinado por los recursos disponibles para su construcción.
- factores socioculturales que prescriben la utilización de ciertos materiales y la forma y disposición de las habitaciones.
- condiciones de hacinamiento y promiscuidad con animales.

ELIMINACION DE EXCRETAS

- construcción de redes de drenaje.
- instalaciones sanitarias.
- organización de sistemas comunales de eliminación que influyen en el saneamiento ambiental.

OTROS ASPECTOS SOCIALES.

- costo de la construcción.
- régimen de propiedad de la vivienda.
- necesidad reconocida por parte de los habitantes de una comunidad.

GRUPO 2DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y COMUNICACIONES:

- Son factores psicosociales:
- posibilidad de acceso geográfico.
 - grado de concentración y dispersión de la población que depende de factores - como: vías de acceso y patrón de asentamiento determinado económica, política y culturalmente.

C). NIVEL DETERMINANTE = abarca los aspectos socioeconómicos y culturales, divididos en -- dos grupos.

Grupo 1. Aspectos que dependen de la división social del - trabajo y de las relaciones sociales de producción

- Ocupación
- ingreso
- desempleo
- medios disponibles para la producción y el trabajo, calidad migratoria, etc.

Grupo 2. Patrones culturales = implica un comportamiento y una manera de concebir el mundo. Las actividades, creencias y los hábitos que de ellas derivan forman parte de una visión de la realidad a través - de una ideología determinada.

- Actitud hacia la nutrición.
- actitud hacia la atención médica.
- conceptos sobre salud-enfermedad.
- actitud hacia el saneamiento del medio.
- actitudes hacia la fecundidad.
- educación.

DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS DEL GRUPO 1:OCUPACION

Determina la exposición a riesgos profesionales pero también a situaciones más generales, como:

- Lugar de residencia (Urbano, rural)
- posibilidades de acceso a la educación.
- acceso a la información, a la comunicación.

INGRESO

Indicador de las condiciones de vida de una persona o de un grupo.

DESEMPLEO

- Implicaciones que se traducen en trastornos de la salud individual y colectiva, provocan migración dando origen a los cinturones de miseria de las grandes ciudades.
- La percepción irregular de ingresos se refleja en la nutrición, en la calidad de la vivienda, etc.

MIGRACION

La posición migratoria determina, con frecuencia la posición del individuo dentro de la estructura social. Esta posición le impide el acceso a los medios de producción y a los trabajos mejor remunerados. De la condición migratoria dependen muchas veces la calidad de los servicios a los que se tiene acceso.

DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS DEL GRUPO 2:

PATRON DE ATENCION MEDICA = guarda relación con los conceptos - salud-enfermedad prevaletentes en un grupo social determinado.

Este patrón es el resultado de una combinación de factores diferentes a los culturales, como son la disponibilidad de servicios profesionales de atención médica.

Depende de la accesibilidad geográfica, y de las posibilidades sociales y económicas reales de ser utilizadas.

ACTITUDES HACIA EL SANEAMIENTO DEL MEDIO.

- Guarda relación con la concepción de causalidad de las enfermedades y con la identificación de la basura y excretas como fuente potencial de contagio.
- disponibilidad de agua.
- posibilidades de adquirir materiales adecuados para la construcción de vivienda
- necesidad de utilizar desperdicios en la alimentación - de los animales domésticos y fertilizantes.

FECUNDIDAD

- Asegurar la supervivencia de la especie.
- reglas de comportamiento de procrear una familia numerosa.

NUTRICION

- El consumo de determinados nutrientes está condicionado por ciertas reglas que prescribe la cultura del grupo, el grado de prestigio y la introducción de cultivos de tipo comercial en la zona.

EDUCACION

- La educación informal es el vehículo de transmisión de los patrones culturales.
- la educación formal transforma los patrones de pensamiento y acción tradicionales.

3.3) EXPLICACION

A). NIVEL MORBIMORTALIDAD

Con una dinámica propia desde el momento que cada una de las enfermedades y causas de muerte tienen su propia historia natural (dos momentos en el proceso de la enfermedad; el primero ocurre en el medio ambiente antes de ser afectado el hombre, y el segundo, una vez ha sido afectado. Manera propia de evolucionar que tiene toda enfermedad o proceso cuando se abandona a su propio curso).

El agente y el huésped interactúan en determinadas condiciones apareciendo el padecimiento y es entonces -- cuando actúan los componentes del nivel condicionante.

B). NIVEL CONDICIONANTE

Permite la interrelación agente-huésped condicionando las características de ambos. Los factores psicosociales del ambiente, como son la disponibilidad de recursos y atención médica condicionan las formas de comportamiento cuando ya existe la enfermedad.

c). NIVEL DETERMINANTE

Aparece como el último nivel que determina a los otros dos.

Aspectos socioeconómicos	→	DETERMINA LA MORBIMORTALIDAD DE UN GRUPO DEFINIDO.	→	SOBRE EL NIVEL CONDICIONANTE
--------------------------	---	--	---	------------------------------

- Nivel que determina a los otros dos porque es la estructura económica de una sociedad y las relaciones que en ella se establecen las que determinan la manera particu

lar en la cual el hombre está en contacto con la naturaleza. Del carácter de esta relación surge la patología de los diferentes grupos humanos y no de fenómenos biológicos independientes del marco social y económico.

Las características socioeconómicas de un grupo humano influyen directamente sobre su morbimortalidad al tiempo que influyen indirectamente sobre la salud-enfermedad a través de las modificaciones del ambiente físico-social.

Estas afirmaciones se basan en evidencias históricas que enseñan que los cambios en el nivel condicionante y en el nivel morbimortalidad se producen en forma masiva después de que ocurren cambios importantes en el nivel determinante.

Es decir, para tener cambios en los factores psicosociales del ambiente y en el morbimortalidad se requiere tener cambios en los factores socioeconómicos y culturales.

4). OBSERVACIONES.

Como se dijo al inicio de este capítulo la definición del proceso salud-enfermedad no es fácil de lograr, ya que para esto influyen las diversas corrientes ideológicas predominantes en el pensamiento moderno del hombre.

Aún así, las investigaciones multidisciplinarias han puesto al descubierto los factores tanto históricos, económicos y sociales que intervienen en la salud-enfermedad de una sociedad.

Por lo tanto, la salud de una población depende de la satisfacción de sus necesidades esenciales, del acceso oportuno a los servicios de salud y del saneamiento del ambiente, - esto solo se logrará en una sociedad que busque reducir las grandes diferencias sociales y económicas que existen en los diferentes grupos humanos.

II). ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

1). PROBLEMATICA DE LA SALUD EN LATINOAMERICA.

Los países latinoamericanos presentan serios problemas de desigualdad social, económica y geográfica, por lo que respecta a la salud; grandes grupos de población están carentes de cualquier tipo de acceso a la atención médica.

Uno de los problemas principales que existen en estos países para extender los servicios de salud, así como los de más elementos que afectan la atención, es la desigual distribución de la población en el espacio y las características del mismo; esto ha provocado que predominen serias carencias donde la atención a la salud no está al alcance de todos.

La situación general que se da en Latinoamérica (excepto Cuba) es la inapropiada distribución geográfica de los recursos, donde en una alta proporción están localizados en los grandes centros urbanos, mientras que las zonas rurales están abandonadas.

Otra situación que ha ocasionado el agravamiento de la salud de la población es la existencia de instituciones variadas, tanto públicas como privadas, provocando una incoordinación entre ellas, profundizando así la desigualdad de la atención a la salud entre la población que tiene recursos económicos y la que no tiene.

Esta problemática sobre la extensión de la cobertura de los servicios de salud a la población no atendida, ha - -
tenido que enfrentarse a una serie de cambios internos - - -

de cada país, ya que las acciones tendientes a resolver los problemas de salud no pueden desvincularse de otros que contribuyen al bienestar de la población.

La población de América Latina y el Caribe ha aumentado de 284,000,00 habitantes en 1970 a 379,000,00 habitantes en 1980 (11) donde el 64.5% de los latinoamericanos vivían en ciudades, esta proporción subirá al 72.6% en el año 2000, o sea que habitarán en ciudades 453 de 599 millones de habitantes. Uno de cada 5 latinoamericanos vivirá en una de las 10 ciudades que tendrán más de 5 millones de habitantes.

Se tiene así el problema del rápido crecimiento urbano y sus problemas de salud concomitantes.

La urbanización con sus consiguientes problemas de salud no es un fenómeno reciente, lo que es diferente es su ritmo y los problemas ambientales, socioeconómicos y de --- comportamientos concurrentes (12).

Tomando en cuenta que 140 millones de personas (37% del total) aún no tienen acceso a los servicios de salud del medio rural, el incremento necesario en la capacidad de producción de servicios para cubrir esta y la nueva población que se incorpora progresivamente a la demanda de atención, se acercará al 50% de la actualmente existente (13).

(11) Fortunato Vargas Tentori, "Atención Primaria de Salud...", Boletín de la OPS, 90(1), p. 3..

(12) Willm de Geyndt, "Atención Primaria en Salud en zonas urbanas..." Boletín de la OPS, 94(5) p. 442.

(13) Jorge Castellanos Robayo, "Estructura de los Servicios de Atención Médica", Revista de Educación Médica y Salud, 15(3) p. 273.

Con el crecimiento urbano se dará un cambio en las características de los requerimientos de atención derivados de la localización de un ambiente diferente en términos sociales, culturales y económicos.

Además, 164 millones de personas demandarán servicios de atención, aunque continuarán viviendo en el medio rural.

Con una alta tasa de natalidad y el aumento de la expectativa de vida se presentarán cambios importantes en la tasa de dependencia, que se harán sentir en mayores demandas de servicios en general.

Se estima que las enfermedades transmisibles seguirán siendo en los próximos años un problema prioritario en América Latina.

Estos fenómenos demográficos se traducirán en un incremento sustancial de la demanda de los servicios, por lo que implica un cambio en la estructura de organización de los servicios de atención médica para adecuarlos a la meta de "salud para todos en el año 2000".

Los países latinoamericanos presentan también serios daños a la salud provocado por enfermedades llamadas de la pobreza, junto con una alta mortalidad infantil, desnutrición y graves problemas del ambiente, que aunado a la carencia de servicios de salud, constituyen elementos que profundizan la incapacidad social.

Toda esta situación ha permitido el análisis profundo sobre las causas reales de los problemas sanitarios y de salud, proponiendo para todos los países del mundo --

nuevas estrategias, distintas de las que hasta ahora se han intentado, para asegurarles el acceso a los servicios.

En el Continente los servicios de salud han operado aisladamente y llegan a las comunidades solo en forma marginal, con acciones superpuestas y desarticuladas, por lo que su impacto es obviamente limitado y dejan de lado sus interrelaciones con otros aspectos esenciales como son vivienda, educación, comunicaciones y agricultura.

Los problemas que afectan el estado de salud de los individuos y las comunidades y los factores primarios que lo determinan escapan en una gran proporción al control y posibilidades de acción de los enfoques tradicionales de los ser vicios de salud.

Aunado a la ausencia de mecanismos operativos que -- permitan aplicar las políticas para establecer la participación de la comunidad y la coordinación intersectorial; a las barreras culturales existentes en los diferentes niveles, tan to en la población beneficiaria como en las instituciones -- prestadoras de servicios, que ocasionan resistencia al cambio; y por último, al tipo de formación y capacitación de recursos humanos que aún no están suficientemente articulados con los servicios de salud, por lo que no siempre responden a los requerimientos de los programas, ni a las necesidades de las co munitades (14).

En la actualidad todos los países latinoamericanos es tán luchando para dar oportunidad a todo ser humano de tener una continua y mejor atención de salud.

(14)Op cit, Fortunato Vargas Tentori, p.3

2). NUEVAS ALTERNATIVAS EN SALUD.

Por todo lo anterior, los gobiernos miembros de la OMS se unieron en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en -- 1978 en la que se propuso como la meta social principal en los próximos decenios el de "alcanzar para todos en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (15).

Posteriormente en la conferencia celebrada en Alma-Ata, URSS, en 1978, se aprobó la tesis de que la "Atención Primaria de Salud" es la clave para alcanzar esa meta como parte de un desarrollo conforme al espíritu de justicia social (16).

En la conferencia se reiteró que los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos. La atención primaria en salud como parte del sistema nacional de asistencia sanitaria completa representa un gran paso hacia el logro de esos objetivos sanitarios y sociales fundamentales.

De esta manera los países de la Región de las Américas están llevando a cabo un movimiento para lograr en el menor plazo posible la ampliación del acceso de toda la población a los servicios de salud, con el propósito de reducir -- las desigualdades entre países y grupos humanos.

Esta situación tiene su fundamento en el PLAN DECENAL DE SALUD para las Américas, donde se propone comenzar con la instalación de mecanismos que hagan viable el logro de la ---

(15) Op cit, OMS, p. 3

(16) Ibid.

cobertura total de la población por los sistemas de servicios de salud en todos los países de la región (17).

3). ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS.

En el documento "Estrategias Regionales de Salud para todos en el año 2000", se menciona el conjunto de la política de salud que orientará los planes de acción que los gobiernos de la Región de las Américas y la OPS deberán diseñar y llevar a la práctica para alcanzar la meta de salud para todos (18).

A continuación se presentan las características generales:

3.1). OBJETIVOS GENERALES.

- * Reestructuración y expansión de los sistemas de servicios de salud para mejorar su equidad, eficiencia y eficacia.
- * Promoción y mejoramiento de la cooperación regional e interregional.
- * Promoción y perfeccionamiento de la articulación y de la cooperación intersectorial.

Estos tres objetivos tienen la finalidad de contribuir en la reducción de las desigualdades sociales y económicas, por medio de la reorganización de las actividades del sector salud, particularmente en el primer nivel de atención.

(17) Antonio Hernández Prado, "El Hospital Básico...", Boletín de la OPS, 88(2), p. 137.

(18) OPS, "Estrategias Regionales...", Boletín de la OPS, 91(1), pp.

3.2]. CARACTERISTICAS PRINCIPALES.

- *La meta y sus estrategias incluyen a toda la población.
- *Prioridad a la población de extrema pobreza en --- áreas rurales y urbanas.
- *Importancia de las familias en mayor riesgo, menores de cinco años y trabajadores.
- *Incremento de la esperanza de vida al nacer por medio de:
 - *la reducción de la morbilidad prevalente.
 - *control de enfermedades transmisibles.
 - *eliminación de la malnutrición.
 - *mejoramiento del ambiente.
 - *prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas.
- *El mejoramiento de los niveles nacionales de bienestar es una condición necesaria para alcanzar la meta, incluye:
 - *La disponibilidad y accesibilidad de toda la población a los servicios de salud.
 - *educación, vivienda y recreación.
 - *mejoramiento del ambiente.
 - *niveles de ingreso familiar.
 - *de disponibilidad de alimentos.
 - *empleos adecuados.
 - *estructura de producción y consumo orientada a satisfacer las necesidades básicas.
 - *esquemas viables de organización y participación de la comunidad.

Para llevar a la práctica los puntos anteriores se debe tomar en cuenta que el establecimiento de un nivel de salud adecuado en una población, se podrá alcanzar solo si la salud es vista como una situación colectiva, en la que la satisfacción de las necesidades básicas es fundamental, para lograr un cambio en el nivel de vida de una población.

Así, el concepto de necesidades básicas variará según los patrones culturales, las aspiraciones de las comunidades, el grado de desarrollo de cada país y de la capacidad de inversión para lograrlo.

El aporte del sector salud al mejoramiento de los niveles de bienestar nacional se centrará en:

- *la extensión de la cobertura de servicios de salud.
- *dotación de agua potable y saneamiento.
- *colaboración con los demás sectores del desarrollo socioeconómico en la disponibilidad de alimentos y de equilibrio ecológico, en la organización y participación de la comunidad para su desarrollo y bienestar.

4). ESTRATEGIA PRINCIPAL: ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

4.1). Definición de Atención Primaria:

Es la estrategia central de los países para reorientar los sistemas de prestación de servicios con el fin de ampliar la cobertura y alcanzar la meta en salud para todos en el año 2000.

La definición adoptada en la Conferencia de Alma-Ata de Atención Primaria, dice "La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y

tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central -- y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (19):

La extensión de la cobertura que garantice el acceso de la población a los servicios, constituye el componente principal de la estrategia de la atención primaria (20).

Esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda la población y no quedar restringida a grupos marginados.

Se desea obtener un impacto en la salud de las poblaciones de acuerdo con las características socioeconómicas de cada país.

Se requiere como condición una política nacional definida, cuya aplicación debe ser a través de un proceso

(19) Ibid, p. 57.

(20) Héctor Acuña R., "Estrategias para extender...", Boletín de la OPS, 91(1) p.2.

de participación capacitante y de evaluación sistemática, - y su desarrollo, de acuerdo a las características socioeconómicas y de salud de cada país.

Los problemas que afectan el estado de salud de --- los individuos y las comunidades y los factores primarios - que lo determinan requieren de una solución que radica en - los cambios en el medio ambiente y en el estilo de vida de la población que a su vez dependen de la actividad conjunta de todos los sectores del desarrollo (21).

4.2). Áreas prioritarias.

Son aquéllas actividades de promoción y prevención, reparación y rehabilitación de la salud según la intensidad de exposición de los grupos humanos prioritarios a los diversos factores de riesgo.

Los programas que se presentan a continuación, son necesarios aplicarlos de forma integral, en el primer nivel de atención, para que realmente cumplan con el objetivo de prevención y mantenimiento de la salud en los grupos prioritarios.

Programas Prioritarios:

- 1). SALUD MATERNO INFANTIL.
- 2). PROGRAMA DE INMUNIZACIONES.
- 3). CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS.
- 4). CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.
- 5). CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.
- 6). SALUD MENTAL.
- 7). SALUD DENTAL.
- 8). PROGRAMA DE PREVENCION, CONTROL Y REHABILITACION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DEGENERATIVAS Y DE CANCER.

- 9). PREVENCIÓN DE ACCIDENTES .
- 10). PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES.
- 11). PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA.
- 12). PROGRAMA DE CONTROL DE OTRAS ENFERMEDADES PARASITARIAS.
- 13). PROGRAMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION.
- 14). SALUD AMBIENTAL.
- 15). SALUD PUBLICA VETERINARIA.

4.3). Extensión de la cobertura y regionalización de los servicios de salud.

Incremento de la capacidad operativa de los sistemas de salud y de sus servicios.

*Lograr la producción de servicios en cantidad, estructura, accesibilidad y oportunidad para poder alcanzar el impacto requerido para resolver las necesidades de salud de la población, asegurando el acceso de los grupos prioritarios y fortaleciendo el papel del sector.

La extensión de la cobertura de los servicios de salud se apoya en la reorganización sectorial, que implica la revisión de responsabilidades y actividades de los distintos componentes del sector; incluyendo las instituciones de seguridad social, con objeto de evitar duplicaciones así como:

- *redefinición de los mecanismos de coordinación
- *de los sistemas de financiamiento
- *de los tipos de población beneficiada
- *de la estructura de los servicios

reconocimiento del sistema comunitario - informal

*Regionalización funcional por niveles de complejidad creciente articulados por mecanismos de referencia y apoyo logístico y técnico, tomando en cuenta la:

- *estructura de necesidades de la población
- *accesibilidad geográfica, económica y cultural
- *distribución espacial y ocupacional (22)
- *descentralización administrativa.

Mediante la aplicación de criterios de regionalización se puede establecer la distribución espacial de los servicios de atención médica, en tal forma que las acciones de los niveles primarios (de orden más simple y que se relacionan con núcleos pequeños de población) se localizan en la periferia y los de orden más complejo -niveles secundario y terciario- se ubican en establecimientos progresivamente mayores con equipo más complicado y personal más especializado, este tipo de establecimientos se ubica más centralmente dentro del sistema, para permitir la cobertura de grupos mayores de población (23).

Así, para que la atención primaria sea integral y eficiente debe de estar conectada con los otros niveles de atención y además debe de asegurar el acceso según sea necesario a cada miembro de la comunidad a todo el rango de servicios que el sistema ofrece (Regionalización).

4.4). Desarrollo administrativo en la Atención Primaria.

Obtener la máxima eficiencia de las actividades y cumplimiento de los planes y programas de salud a través de:

(22) Op Cit, Hector Acuña, p. 62

(23) Jorge Castellanos Robayo. "Situaciones Cobertura...", Boletín de la OPS, 82 (6) p. 486.

- Perfeccionamiento de los sistemas administrativos.
- Sistemas de información para decisiones.
- Programación, control y evaluación en los niveles sectoriales, institucional y comunitario.
- Vigilancia epidemiológica.
- Sistemas de supervisión.

Lo anterior se puede lograr haciendo el mayor uso posible de los recursos que se dispongan (personal, financieros, tecnológicos); mediante un sistema bien organizado de redistribución progresiva de los recursos, lo que permitirá a los países reducir las desigualdades en el estado de salud y en la accesibilidad de la asistencia sanitaria.

El desarrollo de la articulación intersectorial es -- una condición básica para la aplicación de la atención primaria, su orientación principal será la de lograr la integración del sector salud en los procesos de desarrollo económico y social; la incorporación del sector conjuntamente con los otros sectores sociales en los programas de desarrollo social y económico.

Se atenderá también al desarrollo de la programación institucional (a nivel nacional, regional y local) y la del sub sistema comunitario, con participación de todos niveles y agentes del sistema.

4.5). Organización y Participación de la Comunidad.

Es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de los servicios de salud y para la eficaz aplicación del criterio de atención primaria.

La comunidad debe participar en el análisis de las necesidades y de sus posibles soluciones, e innovaciones, en la programación, operación, producción y evaluación de los servi-cios de salud. Su ayuda radica en el mejoramiento y transformación de las condiciones de vida de las comunidades y por lo -- tanto de su estado de salud.

La participación de la comunidad es el proceso por el cual los individuos, en función de sus propias necesidades y - de las de su comunidad, desarrollan un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo (24).

Sólo mediante la participación del individuo y de la comunidad en la planificación, la organización, el funciona-- miento, el financiamiento y la supervisión de la asistencia a la salud podrá convertirse la atención primaria de salud en - un modo de vida y aceptarse de esta manera la salud para to-- dos en el año 2000.

Para que la población participe en la planificación, la - organización, etc. de la atención de salud es necesario que -- tenga poder político y económico. Así el proceso de descentralización del sistema de asistencia de salud debe ir acompañado - de una delegación de poderes hacia la periferia que conduzca a un mayor control social de los recursos.

La participación de la población en la asistencia de salud es una forma efectiva de ampliar la asistencia a indivi-- duos y a las familias porque fomenta el trabajo voluntario para la realización de funciones relacionadas con diversos aspectos de la higiene y del saneamiento del medio. Es la forma de autoasistencia que desempeña un papel esencial, pues hace que

(24) Op cit, Jorge Castellanos, "Estructura de los Servicios..." p. 281.

Las personas se percaten del significado de otras actividades de promoción de la salud.

La participación de la comunidad consiste en que los individuos y las familias asuman responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoren la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegar a conocer mejor su propia situación y encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes, esto -- les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo.

4.6). Componentes secundarios de la atención primaria.

- *Investigación en el área de atención primaria para solucionar los problemas críticos de salud.
- *La tecnología apropiada debe ser aceptable para los que la aplican y para los que se van a beneficiar de ella y debe ser costeable por la propia comunidad.
- *Elaboración de listados básicos, establecimiento de mecanismos de control de calidad, precios y costos, etc.
- *Definición a nivel nacional de políticas y programas de desarrollo de recursos humanos, incluyendo su formación - actualización y utilización con base en las estrategias - de la atención primaria.
- *Reorientación y control del financiamiento sectorial e institucional para lograr llevar a cabo la estrategia de la - atención primaria.

5). COMENTARIOS.

Se fundamenta la atención primaria en que se debe proporcionar a todo el pueblo acceso a todos los niveles del sistema - de asistencia sanitaria, reduciendo las enormes desigualdades --

existentes en el estado de salud, tanto dentro de los países, como entre los países desarrollados y los países en desarrollo (25).

El pueblo debe tener el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su propia asistencia sanitaria.

Se debe encarar los problemas de salud de tal manera que se tengan plenamente en cuenta las peculiares condiciones sociales, culturales, económicas y políticas de cada país (26).

Se señala la necesidad de una distribución equilibrada de todos los recursos disponibles, y en particular de los recursos públicos de manera que se preste una atención apropiada a los grupos de población desfavorecidos en materia de atención primaria de salud y desarrollo en general.

Se necesita la formulación de una estrategia específica para poner en práctica la atención primaria, la cual ha de convertirse en un programa nacional de atención primaria de salud que abarque todos los niveles de atención.

La planificación es una de las funciones que se darán en el más alto nivel de la toma de decisiones. Esto es fundamental para garantizar la adecuada delegación de funciones y de autoridad, la asignación prioritaria de recursos a la atención primaria de salud y a la apropiada ubicación de estos - para que sean accesibles a las comunidades a las que han de atender (27)

(25) OMS, "Atención Primaria en Salud, la Experiencia China, Publicación Científica, p.13

(26) Ibid, p. 14

(27) Op cit, OMS, "Atención Primaria", p. 62.

La planificación central ha de tender a que las comunidades puedan organizar sus propias actividades de atención primaria de salud.

La atención primaria se debe de definir en función de las necesidades concretas de salud en el ámbito geográfico, socioeconómico, cultural y político de cada país.

La atención primaria hace referencia al primer contacto del individuo con el sistema de prestación de servicios de salud, e incorpora elementos que surgen de la acción de la propia comunidad para la atención de salud de sus miembros.

Para el logro de un cambio del estado de salud de la población es necesario la conjugación de un desarrollo socioeconómico continuado y la realización de programas de atención de la salud en los cuales participe activamente la comunidad correspondiente.

La atención primaria implica un enfoque de atención integral de la salud en donde se combina tanto la identificación y conocimientos de los problemas y necesidades básicas de la población y una estrategia para organizar las acciones necesarias para lograr una solución de tales problemas, a nivel de la comunidad y con la participación de todos los elementos para lograr un cambio en el estado de salud de esa misma comunidad (28).

Una característica importante de la atención primaria es que incluye las acciones que la propia comunidad ha realizado tradicionalmente para la atención de su salud; las incorpora al sistema organizado de servicios de salud.

(28) Jorge Castellanos Robayo, "Situaciones de Cobertura..." Boletín de la OPS, 82(6), p. 487.

La atención primaria debe de utilizar todos los recursos locales disponibles tanto humanos, materiales y financieros generados por la propia comunidad.

La atención primaria es parte integrante del proceso de desarrollo socioeconómico, por lo que las actividades del sector salud deben estar coordinadas en los planos nacional, intermedio y local con los otros sectores sociales y económicos, como la educación, agricultura, vivienda, abastecimiento de agua, obras públicas, comunicaciones y la industria.

Es así como las estrategias de la atención primaria deben responder a la realidad demográfica, socioeconómica y política de las zonas rurales y urbanas, es decir, hay que definir la atención primaria en un marco tanto urbano como rural.

Cada país debe establecer su propia estrategia de atención primaria, ya que el concepto de atención primaria es elástico y dinámico.

Para aplicar el criterio de atención primaria en los diferentes países se debe de tomar en cuenta que los países no parten de cero; muchos tienen una larga trayectoria en el desarrollo de sistemas de asistencia sanitaria; además la mayoría han pasado por distintas experiencias en relación con la atención primaria a diferentes escalas e intensidades.

Puede suceder además que la estrategia de la atención primaria se lleve a cabo de tal manera que impida alcanzar la meta de salud para todos, como puede ser: la atención primaria como un programa vertical, paralelo al resto del sistema de servicios sanitarios, esto puede ocasionar el origen de un tipo asistencial de segunda o tercera clase para los pobres

y para las zonas rurales; como una manera paternalista y tradicional donde los agentes de salud están disociados de las comunidades que tienen que servir y ofrecen asistencia sanitaria a la población sin la plena participación de ésta.

La atención primaria se puede reducir a una labor de agentes de salud comunitaria que trabajan aisladamente y la -- formación de personal general de salud se reduce de la misma -- manera al adiestramiento de un tipo de agentes de salud de ese nivel.

La extensión de la cobertura de servicios de salud tendrá que considerar una serie de acciones a nivel de cada país, como pueden ser:

- 1). El análisis de la estrategia del desarrollo nacional dentro del Nuevo Orden Económico Internacional adoptadas por los -- gobiernos en el seno de la ONU.
- 2). La inclusión de las políticas y planes nacionales de salud dentro de las políticas y estrategias nacionales de desarrollo, para lograr la coordinación intersectorial.
- 3). La reorganización del sector salud incluyendo la participación de la comunidad y el perfeccionamiento de la articulación de sus componentes.

Otra acción fundamental de la atención primaria es la necesidad de poner en práctica mecanismos de articulación que permitan la interrelación entre el sistema institucional de -- servicios y las acciones de la propia comunidad para favore-- cer el acceso de la población a todos los niveles.

El primer nivel y la atención primaria deben estar -- conectadas con los demás niveles, para asegurar el acceso a -- los servicios, constituyendo, entonces una verdadera red de -- servicios.

La organización y prestación de la atención primaria desde el punto de vista urbano-rural no puede aplicarse con el mismo concepto homogéneo. El medio físico, la situación socioeconómica, la realidad política, las oportunidades de educación, los valores culturales, la forma de vida, el comportamiento y las expectativas en relación con la salud exigen variaciones en la planificación, organización, prestación y el control de la atención primaria urbana y rural (29).

(29) Op cit, Willy de Geynolt, p. 457.

III). INTRODUCCION AL CONCEPTO DE REGION.

Antes de profundizar en las características de la regionalización de los servicios de salud se mencionan algunos puntos relevantes sobre las implicaciones teóricas del concepto de región, tanto su evolución en el transcurso del tiempo, como las características y tipos de regiones, para ubicar finalmente a la región de salud.

1). EVOLUCION DEL CONCEPTO DE REGION.

El concepto de región ha tenido muchas definiciones y su utilización se ha ampliado cada vez más en la planificación del desarrollo económico-social; antes de formar parte de la planificación, el concepto de región se asoció a la idea de explicar el espacio.

Desde el punto de vista de la ciencia geográfica este concepto es muy antiguo, y en su definición han intervenido varios aspectos que son:

- * Conocimiento de las características del medio físico, por lo que se forman regiones climáticas, de vegetación, etc.
- * conforme se conocieron las relaciones de interdependencia entre los distintos elementos del medio físico se llegó a establecer la región natural en la que prevalece el criterio de homogeneidad,
- * en la época expansionista europea, se manifestó la importancia de los límites políticos entre países, por lo que se desarrolló la región geopolítica.
- * posteriormente al integrarse y analizarse los elementos culturales a la región natural se origina la región geográfica.

En esta evolución de la región el criterio que siempre predominó fué el de la homogeneidad(30).

Es decir, la región se establece a partir de cierta uniformidad, ya sea de sus elementos o la integración de todos --ellos.

El economista veía a la región como un conjunto de elementos económicos; es decir, la región se configura gracias a --sus funciones, mientras que para el geógrafo las formas son las importantes.

Chistaller establece la teoría de las ciudades centrales, donde la función económica es lo principal; para él, es necesario jerarquizar los centros urbanos de acuerdo con su función en el conjunto global; su modelo se desarrolla sobre un espacio teóricamente homogéneo.

La finalidad de la regionalización para los geógrafos --era la de explicar la estructura espacial.

En los países socialistas la práctica de la regionalización como parte de la planificación económico-social fué fundamental para lograr un desarrollo; mientras que en los países --occidentales esta necesidad se presentó después de la Segunda --Guerra Mundial, primero para reconstruir cada país dañado y posteriormente para planificar su economía; esta práctica se dió --en los países subdesarrollados para aprovechar sus recursos, --así como para enfrentar los serios problemas socioeconómicos, --en donde predominan desequilibrios regionales, debido en parte al fuerte centralismo (31):

El concepto de región se ha manejado y utilizado continuamente en la planificación geoeconómica-social, pero además su utilización está siendo cada vez más necesaria en sectores específicos del desarrollo, como es el caso del sector salud

(30) Ana García Fuentes, "Introducción al Concepto..." en Introducción al concepto de..., pp. 2-3.

(31) Ibid, pp. 3-6.

que requiere del manejo del concepto de región de salud, áreas o zonas.

2). CARACTERISTICAS GENERALES DE LA REGION.

La región es ante todo una porción del espacio terrestre, independientemente del enfoque y de la utilidad que se le atribuya; así la región es un fenómeno geográfico donde sus límites son múltiples y dinámicos.

Una región se caracteriza por los lazos que existen entre sus habitantes (relaciones y caracteres comunes), lo que ocasiona en parte la base en la que se presentan notables cohesiones (minorías étnicas, sistemas de producción especializada y estructuras sociales particulares); esta situación caracteriza a determinado espacio geográfico dándole una cierta homogeneidad, pero esto no es suficiente para delimitar -- una región.

Lo que conforma a una región, inscrita en un marco natural puede ser: los niveles existentes entre sus habitantes, su organización en torno a un centro con una cierta autonomía y su integración funcional en una economía global (32).

Para Max Sorre la región corresponde al área de -- extensión de un paisaje, en la que el paisaje es la combinación de elementos físicos y humanos (33).

El hombre desempeña un papel importante en la evolución de una región, por lo que se afirma el carácter concreto y la historicidad de la región.

(32) Pierre George, Geografía Activa, p. 326.

(33) Olivier Dollfus, El Espacio Geográfico, p. 103.

El Doctor Bassols Batalla ha profundizado en el conocimiento de la realidad regional; a continuación se mencionan algunos puntos importantes de la teoría regional: (34).

- 1). Se parte de que las regiones económicas de un país existen objetivamente en la realidad y son producto de la interacción naturaleza-sociedad, del impacto del hombre sobre el medio físico y de éste sobre el medio social a través de relaciones determinadas de producción.
- 2). Siendo un resultado del trabajo humano y de su acción sobre la naturaleza, las regiones reflejan en diversa forma las distintas etapas del desarrollo de ese modo de producción en su territorio concreto y en una época determinada.
- 3). Como las condiciones físicas son variables de una zona a otra se estructuran sistemas diversos.
- 4). En ocasiones la región natural puede coincidir con la región económica.
- 5). El hombre es el arquitecto de las regiones económicas.
- 6). La importancia de las regiones es su actual especialización productiva, dentro de una gama de actividades que integran el todo económico de la región.
- 7). La especialización actual es el resultado de la historia económica, de los procesos ocurridos en los ciclos productivos.

(34) Angel Bassols Batalla, Formación de Regiones económicas, pp. 223-224.

3). TIPOS DE REGIONES.

Se tienen varios tipos de regiones, según las características que se quieran resaltar y según la utilidad -- que se le quiera dar.

REGION NATURAL.

Se trazan tomando en cuenta exclusivamente sus características físicas, las barreras naturales (rios, montañas, cuencas hidrográficas, desiertos) suelen servir como límites para distinguir una región de otra (35).

La diferenciación territorial basada en estas características hacen suponer que la homogeneidad geográfica condiciona otros factores; donde los elementos físicos dan a un territorio una fisonomía propia y hacen de la región un conjunto uniforme, caracterizado al menos por la repetición habitual de algunos rasgos.

La región natural es uno de los conceptos mas viejos en la ciencia geográfica, basada en el papel determinante de los elementos físicos en la organización del espacio (36).

Estas regiones son el resultado de las propias leyes de la naturaleza.

Puede considerarse a dichas regiones como un espacio naturalmente homogéneo.

(35) Guillermo Arbona, "La Regionalización...", Publicación Científica de la OPS, Núm. 395, p. 1

(36) Op cit, Olivier Dollfus, p. 120.

REGION ECOLOGICA.

Se relacionan los elementos físicos a ciertas -- características culturales.

Se definen estas conjunciones mediante el estudio de las relaciones recíprocas entre la población y su ambiente, los estilos de vida y normas del asentamiento que producen estas interacciones.

Se manejan indicadores socioeconómicos y características étnicas, así como aspectos relacionados con la religión, costumbres, etc. (37).

REGION HISTORICA.

La región histórica nace de un pasado vivido en común por una colectividad que ocupa un territorio.

Muchas veces la región histórica es todo lo que queda de un territorio que no logró convertirse en Estado o en nación y que fué absorbido por una unidad política de mayor dimensión (38).

Estas regiones tienen unos límites que pueden mantenerse a través de la historia, incluso cuando haya desaparecido su razón de ser.

Los límites de las regiones históricas no son tomados en cuenta en la actualidad. (39).

(37) Op cit, Guillermo Arbona, p. 2

(38) Op cit, Olivier Dollfus, pp. 102-103.

(39) Op cit, Pierre George, p. 328.

REGION ESTADISTICA.

Se utilizan para fines analíticos o de manipulación de datos.

Sirven como instrumentos para recopilar información por esto deben ser lo suficientemente grandes para evitar - las fluctuaciones inherentes a los números pequeños.

Estas unidades territoriales para propósitos estadísticos, puede que no refleje las relaciones y flujos reales entre las personas y los recursos dentro de un área - físico-espacial determinada. (40)

REGION ESPECIAL AD DÓC.

Son las que están constituidas para confrontar un - problema o situación específica.

Se delimitan según las necesidades inmediatas.

Se utilizan para justificar la asignación de fondos a una zona en particular; ya sea en áreas atrazadas o rezagadas, o áreas con dotación de recursos cuya finalidad será la de formar regiones para impulsar programas de desarrollo.

Esta región se puede considerar como un mecanismo - de planificación o un instrumento operativo más que como - una entidad regional con una realidad objetiva. (41)

(40) Op cit, Guillermo Arbona, p. 2.

(41) Ibid.

REGION HOMOGENEA.

Agrupar un conjunto de unidades geográficas lo más homogénea posible a partir de uno o varios indicadores de tipo físico-geográfico, económico, social o cultural. (42)

Pero es difícil encontrar una homogeneidad, económico o social por lo que estas regiones no expresan una realidad regional.

En general tienen una superficie demasiado reducida, por la misma dificultad de encontrar algún rasgo homogéneo sobresaliente.

La región homogénea es un área donde existe determinada especialización y condiciones generales de tipo natural y económico que la diferencian de otras. (43)

REGION POLARIZADA.

Abarca un espacio heterogéneo, de fragmentos interdependientes, bajo la autoridad de una ciudad dominante; - donde se lleva a cabo el intercambio de bienes y servicios, cuya intensidad interna es superior a todos los puntos de su intensidad externa. (44)

La región se puede ver como un espacio polarizado, que se organiza en torno a una ciudad. (45)

(42) COPLAMAR, Geografía de la marginación, p. 25.

(43) Angel Bassols Batalla, Geografía económica de México, p. 341.

(44) Jean Labasse, La organización del espacio, p. 493.

(45) Op cit, Pierre George, p. 326.

Se da en un espacio una polarización progresiva de las actividades de la región, en torno a un centro y dentro de él, y mientras mayor influencia tenga sobre el territorio considerado mayor madurez tendrá la región.

Se dice que la polarización sólo es posible con la existencia de una red convergente y diversificada de vías de comunicación y de líneas de telecomunicaciones (46).

REGION PLAN.

Espacio, cuyas partes dependen de una sola decisión; con este tipo de regiones la planificación en general se realiza.

Tiene como meta el tender a la creación de regiones polarizadas nuevas, con un rendimiento económico superior. La región plan define un territorio con propósitos de programación a partir del criterio básico de la coherencia administrativa, que debe existir en la problemática del área y la presencia de instituciones capaces de llevar a cabo las tareas que se programen (47).

REGION NODAL (Funcionales o de núcleo).

Se crea alrededor de una ciudad; polo de atracción de todas las actividades productivas (48).

Las regiones nodales se organizan alrededor de un núcleo al que están unidas por líneas de comunicación.

(46) Op cit., Olivier Dollfus, p.105.

(47) Op cit., COPLAMAR, Geografía de la Marginación, p. 25.

(48) Op cit., Angel Bassols Batalla, Geografía Económica de México, p.341.

Las regiones nodales implican la existencia de un lugar central o nodo y su área de influencia, un núcleo de población; una fuente de empleo importante y la zona donde provienen sus empleados y un hospital base y su área de servicios. (49)

REGION ECONOMICA.

Marcada por un conjunto de relaciones y de intereses variables; fenómeno dinámico con respecto al problema estático de la región natural. (50)

Las regiones geoeconómicas engloban a todos los tipos de regiones.

Las regiones económicas se forman mediante una conjugación tanto de los elementos naturales en el medio físico, incluyendo la importancia de estos elementos en la vida del hombre y en sus actividades productivas y la acción de los factores económicos que son producto del trabajo humano y su influencia transformadora sobre la naturaleza. (51)

"Las regiones económicas son el resultado de la historia material de la sociedad, son un hecho socioeconómico sobre una base de carácter natural; son regiones geográficas o culturales, es decir que son producto de la cultura humana, interpretada desde el punto de vista económico". (52)

(49) Op cit, Guillermo Arbona, p. 2.

(50) Jean Labasse, p. 491.

(51) Op cit, Angel Bassols, Geografía Económica de México, pp. 338-339.

(52) Ibid.

A continuación se presentan los puntos básicos sobre la teoría regional aplicables a las regiones económicas en México, realizado por el Dr. Angel Bassols Batalla (53).

- 1). La gran región económica existe objetivamente.
- 2). Es un sistema que incluye factores y variables naturales (recursos minerales, climas, suelo, vegetación, - agua) y sociales.
- 3). Estas últimas integran un todo.
- 4). Las regiones son un producto histórico y por tanto dinámicas.
- 5). El desarrollo del capitalismo es básico en su formación.
- 6). Las ciudades y núcleos urbanos-industriales son decisivos.
- 7). Existe una red mas o menos desarrollada de vías de comunicación por donde se mueven mercancías y personas.
- 8). La división político-administrativa muchas veces no -- corresponde a la realidad económica.
- 9). Las regiones se especializan en ramas de acuerdo a la división del trabajo.
- 10). Los lazos externos son fuertes.

4). REGIONES PARA FINES DE SALUD.

La región de salud deberá ser la expresión de los hábitos y necesidades de la población residente.

(53) Op cit., Angel Bassols Batalla, Formación de Regiones... p. 43.

La región de salud será la que corresponde a una región socioeconómica, ésta se puede definir como "un área geográficamente identificable que se caracteriza por una estructura particular de sus actividades económicas con referencia a un conjunto de condiciones asociadas físicas, biológicas y sociales que presentan un alto grado de homogeneidad y que mantienen un cierto tipo de relaciones internas y con el exterior" (54).

Para formar la Gran Región se toman en cuenta los factores principales de un área; de ahí se deriva la subdivisión de una región grande en regiones de tipo intermedio, en subregiones menores y en microregiones (55).

Aparte de las actividades económicas que se llevan a cabo en un lugar, la población tiene la necesidad de mantener su salud; esta necesidad es fundamental para delimitar las regiones de salud.

Para definir una región geoeconómica se deben tomar en cuenta:

- 1). Aspectos naturales (situación y área, topografía, climas, suelos, hidrografía, vegetación).
- 2). Recursos naturales de otro tipo (minerales, etc.)
- 3). Población (absoluta, densidad, urbana y rural económicamente activa). Ciudades y su área de influencia.
- 4). Carácter general y especialización económica en escala nacional. Comercio internacional.
- 5). Principales datos de las diversas ramas económicas agropecuarias, industriales, medio de comunicación, transportes y comercios.

(54) Op cit, Angel Bassols Batalla, Geografía Económica de México, p 341.

(55) Ibid, p. 339.

- 6). Nivel de desarrollo socioeconómico incluyendo datos sobre educación, alimentación, vivienda, salarios, etc.
- 7). Relaciones económicas internas y con otras regiones.

No se pretende mostrar todos los puntos para llevar a cabo una división regional de tipo socioeconómico, únicamente se mencionan las características que debe reunir una región socioeconómica, para llevar a cabo la regionalización de los servicios de salud.

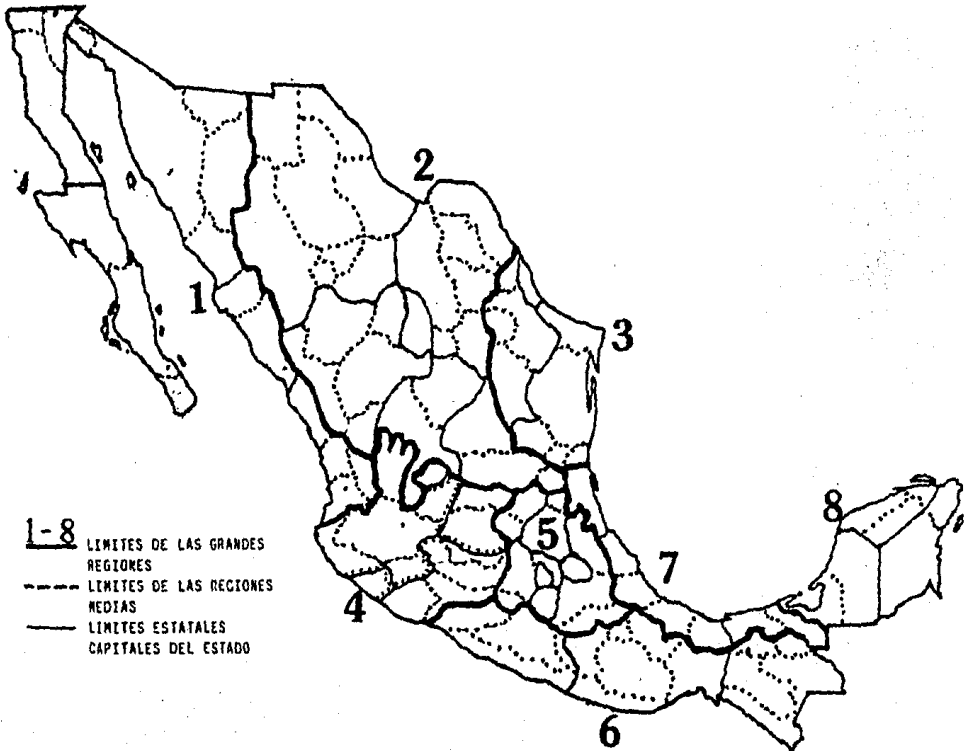
La división regional aplicable a la realidad socioeconómica de México, es la que realizó el Dr. Bassols -- Batalla en la que divide al país en 8 grandes regiones -- (vease figura 1).

Para los fines de esta investigación, que es la definición del proceso de regionalización de los servicios de salud, se tiene la necesidad de contar con una división regional de tipo geoeconómica, ya que al tener una base con estas características permitirá realizar una regionalización de los servicios de salud sobre una realidad objetiva; así la Gran Región socioeconómica puede dividirse en regiones intermedias o subregiones para fines de planeación de los servicios de salud.

La región sobre la cual se va a llevar a cabo la organización de los servicios de salud es la región socioeconómica, ya que es la región en la que se conjugan todos -- los factores tanto físicos, económicos y sociales de un territorio.

Figura 1

MAPA DE GRANDES REGIONES ECONOMICAS Y REGIONES MEDIAS POR ENTIDADES Y MUNICIPIOS DE MEXICO.



Fuente: Bassols Batalla A. Geografía Económica de México, p. 417

IV). REGIONALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

1). INTRODUCCION.

La regionalización de los servicios de salud, en la que la atención primaria es parte medular del primer nivel, es fundamental para llevar a la práctica, con el fin de lograr una mejor distribución espacial de los recursos, y así poder alcanzar la cobertura universal como requisito básico de todos los países miembros de la OMS.

De esta manera, en las páginas siguientes se tratará de manera más profunda del concepto de regionalización, sus diferentes utilidades e importancia en el mundo; haciendo - primero una breve historia del desarrollo de este término.

La introducción al concepto y a los mecanismos de la regionalización dentro del campo de la salud es un proceso complejo y algunas veces difícil de alcanzar.

La regionalización junto con la extensión de los servicios a toda la población exige el desarrollo adecuado del primer nivel de atención, así como la reorientación de su composición tradicional para dar lugar a las estrategias y acciones de la ATENCION PRIMARIA y al enfoque intersectorial. Esto complementado con el reajuste de los otros niveles de atención para que sirvan de apoyo de las acciones -- ejecutadas en el primer nivel de atención, así como la organización apropiada y el establecimiento de la coordinación de los recursos y tecnología disponible en todos los niveles, encuentra su expresión operativa en la REGIONALIZACION FUNCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

2). DEFINICION DEL CONCEPTO DE REGIONALIZACION SEGUN LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

La OMS define el concepto de regionalización como -- "un mecanismo complejo de descentralización técnico-adminis



trativa y comprende el establecimiento de niveles de atención que van desde el centro primario de salud de la comunidad hasta el Hospital General y las policlínicas de especialidades en el nivel intermedio para alcanzar su máximo desarrollo en los Centros Médicos Nacionales. El conjunto de estos tres niveles de atención constituye el SISTEMA REGIONAL DE ASISTENCIA MEDICA que debe ser parte integrante del SISTEMA NACIONAL DE SALUD" (56).

En esta definición se concretiza el objetivo de la regionalización, ya que contempla tanto la distribución de los recursos de primero, segundo y tercer nivel así como - la descentralización técnico administrativa en cada uno de los niveles.

El problema de la regionalización de los servicios de salud, no radica tanto en la definición del concepto, - sino en la carencia de una metodología en la que se mencionen algunos de los aspectos básicos que deben tomarse en consideración para aplicar la regionalización en la realidad.

Existe la necesidad en el campo de la planificación de la salud de contar con un modelo en el que se consideren los elementos mas importantes para aplicar la regionalización de los servicios; ya que dicho concepto es fundamental para distribuir los recursos de atención primaria de - manera que sean accesibles a un mayor número de personas.

3). OBJETIVO DE LA REGIONALIZACION.

El principal objetivo de la regionalización es coordinar todos los recursos humanos y materiales disponibles en una región, a fin de obtener una mejor utilización evitando duplicaciones y permitiendo la accesibilidad de toda la población a los establecimientos de salud ubicados en -

(56) Alfredo Leonardo Bravo, "Regionalización..." Boletín de la OPS, 77, p. 231.

la región (57).

Así la regionalización de los servicios como parte de un sistema de salud, es un requisito indispensable para lograr la adecuada planificación de los servicios en el que se puedan estratificar los recursos según su complejidad, los articule entre sí mediante una red de comunicaciones y transportes que permitiendo el uso adecuado de la oferta en función de las necesidades reales de la demanda, garantice a toda la comunidad el acceso geográfico, económico y cultural, al nivel de servicios que su estado de salud requiera (58).

La regionalización además implica una descentralización administrativa con el fin de simplificar los trámites-burocráticos y la consolidación presupuestaria a nivel regional con objeto de distribuir los recursos en función de las necesidades y programas de salud de la región.

4). DESARROLLO DEL CONCEPTO DE REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SUS DIVERSAS APLICACIONES.

El concepto de regionalización desde sus primeros usos prácticos ha servido como un instrumento para la organización y la administración de los servicios médicos.

No se sabe con precisión el origen histórico de dicho concepto como instrumento para la planificación, pero desde tiempos muy antiguos se ha tenido la necesidad en todo el mundo de lograr una organización social de los servicios de salud.

En un principio este concepto se aplicó básicamente a

(57) OPS, "Guía para la Coordinación...", Publicación Científica de la OPS, 234, p. 32.

(58) Rodolfo Demuchias Macías, "Bases Metodológicas...", Memoria de la reunión anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, 35, p. 52.

los hospitales, pero al introducirse el criterio integracionista de la medicina preventiva y curativa, entonces la regionalización se extendió a los servicios de salud integrales, originándose de esta manera la región de salud.

Los servicios de salud pública siempre han sido fundamentales para la población, por lo que los gobiernos al organizar dichos servicios para sanear el ambiente y lograr una relación - equilibrada entre los individuos y su medio ambiente, siguieron el diseño establecido para la división político-administrativa - del territorio. Así, los servicios de sanidad tuvieron desde un principio una cierta distribución geográfica que seguía el mismo patrón de la subdivisión administrativa del territorio nacional. Este aspecto se puede considerar como el punto de origen de la - regionalización (59).

El origen de los servicios médicos y hospitalarios se - debió principalmente por la acción caritativa ejercida por la -- Iglesia. Donde las actividades se extendieron en primer lugar a - las ciudades, hasta llegar posteriormente a los barrios suburba- nos y a las zonas rurales. Se formaron las regiones hospitalarias en la que su organización fue necesaria para coordinarse con los establecimientos que dependían de una Iglesia y que estaban liga- dos a su vez a los suministros médicos-farmacéuticos de un deter- minado lugar. A esta incipiente regionalización se le unieron los dispensarios y otros servicios ambulatorios prestados por médicos. En este tipo de regiones la unidad administrativa regional era la parroquia.

Un ejemplo típico de esta situación fue La Ley de Pobres dictada en Inglaterra en 1601, cuyo propósito fue el de ofrecer - prestaciones médicas integrales a toda la comunidad sin barreras económicas; este servicio local duró mas de tres siglos (60).

(59) *Op cit*, Alfredo Leonardo Bravo, p. 231.

(60) Milton Terris, La Revolución Epidemiológica y..., p. 230.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX con los avances y descubrimientos en la medicina (descubrimiento del microscopio y rayos X) provocaron la necesidad de regionalizar la atención médica a fin de concentrar los recursos materiales y tecnológicos en grandes establecimientos.

La creciente especialización de la medicina en el siglo XX constituyó otro elemento que obligó a buscar un mecanismo de descentralización regional, para poner a disposición de la comunidad los servicios básicos de la medicina, diferenciando los problemas más comunes que eran atendidos en lugares con servicios de medicina básica, de las enfermedades más complejas que eran atendidas en los grandes hospitales de concentración. Esta situación se dió en especial en Dinamarca en 1912, donde se logró una coordinación entre las zonas rurales y urbanas, con hospitales básicos en el campo y con una atención más compleja en las zonas urbanas.

En 1920, se publicó en Inglaterra el informe Dawson en el que se establece la formación de una red de centros de salud, donde se proporcionaría servicios de salud preventivos, así como otras prestaciones de salud (61). Estos centros de salud estarían coordinados con los centros de salud secundarios, en él se darían servicios especializados a pacientes referidos por el centro de salud primario. A su vez se proponía que el centro de salud secundario estuviera coordinado con un hospital docente (62)

(61) Milton I. Roemer, Perspectiva Mundial de los...., p. 332.

(62) Op cit, Jorge Castellanos Robayo, p. 232.

Esta propuesta publicada hace tiempo, todavía es válida en estos momentos como base para la regionalización y pueden ser aplicadas en cualquier lugar.

Para la primera guerra mundial había ya en el mundo servicios de salud bastante organizados; en algunos lugares se había empezado a dar una acción colectiva en favor de diferentes grupos de población o para diversas clases - en cuanto al servicio de salubridad, que se creía no estaba al alcance del individuo. (63)

En el periodo de la postguerra se produce un marcado interés en la idea de que la salud era una responsabilidad social.

Uno de los cambios más importantes provocados por la guerra fué la revolución rusa, en la que se inaugura el sistema soviético de servicios de salud; por primera vez - en el mundo se establecía un sistema de servicio médico - completo, gratuito, al alcance de toda la población. Este sistema estaba administrado centralmente.

Por la misma época en Estados Unidos se construyó una gran red de hospitales especiales para prestar servicios a los internos de la guerra, mientras que en Chile - (1933) se puso en vigor un reglamento sobre zonas hospitalarias, en la que se dividió al país en 12 zonas, se manejaba el concepto de hospital, centro de todos los servicios de salud en una región (zona = región de salud). (64) Así es como en el periodo entre las dos guerras se produce un progreso constante en la organización social de los servicios de salud del mundo.

(63) Op cit, Milton I. Roemer, p. 20.

(64) Op cit, Jorge Castellanos Robayo, p. 232.

En 1936 en el estado de Maine, E.U.A. se incorporó a dos hospitales de las ciudades principales y 38 pequeños hospitales de comunidad a un sistema regional, esto se considera como la primera aplicación del concepto de regionalización en este país. Posteriormente en el año de 1947 - con el Acta Hill-Burton, se estableció un mecanismo de créditos federales a los gobiernos estatales con el fin de construir hospitales, con la condición de que se organizaran dentro de un sistema regional que incluyera hospitales urbanos y rurales (65). Se hicieron mapas muy interesantes de cada estado, que mostraba las conexiones entre los hospitales centrales, hospitales de distrito y hospitales de la periferia; así se formó el sistema de regionalización - hospitalaria en los Estados Unidos.

Ya en el año de 1965 se dictó la Ley de Programas Regionales, en la que se propuso el establecimiento de una red nacional de centros regionales y estaciones locales de diagnóstico y tratamiento. Se recomendó que los hospitales de comunidad se afiliaran a los centros médicos para formar complejos regionales y que se planificara en forma coordinada los servicios médicos integrales para las comunidades locales (66). Se requería para lograr lo anterior diseñar regiones geográficas y que dentro de estas regiones se integraran las instituciones de salud alrededor de un centro médico universitario.

Así los programas médicos regionales consistían en un arreglo cooperativo entre un grupo de instituciones - públicas o privadas sin fines lucrativos situadas dentro de un área geográfica.

(65) Ibid, p. 233.

(66) Ibid.

En este país los lineamientos de la regionalización hospitalaria estuvieron bien fundamentados, o sea el de construir una serie de hospitales que tienen un lugar lógico en la red nacional.

Actualmente en Estados Unidos se da una regionalización informal o no estructurada, simplemente se basa en la ubicación de los médicos altamente especializados en los grandes hospitales de las zonas urbanas y sin ninguna administración organizada; sólo dentro de los subsistemas de hospitales como las instalaciones federales de la administración para veteranos y hospitales asociados con ciertos planes de seguridad social se dá de alguna manera la regionalización funcional. (67)

Otro lugar en el que se aplicó relativamente el concepto de regionalización fué en la Provincia de Saskatchewan en Canadá, en el año de 1944. Con el programa de seguro obligatorio para los servicios de salud; se dió sobre una base provincial o estatal; se limitaba a la hospitalización, pero de una parte o región de la provincia con 50,000 habitantes. En el año de 1959 esta situación se generalizó otorgándose un seguro de hospitalización a casi toda la población de Canadá. (68)

Gran Bretaña puso en marcha conceptos de regionalización con el Servicio Nacional de Salud Británico en el año de 1948, con el gobierno laborista al frente. Era un servicio de salud de cobertura universal, curativo y preventivo. La mayoría de los hospitales quedaron a cargo del gobierno; se estableció una firme estructura adminis-

(67) Op cit, Milton I. Roemer, p. 365.

(68) Ibid, p. 26.

trativa. En el año de 1974 se reorganizó el Servicio Nacional de Salud y por consiguiente su regionalización, - que consiste actualmente en:

Autoridades de Salud de Area (ASA): que se encuentran arriba de ASA y reciben la información de éstas, para coordinar los planes de cada una de las 14 regiones. (69).

El Servicio Nacional de Salud coordina todas las necesidades de las regiones y dicta normas y planes generales.

La regionalización de los servicios coincide con la división administrativa. Las ASA, tienen un promedio - que va de 150,000 - 250,000 habitantes y las ASR de - - - 100,000 - 500,000 habitantes. Cada ASR tiene de 1 a 11 ASA y por lo general más de 3.

Los ASA mayores serían divididos en distritos de unos 250,000 habitantes en la que se convierte en zona de captación de un hospital de distrito (70).

En Cuba a partir de 1957, la salud se convirtió - en un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado.

La salud está en manos del Ministerio de Salud; - su estructura administrativa es provincial y regional. Con

(69) Op cit, COPLAMAR, Salud, p. 47

(70) Op cit, Milton I. Roemer, p. 181-182.

la finalidad de poner al alcance de la comunidad los servicios de salud se ha estructurado una organización escalonada y piramidal; esta organización sigue los principios de la regionalización y cuenta con una extensa red de servicios preventivos y curativos que dan una cobertura a todo el país (71).

- Su sistema regionalizado de salud consiste en: (72).
 - + distribución de los servicios en distintos niveles y categorías de acuerdo a las condiciones geográficas y demográficas, a los problemas de salud de la población y a las perspectivas de desarrollo de las comunidades,
 - + vinculación escalonada entre todos los servicios que forman parte del sistema, desde los puntos de vista técnico y administrativo,
 - + apoyo científico y técnico de las mas desarrolladas a las de menor desarrollo,
 - + transmisión continua de información cruzada en relación con la atención al paciente y a la comunidad,
 - + participación cruzada de profesionales, técnicos y personal en formación entre servicios de diferentes niveles y categorías,
 - + clara definición del tipo de paciente o comunidad que debe ser atendido a los distintos niveles del sistema

(71) Op cit, COPLAMAR-SALUD, p. 46

(72) Cuba, El Sistema Nacional de Salud en Cuba, p. 15-16.

Se tiene 38 regiones sanitarias que son parte de -- las 8 provincias sanitarias (73).

La regionalización cuenta con tres niveles: provincial, regional y área de salud, (véase figura 2).

Las unidades de servicios básicos que integran el - sistema (policlínicas y hospitales rurales) constituyen - los elementos fundamentales de la red nacional de servi- cios.

Los servicios de salud rurales se localizan en una población de 2000 habitantes.

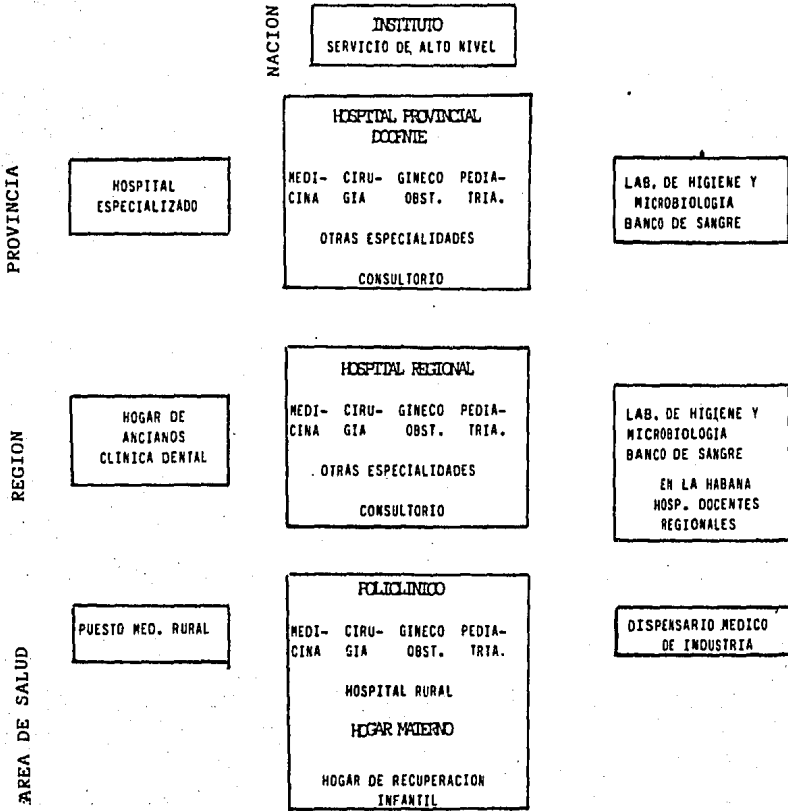
En Perú el concepto de regionalización es la base de la ubicación de todos los hospitales que construye el Ministerio de Salud y de los subsistemas de construcción para ayudar a modificar los hospitales de beneficencia.

Dentro del sistema hospitalario de seguridad social también se utiliza la política de regionalización. Las - redes de hospitales de patrocinio diferente no están in- tegradas regionalmente entre sí.

(73) Op cit, Milton I. Roemer, p. 136.

Figura 2

ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD REGIONALIZADOS EN CUBA



Fuente: Cuba. El Sistema Nacional de Salud en Cuba. Ministerio de Salud Pública. 1974. p. 10

Venezuela, puso en marcha en el año de 1946 los Servicios Cooperativos de Salud Pública; sobre la base de éstos se estableció en el resto del país un sistema regional de salud en torno a hospitales regionales que funciona a través de una red de centros de salud, hospitales menores y medicaturas rurales.

En este sistema regionalizado no se incluyó los - - hospitales del Seguro Social (29).

El sistema sanitario de la Unión Soviética formado - después de la Primera Guerra Mundial tuvo que rehacerse pasada la Segunda Guerra Mundial, ya que parte de su estructura material fué deshecha.

La extensión de los servicios en las zonas rurales - continuó, hasta formar una red preventiva - terapéutica de servicios en todo el país.

La policlínica es la base de la atención, así como - los médicos familiares se encargan de las familias de un distrito.

Se aplicó el criterio de regionalización, constituido por hospitales y policlínicas, como base para proporcionar servicios de calidad razonable a todo el sistema soviético.

Se tiene una red de pequeñas unidades rurales (hospitales de uchastok) con 10 a 50 camas que alimentan a hospitales (hospitales de rayón) de 100 a 200 camas y estos se comunican - con los hospitales municipales (Oblast) que se localizan en las ciudades principales (75).

(74) Op cit., Jorge Castellanos Robayo, p. 233.

(75) Op cit., Milton Roemer, p. 210-216.

Se tiene un cuerpo directivo que se encarga de lograr una adecuada organización de los servicios médicos a través de todo el país, de tal manera que se cubran las necesidades de salud no sólo de las principales regiones -- industriales y de las granjas colectivas sino también de -- las regiones y distritos más distantes (76).

Se divide el país en áreas geográficas que cuentan cada una con un número variable de sectores que son las divisiones básicas de los servicios soviéticos de salud.

El sector (uchastok) tiene 4000 personas, de las cuales 1000 son niños.

El Oblast es una región o república autónoma, --- mientras que el Rayón es un distrito político sanitario -- urbano o rural, dividido en dos distritos, cada uno de 4000 personas (77).

La regionalización de los hospitales y de otros -- servicios de salud es la norma que se sigue en los países so cialistas de la Europa Oriental, donde la cooperación entre instituciones, tanto en las zonas urbanas como en las rura-- les, se facilita porque todas las instituciones de salud fun cionan bajo la dependencia del gobierno; y ademas - - -

(76) Op cit, Milton Terris, p. 140.

(77) Ibid. p. 138-140.

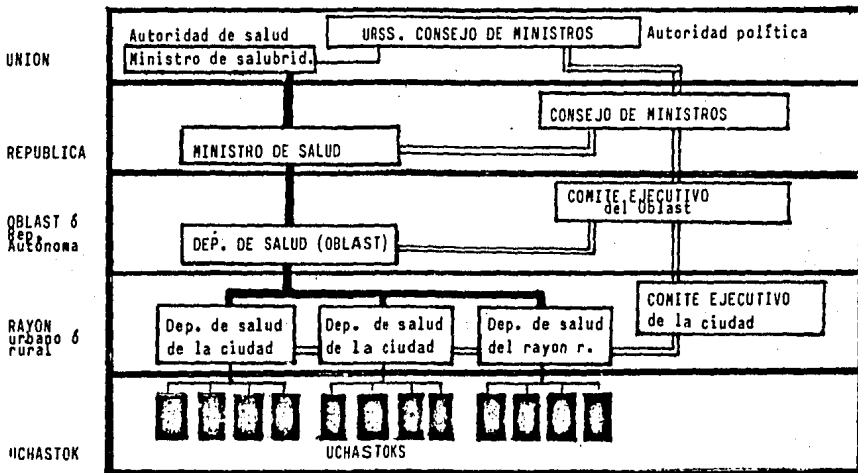
se da el acceso gratuito a toda la población. El diseño de regionalización en general se basa en:

- Una política de salud definida centralmente,
- una organización regional descentralizada,
- prestación de servicios personales de salud a nivel local.

A nivel local la atención se da en policlínicas que están en relación con los hospitales generales de distrito y estos a su vez con los hospitales regionales docentes. (78)
(Ver figura 3 y 4).

Figura 3.

ORGANIZACION DE LA SALUD PUBLICA DENTRO DE LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA SOVIETICA. 1957



U.S. Dept. of Health, Education & Welfare Public Health Service Washington, D.C.,
U.S. GOV't. Printing Office, 1957.

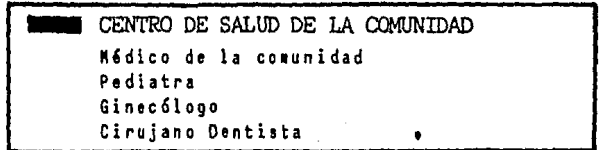
Fuente: Terris Milton, La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. México, S XXI, 1980, p. 175

(78) Op cit, Alfredo Leonardo Bravo, p. 234.

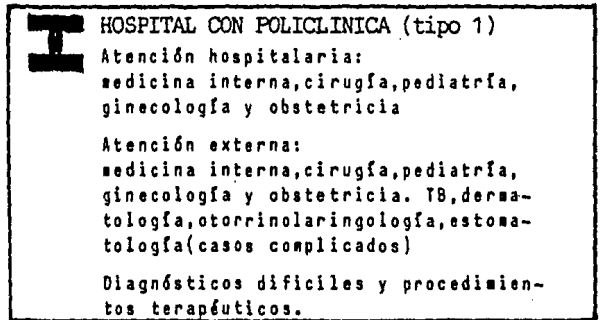
Figura 4

ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
REGIONALIZADOS EN CHECOSLOVAQUIA

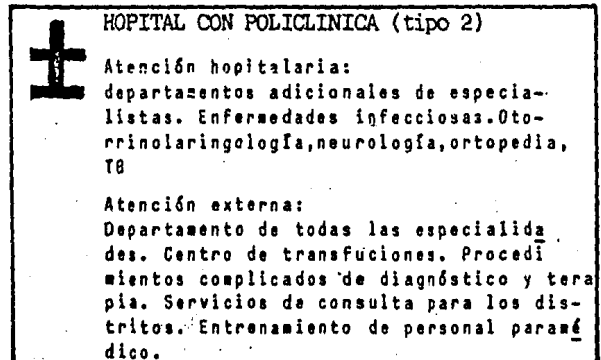
COMUNIDAD
SANITARIA
3,800
HABITANTES



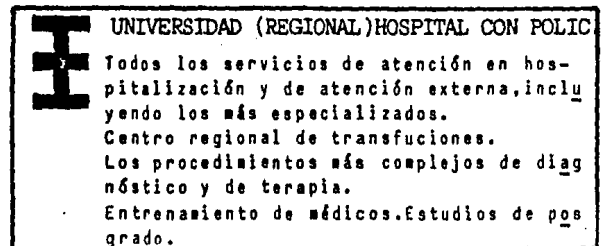
DISTRITO,
FRACCION DE DISTRITO,
CIUDAD
Alrededor de
50,000
habitantes



SUBDIVISION DE AREA
2-3 DISTRITOS
entre 150 y 200,000
habitantes



REGION
1,000,000 de
habitantes



En México, el concepto de regionalización se ha aplicado de manera poco rigurosa, las instituciones de seguridad social como son el IMSS e ISSSTE han regionalizado sus establecimientos, pero básicamente con el enfoque de la población derechohabiente de un lugar.

La SSA cuenta desde la formación de los servicios -- coordinados de salud pública en los Estados con una regionalización poco definida, que está constituida por los centros de salud, las jefaturas de jurisdicción, las jefaturas de los -- servicios coordinados en cada uno de los estados y la Dirección General de Servicios Coordinados de la República Mexicana; esta estructura sirve sólo para fines administrativos.

Un aspecto por el cual no funciona su regionalización es que no cuentan con la sistematización sobre la referencia de pacientes*, y sus servicios no funcionan como un sistema regionalizado principalmente por estas carencias, ya que los pacientes acuden por cuenta propia a cada uno de los niveles, -- provocando un desperdicio de recursos (79).

En la actualidad esta Secretaría está tratando de aplicar el concepto de regionalización de los servicios de salud -- que le corresponden para lograr un mejor aprovechamiento de -- sus recursos y ampliar el acceso a la población abierta (no -- amparada o marginada).

La reorganización de las áreas jurisdiccionales se realizará de acuerdo a la regionalización de COPLADE. (Comités de Planeación del Desarrollo Estatal).

*el término significa enviar al paciente a otra institución, se toman en cuenta los criterios sobre: diagnóstico, recursos económicos del paciente, cercanía del domicilio del paciente y la institución. Esta labor la realiza la -- Trabajadora Social.

(79) Op cit, COPLAMAR-SALUD, p. 140.

Las jurisdicciones sanitarias representan el nivel técnico administrativo responsable de la administración y operación de los servicios en las diversas regiones del estado.

Se propone la configuración de zonas que permitan la ejecución organizada y sistemática de las acciones de salud (80).

Supuestamente el concepto y la extensión de las jurisdicciones han sido manejadas con base a diferentes criterios, de acuerdo con su extensión geográfica, número de habitantes, infraestructura técnico-administrativa y sistema de información.

La jurisdicción sanitaria se define como una extensión sanitaria-geográfica donde existe un conjunto de servicios operativos de primero y segundo niveles, para la atención a la salud y sus enlaces técnicos administrativos para la atención de un volumen determinado de población (81).

El ISSSTE tiene una regionalización meramente administrativa.

Consideran que la atención médica armoniza la del nivel básico, de hospitales de mediana complejidad y de hospitales de gran complejidad, con los aspectos docentes de los recursos para la salud.

(80) SSA, Guía de Regionalización, p. 19.

(81) Guillermo Soberón Acevedo, Hacia un sistema..., p. 58.

Llaman Región de Salud a cada entidad federativa, -
menos el área metropolitana, cuya influencia incluye al Dis-
trito Federal y parte de los municipios limítrofes, aquí la
regionalización es por medio de un sistema modular, donde -
el módulo es una unidad administrativa desconcentrada y au-
tosuficiente, constituida por instalaciones médicas jerar-
quizadas y estratificadas. (82)

Cada módulo está integrado por varias clínicas de -
Medicina General Familiar de primer nivel, una clínica de -
especialidades de segundo nivel y un hospital general de -
concentración (segundo y tercer niveles).

La clínica de Medicina General Familiar tiene una -
capacidad para 54,000 derechohabientes.

La clínica de especialidades para 162,000 derechoha-
bientes.

En el área foránea las clínicas de especialidades -
cubre a una población de 9,000 a 35,000 derechohabientes. -
(83)

Recientemente se regionalizó al país, para formar -
11 regiones; esto con el fin de reorganizar administrativa-
mente los servicios de salud.

El ISSSTE utiliza la regionalización como medio pa-
ra mejorar la distribución territorial de servicios, a par-
tir de las características de la demanda en espacios defini-
dos como regiones, acercando y haciendo accesibles los ser-
vicios al lugar mismo donde se origina la demanda, es decir,

(82) Jorge Badía Flores, "Aspectos Operativos...", p. 63.

(83) Op cit., Guillermo Soberón Acevedo, p. 84.

una regionalización como factor de redistribución de los recursos. (84)

El IMSS tiene desconcentradas sus funciones, y la regionalización que aplica es únicamente administrativa; es la institución que tiene mejor definidos sus recursos por niveles de atención.

Esta institución tiene 8 delegaciones regionales que comprenden regiones de dos o más estados; las delegaciones estatales son circunscripciones territoriales de una sola entidad federativa, existiendo 24 en la actualidad y por último las delegaciones del valle de México que son 6.

El primer nivel de atención está formado por unidades de medicina familiar con hospitalización y puestos de fábrica.

El segundo nivel consiste en hospitales generales de zona y hospitales generales con medicina familiar y atienden a una población que oscila entre 96,000 y 264,000 derechohabientes.

Y en el tercer nivel atienden a grandes núcleos de población que les es referida de los niveles inferiores. (85)

El IMSS-COPLAMAR que atiende al medio rural, es el que ha desarrollado más el primer nivel, cuenta con un sistema de referencia de pacientes, este programa adoptó la regionalización del IMSS, aunque no está completamente

(84) ISSSTE, Programa de Regionalización..., p. 12.

(85) Op cit, Guillermo Soberón Acevedo, p. 81.

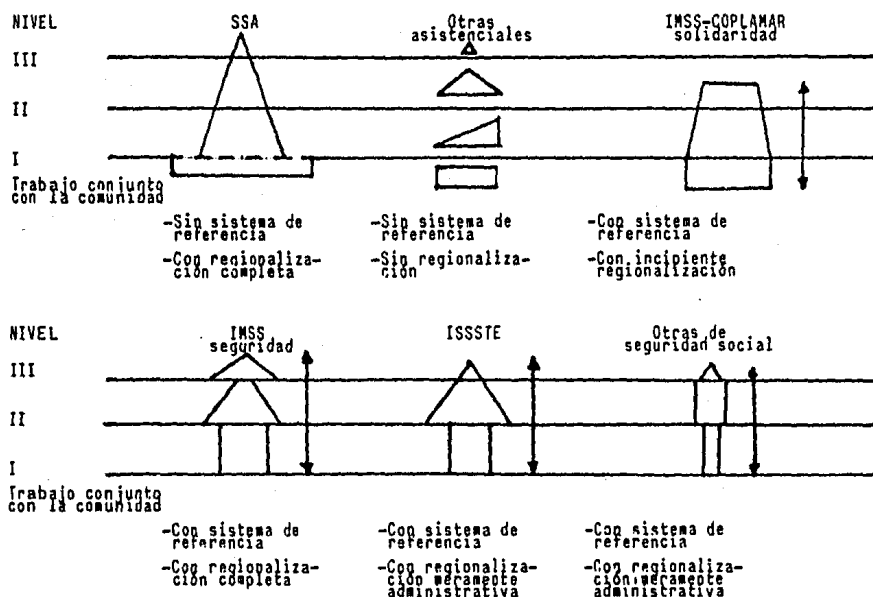
desarrollado por el poco tiempo que tiene el programa (86).

Por último el sector privado no cuenta con sistemas estructurados de atención médica.

En resumen, ninguna de las instituciones de servicios personales de salud en México está estructurada de tal forma que le permita brindar a la población un servicio eficiente y eficaz. Esta situación es consecuencia de la fragmentación del sector salud, así como la falta de un criterio claro de la regionalización de los servicios de salud. (véase figura 5).

Figura 5

ESQUEMA COMPARATIVO DE LA ESTRUCTURA DE ATENCION
MEDICA EN MEXICO. SECTOR SALUD.



Fuente: COPLANAR. Salud, Necesidades Esenciales de México, num. 4, p. 141

(86) Op cit, COPLANAR-SALUD, p. 140.

5). CONCLUSIONES.

Con esta breve reseña histórica se puede ver cómo - se ha desarrollado y las diferentes aplicaciones que ha tenido el concepto de regionalización de los servicios de salud, su utilidad y extensión en muchos países del mundo; pero no siempre este concepto ha tenido los mismos objetivos ni las mismas definiciones conceptuales; la conceptualización ha variado desde: la regionalización para reunir fondos para llevar a cabo las construcciones hospitalarias; o la regionalización para establecer un sistema de suministros que permitan abastecer los hospitales de la región en forma económica y con productos de buena calidad y la regionalización para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de las prestaciones a fin de ofrecer las bases administrativas adecuadas para organizar campañas de control de determinadas - enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc.

Pero en general, el movimiento para lograr la regionalización de todo un territorio tanto en Europa, América -- Latina, Africa, es lo que ha dado un fuerte desarrollo a este concepto, donde la solución puede ser la organización en base a una red de referencias de los grandes complejos médicos en las ciudades y de los pequeños centros de salud rurales.

Esta confusión se ha dado principalmente por la falta de una homogeneidad en cuanto al contenido teórico del -- concepto de regionalización, es decir, al no tener un conocimiento claro y preciso de este proceso y de todos los componentes necesarios para su aplicación, se tiene que cada país o cada institución maneja esta idea de diferentes modos según sus conocimientos y sus objetivos.

En estos momentos, todos los países miembros de la OMS que no han logrado la cobertura universal a toda su población en cuanto a servicios médicos, requieren del manejo y aplicación del concepto de regionalización de los servicios, así como en especial de los de atención primaria para lograr la meta de salud para todos en el año 2000; es necesario por lo tanto profundizar y aclarar las bases y contenido de la regionalización, ya que sólo aplicando este proceso se logrará una mejor distribución espacial de los recursos, así como se harán accesibles los ser vicios a toda la población de una región.

V). LA REGIONALIZACION Y EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD - GEOGRAFICA.

1). INTRODUCCION.

Como se ha visto, se puede decir que en cuanto al conocimiento y a los aspectos que implica la regionalización de los servicios de salud no se tienen una homogeneización de los puntos que hay que tomar en cuenta para llevar a cabo dicho proceso.

Esto se puede ver ya que cada país aplica la regionalización según sus intereses; como ya se dijo, estos varían desde lograr una distribución de los recursos, regular la afluencia de pacientes, encausar el apoyo financiero hasta lograr una cobertura universal.

El concepto de regionalización en estos momentos se debe de tratar de definir, ya que es un aspecto fundamental en la organización de la atención primaria para alcanzar la salud para todos en el año 2000.

La definición teórica, la aplicación del concepto de regionalización y sus componentes implica el manejo de conocimientos de índole geográfico; sin el dominio y noción de la realidad geográfica de un área o país, no se podrá proceder a realizar una regionalización completa, lo que puede provocar a su vez una inadecuada distribución de los recursos de salud y por lo tanto, no lograr ofrecer atención de salud a toda la población.

De esta manera, en este capítulo se mencionarán -- los puntos más importantes que tienen que ver con el manejo de conocimientos geográficos para realizar una regionalización de los servicios de salud con la realidad a estudiar.

2). COMPONENTES DE LA REGIONALIZACION.

Para llevar a cabo una regionalización de los servicios, es necesario ordenar tanto las etapas de desarrollo -- como los conceptos que se van a manejar y que intervienen en la regionalización.

Una manera de desarrollar la regionalización, se -- muestra a continuación:

COMPONENTES DE LA REGIONALIZACION:

El concepto de regionalización incluye:

UNA ESTRUCTURA

UN PROCESO

2.1. ESTRUCTURA DE LA REGIONALIZACION:

Comprende:

LA DELIMITACION DE UNA REGION.

EL DESARROLLO DE UNA JERARQUIA DE SERVICIOS.

CREACION DE UN SISTEMA DE AUTORIDAD.

2.1.1) ASPECTOS A CONSIDERAR PARA LA DELIMITACION DE REGIONES DE SALUD.

Un primer problema que hay que resolver es el de la delimitación de las regiones, ya que la región es un componente básico del concepto de regionalización. Implica la subdi-

visión en varias zonas, así cada una de las subdivisiones se designa Región de Salud que tendrá la capacidad de funcionar en forma relativamente autosuficiente.

Al tener definida el área que ocupa la gran región socioeconómica en un territorio el paso siguiente en el proceso de regionalización de los servicios de salud es el subdividir esta gran región en porciones más pequeñas, para obtener zonas medianas o microregiones para fines de salud; mientras mayor sea el número de aspectos considerados al delimitar las áreas de servicios de salud, más funcional será el esquema regional. No hay que olvidar que dentro de un país, algunas regiones intermedias o áreas de salud pueden tener ciertas características demográficas, económicas, físicas o médicas propias que obliguen a encaminar y reorganizar de diferente manera los servicios de salud.

Para llevar a cabo la regionalización de los servicios de salud en la Gran Región se debe de tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Tamaño de la región de salud.
- Límites políticos.
- Ciudades.
- Redes de comunicaciones y transportes.
- Accesibilidad de los servicios.
- Autosuficiencia de la región.

2.1.1.1). TAMAÑO DE LA REGION:

El área dentro de la cual se han de coordinar los servicios de salud debe tener una población lo relativamente amplia para ser en todo lo posible autosuficiente en la prestación de una amplia gama de servicios de salud.

A mayor especialización médica, mayor será la base de la población.

El tamaño exacto de la región dependerá por una parte del grado de autosuficiencia deseada y de que tenga el equilibrio de eficiencia, autosuficiencia y accesibilidad.

Intervienen aspectos geográficos, administrativos, de comunicación, demográficos, económicos, etc.

Se recomienda el uso de cartas topográficas de cada lugar para lograr una mejor delimitación de las regiones de salud, así como el manejo de información estadística demográfica.

El tamaño óptimo de la región de salud puede variar de: 100,000 - 1'500,000 habitantes (87) y de 500,000-3'000,000 habitantes (88).

2.1.1.2). LIMITES POLITICOS.

La definición de un cuadro geográfico regional no puede adoptarse sin tener en cuenta la organización política y administrativa.

(87) Alfredo Leonardo Bravo, "Planificación regional de las instalaciones de salud", en Publicación Científica de la OPS, Vol. 2, Núm. 382, p. 17.

(88) Op cit, Guillermo Arbona, p. 3.

Por lo que se aconseja desde el punto de vista operativo que las regiones de salud tengan los mismos límites geográficos que las circunscripciones político-administrativas en que está dividido el país y mejor aun por el diseño de las zonas de desarrollo económico-social. Este enfoque ofrece ventajas, como es la coordinación de los programas de salud con otras actividades del sector social como: enseñanza, seguridad social, planificación urbana, construcción de viviendas, etc.

Se favorece la adaptación del sistema de salud a las características de otros sistemas y viceversa, dentro del proceso del desarrollo económico y social del país y de la región.

Además la correspondencia de los límites geográficos facilita que los procedimientos administrativos y técnicos de los servicios de salud se ajusten a los de otros servicios públicos.

Aunque los límites entre regiones representan líneas de equilibrio entre los sistemas de fuerzas de diversas regiones, existen lazos y entrecruzamientos de regiones que son necesarios mantener para ofrecer servicios de salud a mayor número de personas; generalmente donde se lleva a cabo estas relaciones, son en las ciudades

La población localizada en los límites de las regiones tendrá dificultad en decidir a qué región acudir para atenderse; es por esto que los lazos entre las regiones son indispensables para atender adecuadamente a las poblaciones que se enfrentan a la problemática anterior.

En el caso de México, estos límites políticos serán básicamente los que coincidan con los municipios, por lo -- que una región de salud estará formada por municipios de un mismo estado y se crearán en función del número de los que existan en cada entidad.

2.1.1.3). COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.

La dotación de vías de comunicación representa una condición básica de la formación regional.

Además es un factor muy importante en la planificación de los servicios de salud, ya que se debe de tomar en cuenta la distancia que media entre los núcleos poblacionales y los sitios donde están instalados los servicios de salud (89), es decir, el tiempo de recorrido es un indicador que debe utilizarse cuando se planifica la distribu---ción espacial de las instalaciones de salud.

La distancia de un poblado al centro de salud, mas que en kilómetros debe medirse en tiempo de traslado, lo - cual depende de los medios de comunicación y transportes - que existan; se dice que la distancia ideal no debe de -- ser superior a 20 ó 30 minutos (90), pero aún así, además influye en la distancia a recorrer la calidad y oportuni-dad de los medios, así como de las vías de comunicaciones.

También un buen servicio de ambulancias permite - ampliar el radio de acción de los servicios regionales.

Influye además de un buen sistema de comunicacio-nes la información al público y del personal de salud, pa

(89) Op cit, Alfredo Leonardo Bravo, "Planificación Regional...", Diseño de las Instalaciones..., Publicación Científica, Vol. 2(382) p. 17.

(90) Op cit, Alfredo Leonardo Bravo, "Regionalización: Organización y .. Boletín de la OPS, p. 325.

ra que las personas se dirijan al lugar más adecuado de -- acuerdo a sus necesidades de salud según la accesibilidad de acuerdo a su lugar de residencia.

No hay que olvidar que el paciente paga el viaje al centro de salud, idealmente se desea que estos costos no sobrepasen un nivel máximo razonable, por eso se dice que los servicios médicos deben de estar física y económicamente al alcance de todos; en la práctica los elevados gastos de acceso a los servicios se reflejan en una menor probabilidad de atención (91).

La distancia medida en kilómetros o en tiempo, - del lugar de residencia al centro de salud es probablemente la barrera más importante para la población rural, sobre todo la alejada y muy dispersa de las ciudades; para este sector rural el acceso físico al sistema de servicios pue ser más difícil y costoso que otros elementos, como el costo del servicio (92).

Por eso se tiene que definir en tiempo y distancia la accesibilidad de los distintos grupos de población a las unidades de los diferentes niveles de atención; es to implica el manejo de información y un análisis geográfico:

- Ubicar a la población.
- Ubicar las unidades del sistema.

(91) Philipp Musgrove, "La equidad del sistema...", Boletín de la OPS, 95(6), p. 540..

(92) Ibid.

- Estimar el tiempo que tarda una persona que vive en determinado lugar en llegar a la unidad de servicios más cercana, conociendo la red de caminos, y su condición física; además tener información de los servicios de transporte público disponibles en la zona - (93).

2.1.1.4). ACCESIBILIDAD.

En la regionalización de los servicios interviene el concepto de accesibilidad geográfica relacionando a la disponibilidad del servicio.

El acceso a los servicios es una característica básica de la atención primaria; se lleva a cabo a través de la creación de unidades de servicios de atención primaria y de atención secundaria, en lugares estratégicamente ubicados, lo más cercano posible al lugar donde sus servicios lo requieran (94).

La accesibilidad a los servicios es la ausencia de barreras tanto geográficas, financieras, culturales, etc. que impiden utilizar los servicios de salud disponibles.

Por lo que la disponibilidad de los servicios es, como su nombre lo dice, la presencia de la infraestructura física y del personal necesarios para prestar servicios personales de salud (95).

La accesibilidad supone el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, fi-

(93) Ibid. p. 541.

(94) Op cit., Rodolfo Demuchias Macías, p. 54.

(95) Op cit., OMS-UNICEF, Atención Primaria en Salud, p. 68.

nanciero, cultural y funcional.

Algunos tipos de accesibilidad pueden ser: (96)

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA.

Se entiende que la distancia y el tiempo necesario para recorrerla y los medios de transporte sean aceptables para la población.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA.

Cualquiera que sean las formas de pago que se utilicen; los servicios están dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país.

ACCESIBILIDAD CULTURAL.

Se entiende que los métodos técnicos y administrativos utilizados estén en consonancia con las pautas culturales de la comunidad.

ACCESIBILIDAD FUNCIONAL.

La prestación permanente de asistencia adecuada, por conducto del grupo sanitario apropiado para ese fin.

El principio de accesibilidad implica la existencia y uso del servicio, amplitud del mismo y disponibilidad en cantidad y calidad apropiadas para satisfacer las necesidades básicas.

(96) Op cit, OMS-UNICEF, Atención Primaria en Salud, p. 68.

Para lograr el acceso a los servicios no basta ubicarlos geográficamente, sino que es necesario remover las barreras de orden social, económico y cultural que impiden o limitan el libre acceso de la comunidad a los servicios.

Estos servicios deben de estar estructurados en niveles de atención para solucionar los diferentes problemas de salud.

La disponibilidad de los diferentes tipos de servicios debe estar en relación con la mayor o menor frecuencia de los programas, para obtener su ubicación lo mas cercanamente posible del usuario y para lograr una mejor utilización de los recursos (97).

El acceso es la posibilidad que tiene la población de dar y recibir atención apropiada y de complejidad variable cuando las condiciones de su necesidad así lo indiquen (98).

La disponibilidad de servicios (acceso) requiere de una distribución geográfica apropiada de los mismos, es decir, ausencia de limitantes o barreras de cualquier tipo.

Supone la existencia de una oferta oportuna y sistematizada de servicios adecuados, en cantidad y estructura al volumen y características de la población y a la naturaleza de las necesidades o problemas de salud que afectan a esa comunidad (99).

(97) Op cit, Jorge Castellanos Robayo, p. 483.

(98) Jorge Castellanos Robayo, "Investigación en los...", Boletín de la OPS, 89(2), p. 96.

(99) Op cit, Jorge Castellanos Robayo, "Situaciones de cobertura...", Boletín de la OPS, 82(6), p. 479.

El mayor problema operativo que afrontan los servicios de salud (por niveles de atención) para hacer efectiva la extensión de la cobertura es el de la ACCESIBILIDAD.

Se requiere acciones combinadas en materia de:

- * Redefinición de políticas de operación institucional ✓
- * De localización apropiada de unidades de atención.
- * Organización de las acciones para que se garantice el acceso inicial y la continuidad de atención (100).

El acceso implica que los servicios sean disponibles, accesibles, aceptables y costeables.

2.1.1.5). CIUDADES Y UBICACION DE HOSPITALES.

La presencia de un "centro" es una condición necesaria para la existencia de una región, ya que ésta se va a organizar fundamentalmente alrededor del mismo, además el proceso de regionalización de los servicios de salud, básicamente se apoya en donde se realizan las actividades terciarias, esto se da en la CIUDAD.

La ciudad domina el espacio que le rodea, insertándola en una serie de relaciones tanto comerciales, administrativas, sociales, demográficas, económicas, etc.

Se debe de definir la esfera de influencia de la ciudad, así como el papel que desempeña a nivel interno, pues no se puede concebir una región sin hinterland, ni una región de salud sin un centro urbano.

(100) Op cit, Jorge Castellanos Robayo, "Estructura de los Servicios Educación Médica y Salud. 15(3), p. 281.

Todas las ciudades y pueblos tienen una zona de influencia urbana, que en lo económico constituyen el más-importante mercado de consumo local para los productos --- agrícolas e industriales.

La organización del espacio habitado depende cada vez más de las relaciones que se establecen partiendo de - las ciudades.

Las regiones se forman a partir de las ciudades - gracias al nacimiento de lazos de complementariedad esta-blecidas entre las ciudades y el campo, así como a las jerarquías que se establecen entre las ciudades pertenecien-tes a una misma red urbana (101).

Los hospitales naturalmente han sido establecidos en las ciudades; la ciudad como centro de la región cuenta en general con un hospital de base o un centro médico re--gional (de 500 a 1000 camas) estos hospitales presentan -- una gama completa de especialidades; teóricamente hablando, la población que habita en las ciudades tiene una cobertura del 100 por ciento, en cuanto a atención médica. En las re--giones el hospital debe constituir al centro principal de operaciones.

El hospital básico es el eslabón del sistema de -- servicios de salud donde la atención adquiere sus primeros-grados de complejidad.

Así, el hospital contribuye a la consolidación de la regionalización para el desarrollo de la extensión de la cobertura; es necesario la existencia de un hospital general en cada región de salud.

(101) Op cit, Oliver Dollfus, p. 105.

Al hablar de la importancia de las ciudades y de su situación privilegiada por la existencia de grandes centros hospitalarios, se tiene que mencionar la situación -- que prevalece en las zonas rurales cercanas a las ciudades.

En los últimos años se está luchando porque la población rural tenga el mismo acceso a los servicios que la población urbana; ya que la distribución inadecuada del -- servicio hospitalario es cada vez más difícil en estas zonas donde se observa una dispersión de pequeñas unidades - en amplias zonas geográficas, lo cual determina muy baja - productividad y costos elevados.

Para lograr una equidad en los servicios de salud, se requiere de la puesta en marcha de una regionalización - funcional de los servicios que consiste fundamentalmente en la jerarquización de los servicios por niveles de atención - integrados en las regiones de salud en la cual se deben de dar servicios preventivos, curativos, ambulatorios y de hospitalización. De esto se hablará mas adelante.

2.1.2). JERARQUIZACION DE LOS SERVICIOS EN LA REGION. NIVELES DE ATENCION.

Una vez determinadas las regiones, las instalaciones y los servicios de salud deberán jerarquizarse de acuerdo a su nivel de complejidad, frecuencia, duración de su utilización y el tamaño de la población servida.

Además, dentro de la región debe existir un doble - flujo de pacientes, personal y equipo entre los distintos niveles de asistencia, esto con el fin de que la regionalización de los servicios sea totalmente funcional, donde la base consiste en crear como se dijo una jerarquía de instalaciones con sus correspondientes zonas de servicio y poblacio

nes, manteniendo siempre las interrelaciones entre los niveles de atención

Se puede definir los niveles de atención como "la organización estratificada o agrupación de recursos para satisfacer necesidades determinadas, cuya organización debe -- dirigirse hacia la solución de problemas específicos y lograr una máxima eficiencia en la producción y prestación de los servicios" (102).

Es decir, la jerarquización con propósitos operativos tanto de los problemas de salud, como de las funciones del servicio, es la base de la definición de niveles de atención.

Los servicios médicos complejos y costosos deben -- centralizarse para servir a una población mas amplia, mientras que los servicios menos complejos y que se utilizan más a menudo pueden dispersarse de manera que sean accesibles al nivel local periférico.

Por lo tanto, la distribución espacial de las instalaciones deberá reflejar los diferentes niveles de atención.

La agrupación de los problemas y de las respuestas de atención de los sistemas de salud, se ha clasificado en tres categorías, lo que ha originado la conformación clásica de por lo menos tres combinaciones funcionales de servicios o niveles. Estos son: primer nivel, que agrupa las acciones mas elementales, incluye los servicios generales de salud, que se ofrece a la población cuando entra en el sistema, y -- constituye el primer contacto con la atención médico-hospitalaria.

El segundo y tercer niveles donde se solucionan los problemas de salud más complejos pero menos frecuentes.

(102) Op cit, Jorge Badía Flores, p. 53.

2.1.2.1). NIVELES DE ATENCION.

2.1.2.1.1). PRIMER NIVEL DE ATENCION.

De amplia distribución geográfica; está en -- contacto directo con toda la población, ubicándose en localidades rurales como en centros urbanos.

En este nivel se atienden los problemas más - comunes que no requieren el uso de tecnología compleja ni de hospitalización. Se pueden atender y resolver desde el 70 hasta el 85 por ciento de los problemas de salud que -- se presentan (103).

En este nivel se localiza la atención prima-- ria en salud (ver capítulo II); que ocurre en el hogar, - consultorios, clínicas y centros de salud localizados cerca del sitio donde viven o trabajan las personas.

Este nivel constituye el punto de contacto con la comunidad, o la "puerta de entrada" de ésta al sistema de atención. Además, es el lugar donde se inicia el sistema de referencia de los problemas individuales.

El desarrollo del primer nivel (extensión y - ampliación del servicio) es primordial, ya que constituye el nivel donde los problemas de salud se pueden resolver.

2.1.2.1.2). SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

Es un servicio especializado de diagnóstico, - tratamiento y rehabilitación, prestados por profesionales y técnicos especializados en hospitales y clínicas. Se -- tienen las especialidades de: medicina interna, gineco- obstetricia, pediatría y cirugía (104).

(103) Op cit, Guillermo Soberón Acevedo, p. 206.

(104) Op cit, Guillermo Arbona, p. 4.

Presta servicios a grupos referidos de una zona de influencia más amplia; se tratan los problemas médicos - no resueltos en el primer nivel de atención.

2.1.2.1.3.) TERCER NIVEL DE ATENCION.

De distribución geográfica más limitada. Servicios de alta especialidad; sirve de apoyo a la investigación bimédica y sus aplicaciones.

Sólo se localiza en unas cuantas ciudades donde ha sido necesario y factible estos servicios, y en los centros médicos o en hospitales de alta especialidad, que funcionan como unidades de concentración.

Tiene una amplia base de población.

2.1.2.2.) AUTOSUFICIENCIA DE LA REGION.

Significa que el total de los servicios de salud - disponibles dentro de la región debe ser adecuado para proveer servicios preventivos, curativos y de rehabilitación y atender a la población en todos los aspectos de salud, enfermedad o invalidez (105).

Una región de salud debe abarcar un sector urbano, un sector suburbano y un sector rural.

Sólo así se puede lograr la autosuficiencia de la región, ya que los servicios de salud rurales por sí solos jamás serán capaces de proporcionar atención total.

Como ya se mencionó, los servicios de alta especialidad sólo se pueden ofrecer en hospitales nacionales o regionales en las ciudades, pero sus servicios deben de estar a la disposición de los centros suburbanos y rurales, esto sólo se logrará por medio de una buena referencia de pacien

(105) Op cit, Alfredo Leonardo Bravo, "Planificación Regional...", Diseño de Instalaciones..., Publicación Científica, Vol. 2, Núm. 382, p. 25

tes.

La jerarquización tanto de los problemas de salud, como las funciones (base de la definición del contenido de los niveles), lleva consigo desde el punto de vista administrativo, la necesidad de un doble orden de decisiones:

1). Se requiere el establecimiento de una interconexión - - apropiada de los niveles transferencia de pacientes - - de un nivel a otro.

- Movilidad del personal,
- intercambio de información y
- apoyo técnico-administrativo.

2). Asignación de actividades, funciones y responsabilidades a los organismos de prestación de los servicios en los que se ubican los diferentes niveles, para determinar - el tipo de personal, los recursos físicos, y el equipo necesario para llevar a cabo los programas.

2.1.3). DELEGACION DEL PODER A NIVEL REGIONAL.

La región es el marco territorial donde se aplican las decisiones tomadas en el nivel central; en el plano administrativo la región representa el nivel intermedio indispensable entre el poder central y los organismos locales.

Esta constituye la base sobre la cual se puede perfeccionar los planes de salud regional a nivel intermedio y local, se tendrá la facilidad para administrar y prestar los servicios de salud.

Para que la región represente un instrumento efectivo de coordinación, es necesario que todos los establecimientos de salud de la región participen en la programación, administración y ejecución de los programas locales de salud.

2.2). PROCESO DE REGIONALIZACION.

El proceso depende de la estructura, que a su vez la condiciona y la moldea.

El proceso de regionalización implica la organización de los servicios de salud para la población que habita dentro de un área geográfica a fin de que los servicios que se ofrezcan sean de la más alta calidad y de acuerdo con -- los recursos existentes y según las necesidades de atención a la salud.

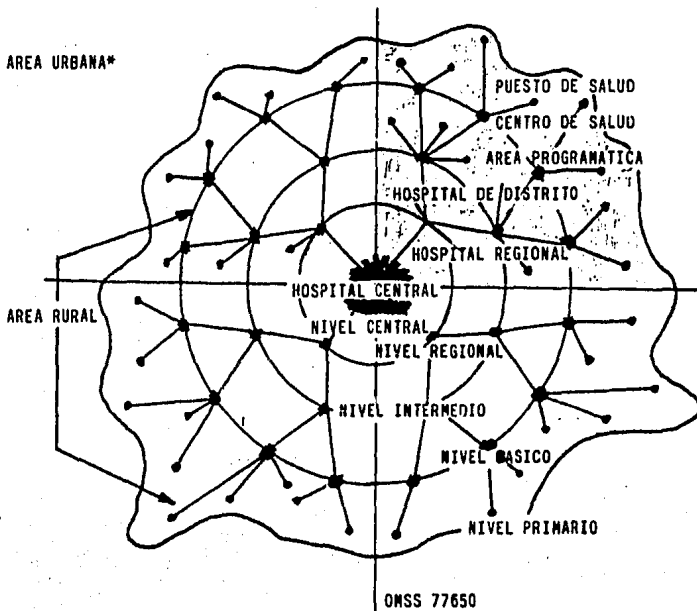
Como un método la regionalización requiere coordinar o integrar los servicios de manera que estos funcionen como un sistema único, articulado y de complejidad graduada.

El proceso de regionalización lleva consigo una -- serie de acciones o mecanismos para asegurar una comunicación de los servicios en ambas direcciones, entre los niveles y aún dentro de un mismo nivel (ver figura 6).

Los nexos entre los distintos niveles de la jerarquía de salud incluyen el envío de pacientes de la periferia al centro para la atención especializada, el envío del centro a la periferia para tratamiento continuo o servicios de convalecencia, el flujo de expedientes médicos en ambas direcciones y el intercambio o rotación de personal con fines de consulta o educación continua, todo esto por medio - de CANALES DE COMUNICACION.

Figura 6

EJEMPLO TEORICO DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA REGIONALIZACION QUE MUESTRA EL AREA PROGRAMATICA Y EL TIPO DE INSTALACION.



Fuente: De los Ríos Mazure Jorge, Planificación Regional de las Instalaciones de Salud. Publicación Científica de la O.P.S., Vol.2, n. 382, 1979, p. 33

3). COMENTARIOS.

La utilización del marco de referencia regional cada vez es más importante en la planificación y organización de los servicios de salud, en especial los relacionados a la atención primaria.

La tendencia general de los países de la región de las Américas es la de mejorar la asistencia médica mediante un sistema regionalizado que permita la distribución de los recursos de acuerdo con los niveles de atención, esto hará factible aplicar el principio de salud para todos y de alta calidad para la población.

De esta manera la base de la planificación regional de la salud es la regionalización, que junto con la coordinación de los recursos institucionales, la descentralización administrativa y la sectorización permite llevar a cabo el objetivo de extender la cobertura a toda la población.

Es así como un esquema de organización regional implica el conocimiento y manejo del concepto área geográfica, con ciertas características que la individualizan con respecto a zonas o áreas circunvecinas. En salud la idea de regionalización hace referencia a una organización estratificada de servicios según niveles de atención, en la cual el área geográfica se utiliza para determinar la ubicación de los núcleos de población para los cuales se programan tales servicios.

Así la regionalización acerca los servicios a la población, posibilita un alto grado de autosuficiencia en el área de salud y de otros campos relacionados con ésta, según los recursos existentes y la capacidad de la región para mejorarlos.

La regionalización implica el lograr un equilibrio entre el nivel central de decisiones (ministerio de salud) para mantener un nivel uniforme de calidad a través de todo el sistema y la descentralización que se necesita tener a nivel local. Por lo que la región representa así el punto medio ideal para la correcta planificación y la administración de los servicios de salud.

El concepto de niveles de atención implica por lo tanto las necesidades de atención en relación con las personas, grupos comunitarios y sus condiciones de salud y una mayor o menor complejidad del contenido tecnológico.

Se entiende por demanda de servicios la relación -- que existe entre la complejidad de una determinada situación de salud y la complejidad de los métodos y recursos necesarios para atender dicha situación. Así la demanda y la complejidad progresiva de los mismos es lo que permite relacionar los niveles de atención según el tamaño de los grupos de población y su ubicación geográfica (106).

Cada región de salud debe contar con un hospital regional, éste servirá para dar apoyo tanto científico como tecnológico a todas las instalaciones locales de salud diseñadas dentro de la región.

La expresión técnico-administrativa de las interrelaciones de los niveles de atención está dada por la regionalización de los servicios de salud.

(106) *Op cit*, Jorge Castellanos Robayo, "Situaciones de Cobertura..." Boletín de la OPS, 82(6), pp. 482-485.

VI). CONCLUSIONES.

La salud y la enfermedad sólo pueden ser entendidas como un conjunto de elementos que forman un proceso bio-psico social que se presenta en una comunidad, que es parte integrante de una organización económica y social.

El nivel de salud de un país, depende directamente de las condiciones de vida de la población y de su base tanto económica como social en que esta se desarrolla.

La organización de los servicios médicos asistenciales no pueden ayudar a elevar la salud de la población de manera aislada; la prevención de los daños a la salud debe alcanzarse por medio de cambios en la esfera social como ambiental; solo de esta manera la atención médica podrá intervenir para elevar los niveles de salud.

La satisfacción de las necesidades básicas de la población es fundamental para aumentar los niveles de salud, que junto con una adecuada reorganización de los servicios médicos, se logrará cambios verdaderos en la morbimortalidad de un lugar.

Esta reorganización de los servicios, implica alcanzar el acceso universal de la población a la totalidad de los servicios, así como recibir una atención integral y de buena calidad para todos.

Con la estrategia de la atención Primaria en Salud, se pretende alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000, ya que ésta tiene como finalidad proporcionar a toda la población el acceso a los diferentes niveles del sistema de Asistencia Sanitaria, reduciendo las enormes diferencias entre los -- distintos países del mundo.

La atención primaria es parte integrante del proceso de desarrollo socioeconómico de la comunidad ya que está coor-

dinado con los otros sectores de ésta; además implica esta estrategia un enfoque integral de la salud, en la que se combina tanto la identificación de los problemas y necesidades básicas de la población como las estrategias para lograr una solución a dichos problemas a nivel de la comunidad.

Para que la atención primaria cumpla con el requisito de ser integral y eficiente debe de estar conectada y entrelazada con los otros niveles de atención; y además debe de asegurar el acceso a la población a todo el conjunto de servicios - que el sistema ofrece.

Para lograr la accesibilidad geográfica y la disponibilidad de los Servicios de Salud, así como el escalonamiento, - se requiere llevar a cabo la regionalización de los servicios.

Es en este aspecto, donde los elementos geográficos toman una gran importancia, ya que sin un buen análisis del espacio geográfico no se logrará una regionalización apegada a la realidad de las comunidades, por lo que la atención primaria y -- los demás niveles de atención no serán accesibles a dicha comu nidad.

El conocimiento y manejo práctico del concepto de regionalización es fundamental para llevar a cabo la planifica-- ción de los servicios de atención primaria en los países en -- donde no se tiene una cobertura universal (América Latina).

Este concepto desde sus primeras aplicaciones prácti cas ha servido como un instrumento para la organización y administración de los servicios médicos y se ha caracterizado -- porque ha seguido el diseño establecido por la división política-administrativa de un lugar.

La regionalización de los servicios de salud está --- adquiriendo cada vez más importancia en todos los países del --

mundo que quieren reestructurar sus servicios para mejorar sus niveles de salud, por medio de la Atención Primaria como parte de la estrategia para alcanzar la salud para todos en el año 2000.

De esta manera, tanto para lograr la meta así como para aplicar la estrategia con apoyo en la regionalización de los servicios, se requiere de una reconceptualización tanto de su significado, objetivos y elementos que lo integran; esto dependerá de las necesidades de salud de cada país.

La aplicación correcta de la regionalización, -- tanto en su estructura como en su proceso, traería consigo alcanzar la cobertura universal para toda la población de un lugar, haciendo accesibles los servicios de salud, en especial los de atención primaria.

En salud, la definición de la regionalización hace referencia a una organización estratificada de servicios, según niveles de atención, donde el concepto de área geográfica se utiliza para determinar la ubicación de núcleos poblacionales, en la que la región de salud tendrá como objetivo coordinar los recursos disponibles a fin de acercar los servicios de salud a la población que los demande.

El concepto de regionalización aquí definido implica una estructura y un proceso; la primera comprende la determinación de una región de salud, el desarrollo de una jerarquía de servicios, la creación de un sistema de autoridad y la segunda implica la organización de los servicios de salud para la población dentro del área geográfica determinada así como la de realizar una serie de acciones o mecanismos para asegurar una comunicación de los servicios, entre los niveles de atención y dentro de cada nivel.

La región es un componente básico del concepto de regionalización; significa la división de un territorio en varias partes según las características socioeconómicas del lugar, donde cada una será una región de salud con capacidad para funcionar en forma relativamente autosuficiente.

Para fines de planificación médica la región de salud será la expresión de los hábitos y necesidades de una comunidad; dicha área corresponde a una región socioeconómica; este tipo de regiones permite realizar una regionalización de los servicios de salud sobre una realidad objetiva.

Para aplicar una eficiente regionalización dentro de una región de salud se requiere tomar en cuenta aspectos tales como límites políticos, tamaño de la región, ciudades y hospitales, redes de comunicación y transporte, accesibilidad a los servicios, autosuficiencia de la región, etc.

Una vez delimitadas las regiones, los servicios de salud deberán jerarquizarse de acuerdo a su nivel de complejidad, su frecuencia, duración, utilización y tamaño de la población servida.

La agrupación de los problemas y de las respuestas de atención de los sistemas de salud (clasificado en tres niveles) responde a las necesidades de atención de la población.

Aplicando el proceso de regionalización en un país se podrá lograr que una zona o región sea autosuficiente, es decir, que el total de los servicios de salud disponibles dentro de esta región sea el adecuado para ofrecer servicios preventivos, curativos y de rehabilitación y atender a toda la población en todos los aspectos de salud, enfermedad o invalidez.

Tomando en cuenta que en Latinoamérica predominan los sistemas subdesarrollados, donde las desigualdades tanto económicas como sociales prevalecen de manera alarmante, creer bajo este contexto que la salud será accesible para todos es un poco ingenuo, pero no hacer el esfuerzo para que el sistema sanitario de cada país sea mas equitativo es también un error.

El geógrafo como profesionista, puede cooperar en la planificación de los servicios de salud ya que con sus conocimientos de la realidad geográfica podrá lograr una mejor utilización del espacio en función de la población.

Participar con el sector salud es lograr alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 por medio de la atención primaria es un reto interesante y difícil; su aportación profesional es necesaria, sobre todo en lo que se refiere a la regionalización de los servicios de atención primaria y de los otros niveles de atención.

Para lograr distribuir los recursos de salud de manera mas equitativa es necesario conocer y entender el medio que nos rodea, así como el manejo de variables geográficas que intervienen definitivamente en la regionalización de los servicios de salud; es así como en este trabajo se propuso una metodología geográfica para llevar a cabo la regionalización de los servicios de salud; ya que con su aplicación se podrá ofrecer atención integral a un mayor número de personas carentes de todo servicio.

BIBLIOGRAFIA.

- 1). ACUNA, R. Héctor, Dr. "Estrategias para extender la cobertura de servicios de salud", Boletín de la OPS, Washington, E.U.A., 91(1). 1981. pp. 1-4.
- 2). ALBURQUERQUE Cordeiro de Hesio, et al. "Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad", Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, año XXII, nueva época, Núm. 84, pp. 59-181.
- 3). ALOMAR, Gabriel. Teoría de la Ciudad, España, Instituto de Estudios de Administración Local, 1980. (Colección Hombre, Sociedad y Ciudad, Núm. 1), p. 254.
- 4). ARBONA, Guillermo, et al. "La Regionalización de los Servicios de Salud en Puerto Rico", Publicación Científica de la OPS, Washington, E.U.A., Núm. 395, 1980. p. 81.
- 5). BADIA Flores, Jorge. "Aspectos Operativos de la Regionalización y Estratificación de las Prestaciones Médicas en Instituciones de Seguridad Social", Memoria de la XXXV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública de México, México, Noviembre de --- 1980. pp. 57-65.
- 6). BASSOLS Batalla, Angel, Formación de Regiones Económicas, México, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, 1979. p. 625.
- 7). _____, Geografía Económica de México, 4a. Ed., México, Editorial Trillas, 1980. p. 431.

- 8). BRAVO Leonardo Alfredo, "Planificación Regional de las Instalaciones de Salud", Publicación Científica de la OPS, Washington, E.U.A., Vol. 2, Núm. 382, 1979. pp. - 9-25.
- 9). _____, "Regionalización: organización y funcionamiento de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas", Boletín de la OPS, Washington, E.U.A., Núm. 77, 1974. pp. 231-246.
- 10). CASTELLANOS Robayo, Jorge, Dr., et al, "Estructura de los Servicios de Atención Médica", Revista de Educación Médica y Salud, OPS, Washington, E.U.A. 15(3), - 1981. pp. 258-287.
- 11). _____, "Investigación en los Programas de Extensión de la Cobertura de Servicios de Salud", Boletín de la OPS, Washington, E.U.A., 89(2), 1980. pp. 95-103.
- 12). _____, "Situaciones de Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria", Boletín de la OPS, Washington, E.U.A., 82(6), 1977. pp. 478-491.
- 13). COLLADO Ardón, Rolando, "La Organización Social en la Planificación del Sector Salud", Revista de Salud Pública de México, México, Epoca XXIV, Núm. 1 y 2, Enero-Abril 1974. p.
- 14). CONACyT, SSA., "Investigación de Servicios de Salud", - México, 1979. p. 328.
- 15). COPLAMAR, Geografía de la Marginación, 2a. Ed., México XXI, 1983, (Necesidades Esenciales de México, Núm. 5), p. 305.

- 16). ———— Salud, 2a. Ed., México, SXXI, 1983, (Necesidades Esenciales de México, Núm. 4), p. 452.
- 17). CUBA, El Sistema Nacional de Salud en Cuba, Ministerio de Salud Pública, 1974. p. 46.
- 18). DEMUCHIAS Macías, Rodolfo, "Bases Metodológicas y Criterios Regionales para la Estratificación de Servicios de Salud", Memoria de la XXXV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública de México, México, Noviembre - 1980. pp. 51-55.
- 19). DOLLFUS Olivier, "El Análisis Geográfico, España, Oikos-Tau, 1979. (Colección Qué Sé), Núm. 118, p.
- 20). DOLLFUS Olivier, El Espacio Geográfico, España, Oikos-Tau 1976, (Colección Qué Sé? Núm. 111), p. 124.
- 21). GARCIA Fuentes, Ana, "Introducción al Concepto de Regionalización", en Introducción al Concepto de Regionalización, México, Instituto de Geografía, UNAM. 1975, pp. 1-7.
- 22). GARCIA Mier, Yolanda, "La Participación de la Comunidad en los Programas de Salud Pública", Revista de la Escuela Nacional de Trabajo Social, México, UNAM., año 1, Núm. 4, Oct.-Dic. 1980, pp. 19-25.
- 23). GEORGE, Pierre, Geografía Activa, 4a. Ed., Ariel, 1980, - Colección de la Geografía y sus Problemas, serie 1, Núm. 4), p. 414.
- 24). ———— , Los Métodos de la Geografía, 2a. Ed., España, Oikos-Tau, 1979, (Colección Qué Se, Núm. 96), p. 122.

- 25). GEYNDT, de Willy, "Atención Primaria de Salud en Zonas Urbanas y Rurales de los Países en Desarrollo; semejanzas y diferencias". Boletín de la OPS, Washington, --- E.U.A., 94(5), 1983. pp. 441-460.
- 26). HERNANDEZ Prada, Antonio, "El hospital básico y su función en los programas de extensión de la cobertura de los servicios de salud", Boletín de la OPS, Washington E.U.A., 88(2), 1980, p. 137-143.
- 27). HILLE BOE Herman, E., "Métodos de Planificación Sanitaria", Boletín de la OPS, Suiza,
- 28). ISSSTE, Programa de regionalización de los servicios - médicos, Subdirección General Médica, México, mimeografiado, 1985. 70 p.
- 29). KLECZKOWSKI, M. Bagdan, et al., "El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud", Cuadernos de Salud Pública, Suiza, OMS, Núm. 80, 1984. 126 - p.
- 30). KLECZKOWSKI, M., Bagdan, et al., "Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos", Cuadernos de Salud Pública, Suiza, OMS, Núm. 77, 1984. 134 p.
- 31). KNOX, G.A., La epidemiología en la planificación de la atención a la salud, México, SXXI, 1981. p. 225.
- 32). KREIMERMANN, Norma, Métodos de investigación para tesis y trabajos semestrales, México, UNAM, 1977 (Colección Opúsculos, Núm. 87, seire: Investigación). 176 p.

- 33). LABASSE, Jean, La organización del espacio; elementos de geografía aplicada, sin Ed., España, Instituto de Estudios de Administración Local, 1973. p. 752.
- 34). LAURELL de Leal, Asa Cristina, et al. "Morbilidad, ambiente y organización social; un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural", Salud Pública de México, México, Epoca V, Vol. XVII, Núm. 4, Julio-Agosto, 1975. p. 471-480.
- 35). LOPEZ Acuña, Daniel, La salud desigual en México, México, SXXI, 1980. 247 p.
- 36). _____, "Salud, seguridad y nutrición", en México, hoy, 6a. Ed., México, SXXI, 1982. p. 177-229.
- 37). MUSGROVE, Philip, "La equidad del sistema de servicios -- de salud: conceptos, indicadores e interpretación", Boletín de la OPS, Washington, E.U.A. 95(6), 1983. p. 525-545
- 38). OMS-UNICEF, Atención primaria en salud. Informe de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, Septiembre 1978, 4a. Ed., Suiza, OMS, 1984. (Serie Salud - para Todos, Núm. 1), 91 p.
- 39). OMS, "Atención Primaria en Salud: La experiencia China", - Publicación Científica, Suiza, Núm. 1984. 123 p.
- 40). OPS, "Estrategias Regionales de Salud para todos en el año 2000", Boletín de la OPS, Washington. E.U.A., 91(1), 1981. p. 56-70.

- 41). OPS, "Guía para la coordinación de la atención médica"
Publicación Científica de la OPS, Washington, E.U.A.,
No. 234, 1972. p. 27-46.
- 42). OPS, Informe Anual del Director: 1984. Salud para todos en el año 2000, Washington, E.U.A., 1984. 287 p.
- 43). OPS "Sistema de Salud", Publicación Científica, - - -
Washington, E.U.A., No. 324, 1972. 23 p.
- 44). OMS-UNICEF, Plan de acción para aplicar la estrategia mundial de salud para todos, Suiza, OMS, 1982, (Serie salud para todos, No. 7), 57 p.
- 45). PARDINAS, Felipe, Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales, 6a. Ed. México, SXXI, 1970, 188 p.
- 46). POPOV, G.A., "Principios de planificación sanitaria en la URSS", Cuadernos de Salud Pública, Francia, OMS, --
Núm. 43, 1972. p. 181.
- 47). PYLE, F. Gerald, Applied Medical Geography, Washington
E.U.A., John Wiley and Sons, 1979. 292 p.
- 48). ROEMER I. Milton, Perspectiva mundial de los sistemas de salud, México, SXXI, 1980, 455 p.
- 49). _____, "Regionalized health system in five nations", Hospitals, E.U.A., 53(24) 1974. p. 72-82.
- 50). ROJAS Soriano, Raúl, Capitalismo y enfermedad, 2a. Ed., México, Folios Ediciones, 1984. 271 p.

- 51). _____, Guía para realizar investigaciones sociales, 6a. Ed., México, UNAM., 1981. 274 p.
- 52). SAN MARTIN, Hernán, Ecología humana y salud, 2a. Ed.,- México, La Prensa Médica Mexicana, 1983. 232 p.
- 53). _____, Salud y Enfermedad, 4a. Ed., México La Prensa Médica Mexicana, 1984. 893 p.
- 54). SOBERON Acevedo Guillermo, "El proceso de integración - de los servicios de salud", Salud Pública de México, México, Epoca VII, Vol. XXV, Núm. 1, Ene-Feb. 1983. 132 p
- 55). _____ . Hacia un sistema nacional de salud, Tomo 1, México, UNAM, 1983. 444 p.
- 56). S.S.A., Guía de Regionalización, México, Subsecretaría de Planeación, Mimeografiado, junio 1985. 43 p.
- 57). S.S.A. Programa Nacional de Salud 1984-1988, México, Subsecretaría de Planeación, Agosto 1984, (Cuadernos - Técnicos de Planeación, Núm. 6), 216 p.
- 58). STALLONE, A. Rievel. "El ambiente, la ecología y la - - epidemiología", Publicación Científica, Washington, E.U.A. OMS, Núm. 231, 1971. 16 p.
- 59). TERRIS, Milton. La revolución epidemilógica y la medicina social, México, SXXI, 1980. 255 p.
- 60). TRONCOSO, Muñoz, Ramón. "Concepto de salud-enfermedad, Publicado por el Departamento de Medicina Social, Facultad de Medicina, U.N.A.M., México, 1977. sin página.

- 61). VARGAS Tentori, Fortunato. "Atención primaria de salud, estrategia para extender los servicios a la población - marginada", Boletín de la OPS, Washington, E.U.A., 90(1), 1981. pp. 1-9.
- 62). WIESINGER Smith, Margot. "A guide to the medical care regions, medical trade areas, and hospitals service - areas", Public Health Reports, E.U.A., 94(3), 1979. pp. 248-254.



FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE GEOGRAFIA