

- patients with cutaneous T-cell lymphoma. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1980, 77: 7415-7419.
2. Hinuma, Y, Nagata, K. Hanaoka, M et al. Adult T-cell leukemia: antigen in a ATL cell line and detection of antibodies to the antigen in human sera. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1981, 78: 6476-6480.
 3. Gessain, A, Barin, F, Vernant, JC et al. Antibodies to human T-lymphotropic virus type-I in patients with tropical spastic paraparesis. *Lancet*, 1985, 2: 407-409.
 4. Rodgers-Johnson, P, Gajdusek, DC, Morgan, OS, Zaninovic, V et al. HTLV-I and HTLV-III antibodies and tropical spastic paraparesis. *Lancet*, 1985, 2: 1247-1248.
 5. Tajima, K. HTLV-I y enfermedades asociadas. Pp. 87-88. *En Retrovirus humanos*. Zaninovic, V (ed.), Feriva Editores, Cali, 1989.
 6. Zamora, T, Zaninovic, V, Kajiwara, M, Komoda, H, Hayami, M & Tajima, K. Antibody to HTLV-I in indigenous inhabitants of the Andes and Amazon regions in Colombia. *Jpn J Cancer Res*, 1990, 81: 715-719.
 7. Zaninovic, V. Paraparesia espástica tropical en Colombia. Pp. 77-86. *En Enfermedades asociadas con el virus HTLV- I*. Zaninovic, V, Galindo, J & Blank, A (eds). XYZ Impresores, Cali, 1992.
 8. Zaninovic, V. Posibles orígenes del HTLV-I en Sur América. Pp. 245-253. *En Enfermedades asociadas con el virus HTLV-I*. Zaninovic, V, Galindo, J & Blank, A (eds). XYZ Impresores, Cali, 1992.
 9. Restrepo, J. *El Putumayo en el tiempo y en el espacio*. 2ª ed. Centro Editorial Bochica, Bogotá, 1985.
 10. Bello, JV. *El Valle del Sibundoy y su transformación agropecuaria*. Editores ARFO Ltda, Bogotá, 1987.
 11. Muñoz, P. *Putumayo. Ciencias Sociales*. Editorial Editores SA, Mocoa, 1988.
 12. Cabildo Comunidad Cãmentsá. *Procesos de transformación y alternativas de autogestión indígena*. Editorial ABC, Bogotá, 1989.



Sección: Comunicación especial

La salud en Cali y el Valle del Cauca. Una concepción de empresa social

Rodrigo Guerrero V., M.D., Dr. P.H.¹, Luis Fernando Cruz G., M.D., M.P.H., M.Sc.²

RESUMEN

La salud pública es una disciplina en cambio constante y, como consecuencia, se nutre de las experiencias previas y proyecta sucesivos acercamientos y aproximaciones. Entre los avances logrados en los últimos años están el estímulo y el desarrollo de la visión para promover la salud, el concepto de la salud como un estado de bienestar que incluye, además de la fases biológica, los planos ambientales, el estilo de vida, de equidad y eficiencia y la calidad de los servicios; y, además, la visión de la salud como empresa social, conducida en una perspectiva gerencial y estratégica. En los últimos años se han generado en Cali y el Valle diversas experiencias aplicadas en el sector público institucional, y en entes de origen privado. Todas han contado con el apoyo de las universidades y de los servicios de salud, y contienen como aspectos relevantes esfuerzos de promoción y de la visión de la salud integral. Se destaca en esta visión el papel de «equipos de la salud», con la presencia de ajustes de la salud y la propia comunidad actuante. Cali, el Valle del Cauca y Colombia son, cada vez más, protagonistas importantes en la escena internacional de la salud pública. En tal sentido los sectores en Cali y el Valle, han acogido los planteamientos universalmente aceptados de acercar la salud a modelos organizacionales eficientes, equitativos y de amplia cobertura. Este artículo presenta algunos elementos fundamentales del proceso de desarrollo de las organizaciones de salud en Cali y el Valle, principalmente para resaltar los antecedentes, marco conceptual y enfoque estratégico. Una publicación posterior ofrecerá detalles acerca de logros y proyección.

ANTECEDENTES

Aspectos generales. Las propias Secretarías de Salud, coordinan los programas de salud de Cali y el Valle, dentro del

1. Profesor Titular (r), Departamento de Medicina Social, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Alcalde de Cali, Valle del Cauca.
2. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Social, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

sistema nacional de salud y cubren 62.5% de la población (13.1% está afiliada al Instituto de Seguros Sociales y 24.3% a otros servicios o seguros).

Además, desde la década de 1950, la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle ha venido perfeccionando, en forma paralela, un proceso permanente de apoyo a los servicios de salud, al capacitar funcionarios, implantar proyectos piloto y crear instrumentos para mantener una vinculación constante

entre la docencia y la administración en los servicios de salud.

Cali y el Valle por su reciente expansión industrial, han visto transformaciones en el sector rural que se originan en el aumento de las corrientes migratorias, con desarticulación interna que da lugar al asentamiento irregular de poblaciones de bajos ingresos. Sin embargo, en 1985 los resultados del censo indicaron una modificación radical de ese proceso, pues se redujo la tasa de crecimiento demográfico debido, posiblemente, a las estrategias para controlar la natalidad y a la reducción del número de emigrantes hacia la zona periférica urbana. La propia estructura demográfica se alteró al disminuir la población de menores de 15 años (de 46.6% a 36.6%) y aumentar la de personas mayores de 60 años (de 4.9% a 6.2%) entre 1973 y 1985.

A partir de 1967, según las líneas del Plan Seccional de Salud de la época, el Departamento del Valle se dividió en nueve distritos de salud, que agrupaban los 41 municipios y la ciudad de Cali en ocho distritos sanitarios para fines de prestación de servicios. También se adaptaron los conceptos de regionalización, niveles de atención y referencia de pacientes.

En 1975 se firmaron convenios para integrar los servicios municipales en los servicios de salud del Departamento del Valle. En 1979 se establecieron las unidades integradas de salud de Cali (centro-hospital, centros y puestos de salud) para incrementar la eficiencia en la prestación de servicios y se encargó a los médicos directores supervisar a los funcionarios de su propia área integrada de salud. También, se decidió que todo el sistema de salud del Valle y de Cali con sus hospitales, centros y puestos de salud, serviría para docencia. Así se logró incorporar definitivamente la Universidad a las prácticas sobre el terreno. Además, por iniciativa del Departamento de Medicina Social, varios equipos de estudiantes y profesores que realizaban actividades comunitarias desde 1950, ampliaron su campo de acción y pasaron a trabajar en unidades de salud con regiones geográficas definidas.

Aspectos de políticas de salud. En Colombia a partir de 1950 se inició el proceso para integrar las acciones de prevenir y curar las enfermedades. Hasta esa época, la prevención era parte de los deberes del antiguo Ministerio de Higiene (1946) y la cura era responsabilidad de los hospitales, como entidades aisladas. En el decenio de 1960, se reglamentó el Sistema Nacional de Salud y se establecieron direcciones nacionales, seccionales o departamentales y regionales. En Cali, el nivel operativo pasó a estar constituido por «unidades integradas» es decir, centros-hospitales de nivel primario (con cerca de 30 camas), centros y puestos de salud locales, hospitales regionales secundarios y el Hospital Universitario del Valle (HUV), con clínicas especializadas, encargado de prestar atención terciaria. En el Valle del Cauca cada uno de los nueve distritos contó con un hospital regional y hospitales locales en cada municipio, todos a su vez articulados con el HUV.

En la década de 1980 se fortalecieron los mecanismos de integración inter e intrasectoriales para realizar actividades

conjuntas de salud, que se centran en la atención primaria. Se crearon las denominadas Casas de la Comunidad Escuela en Zarzal y Roldanillo a fin de fortalecer los efectos demostrativos del enfoque en la participación comunitaria y la acción intersectorial de la salud.

El Programa Avanzado en Administración de Salud (PROADSA) de la Universidad del Valle elaboró un plan integral para Cali y el Valle durante el período de 1987 a 1991, a partir del estudio de las unidades integradas y de los demás organismos de salud.

El Valle y Cali acogieron en 1989 el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud y el proceso de municipalizar la salud. Para 1990, la Ley 10 del 10 de enero reorganizó el Sistema Nacional, descentralizó la dirección y administración de los servicios de salud del nivel I en manos de los alcaldes, y de los gobernadores los hospitales del nivel II y III, y derogó expresamente los decretos 350, 356 y 526 de 1975.

En diciembre 13, 1990 se concretó la Ordenanza N° 049 «Por la cual se conforma el Sistema Seccional de Salud del Departamento del Valle del Cauca, se reorganiza la Secretaría Departamental de Salud del Valle y se dictan otras disposiciones» para atemperar el sector salud a los contenidos de la Ley 10 de enero de 1990 y proyectar el enfoque de la salud a una visión de empresa social.

MARCO CONCEPTUAL

La salud en una dimensión de comunidad y de escuela. Una perspectiva de sucesivas aproximaciones en Latinoamérica.

Concepto de salud. La salud se debe entender en términos de un estado personal de bienestar, que tiene consideraciones relacionadas con aspectos biológicos, ambientales, del estilo de vida del individuo y de desarrollo social. Esta concepción plantea la necesidad de desarrollar y realizar métodos, instrumentos y aproximaciones que favorezcan, estimulen o ejerzan acciones sinérgicas positivas, para lograrla. Asimismo, considera la salud como un objetivo del desarrollo y no sólo como un medio para alcanzarlo.

Además, tiene en cuenta:

- a. La comprensión mínima de lo que la salud representa para el individuo, la familia y los grupos sociales a los que pertenece.
 - b. El acercamiento y la aplicación permanente de los avances en la asistencia médica y la salud pública.
 - c. La presencia constante de esfuerzos coordinados en los diversos sectores del desarrollo económico y social.
 - d. Las interacciones en los procesos permanentes de aprender y enseñar, sin limitación espacial ni temporal, que tienen los individuos, sus familias y grupos sociales.
 - e. El compromiso de satisfacer las necesidades básicas de todos los individuos para asegurarles una mejor calidad de vida.
- Como la asistencia médica no puede por sí sola llevar salud a la población que se encuentra inmersa en una situación de

pobreza, se precisa un cambio en el modo de vida, que incluye nuevas oportunidades. El estado de salud a que el individuo tiene derecho, le debe asegurar una vida social digna y económicamente productiva.

Este análisis real de la salud indica que es un fenómeno complejo, no sólo por la red de causas y variables relacionadas sino también por la variabilidad en su misma naturaleza.

El grado de complejidad hace que el acercamiento científico se deba realizar en una perspectiva nacida desde diferentes disciplinas que se movilizan en un ambiente democrático y buscan un lenguaje común con respecto a la realidad y a los objetivos.

El derecho a la salud debe ser cierto y efectivo, garantizado de manera tal que sea universal, equitativo y de gran calidad, asegurando que la oferta de servicios sea en el tiempo y el espacio necesarios, y además eficiente.

La salud como empresa social. Se concibe una empresa social como una interrelación de recursos (humanos, técnicos, físicos y económicos) que, de acuerdo con una base, contenidos y procesos, realiza actividades para obtener progresos, resultados e impactos en un conjunto poblacional. Los recursos se ordenan en distintas áreas funcionales. Las empresas en general son estructuras sociales. La visión de empresa social le identifica objetivos para la colectividad, con realización de actividades orientadas a mejorar las comunidades y la calidad de vida de las poblaciones.

Una empresa social, además de prestar servicios o producir bienes puede generar excedentes que se reinvierten en función de la sociedad. Carece de ánimo de lucro y busca satisfacer el interés público; tiene usuarios internos y externos; busca superar las dificultades nacidas del burocratismo y la visión deformada de la acción política.

La empresa social por excelencia es el Estado. El sector salud, dadas las condiciones derivadas de la naturaleza en su campo de acción y los requisitos mundialmente reclamados de equidad, eficiencia y universalidad; es un sector ideal para el desarrollo práctico.

PLANEACION DEL SECTOR

Propósito. Desarrollar el proceso de planear, evaluar y realimentar, en las siguientes características:

a. *Prospectivo.* Su supuesto básico es que el porvenir será diferente al pasado y por eso enfatiza en el análisis de la información acerca del futuro.

b. *Gradual o de sucesivas aproximaciones.* Se parte de una formulación sencilla, que mejorará con las evaluaciones periódicas.

c. *Participativo.* Hay compromiso externo de los Comités de Participación Comunitaria Intersectorial, e interno de los Grupos Primarios de Eficiencia y Calidad.

d. *Reflexivo.* Se deberá hacer una revisión permanente del modelo conceptual.

El modelo propone y desarrolla dos niveles: uno estratégico y otro operativo.

Misión. Contribuir a mantener y mejorar la salud en las poblaciones del Municipio de Cali y el Departamento del Valle del Cauca.

Estrategia general. Es la atención primaria de la salud, la estrategia básica. Si se permitiera hacer una abstracción de todas las metas y propósitos de la atención primaria, para elegir la esencial, se podría afirmar que la creación de una atmósfera propicia a la participación, en un ámbito amplio, democrático y entusiasta, dentro de un modelo de sucesivas aproximaciones, sería el cimiento. Y a esto se debe orientar la mecánica general de la estrategia

En esta vía hay 4 fundamentos elementales, que se procurará definir: la coordinación intersectorial, la participación comunitaria, el desarrollo tecnológico y el desarrollo administrativo subsecuente.

Coordinación intersectorial. Es responsabilidad del comité del mismo nombre, en cada núcleo de atención primaria o municipio. Cada municipio consta de una o varias comunas según su tamaño. Cada comuna tiene un espacio geográfico definido y tamaños poblacionales que oscilan entre 20,000 y 70,000 personas. A cada comuna se le denomina Núcleo de Atención Primaria (NAP).

Los comités de coordinación intersectorial desarrollan un trabajo, que tiene como objetivo fundirse con la comunidad receptora de servicios en una dimensión de «comunidad unitaria».

Concepto de comunidad unitaria y de comunidad-escuela. Es la concentración humana cuyos integrantes están vinculados por intereses comunes. La conforman todas las personas y/o familias que trabajan, estudian y/o residen en el NAP o municipio.

Incluye tanto a quienes tienen la responsabilidad de brindar servicios como a quienes los reciben. Así, cada individuo o familia asume la responsabilidad que le corresponde, como miembro de un grupo humano organizado que toma conciencia de sus posibilidades de acción y de cambio, propone y establece su propia organización, busca soluciones a la problemática del núcleo o municipio, desarrolla esquemas apropiados de su trabajo y los evalúa, para su retroalimentación. Trabajan en procesos permanentes de enseñanza-aprendizaje y de comunidad-escuela.

Sus principios están bajo el concepto que la coordinación intersectorial es un recurso administrativo que se debe planear, organizar, dirigir y evaluar, pues se considera como un proceso en el que se relacionan en forma temporal los diferentes sectores, sin perder en ningún momento su autonomía e identidad, a fin de lograr un desarrollo armónico en los niveles normativo, operativo y de decisión política.

Las fases en la configuración de los comités intersectoriales comprenden las siguientes etapas:

- ° Acercamiento.
- ° Conocimiento de recursos, servicios y áreas de acción.

- Articulación.
- Coordinación y consolidación.

Participación comunitaria. Toma especificidad y forma en la realidad concreta de las comunas, sectores y barrios, de acuerdo con su ubicación social y con los estímulos o restricciones que se tengan para intervenir en la diversidad de decisiones propias del espacio geográfico.

La participación se concibe en la medida en que en ella confluyan agentes sociales, que interpreten sus problemas, tomen decisiones definitivas o parciales en materia de salud o bienestar, según sus propias interpretaciones y asuman responsabilidades en función de la determinación que se adopte. Su punto fundamental radica en la herramienta educativa para alimentar el conocimiento, posibilitar la decisión y enfrentar la responsabilidad.

La participación tiene dimensión multidisciplinaria, ubica al sector en un plano que estimula a la comunidad a promover, impulsar y desarrollar programas y tareas con otros sectores del desarrollo económico y social.

Los mecanismos participantes derivados de las juntas administradoras locales y la acción comunal institucionalizada materializan canales identificables de expresión comunitaria que harán el sinergismo a nivel de comuna, núcleo y municipio y se constituyen en una base importante para futuros desarrollos de la plena participación, como consecuencia de la educación y de haber hecho parte del proceso.

El proceso de participación comunitaria comprende 4 etapas que son:

- Inventario de organizaciones existentes.
- Concertación con los sectores del desarrollo económico y social.
- Decisión comunitaria frente a la concertación y selección de representantes.
- Educación y capacitación

Desarrollo tecnológico. El proceso de amplificación de coberturas con oportunidad y calidad, plantea requisitos de tecnología. La instrumentación necesaria para responder a la demanda, de acuerdo con la población, con los principios científicos, con la realidad económica y con la aceptación comunitaria, identifica las características de la tecnología en el nivel de la comuna, o del NAP, o de éste con otros núcleos en el Sistema Local de Salud (SILOS) y de los sistemas locales con el sistema distrital (nueve distritos en el Valle) y con la totalidad del sistema seccional del Valle del Cauca.

El enfoque básico para este desarrollo está en la red de servicios de salud (ver Estrategias específicas). El enfoque tecnológico organizativo que se deriva de la relación del sector salud con otros sectores del desarrollo económico y social en cada comuna, NAP, municipio y distritos, facilita efectos de eficiencia y oportunidad ante el modelo de aspiraciones comunitarias definido en el plan de desarrollo de la salud integral. Es un enfoque para obtener «el municipio sano» y «la ciudad

sana».

Desarrollo administrativo

Organización. Adecuación de estructuras. Como lo expone David Lawrence en su libro «Organizaciones Matriciales «...mientras el ambiente y la estrategia tienden a evolucionar, la estructura organizacional tiende a permanecer estática, la estructura cambia mediante saltos de magnitud discreta...», en otras palabras las estructuras son básicamente «reactivas».

Como alternativa a este modelo de estructura «reactiva» se propone uno «proactivo», que significa planear las organizaciones de acuerdo con la planeación estratégica y considerar la estructura como un proceso. «La mejor manera de prevenir los grandes terremotos es provocar constantes microterremotos» dice Lawrence.

En la presente propuesta se plantean 2 tipos de cambios: uno es de tipo conceptual. Consiste en adaptar la concepción del mando múltiple en lugar del tradicional de mando único. Se ha desarrollado un esquema, que inicialmente se podría denominar trabajo por proyectos, en los niveles central, de NAP y de distritos y que se refuerza en el nivel de las Unidades Básicas de Atención (UBA) con el trabajo de los equipos de salud.

De acuerdo con esta nueva concepción se tendrían como elementos básicos de la estructura el líder superior, representado por el secretario de salud, en el nivel central; el coordinador de distrito, o el director del SILOS en los municipios. Los jefes de división en el nivel central y el director y administrador en los distritos y SILOS (municipio) representan a los jefes matriciales. Los responsables de proyectos de manera conjunta y con el personal que se asigne, planearán, ejecutarán y evaluarán las acciones.

Los proyectos surgen como respuestas a necesidades de la comunidad y pueden permanecer o desaparecer según se mantenga o desaparezca la necesidad. Este tipo de estructura facilita además el desarrollo de modelos de trabajo intra o intersectorial y con la misma comunidad que hace uso de los servicios de salud.

Un segundo tipo de cambio se refiere a las funciones. Se plantea cambiar el enfoque de atención personal por un enfoque que siga el proceso de promover, prevenir, controlar, tratar y rehabilitar, a fin de ofrecer una atención integral con énfasis en las acciones preventivas sobre sujetos, riesgos y factores protectores.

Dirección. Motivación. Uno de los rasgos fundamentales del sistema de salud del Valle y de Cali es que constituye un verdadero plan de desarrollo, pues representa beneficios para los usuarios, para la institución y para los funcionarios.

Al acoger los planteamientos que ofrece Carlos Martínez F. en su obra «Administración de organizaciones «se puede decir que el Sistema de Salud del Valle y Cali, está en el proceso de cambiar el modelo denominado *administración de baja productividad* por uno de *administración de alta productividad*».

El modelo de dirección que las Secretarías impulsan desde el nivel central, se ha enmarcado dentro de la siguiente proposición: «La tarea esencial de administración es disponer las condiciones organizativas y los medios financieros, de suerte que las personas puedan lograr mejor sus metas encaminando sus propios esfuerzos hacia fines institucionales».

Liderazgo transformativo. Este enfoque identifica en la organización de salud al hombre como el recurso fundamental y más valioso y, por tanto, concibe en cada uno capacidad de liderazgo que le convierte en líder del cambio y en un multiplicador de la propuesta renovadora.

Comunicación. El éxito en el alcance de la misión y los objetivos depende fundamentalmente del grado de integración institucional, interinstitucional, intersectorial, y sobre todo con la comunidad con la que se realiza el trabajo. La comunicación es el factor crítico que mantiene las interrelaciones necesarias en este proceso dinámico. Se destacan la relación con los medios masivos de comunicación y el papel de la televisión.

Evaluación. Es coherente con la base conceptual de la planeación. Comprende los siguientes pasos:

- ° **Medición del desempeño institucional.** Hace énfasis en el avance hacia los objetivos generales y específicos, pues tiene como punto de apoyo las metas formuladas en cada proyecto y programa.

- ° **Análisis de factores internos y externos.** Para verificar si se han modificado las condiciones que originaron las estrategias o si ha habido cambios sustanciales, se debe estar atentos a la evolución del entorno y analizar las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

- ° **Realimentación.** Significa la posibilidad de introducir cambios o modificaciones al plan inicial. Los cambios se podrán hacer en ambos niveles de la planeación.

- ° **Componentes e indicadores.** Igualmente, los niveles estratégico y operativo, se aplicarán los siguientes componentes e indicadores:

Componentes del proceso. Para que la evaluación sea flexible y adaptable, comprenderá los siguientes factores:

1. **Evaluación de los efectos.** Identifica los cambios necesarios de orientación a los proyectos y programas de salud de manera que contribuyan más al desarrollo general del sector salud y del socioeconómico.

2. **Evaluación de la eficacia.** Debe servir para mejorar la formulación de programas y la estructura de los servicios y de las instituciones mediante el análisis de la medida en que se han alcanzado los objetivos. Debe medir el nivel de satisfacción que expresa la colectividad ante la institución.

3. **Evaluación de la eficiencia.** Se expresa por la relación entre los resultados de un programa y los medios que se aplicaron. Tiene por objeto mejorar las ejecuciones. Examina los planes operativos, los calendarios de trabajo, los métodos, el personal que emplea, los recursos financieros, con miras a

mejorarlos si fuese necesario con un costo mínimo.

4. **Evaluación de los progresos.** Se determina al comparar las prestaciones efectivas de un programa y las que se habían previsto. Sirve para la vigilancia general y operativa de las actividades en curso. Se hace un seguimiento cotidiano de una actividad durante su ejecución y vela para que las operaciones se ajusten al plan y calendario fijados.

5. **Evaluación de la suficiencia.** Se refiere a atender ciertos cursos de acción previamente determinados en los programas generales.

6. **Evaluación de la pertinencia.** Trata de las razones para adoptar normas de salud en consonancia con la política social y económica, y con el establecimiento de programas que respondan a las necesidades humanas básicas y a las políticas y prioridades del sector social y del de la salud.

ESTRATEGIAS ESPECIFICAS

Red de servicios. Se parte de un enfoque en el nivel de cada municipio con el denominado sistema local de salud (SILOS). El SILOS, como respuesta del sector a los procesos de descentralización y desconcentración, establece una red para las acciones que le permite mantenerse en contacto con la realidad específica de cada comuna, NAP o municipio, pues lee su realidad y visualiza sus futuros desarrollos. La red del conjunto de NAP o municipios se convierte en un mecanismo de comunicación del sector salud, y de éste con la comunidad.

La Unidad Básica de Atención (UBA) es un conjunto que oscila entre 100 a 400 familias y depende de consideraciones geográficas, sociales y culturales (Figuras 1 y 2).

Estos conjuntos se sitúan en el mismo vecindario, pero su constitución y forma de relacionarse se pueden generar por los vínculos en las instituciones educativas (escuelas), en el sitio de trabajo, o por programas prioritarios de la comuna, núcleo o municipio. En este sentido el referente espacial de las UBA puede estar ubicado en el domicilio, la escuela, el lugar de trabajo o los programas específicos. A su vez, entre 7 y 10 UBA estructuran y operan un nuevo conjunto denominado unidad de atención primaria, que tiene el puesto de salud como referente espacial y en 1 ó 2 equipos de atención primaria el contacto interdisciplinario y el apoyo para las acciones fundamentales de promoción, prevención, control, tratamiento y rehabilitación, cuando la complejidad y la magnitud de las actividades de salud así lo requieran. Estos equipos derivan problemas de complejidad mayor a niveles que por sus recursos y servicios aseguran una respuesta adecuada.

La cobertura de población que alcanza una unidad de atención primaria varía entre 1,500 y 3,000 familias. En este nivel se inicia el proceso de participación de las familias y de los equipos de atención primaria comprometidos tanto en el diagnóstico como en determinar prioridades, programar, ejecutar y evaluar las acciones del sector salud y de las que se derivan para ser

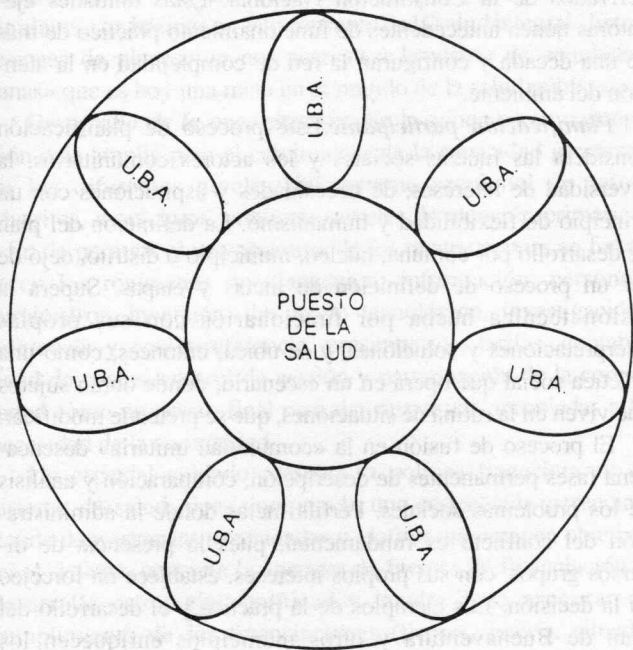


Figura 1

realizadas, por los esfuerzos de integración y relación de servicios, con otros sectores presentes en la comuna, o los que reciben invitación de trabajo según el perfil de necesidades.

Los equipos de atención primaria de la salud estimulan la incorporación y configuración de otros equipos de atención primaria para la educación, la recreación, el empleo, la seguridad, los servicios públicos y la vivienda, según la dinámica específica de grupo en cada comuna, núcleo o municipio y de acuerdo con sus propias estructuras de organización. En este sentido aparece un enfoque estratégico de atención primaria integral desde la base de acción. Estos elementos son la base del desarrollo en la coordinación intersectorial de la participación comunitaria, y constituyen un mecanismo para la integración del sistema.

Desde la sede de los NAP y desde el centro de atención permanente de la salud en la respectiva comuna, núcleo o municipio, se lidera y se apoya este desarrollo administrativo, pues así se conforman ya los elementos básicos esenciales del respectivo SILOS.

En vista de la realidad de los municipios en el Valle del Cauca, es importante esclarecer que es necesario adecuar este tipo de organización al tamaño de cada municipio, pues así tiene una mejor aplicación específica en poblaciones superiores a 100,000 habitantes; un desarrollo intermedio en localidades de 50,000-100,000 habitantes y un desarrollo básico en los sitios con menos de 50,000 habitantes.

El Valle del Cauca tiene en su organización administrativa los denominados distritos (9 en total) [la ciudad de Cali

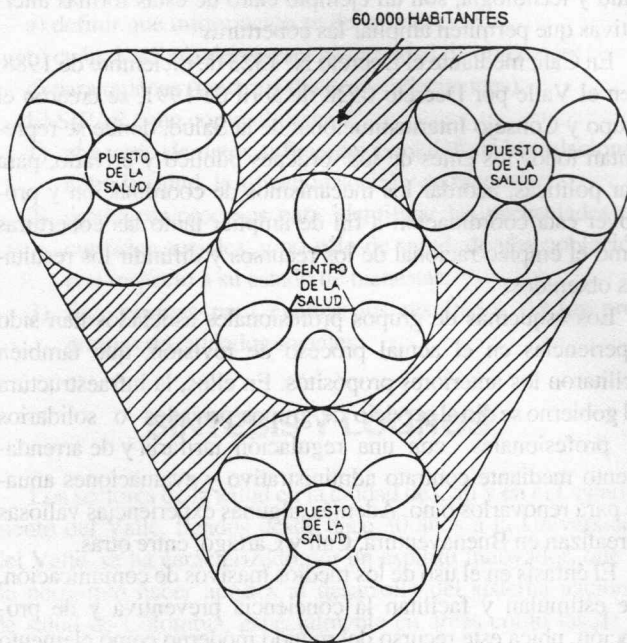


Figura 2

funciona en coherencia con el sistema municipal de salud mediante 7 SILOS (6 urbanos y 1 rural)], donde además de la presencia de los elementos en la red antes mencionada, en la cabecera o municipio sede de cada distrito, aparecen otros recursos institucionales de mayor complejidad en los elementos disponibles y por ende con mayor capacidad de respuesta. Son las llamadas instituciones de nivel II de complejidad tanto para las personas (hospital de nivel II) como en la atención al ambiente (unidades ejecutoras de saneamiento), las cuales forman parte de la red, que como se vio inicialmente se comienza a configurar dentro de la misma base comunitaria.

Asimismo, la red incluye instituciones altamente especializadas (hospitales de nivel III, y entes especializados en atender el ambiente). Un aspecto final para considerar la red lo constituye aplicar el principio de los «vasos comunicantes», que le permiten a la comunidad fluir a través del sistema con mecanismos de referencia y contrarreferencia, apoyados en sistemas de información, comunicación y transporte.

Formas alternativas para la ampliación de coberturas. La experiencia en el desarrollo de los servicios ha mostrado que la ampliación de coberturas se limita cuando la realidad de los recursos se ha establecido, lo cual lleva a la búsqueda de mecanismos innovadores y alternativos que faciliten esta ampliación.

En Colombia las propuestas de integración funcional, donde se conjugan recursos y organizaciones, sin que éstas pierdan su naturaleza jurídica ni su autonomía institucional, para atender a los habitantes, cuando se acuerdan servicios de

salud y tecnología, son un ejemplo claro de estas formas alternativas que permiten ampliar las coberturas

En Cali, mediante el Decreto N° 1323 de diciembre de 1988, y en el Valle por Decreto 0528 de abril de 1991, se crearon el Grupo y Consejo Interinstitucional de la Salud, donde se representan todos los entes de los órdenes público y privado, para fijar políticas, acordar los mecanismos de coordinación y promover esta coordinación a fin de ampliar tanto las coberturas como el empleo racional de los recursos y difundir los resultados obtenidos.

Los esquemas de grupos profesionales asociados han sido experiencias en el actual proceso de revisión, que también facilitaron los anteriores propósitos. En ellos, la infraestructura del gobierno se dio al servicio de grupos privados o solidarios de profesionales, con una regulación tarifaria y de arrendamiento mediante contrato administrativo y evaluaciones anuales para renovarlos o no. Además, algunas experiencias valiosas se realizan en Buenaventura, Cali y Cartago, entre otras.

El énfasis en el uso de los medios masivos de comunicación, que estimulan y facilitan la conciencia preventiva y de promoción, ubica este recurso del mundo moderno como elemento trascendental para mejorar la calidad de la vida e incorporar conocimientos, actitudes y habilidades hacia el autocuidado y el desarrollo de los sistemas no formales de salud.

La dinámica de participación ciudadana facilita las decisiones y el compromiso de quienes pertenecen a cada NAP o municipio, a fin de orientar su trabajo dentro de la filosofía del «voluntariado» como agentes primarios de la salud.

Finalmente, el monitoreo social, como una estrategia de acción organizada de la comunidad para hacerla partícipe de la gestión administrativa y técnica de las instituciones de salud en los aspectos de funcionamiento e inversión. Esta estrategia forma parte del proceso de planificación participante.

Grupos primarios de eficiencia y calidad. Los avances y resultados obtenidos por las ciencias de la administración y la gerencia de calidad despertaron el interés de las entidades gubernamentales para lograr adaptaciones que permitan aplicar esta tecnología administrativa. Con base en los principios de eficiencia, calidad y visión humana de organización, esta técnica abre espacios a la comunicación, el protagonismo y la integración del recurso humano.

Enfoque descentralizado de atención al ambiente. De acuerdo con los principios y estrategias generales se propone fortalecer las unidades ejecutoras de saneamiento, a fin de permitir que los servicios se ofrezcan con oportunidad y calidad por medio de la ejecución de los programas de abasto de aguas, disposición adecuada de desechos líquidos y sólidos, higiene y control de alimentos y medicamentos, higiene locativa, salud ocupacional y protección del ambiente, vigilancia y control de zoonosis y sanidad portuaria (en aspectos cuantitativos y cualitativos según las disposiciones de la Ley 09 de 1989, Código Sanitario Nacional) y con los nuevos ordenamientos

derivados de la Constitución Nacional. Estas unidades ejecutoras tienen antecedentes de funcionamiento práctico de más de una década y configuran la red de complejidad en la atención del ambiente.

Planificación participante. Este proceso de planificación considera las fuerzas sociales y los actores comunitarios, la diversidad de intereses, de necesidades y aspiraciones con un principio de flexibilidad y humanismo. La definición del plan de desarrollo por comuna, núcleo, municipio o distrito, dejó de ser un proceso de definición de metas y etapas. Supera la visión técnica hecha por funcionarios con sus propias interpretaciones y soluciones, y se ubica, entonces, como una práctica social que opera en un escenario, donde obran sujetos que viven en la rutina de situaciones, que se pretende modificar.

El proceso de fusión en la «comunidad unitaria» desencadena fases permanentes de descripción, comparación y análisis de los problemas sociales. Perfilando metas donde la administración del conflicto es fundamental, pues la presencia de diversos grupos, con sus propios intereses, establece un forcejeo en la decisión. Los ejemplos de la práctica y el desarrollo del Plan de Buenaventura y otros municipios enriquecen los planteamientos antes mencionados. Especial papel cumple el monitoreo social en esta visión planificadora.

Sin embargo, la complejidad y el nivel de información que no son disponibles frente a los desarrollos del plan, configuran una realidad que requiere seguimiento y ajustes sucesivos. El progreso del plan concertado ofrece diversos momentos: unos que dinamizan y otros que generan nuevas deliberaciones, y muestran así, frente a cada uno de los programas incluidos, una serie de dinámicas interactuantes. Aquí la planeación participativa se constituye en herramienta y mecanismo de integración y comunicación.

La capacitación derivada del crecimiento de los pilares descritos de coordinación intersectorial y participación comunitaria, facilita la toma de conciencia en el cuidado de la salud. La experiencia de la ciudad de Cali en el desarrollo de planes de la totalidad de NAP o comunas urbanas o rurales, es variable y ha logrado mayores alcances en 8 (80%) de las comunas que corresponden a las áreas prioritarias de erradicación de la pobreza absoluta, definidas por el gobierno municipal. Sin embargo, a partir de la concepción de liderazgo del sector salud, se ha constituido en un catalizador importante donde, la decisión política y programática de las autoridades de la ciudad, ha facilitado nuevos espacios para la participación.

Igualmente la metodología que emprende la ciudad para definir el plan de desarrollo municipal como requisito legal, y de programas, es de tipo participativo y contribuye en el progreso del sistema de salud de Cali y del Valle. La presencia de la Secretaría de Desarrollo Comunitario y el nivel adquirido por los mecanismos de comunicación comunitaria masiva, fortalecen los aportes de esta política. Igualmente los planes de desarrollo para los municipios que impulsó planeación

departamental, con enfoques conceptuales y metodológicos similares, son básicos en este concepto de la salud integral. Estos avances de planeación nos acercan a la visión de «ciudades sanas» que es hoy una meta en el mundo de la salud pública.

Desarrollo de la organización. Se le aplica en su concepción más amplia para el crecimiento de la capacidad gerencial en los diferentes niveles del sistema seccional de salud (distritos, municipios, comunas, niveles de atención primaria), a fin de permitir el uso oportuno de los recursos, pues se fortalecen los regímenes de planeación, información, personal, suministros, inversión, desarrollo tecnológico, investigación, referencia y contrarreferencia, presupuestos, tarifas, contabilidad de costos, control de gestión y participación de la comunidad como propósito final para dar respuestas apropiadas a la necesidad de la comunidad.

Un especial cuidado presenta la política financiera en el sistema de salud, pues comprende una concepción gerencial, donde demostrar las necesidades y definir una imagen objetiva en el sistema, concreta la apertura de fuentes de financiación y desarrolla estrategias políticas y legales para asegurar el cumplimiento de las financiaciones (licores, lotería, situado fiscal). Romper con «modelos de miseria en la salud pública» y abrirse a una cultura social sobre el respeto a los orígenes de los aportes, es tarea fundamental en esta perspectiva.

Sistemas de información. El sistema de información propuesto para la atención primaria (SIPAP) contempla mediciones sucesivas en el estado de salud de la población con respecto a las estructuras de sus aspiraciones culturales, económicas y sociales. Para que estas mediciones sean útiles, como indicadores de la necesidad de servicios de salud, se requiere tener conocimiento sobre toda la constelación de factores que intervienen en la génesis del malestar de un grupo humano particular, aumentándole su riesgo de enfermar, de morir o de privarlo de ciertas funciones psicológicas y sociales dentro de su entorno. Este concepto rebasa el enfoque tradicional de un Sistema de Información (SIS), pues se reemplaza por otro mucho más amplio que incluye los demás componentes del bienestar encargado de satisfacer el modelo de aspiraciones de la comunidad.

El SIPAP busca desarrollar algunas mediciones, a través de indicadores seleccionados que suministran elementos suficientes a todos los niveles de la organización para solucionar, en primera instancia, problemas coyunturales en el NAP, comuna o municipio, pues esta estructura es básica en prestar los servicios integrales. En este contexto, su propósito no obedece a la búsqueda de indicadores globales y estáticos, como ha sido lo tradicional, sino a algo más eficiente, que facilite el proceso de la toma de decisiones en el nivel donde se ejecutan las obras, de manera que todas las determinaciones estén destinadas a servir a un propósito definido para que la organización alcance sus metas.

El SIPAP tendrá como funciones las siguientes:

- a) definir qué información se debe seleccionar;
- b) cuán detallada debe ser y su facilidad de obtención;
- c) para quiénes (usuarios que tomen decisiones).

El SIPAP tiene como objetivos:

- 1) el acopio de datos suficientes para definir las relaciones entre la salud, la situación social y su bienestar;
- 2) establecer procesos para identificar las necesidades de cuidados sociales, y no sólo de salud, de una población con respecto a su estado de bienestar;
- 3) fijar normas para evaluar los resultados de los programas de cuidados sociales.

SINTESIS Y LOGROS

Los sectores de la salud en la ciudad de Cali y en el Departamento del Valle, ligados desde hace 30 años a la Universidad del Valle, se ha caracterizado por un espíritu innovador, que le ha permitido hacer aportes al desarrollo del sistema nacional de salud de Colombia, especialmente en áreas como las de la atención primaria.

En Colombia, la descentralización política, administrativa y fiscal, aprobadas en la legislación (elección popular de los alcaldes, creación de juntas administradoras locales, división del territorio municipal en comunas y otras) ha provocado profundos cambios en la célula social básica: el municipio. Paralelo con estos cambios el sector salud también se descentralizó y ha desarrollado los SILOS. Este proceso descentralista en Cali tiene antecedentes serios desde la década de 1980 a través de las llamadas áreas integradas de salud.

En 1988, el Concejo Municipal de Cali dividió la ciudad (de 1'600,000 habitantes, en ese tiempo) en 20 comunas (unidades geográficas y poblacionales entre 30 y 70 mil habitantes, con cierto grado de homogeneidad socioeconómica) y a cada una de ellas, para efectos del sistema de salud, dio el nombre de Núcleos de Atención Primaria (NAP). De 3 a 4 comunas o núcleos configuran un SILOS, para un total de 6 en el área urbana y 1 en el área rural. Los SILOS son unidades técnica y administrativamente descentralizadas, que se caracterizan por:

- a) la coordinación intersectorial;
- b) la integración de recursos y servicios públicos y privados;
- c) la participación comunitaria integral (que abarca diversos sectores como salud, generación de empleo, educación, obras públicas, etc.);
- d) el desarrollo de una red de servicios de salud; y
- e) el desarrollo gerencial y apoyo logístico (información desde el domicilio, fondos de salud, impulso a esquemas de liderazgo transformativo, formación de grupos de eficiencia y calidad).

En cada comuna existe un comité de coordinación intersectorial integrado por representantes del gobierno municipal (salud, desarrollo comunitario, educación, empresas de servicios, agua, alcantarillado, energía, teléfonos, basuras, obras públicas, seguridad), por representantes de otras agencias gubernamentales (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto de Seguros Sociales, Servicio Nacional de Aprendizaje), por representantes de los organismos no gubernamentales que trabajan en el área y por representantes de la comunidad elegidos popularmente.

Una característica destacable de la ciudad de Cali ha sido la estrecha colaboración del sector público y privado en la solución de problemas sociales. Esta característica es especialmente notoria en los SILOS, donde las instituciones del gobierno trabajan con una variedad de organismos no gubernamentales sin ánimo de lucro (Plan Padrinos, fundaciones privadas como Carvajal, FES, Valle del Lili, Sarmiento, Solidaridad por Colombia y otras); entidades parroquiales de la iglesia católica; organizaciones de trabajo voluntario (Cruz Roja, Corporación de la Tercera Edad, Volvalle, Procali) y los medios masivos de comunicación (radio, prensa escrita y televisión).

La función del Comité Intersectorial es definir y concertar con la comunidad la solución de problemas básicos a corto y mediano plazo. Las actividades resultantes se canalizan a través de las juntas administradoras locales de cada comuna y se integran en los planes y presupuestos estratégicos del municipio.

Red de servicios de salud. Hace énfasis especial sobre actividades de educación en salud integral, la prevención de problemas más comunes y la aplicación de programas innovadores eficientes, de calidad, de aceptación técnica y comunitaria y de bajo costo. Se inicia en conjuntos entre 200 a 400 familias del mismo vecindario o conjuntos de personas relacionadas con programas específicos (grupos de madres, de padres de familia, de maestros en la escuela, de adolescentes, de pacientes quirúrgicos, de grupos de la tercera edad, etc.). Estos conjuntos, a través de un puesto de salud, se relacionan con un equipo de atención primaria que trabaja extramuralmente, integrado por voluntarios, promotoras de salud, educadores en salud, promotores de saneamiento, enfermeras profesionales, odontólogos y médicos generales.

De 3 a 4 puestos de salud con sus equipos se agrupan alrededor de un centro de salud, y configuran una red que sirve a 40,000-70,000 habitantes. El centro de salud se caracteriza por:

- a) la presencia permanente de profesionales de salud;
- b) la atención médica de 24 horas;
- c) un sistema de comunicaciones e integración con los niveles secundario y terciario de la red total de la ciudad;
- d) un sistema de información que permite el análisis y la toma de decisiones, según el perfil de salud de la respectiva comuna;
- e) la ejecución de actividades de coordinación intersec-

torial concertadas;

- f) el estímulo y coordinación de la participación comunitaria.

Cada SILOS, además de 3 a 4 núcleos o comunas, tiene un centro hospital llamado Unidad Intermedia de Salud (UIS). Esta unidad es un centro de salud, que además de las funciones descritas para los núcleos, se caracteriza por:

- a) contar con 30 a 40 camas hospitalarias, para estancias menores de 48 horas;
- b) la presencia de especialidades básicas de ayudas de diagnóstico y tratamiento;
- c) la aplicación de programas innovadores en cirugía, salud mental, atención a recién nacidos y prematuros, entre otros y programas que se relacionan con el conjunto de la red. Varias instituciones de nivel secundario y terciario completan la red en la ciudad.

Para efectos de esta presentación, se va a describir el sistema de cirugía conocido en Cali como Sistema de Cirugía Simplificada. Este sistema, que se implantó alrededor de 1980, es una de las muchas contribuciones que la Universidad del Valle ha hecho tanto a Cali como a Colombia, y se caracteriza por:

- a) atención quirúrgica ambulatoria para procedimientos electivos;
- b) alta eficiencia en la utilización de recursos;
- c) alta calidad, satisfacción y aceptación comunitaria.

Un estudio hecho en 1988 con un grupo de profesores de la Universidad de Harvard, permitió comparar el costo/efectividad de los servicios quirúrgicos del Sistema de Cirugía Simplificada. Para hacer esto, se compararon 17 herniorrafias inguinales realizadas en un hospital de nivel secundario de Cali (San Juan de Dios, HSJD) con 15 procedimientos similares efectuados en una unidad intermedia de salud o centro hospital (Joaquín Paz Borrero, JPB). El costo promedio de JPB fue US\$39, contra US\$151 en el HSJD. Después de excluir los costos de hospitalización, el costo del HSJD se redujo a US\$117, es decir, fue tres veces superior

Las complicaciones del HSJD fueron más frecuentes (10 vs. 0 JPB), aunque los enfermos del HSJD se seleccionaron previamente como de bajo riesgo. Las razones del mayor costo en el HSJD, incluyeron un tiempo más prolongado para cirugía y un costo promedio por minuto más alto. No se encontraron diferencias significantes con respecto a la satisfacción. Es conveniente reafirmar que los datos presentados se refieren a cirugía, pero hay otros programas y desarrollos, de igual beneficio social, a nivel de las unidades intermedias y de los SILOS.

Una lista breve de los logros alcanzados en Cali incluye:

° La disponibilidad de equipos de atención primaria para 90% de los 300,000 habitantes ubicados en el área de pobreza absoluta.

° La disponibilidad de servicios de 24 horas de atención en las 6 comunas que corresponden al área de pobreza y en 80% del total de comunas de la ciudad.

° El establecimiento en los últimos 2 años de 5,000 hogares

del Instituto de Bienestar Familiar (una madre de la comunidad maneja cada hogar donde se cuidan 20 niños en aspectos nutricionales y del desarrollo psicomotriz). Así se ha producido una reducción de 30% de la población en riesgo nutricional menor de 5 años.

° La cobertura actual de vacunación superior a 80% en el Programa Ampliado de Inmunizaciones y la ausencia de casos de polio en los últimos 3 años.

° El montaje entre 1988 y 1989 de 4 unidades intermedias de cuidado al recién nacido y prematuro (2,400 egresos por año de funcionamiento).

° La cobertura de 80% en control prenatal del total de partos institucionales de la red primaria (representa 60% del total de embarazos en la ciudad).

° La apertura y pleno funcionamiento en los últimos 3 años de 350 restaurantes escolares para 23,000 niños de educación primaria básica en las áreas de pobreza.

° La capacitación y actualización en los últimos 2 años de 2,000 agentes voluntarios de salud en las comunas de pobreza.

° El funcionamiento de la totalidad de los 20 comités intersectoriales en las comunas.

° El funcionamiento de los programas de cirugía simplificada en los 5 centros hospitalares del sistema (8,000 procedimientos por año).

° El establecimiento de 1,500 unidades de rehidratación oral comunitarias (UROC), según las necesidades descubiertas por la vigilancia epidemiológica con una reducción de la mortalidad infantil por diarrea a 1.2 x 1,000 nacidos vivos en el último año.

° El avance de la infraestructura en servicios de agua, alcantarillado y basuras, con coberturas actuales superiores a 85%, 70% y 70%, respectivamente.

° La disminución de los niveles de mortalidad infantil a 18.8 x 1,000 nacidos vivos para 1991 y de la mortalidad de 1 a 4 años a 1.3 x 1,000.

° El logro de una tasa de crecimiento poblacional de 2.1%.

Nota. A manera de información complementaria de Cali se anota que la tasa de desempleo es de 9% para 1991 y el porcentaje de alfabetismo es de 90%. Cifras similares se han logrado obtener en el Valle del Cauca. En esta perspectiva el desarrollo de los SILOS concreta un esfuerzo en la lucha contra la desigualdad social. Esta perspectiva lograda en Cali, tiene actualmente un pleno desarrollo para el Departamento del Valle.

Una síntesis final guarda relación con los siguientes aspectos:

1. La realidad social muestra que la gente busca resolver sus problemas por medio de contactos con personas, grupos, instituciones o sistemas que en forma directa o indirecta les ofrezcan comprensión, solidaridad, idioma entendible, esperanzas, mecanismos de seguimiento y enfoques organizativos humanos y eficientes.

2. Históricamente los problemas de salud han buscado

soluciones a través de esquemas formales, empírico-populares o aun informales. En Cali, en un diagnóstico de la Secretaría de Salud sobre sistemas no formales, se encontró en 1990 que en el área del Distrito de Aguablanca, 70% de sus habitantes acuden a farmacéuticos, curanderos, parteras, vecinos, etc., como mecanismos para resolver los problemas de salud.

3. Es alto el poder de penetración de la radio en los estratos socioeconómicos bajos y medios. La tonalidad, le jerga usada, los estímulos oratorios, los intereses económicos, sociales y políticos de los medios radiales y sus líderes son elementos claves que permiten influir en los comportamientos individuales y de grupo.

4. El divorcio del lenguaje, los intereses y las «adaptaciones no concertadas» entre los llamados «técnicos, administradores y políticos» afectan la decisión y las acciones para lograr solidez y continuidad de los planes y programas de salud. La necesidad de una concertación entre estos poderes es fundamental.

5. El seguimiento de programas por los equipos del sistema de salud formal se hace sobre grupos de población que cumplen total o parcialmente las normas y procedimientos de los programas. Pero se descuidan los grupos que no cumplen tales normas o procedimientos y que son los que representan mayor problema epidemiológico, de allí la importancia de dar flexibilidad a la organización del sector salud y buscar los puntos de contacto de esta organización con otros sectores sociales y económicos.

6. Los enfoques de intervención tienen ordenamientos nacidos de experiencias en núcleos más desarrollados dentro de diversos contextos socioeconómicos y culturales. Hay la presencia de contradicciones entre el contenido del factor que se va a intervenir y las realidades propias de la región de difícil cambio a corto plazo. Por ejemplo, colesterol y la industria alimentaria con base en productos que lo contienen sin información educativa; alcohol y los ingresos que se derivan del alcohol para el pago del sector educación y salud; patrones dietéticos en comunidades con limitaciones económicas.

7. En la práctica, para el proceso de planeación, se ve una división entre los usuarios de los servicios y quienes los brindan. Hay 2 lecturas de la realidad social, y en muchas ocasiones contradicciones técnicas, políticas y administrativas. La proyección de planes de desarrollo por desagregados de comunas (50,000-70,000 habitantes) en Cali concretó una valiosa experiencia.

8. Hay necesidad de acciones sobre grupos poblacionales que en su tamaño y grado de interrelación produzcan intervenciones efectivas y analizables por las propias comunidades donde se generaron.

9. Toda práctica de planificación y programación local requiere incluir actividades educativas continuas, no sólo en los contenidos programativos sino también acerca de la dinámica de grupos, administración del conflicto y los enfoques de

aproximaciones sucesivas. El proceso educativo en el nivel de los servicios, en diversos sectores comprometidos y la comunidad, es un prerrequisito fundamental para programar servicios en una dimensión de salud integral.

10. El esfuerzo de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales se debe centrar en el logro de la credibilidad y confianza de las comunidades, que de ordinario han sufrido frustraciones permanentes. Las programaciones concertadas, sus cronogramas y la comprensión y aceptación de las acciones que se deben realizar constituyen puntos claves para estas metas de salud integral. Ejemplos en Cali de estas experiencias lo constituyen:

- a) los programas de la Fundación Carvajal: micro-empresarios y red de tenderos;
- b) las actividades de la Corporación de Recreación Popular;
- c) los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar;
- d) la red de servicios de salud de Cali, con los centros de 24 horas de atención y las unidades intermedias de atención;
- e) los restaurantes escolares;
- f) los programas de voluntariado con Volvalle, Provalle, Procali;
- g) los programas de reciclaje de la Cámara de Comercio;
- h) los planes de desarrollo de la Comuna 20;
- i) el programa de desarrollo integral del barrio El Diamante.

11. Si bien es cierto que lo fundamental para la acción y el logro de los objetivos no es la estructura en la organización de los servicios, sí debe tener un mínimo de flexibilidad para permitir el diálogo crítico y la posibilidad de que la interrelación de sus recursos humanos sea a través de esquemas imaginativos y creativos, más que los repetitivos y de acción refleja.

Por último, es importante reflexionar acerca de las oportunidades políticas y técnicas en las que viven Colombia y América Latina y el desarrollo de sus sistemas de salud, para incursionar en propuestas metodológicas que tienen en la prevención y promoción de la salud sus ejes fundamentales y en el enfoque descentralista de los servicios con presencia comunitaria y acción intersectorial, su desarrollo más eficiente y más eficaz.

REFERENCIAS

- Carrasquilla, JG. *Programa de atención primaria materno infantil*. Primer Taller Latinoamericano de Atención Primaria con Énfasis en Salud Materno-Infantil, Cali, octubre 1982.
- Carrasquilla, JG, Cruz, LF & Girón, LN. *La estrategia de atención primaria de salud en Cali. Un modelo operacional*. Primer Seminario Taller de Atención Primaria, Cali, junio 1987. Comité Intersectorial de Atención Primaria de Cali. Aplicación de la Estrategia de Atención Primaria: Comité Intersectorial, octubre, 1987.
- Cruz, LF. *Comunidad-escuela*. Tesis de grado, Magister en Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, 1976.
- Cruz, LF & Carrasquilla, JG. Anteproyecto para el desarrollo de dos núcleos de atención primaria en zonas de extrema pobreza del área urbana de Cali. Febrero, 1988.
- Cruz, LF, Gartner, H, Bustamante, R, Valencia, LG, Ascuntar, A & González, A. *Comunidad escuela de Zarzal*. Documento básico, noviembre, 1977.
- Cruz, LF, Gartner, H, Pérez, F & Valencia, LG. *Salud y erradicación de la pobreza. Una propuesta para la acción*, Cali, 1986.
- David, RF. *La gerencia estratégica*. Legis Fondo Editorial.
- Echeverry, O. Community medicine as a health system. Rationale and patterns, Inc. *The future of academic community medicine in developing countries*. Lathem, W (ed). The Rockefeller Foundation, 1979.
- Guerrero, R, Carrasquilla, JG & Cruz, LF. Primary health care as part socio-economic development (en prensa).
- Lawrence, D. *Organizaciones matriciales*. Fondo Educativo Interamericano.
- Martínez, C. *Administración de organizaciones*. Universidad Externado de Colombia.
- Participación social en los sistemas locales de salud. *Serie Desarrollo de Servicios de Salud N° 35*, Washington, 1982.
- Plan de Desarrollo Integral de la Comuna 20*. Comité Intersectorial, 1989.
- Rojas, O, Alzate, A & Guerrero, RA. Primary care programme of health promotion in Cali, Colombia. *In Measurement in health promotion and protection*. WHO Regional Publications, European series 22.
- Smith, R. *Atención primaria de salud ¿retórica o realidad?* Foro de la Salud, 1982, 3: 33-41. Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma Ata, URSS.
- Terrys, M. La epidemiología como guía de la política sanitaria. *Foro Mundial de Salud*, 1981, 2: 640-653.

