

PA-APL-153

1/11/86

FINANCIACION COMUNITARIA



Sharon Stanton Russell
Jack Reynolds

Diciembre 1986

PRICOR
Serie de
Monografias:
Temas
Volumen 1

PARTE 153

TEMAS PARA LAS INVESTIGACIONES OPERATIVAS:

FINANCIACION COMUNITARIA

Sharon Stanton Russell
Jack Reynolds

PRICOR

**Proyecto de Investigaciones Operativas
en Atención Primaria de Salud**

Center for Human Services
5530 Wisconsin Avenue
Chevy Chase, Maryland 20815

a

Library of Congress Cataloging in Publication Data

Russell, Sharon Stanton, 1944-
Temas para las Investigaciones Operativas:
Financiación Comunitaria

Translation of: Operations research issues:
Community Financing.

"Esta publicación se preparó en virtud del contrato DSPE-5920-A-00-1048-00 de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID)"--CIP t.p. verso.

Includes bibliographies.

1. Community health services--Developing countries--Finance. 2. Community health services --Developing countries--Citizen participation. 3. Operations research. I. Reynolds, Jack, 1935- . II. Primary Health Care Operations Research (Project : Center for Human Services). III. Title. IV. Title: Financiación comunitaria.

RA441.5.R87318 1986 362.1'2'0681 86-33350

Esta publicación se preparó en virtud del contrato DSPE-5920-A-00-1048-00 de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID). Las opiniones expresadas en este documento son las de los autores y no reflejan necesariamente las del Comité de Expertos, de la Agencia para el Desarrollo Internacional o del Center for Human Services (CHS).

Cualquier sección de esta monografía se puede reproducir o adaptar a las condiciones locales sin autorización previa de los autores o del Center for Human Services, siempre que las secciones reproducidas se distribuyan gratuitamente o al costo. Para toda reproducción de carácter comercial debe solicitarse autorización al Center for Human Services. Al CHS le complacerá recibir una copia de todo material impreso que contenga textos de esta monografía.

Otras publicaciones de la Serie de Monografías de PRICOR:

Temas para las Investigaciones Operativas: Trabajadores Comunitarios de Salud

Temas para las Investigaciones Operativas: Organización Comunitaria

Métodos de Investigaciones Operativas: Una Metodología General Aplicada a la Atención Primaria de Salud

Métodos de Investigaciones Operativas: Análisis de Costo-efectividad

Impreso en diciembre de 1986 en los Estados Unidos de América.

Gráficos y diseño de la portada: Patricia A. Bryant.

v

PREFACIO

Investigaciones Operativas en Atención Primaria de Salud (Primary Health Care Operations Research, PRICOR) es un proyecto del Center for Human Services financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) de conformidad con un acuerdo cooperativo (AID/DSPE-5920-A-00-1048-00). El Center for Human Services es una organización sin fines de lucro de servicios para el desarrollo, especializada en la elaboración y administración de programas que tengan por objeto atender las necesidades básicas de la población de los países en desarrollo y de los Estados Unidos. El objetivo de PRICOR es promover la investigación operativa como un mecanismo que ayude a los administradores de programas y a las personas encargadas de adoptar decisiones a solucionar los problemas que se les plantean, en relación con el diseño y la ejecución de programas de atención primaria de salud (APS).

Las actividades de este proyecto incluyen lo siguiente: financiación y vigilancia de estudios de países; patrocinio de reuniones de trabajo y conferencias; realización de estudios metodológicos y comparativos; y difusión de las conclusiones de las investigaciones patrocinadas. PRICOR tiene particular interés en la investigación orientada a superar los problemas que limitan la provisión de servicios básicos de APS a la población de alto riesgo de comunidades rurales y urbanas marginales. Por consiguiente, PRICOR se ha concentrado en las investigaciones operativas, a fin de encontrar soluciones para los problemas existentes en cuatro áreas determinadas, a saber:

- Trabajadores comunitarios de salud
- Distribución comunitaria de bienes
- Financiación comunitaria
- Organización comunitaria

La investigación operativa ofrece un método sistemático para la solución de problemas. En este tipo de investigación se emplea un plan de análisis bien definido para seleccionar las alternativas óptimas, en lugar de utilizarse el costoso proceso de prueba y error. En primer término, se define y analiza un problema operativo específico. Se desarrollan soluciones alternativas y éstas se evalúan con el fin de identificar las más apropiadas y factibles. Posteriormente se formulan recomendaciones para poner a prueba - y en algunos casos aplicar directamente - la(s) solución(es) óptima(s).

Este manual forma parte de una serie de cinco monografías sobre investigaciones operativas que han sido preparadas por personal y consultores de PRICOR. El objetivo de la serie es asistir a investigadores de los países en desarrollo interesados en conocer más a fondo esta metodología para aplicarla a sus programas de atención primaria de salud. A continuación se indican las cinco monografías de la serie:

- Documentos sobre temas específicos:
 1. Temas para las Investigaciones Operativas: Financiación Comunitaria
 2. Temas para las Investigaciones Operativas: Trabajadores Comunitarios de Salud

C

3. Temas para las Investigaciones Operativas: Organización Comunitaria

- Documentos sobre metodología:

1. Métodos de Investigaciones Operativas: Una Metodología General Aplicada a la Atención Primaria de Salud
2. Métodos de Investigaciones Operativas: Análisis de Costo-efectividad

AGRADECIMIENTOS

Este documento fue redactado por Sharon Stanton Russell, M.A., M.P.A., candidata al Doctorado en el Massachusetts Institute of Technology, y Jack Reynolds, Ph.D., Director de PRICOR, con la asistencia de un Comité Asesor integrado por las siguientes personas:

- Stewart N. Blumenfeld, Dr. P.H. Escuela de Salud Pública, Universidad de California en Los Angeles
- Clive S. Gray, Ph.D. Harvard Institute for International Development
- Robert N. Grosse, Ph.D. Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan
- Michel Jancloes, M.D. Banco Mundial
- Stanley C. Scheyer, M.D. University Research Corporation
- Dieter K. Zschock, Ph.D. Universidad del Estado de Nueva York, Stony Brook

El comité celebró reuniones para analizar el tópico, examinar las descripciones generales y dar orientación a los escritores. Los borradores del documento fueron examinados por los miembros del comité, investigadores selectos financiados por PRICOR y funcionarios interesados de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID). Los autores agradecen en especial a los miembros del comité por sus valiosas sugerencias; David W. Dunlop, Ph.D., y a Dayl S. Donaldson, M.P.H., por su análisis y comentarios del primer borrador; a Marty Pipp, M.P.H., pasante de PRICOR, quien ayudó a los autores a desarrollar los conjuntos de problemas incluidos en el Capítulo II; a Esther Peckham y Frances Gallagher, por preparar el manuscrito, y a Elizabeth Scullin por revisarlo. Los autores desean reconocer el aporte de Wayne Stinson, Ph.D., de la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos, y recomiendan su monografía "Community Financing of Primary Health Care", como complemento de este documento.

Al publicar esta edición en lengua española, PRICOR desea expresar su agradecimiento a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por la valiosa colaboración de su Departamento de Traducciones Computarizadas, centro que se ha desarrollado con el sustancial apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. En especial, PRICOR agradece al Departamento de Traducciones Computarizadas por la utilización del Sistema ENGSPAN y la asesoría lingüística de:

- Sra. Muriel Vasconcelos, Jefe de Terminología y del Programa de Traducciones de la OPS
- Sra. Teresa Gottlieb, traductora de la OPS
- Sra. Marjorie León, lingüista computacional de la OPS.

Esta publicación es posible gracias a la participación del personal bilingüe de PRICOR, las Sras. Consuelo Costta y Patricia Richard, y a los esfuerzos de Patricia Sayer, M.A., quién coordinó la producción del documento final en español.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. FINANCIACION COMUNITARIA: UNA PRIORIDAD DE INVESTIGACION PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.	7
¿Qué Es la Financiación Comunitaria de la Atención Primaria de Salud?	7
Evolución del Interés en la Financiación Comunitaria	10
Importancia de Investigaciones Operativas sobre Financiación Comunitaria	13
CAPITULO II. PROBLEMAS OPERATIVOS RELACIONADOS CON LA FINANCIACION COMUNITARIA	17
Conjuntos de Problemas Relacionados con la Financiación Comunitaria	17
Métodos de Obtención de Ingresos: un Análisis de la Experiencia Reciente	18
Análisis Sistemático de Problemas Relacionados con la Financiación Comunitaria.	23
Identificación de las Variables Fundamentales de un Problema	28
Problemas Operativos y Variables de Decisión	30
Selección de los Problemas Operativos a Estudiarse	59
CAPITULO III. DISEÑO DE UNA INVESTIGACION OPERATIVA SOBRE FINANCIACION COMUNITARIA	65
Fase I: Análisis del Problema	66
Fase II: Desarrollo de Soluciones	68
Fase III: Prueba y Evaluación de Soluciones	75
Observación Final	77
ANEXO: RESUMEN DE ESTUDIOS FINANCIADOS POR PRICOR SOBRE LA FINANCIACION COMUNITARIA DE SALUD.	81
LECTURAS SUGERIDAS	87
GLOSARIO	89

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
1-1 Un Sistema de Atención de Salud	9
1-2 Fuentes de Financiación de la Atención Primaria de Salud	10
2-1 Un Sistema Simple	25
2-2 Diagrama de un Sistema de Financiación Comunitaria	27
2-3 Algunas Variables Relacionadas con la Obtención de Ingresos	29
2-4 Conjuntos de Problemas Relacionados Principalmente con el Diseño de un Sistema de Financiación Comunitaria	31
2-5 Conjuntos de Problemas Relacionados Principalmente con los Procesos Operativos de un Sistema de Financiación Comunitaria	50
3-1 Etapas de un Proceso General de Investigación Operativa	65
3-2 Etapas del Análisis del Problema	66
3-3 Etapas del Desarrollo de Soluciones	69
3-4 Etapas de la Prueba y la Evaluación de Soluciones.	76

LISTA DE CUADROS

	Pág.
2-1 Ventajas y Desventajas de Métodos Alternativos de Financiación Comunitaria	19
2-2 Actividades con Objetivos Específicos Financiadas por las Comunidades, por Objetivo y por Proyecto	41
2-3 Evaluación de Métodos Alternativos de Remuneración de los Trabajadores Comunitarios de Salud	42
2-4 Matriz de Servicios y Montos que Han de Financiarse.	43
2-5 Resultados Preliminares de la Evaluación de Utilidad a través de Criterios Múltiples en Benin	45
3-1 Modelo Heurístico para Establecer las Prioridades de los Servicios de Salud	73
3-2 Modelo Económico para Fijar las Cuotas de Afiliación	74

9

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

AID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
APHA	Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos
APS	Atención Primaria de Salud
FC	Financiación Comunitaria
FRM	Fondo Rotatorio para Medicamentos
IO	Investigación Operativa
MS	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PRICOR	Investigaciones Operativas en Atención Primaria de Salud
PT	Parteras Tradicionales
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TCS	Trabajador Comunitario de Salud
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCION

La atención primaria de salud está logrando mayor aceptación como estrategia orientada a proporcionar servicios básicos de salud a toda la población que en la actualidad no tiene acceso a dichos servicios en los países en vías de desarrollo. Los programas de atención primaria de salud pueden ejercer un efecto significativo en la salud, por concentrarse en un número limitado de problemas que podrían evitarse mediante la ejecución de actividades simples y de costo relativamente bajo.

La diarrea, las infecciones respiratorias, la desnutrición y las enfermedades contagiosas son algunos de los problemas más graves de salud existentes en los países en desarrollo. Estos se traducen en altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, de niños y materna, especialmente en las áreas rurales y urbanas marginales, donde los servicios de salud organizados son más limitados. Irónicamente, gran parte de este sufrimiento podría evitarse dado que un número reducido de medidas relacionadas con la atención primaria de salud permitirían reducir la severidad de estos problemas, si se descubrieran mecanismos para dar atención a la población destinataria - en particular mujeres y niños - mediante servicios de atención primaria de salud tan necesarios como la inmunización, la terapia de rehidratación oral, el control del crecimiento, la planificación de la familia, la profilaxis de la malaria, el abastecimiento de agua, el saneamiento ambiental y la atención preparto y perinatal.

En 1978 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en la Unión Soviética. En esa conferencia de carácter histórico, a la cual asistieron representantes de 134 naciones, se definió la atención primaria de salud como una estrategia destinada a permitir el acceso a los servicios fundamentales de salud a toda la población mundial. En la Declaración de Alma-Ata se define la atención primaria de salud de la siguiente manera:

. . . la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar . . . [La atención primaria de salud] se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios . . . comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales . . . (1)

Una de las instituciones que contribuyen a identificar medios para lograr estos fines es la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), que ha dado

respaldo a numerosos proyectos de atención primaria de salud en todo el mundo. Dichos proyectos, sobre los cuales se informa detalladamente en una publicación reciente de la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos (APHA), han demostrado que la atención primaria de salud es un mecanismo eficaz para reducir la mortalidad prematura y la morbilidad excesiva. (2)

La Agencia para el Desarrollo Internacional ha estado especialmente interesada en descubrir métodos para ampliar la cobertura ofrecida a las madres y a los niños en las áreas rurales y periféricas, por intermedio de servicios de atención primaria tan esenciales como la inmunización y la terapia de rehidratación oral, entre otros. No obstante, la AID y otras organizaciones internacionales donantes han comprobado en la práctica que no es fácil concretar este objetivo.

Función de las Investigaciones Operativas en Relación con la Atención Primaria de Salud

Antes de que sea posible ofrecer servicios de atención primaria de salud en forma universal, se precisa solucionar diversas cuestiones operativas. Por ejemplo, en el informe de la Conferencia de Alma-Alta se indica lo siguiente:

Ya se sabe bastante sobre atención primaria de salud para llevarla a la práctica inmediatamente. Sin embargo, todavía queda mucho por aprender respecto a su aplicación en condiciones locales y, por otra parte, cuando se encuentre en marcha se plantearán problemas de inspección y evaluación que requerirán las oportunas investigaciones. Estas podrán versar sobre cuestiones tales como la organización de la atención primaria en las comunidades y la de los servicios de apoyo; el interés y la participación de la comunidad; los modos para la aplicación óptima de la tecnología existente o establecimiento de otra nueva, si fuera preciso; la planificación y formación de recursos de personal de salud de la comunidad, supervisión, remuneración y perspectivas profesionales; y los métodos para financiar la atención primaria de salud. (3)

Reconociendo la importancia de las investigaciones para la prestación de servicios de atención primaria de salud, la Oficina de Salud de la AID otorgó fondos a PRICOR con el fin de que ayudara a los administradores de programas de APS y a las autoridades a concebir soluciones para los problemas existentes en este campo mediante investigaciones operativas. PRICOR definió la investigación operativa como un proceso de solución de problemas que se divide en tres etapas:

1. Análisis sistemático del problema operativo;
2. Aplicación de los métodos analíticos más apropiados, con el objeto de identificar la(s) solución(es) óptima(s) para dicho problema; y
3. Validación de la(s) solución(es).

Aunque la investigación operativa aún no ha sido utilizada ampliamente como un mecanismo analítico y de toma de decisiones con el objeto de perfeccionar los servicios de salud en los países en desarrollo, puede aplicarse para examinar diversos tópicos relacionados con la provisión de servicios de atención primaria de salud.

Por ejemplo, las investigaciones operativas pueden utilizarse para la planificación de una estrategia de financiación comunitaria, con el fin de examinar las ventajas y las desventajas de diferentes alternativas de financiación comunitaria (por ejemplo, honorarios por servicios, fondos rotatorios, seguro social, contribuciones voluntarias); de ayudar a determinar el método más adecuado para estructurar un determinado sistema financiero (por ejemplo, cómo se puede financiar cada servicio de atención primaria de salud); o de identificar métodos para mejorar los mecanismos vigentes de financiación (por ejemplo, cómo se puede lograr la solvencia de un fondo rotatorio).

Este manual tiene por objeto ayudar a las autoridades, los administradores de programas y a los investigadores a identificar los problemas relacionados con la financiación comunitaria que pueden considerarse en el marco de la investigación operativa. Este documento es de especial valor para las personas que participan activamente en la planificación o la ejecución de sistemas de financiación comunitaria, los investigadores que trabajan con administradores de programas de atención primaria de salud y los planificadores de políticas sobre salud.

A continuación se indican los objetivos específicos de este documento:

1. Definir la financiación comunitaria y explicar el motivo por el cual este tema constituye un tópico importante de investigación.
2. Identificar los problemas y los factores operativos fundamentales relacionados con la financiación comunitaria, que pueden considerarse en las investigaciones operativas.
3. Describir un proceso general de investigación operativa, que pueda aplicarse para estudiar los problemas indicados.
4. Describir diversos proyectos recientes de investigación operativa sobre financiación comunitaria, a fin de ilustrar cómo se aplica la investigación operativa en este contexto.

BIBLIOGRAFIA

1. "Declaración de Alma-Ata", Atención primaria de salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (Ginebra: OMS, 1978), pp. 3-4.
2. Primary Health Care: Progress and Problems, An Analysis of 52 AID-Assisted Projects (Washington, DC: APHA, 1982).
3. OMS y UNICEF, Alma-Ata 1978, op.cit., p. 82.

CAPITULO I

FINANCIACION COMUNITARIA: UNA PRIORIDAD DE INVESTIGACION PARA
LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

CAPITULO I. FINANCIACION COMUNITARIA: UNA PRIORIDAD DE INVESTIGACION PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Muchos de los países en desarrollo que adoptaron las metas de la Declaración de Alma-Ata están teniendo dificultades relacionadas con la movilización de los recursos que se requieren para financiar los medicamentos, los insumos, los servicios de los trabajadores de salud y otros elementos necesarios para la provisión de servicios de atención primaria de salud (APS). Las demandas políticas que compiten entre sí por los escasos recursos existentes, la recesión mundial, las divisas limitadas y la renuencia de los donantes a seguir cubriendo los costos recurrentes de la atención de salud han contribuido al problema.

Procurando encontrar medios alternativos para financiar la atención primaria de salud, tanto los expertos como las autoridades han comenzado a examinar más cuidadosamente la función que desempeñan las comunidades con respecto al pago de los servicios de salud y la factibilidad de iniciar, o mejorar, las actividades de respaldo comunitario a la atención primaria de salud en particular. Esta alternativa ha despertado un interés creciente, puesto que la mayoría de los individuos y las comunidades ya pagan por algunos servicios de salud, y las sumas que destinan a la atención privada con frecuencia son superiores a las desembolsadas por los gobiernos. La financiación comunitaria puede hacer uso de los fondos privados destinados en la actualidad a la atención de salud. En tal caso, la financiación comunitaria puede incrementar los recursos disponibles para atención primaria de salud y, además, contribuir a orientar dichos recursos a actividades más eficientes y efectivas que los servicios individuales.

Dado que la financiación es un factor tan fundamental para la provisión de servicios de APS y que se sabe muy poco acerca de la financiación comunitaria, PRICOR seleccionó a la financiación comunitaria de la atención primaria de salud como un área prioritaria de investigación operativa. En este capítulo se define el término "financiación comunitaria", se presenta un breve análisis de la evolución del interés por este tema y se examina la necesidad de investigaciones operativas sobre este método alternativo de financiamiento de los servicios de atención primaria de salud.

¿QUE ES LA FINANCIACION COMUNITARIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD?

Comúnmente se considera que una comunidad es un grupo de personas que viven en la misma área, como un poblado, un pueblo o un vecindario urbano. Hay otros tipos de comunidades, en las cuales los individuos se agrupan en torno a su trabajo, sus intereses o sus vínculos sociales; éstas incluyen a las cooperativas (por ejemplo, organizaciones creadas para la comercialización de los productos de sus integrantes), los sindicatos, las asociaciones de campesinos, las organizaciones educativas y religiosas, los grupos tribales o familiares, y las organizaciones cívicas o caritativas. Los miembros de dichas organizaciones forman una "comunidad" por tener objetivos comunes.

En general, los individuos se integran a los grupos comunitarios porque esperan recibir beneficios de las acciones que realizan todos sus miembros. Quienes dan apoyo político esperan beneficiarse de las políticas aplicadas por

sus representantes. Los integrantes de un grupo tribal, que tienen una herencia común, esperan mantener su identidad al trabajar juntos como una comunidad.

Los miembros pueden recurrir a un grupo de la comunidad para que promueva numerosos intereses comunes. Por ejemplo, si un grupo reconoce que las condiciones de salud de sus miembros son un interés común, esto puede convertirse en un vehículo para la organización de los servicios de salud. Lo anterior es posible porque los integrantes del grupo tienen el mismo interés y éste no afecta al propósito primario del grupo. De acuerdo con la estructura de la comunidad, se pueden establecer diversos mecanismos de prestación de servicios de salud y de financiación en conjunto con la comunidad, para que ésta pueda recibir beneficios relacionados con la salud. Esto es particularmente adecuado en el caso de comunidades tales como cooperativas, grupos de comercialización y sindicatos ya dedicados a la movilización de recursos, lo que permite utilizar sus mecanismos de financiación establecidos para dar apoyo a las actividades en el campo de la salud.

Atención Primaria de Salud

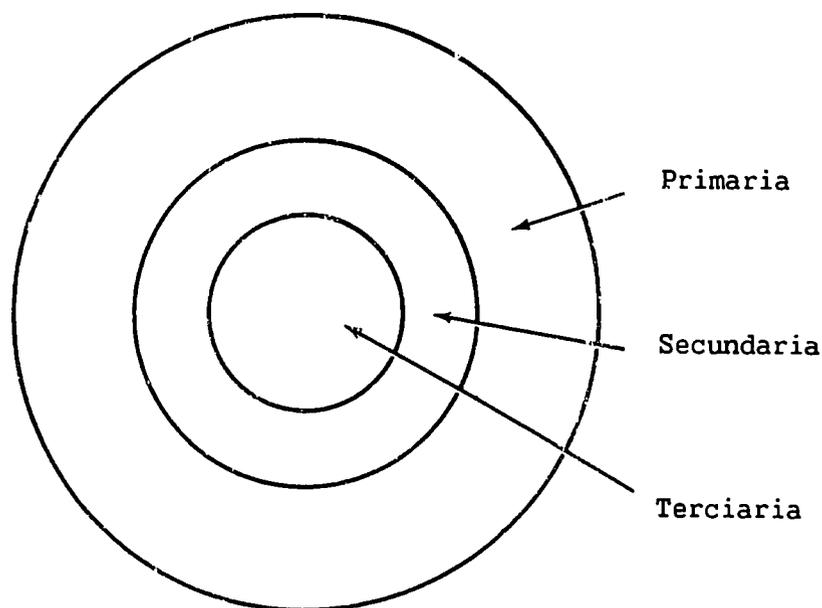
Como se describe más detalladamente en la introducción, la atención primaria de salud consiste en poner a disposición de todos los individuos y las familias los servicios de salud básicos y esenciales, mediante su plena participación y a un costo que las comunidades y el país puedan financiar. Los servicios de atención primaria de salud son especialmente importantes para los grupos comunitarios, porque se supone que deban tener una base local y adaptarse a las necesidades de la comunidad.

La atención primaria de salud es el más básico de los tres niveles de atención de salud que una comunidad puede necesitar. Los niveles más especializados - atención de salud secundaria y terciaria - complementan los servicios de APS. La Declaración de Alma-Ata define la relación entre atención de salud primaria, secundaria y terciaria de la siguiente manera:

. . . los demás niveles del sistema . . . convergen en la atención primaria de salud para prestarle apoyo y permitirle facilitar una asistencia sanitaria básica de forma continuada. En un nivel intermedio se hace frente a los problemas más complejos y se presta una asistencia más especializada y experimentada así como el correspondiente apoyo logístico. En este nivel, un personal más capacitado presta su apoyo mediante la formación profesional y la orientación sobre los problemas prácticos que surgen en relación con todos los aspectos de la atención primaria de salud. En el nivel central se encuentran los altos servicios técnicos de planificación y administración, la asistencia muy especializada, la formación de especialistas y los conocimientos técnicos propios de instituciones tales como los laboratorios centrales de salud, así como el apoyo central logístico y financiero. (1)

Los servicios de atención primaria de salud no se pueden proporcionar eficazmente si se aíslan de los otros servicios de atención de salud. Dichos servicios son elementos integrales de todo el sistema (véase la Figura 1-1).

FIGURA 1-1. UN SISTEMA DE ATENCION DE SALUD



Financiación

La financiación es la movilización de recursos para dar apoyo a los servicios o pagar los bienes necesarios. Estos recursos pueden consistir en dinero en efectivo o en contribuciones de mano de obra y materiales. Al determinar los recursos necesarios y su aplicación, hay que considerar las necesidades operativas diarias y las relacionadas con las inversiones a más largo plazo.

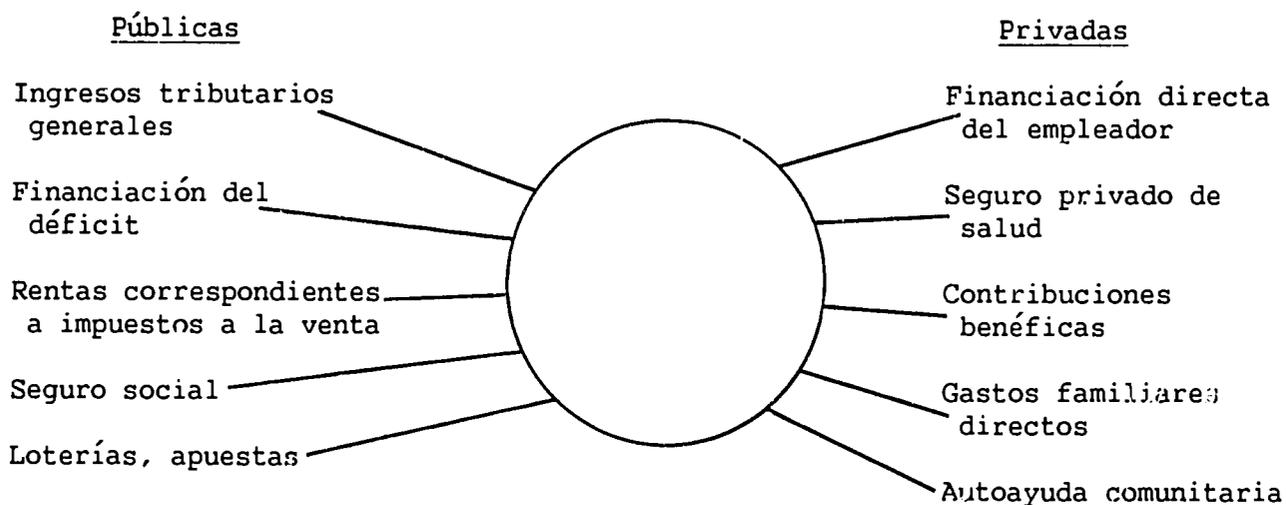
La financiación de la atención de salud proviene de una gran variedad de fuentes. La división más común distingue entre fuentes públicas o gubernamentales, y privadas o comunitarias (véase la Figura 1-2). Dieter Zschock describe estas fuentes de financiación en una monografía denominada Health Care Financing in Developing Countries. (2)

En conjunto, dichas fuentes proporcionan dinero en efectivo y recursos no pecuniarios para financiar la atención terciaria, secundaria y primaria de salud. El nivel de contribución y el tipo de recursos proporcionados dependen de las necesidades del sector salud, y de la disposición y la capacidad de cada fuente para cubrir los costos de la atención.

Financiación Comunitaria de la Atención Primaria de Salud

La financiación comunitaria de la atención primaria de salud se define como la movilización de recursos por parte de una comunidad, para dar apoyo parcial o total a la provisión de servicios de salud básicos, preventivos y curativos, para sus miembros.

FIGURA 1-2. FUENTES DE FINANCIACION DE LA ATENCION DE SALUD



EVOLUCION DEL INTERES EN LA FINANCIACION COMUNITARIA

Milton Roemer investigó la larga historia de la financiación del sector salud en el occidente desde la prehistoria. (3) Descubrió que, desde un comienzo, las unidades familiares y los grupos comunitarios han desempeñado una función fundamental en la provisión de recursos para actividades de salud, y ya en los tiempos antiguos daban regalos, alimentos, alojamiento y otras recompensas materiales a los curanderos. En la Grecia clásica y en Roma, a medida que se iban desarrollando las ciudades estado, comenzaron a cobrarse los impuestos públicos que se destinaban a la provisión de atención médica, el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento. Durante la Edad Media los terratenientes feudales financiaban la atención de salud de las familias que trabajaban en sus tierras; por otra parte, al ir creciendo los pueblos, los doctores y los boticarios empíricos comenzaron a recibir honorarios pagados por las familias de los individuos que procuraban recibir atención. Las instituciones religiosas musulmanas y cristianas empezaron a ofrecer atención especialmente a los pobres; dicha atención se financiaba con donaciones caritativas de miembros de la comunidad, que posteriormente se complementaron con los ingresos provenientes de los impuestos de la ciudad.

En el Renacimiento y en la época de la Reforma, los gremios de artesanos empezaron a recaudar contribuciones regulares de sus miembros y a utilizar estos recursos para darles asistencia en casos de enfermedad y muerte. Más adelante, después de que surgieron las organizaciones comerciales y las fábricas, los obreros comenzaron a fundar cooperativas que establecieron "fondos de asistencia mutua para enfermedades", los precursores de los programas actuales de seguros voluntarios de salud, como señala Roemer. Durante la revolución industrial, la formación de sindicatos y partidos políticos populares estimularon a los gobiernos europeos a establecer "fondos

de enfermedad", que dieron origen al seguro social para la financiación de la atención de salud. A la vez, el hacinamiento y las condiciones antihigiénicas en las zonas urbanas en desarrollo indujeron el movimiento de salud pública y el empleo de las rentas tributarias locales para financiar un mejor saneamiento ambiental.

En el siglo XX, la tributación nacional comenzó gradualmente a desempeñar una función cada vez más importante y, por último, una función esencial en relación con las actividades de financiación de los servicios de salud. Otras nuevas fuentes de financiación fueron las organizaciones industriales (las cuales financiaban los servicios de salud para los obreros, que comprendían desde el tratamiento de lesiones a la atención médica integral y medidas de seguridad) y la ayuda extranjera, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial. A lo largo de esta evolución, la financiación privada siguió siendo importante tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

Como se demuestra en los párrafos anteriores, la movilización de recursos comunitarios para respaldar las actividades de salud (por intermedio de mecanismos que abarcan desde gastos privados hasta contribuciones a grupos y programas de seguro de trabajadores) no es en modo alguno un proceso nuevo. Lo nuevo es el interés concertado en la financiación comunitaria como una alternativa a la ampliación continua de la función de los gobiernos con respecto a la financiación de las actividades de salud.

Interés Internacional

El interés por la financiación comunitaria ha surgido en las organizaciones internacionales que participan en actividades de salud, en el contexto de la inquietud por la financiación global del sector salud. Veinte años atrás se contaba con escasa información sobre los métodos que estaban empleando los países para financiar sus actividades de salud y sobre el efecto que ejercía dicha financiación en los servicios proporcionados. A consecuencia de lo anterior se han preparado documentos de trabajo y se han realizado estudios de caso de países, especialmente en los últimos diez años, en instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para superar la brecha de conocimientos acerca de la financiación global del sector salud. (4-8) El principal acontecimiento político registrado en el campo de la salud en este período es el compromiso creciente de muchos países con respecto a la ampliación de los servicios de salud, a fin de incluir la atención primaria de salud. Por lo tanto, también hubo interés por identificar medios para movilizar nuevos recursos financieros como una forma de dar ayuda a dicho propósito.

Hasta ahora los documentos de trabajo y los estudios de casos han producido varios resultados de importancia:

1. La "brecha de recursos" entre los costos de la atención primaria de salud y los gastos sufragados para dicha atención se ha hecho evidente, a medida que los estudios de casos de países han comenzado a documentar los costos y los gastos.

2. Aunque los gobiernos han llegado a ser considerados como la principal fuente de recursos para la ampliación de las actividades de atención primaria de salud, los estudios de casos de países indicaron que los gastos no gubernamentales para salud eran considerables. Sin embargo, estos gastos correspondieron en su mayor parte a servicios privados y curativos, en lugar de destinarse a servicios de promoción o prevención y a otras actividades que, según se ha determinado, tienen mayor potencial para mejorar las condiciones de salud.

Estos dos resultados contribuyeron a estimular el interés por identificar medios de superar la brecha de recursos, mediante una asignación más racional de todos los recursos para financiación de los servicios de salud. En este contexto surgió un renovado interés por la financiación comunitaria. En 1980, teniendo en cuenta que "la movilización de recursos necesarios se ha convertido en un factor fundamental para el desarrollo de la atención primaria de salud", la OMS inició un proyecto especial denominado "Costos y Modelos de Financiación de la Atención Primaria de Salud a Nivel Comunitario", con el objeto de "identificar diversas alternativas para dar apoyo económico y movilizar recursos destinados a alguno o todos los elementos de atención primaria de salud a nivel comunitario. (6)

El Banco Mundial y la AID patrocinaron varios estudios orientados a la mejor comprensión de los gastos de los hogares y las comunidades en relación con los servicios de salud. (7, 8) El tema de la Reunión Anual del Consejo Nacional de Salud Internacional de los Estados Unidos, celebrada en junio de 1982, fue "Financiación de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo", y en dicha oportunidad se presentaron varios documentos sobre financiación comunitaria. (9, 10) A fines de 1982, la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos (APHA) publicó un análisis integral de financiación comunitaria con asistencia de la AID. (11) A su vez PRICOR ha determinado que la financiación comunitaria de la atención primaria de salud es un área prioritaria en cuanto a la provisión de fondos para investigaciones.

Interés Nacional

Además de su interés en la financiación comunitaria como un medio de extender la atención primaria de salud, autoridades nacionales comenzaron a considerar la financiación comunitaria en el contexto más amplio del desarrollo global económico y social. Muchos programas ambiciosos de desarrollo iniciados en los años setenta fueron financiados con una combinación de recursos gubernamentales y fondos provenientes de la deuda externa. En dicho período comenzaron a manifestarse dos consecuencias de estos esfuerzos. En primer término, las necesidades relacionadas con los costos recurrentes de proyectos de desarrollo, que se habían transformado en programas continuos, se hicieron notorias y comenzaron a afectar directamente a los presupuestos nacionales. En segundo lugar, las cargas del pago de la deuda impuestas por préstamos anteriores obligaron a hacer rendir al máximo los gastos gubernamentales, hasta el límite que permitían los fondos fiscales. Al mismo tiempo, la recesión mundial y la reducción de la producción provocaron un estancamiento o una disminución de los ingresos nacionales.

Estos acontecimientos, unidos a la evolución conceptual con respecto a la financiación de la atención primaria de salud, motivaron un reexamen a fondo de la función del gobierno central relativa a la financiación y la provisión de servicios de APS. Debido a los graves obstáculos que afectan la capacidad de los gobiernos para financiar estos esfuerzos y a la evidencia de que los hogares y los grupos comunitarios están financiando una proporción mayor que la supuesta de la atención de salud, se ha puesto en duda el supuesto según el cual el Ministerio de Salud y otras instituciones gubernamentales son o deben ser las principales - si no las únicas - entidades que proporcionen servicios de APS. El compromiso de la APS de lograr una mayor participación comunitaria en la atención de salud y un mayor control de sus servicios ha dado un ímpetu adicional a este reexamen.

Dado el carácter social de los beneficios derivados de la APS (es decir, la tendencia a que beneficios tales como la inmunización, el saneamiento y los programas de salud materno infantil favorezcan a toda la comunidad y no sólo a algunos individuos), parece apropiado que el gobierno desempeñe alguna función en este campo. Sin embargo, esto no significa que las fuentes públicas deban o puedan financiar en su totalidad los servicios de APS. Aunque la financiación comunitaria tiene algunas limitaciones, es un elemento importante que se ha empleado exitosamente en el pasado y que puede ser aún más útil en el futuro. Al respecto, el método más efectivo puede consistir en una combinación de financiación comunitaria y pública de la atención de salud. El examen de la financiación actual de la APS por parte del gobierno y de las comunidades representa un paso importante en la búsqueda del módulo más apropiado de financiación.

IMPORTANCIA DE LAS INVESTIGACIONES OPERATIVAS SOBRE FINANCIACION COMUNITARIA

En la planificación y la aplicación de un sistema de financiación comunitaria hay que responder a numerosas preguntas y adoptar diversas decisiones; estas últimas incluyen la determinación de los objetivos más apropiados de la financiación comunitaria, el establecimiento de precios óptimos y la decisión de cómo y cuándo recaudar los ingresos. Se han realizado escasos estudios sistemáticos que puedan responder a estas preguntas. La investigación en el campo de la atención primaria de salud frecuentemente ha consistido en estudios descriptivos o evaluativos, y rara vez se ha centrado en la identificación clara y la solución de importantes problemas operativos. Además, aunque los administradores de programas y los investigadores pueden aprender mucho de los programas y estudios que se ejecutan en otras regiones, comúnmente se necesitan investigaciones en el terreno para solucionar problemas locales.

Las investigaciones operativas pueden hacer aportes importantes para la solución de los problemas que han dificultado el desarrollo de estrategias de APS y de financiación comunitaria. Las investigaciones operativas bien diseñadas pueden ahorrar fondos y tiempo en el proceso de identificación de las estrategias preferibles, reduciendo la gama de opciones y eliminando pruebas de campo improductivas. También pueden fortalecer la adaptación de políticas y estrategias, mediante el empleo sistemático de la información obtenida en base a la experiencia.

En el capítulo siguiente se presentan diversos temas relacionados con la financiación comunitaria de la atención primaria de salud, que pueden ser objeto de investigaciones operativas. En el Capítulo III se describe una metodología general para realizar investigaciones operativas sobre dichos temas.

BIBLIOGRAFIA

1. Atención primaria de salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la OMS y la UNICEF (Ginebra: OMS, 1978), p. 61-62.
2. Dieter K. Zschock, Health Care Financing in Developing Countries (Washington, DC: APHA, International Health Programs, Serie de Monografías Internacional, No. 1, 1979).
3. Milton Roemer, "Financing of Health Services: Proceeding of a World Health Organization Interregional Workshop, Mexico, 26-30 November, 1979," (Ginebra: OMS, SHS/SPM/80.3), pp. 31-39.
4. Financing of Health Services: Report of WHO Study Group (Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos) 625, 1978).
5. "Methods of Financing Health Activities: Background Document" (Ginebra: OMS, Grupo de Estudios de Expertos sobre la Financiación de Salud, SHS/FIN/77.1, 21-25 de noviembre de 1977).
6. "Cost and Financing Patterns of Primary Health Care (PHC) at the Community Level" (Ginebra: OMS, Documento de Proyecto SHS/PHC, marzo de 1980), pp. 1-2.
7. Nancy Birdsall, and F. Orivel, "The demand for and willingness to pay for health and schooling in Mali" (Washington, DC: Banco Mundial, mimeo, borrador, febrero de 1983)
8. J. S. Akin, C. C. Griffin, D. M. Guilkey, and B. M. Popkins, "The Demand for Primary Health Care Services in Low Income Countries: A Review and Case Studies," borrador (Washington, DC: AID, 1982).
9. _____, "The Demand for Primary Health Care Services in The Bicol Region of the Philippines," documento presentado a la Conferencia del Consejo Nacional de Salud Internacional, 14-16 de junio de 1982.
10. Clive Gray, "Issues in Defining and Measuring Recurrent and Capital Costs of Primary Health Care Interventions in Africa," documento presentado a la Conferencia del Consejo Nacional de Salud Internacional, 14-16 de junio de 1982.
11. Wayne Stinson, Community Financing of Primary Health Care (Washington, DC: APHA, International Health Programs, Serie de Monografías 1, No. 4, 1982), p. 13.

CAPITULO II

PROBLEMAS OPERATIVOS RELACIONADOS CON LA FINANCIACION COMUNITARIA

CAPITULO II. PROBLEMAS OPERATIVOS RELACIONADOS CON LA FINANCIACION COMUNITARIA

En este capítulo se presentan temas, o "conjuntos de problemas", para investigaciones sobre financiación comunitaria (FC) y las variables que deben considerarse al examinar los problemas operativos en forma más precisa y al analizar posibles soluciones a dichos problemas. Se incluye lo siguiente: 1) una presentación de la gama de posibles conjuntos de problemas para investigación; 2) un análisis de un problema importante de investigación sobre financiación comunitaria (métodos de obtención de ingresos); 3) una explicación de un enfoque sistemático para analizar los problemas de financiación comunitaria; 4) un análisis del método para identificar las variables que pueden ser importantes cuando se consideran soluciones a problemas de investigación operativa relacionados con la financiación comunitaria; 5) una enumeración de las variables más comunes correspondientes a cada conjunto de problemas relacionados con la financiación comunitaria; y 6) una técnica para establecer prioridades.

CONJUNTOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FINANCIACION COMUNITARIA

Como se indica en el Capítulo I, tanto organizaciones nacionales como internacionales están explorando métodos para integrar la financiación comunitaria a los sistemas de atención primaria de salud. Sin embargo, en los distintos países se han establecido diferentes objetivos con respecto a la financiación comunitaria, los grupos participantes, los métodos para obtener ingresos, y los procedimientos para fijar honorarios, recaudar los ingresos y administrar y supervisar los sistemas de financiación. La investigación operativa es muy valiosa para la adopción de decisiones tácticas y estratégicas sobre la asignación de recursos, la estructura programática y los procedimientos.

La experiencia ha demostrado que las autoridades y los administradores de programas deben tener en cuenta algunos o todos de los siguientes 12 factores - conjuntos de problemas - al diseñar o aplicar los sistemas de financiación comunitaria:

1. La función de la comunidad
2. Los objetivos de la financiación comunitaria
3. Los vínculos con otras fuentes de financiación de la atención primaria de salud
4. Contribuyentes a la financiación comunitaria y beneficiarios
5. Los servicios y artículos a financiarse
6. Los métodos de obtención de ingresos
7. Los precios, los honorarios y los cargos
8. La capacitación y la educación
9. La gerencia y la administración
10. El pago y la recaudación de ingresos
11. La supervisión y el control
12. La vigilancia y la evaluación del rendimiento de la FC.

De estos conjuntos de problemas, los métodos de obtención de ingresos han recibido mucho más atención que todos los demás en conjunto. Por lo tanto, a continuación se presenta un análisis de las experiencias recientes.

METODOS DE OBTENCION DE INGRESOS: UN ANALISIS DE LA EXPERIENCIA RECIENTE

Los administradores de programas y las autoridades se han interesado particularmente por identificar métodos alternativos de movilización de recursos comunitarios para dar apoyo a la atención primaria de salud. Por consiguiente, se sabe más acerca de los métodos de obtención de ingresos o los esquemas de financiamiento, como se los denomina en algunos casos, que sobre todos los demás problemas operativos combinados. En "Community Financing of Primary Health Care" por Wayne Stinson, monografía publicada por la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos (APHA) que se menciona en el Capítulo I, se presenta un resumen integral de las experiencias recientes relacionadas con financiación comunitaria a nivel nacional. (1) A continuación se resumen los resultados importantes, para dar una idea general de la gama de esquemas de financiación comunitaria existentes e identificar algunas de las ventajas y desventajas de dichas alternativas. En el Cuadro 2-1 se presenta un resumen de cada uno de los esquemas considerados.

Stinson identificó más de cien proyectos y programas de APS que emplean financiación comunitaria, y que abarcan desde el programa nacional de la República Popular de la China a pequeños proyectos de demostración. Además, descubrió varias categorías principales en las cuales se agrupan los esquemas de financiación comunitaria, a saber:

- Honorarios por servicios
- Venta de medicamentos
- Pago personal anticipado
- Pago anticipado en base a la producción
- Esquemas de obtención de ingresos
- Trabajo comunitario
- Trabajo individual
- Donaciones y contribuciones específicas
- Festivales, rifas y actividades similares. (2)

En cuanto a los objetivos - o usos - de la financiación comunitaria, Stinson descubrió que los gastos de mayor envergadura corresponden al pago de los trabajadores de salud, el reabastecimiento de medicamentos básicos, el presupuesto general, el pago parcial de los gastos de capacitación, el pago parcial de los gastos de hospitalización y la complementación de los servicios de salud del gobierno.

Los informes de la mayoría de los proyectos indican que la financiación comunitaria se destina a más de un propósito; sin embargo, las comunidades representadas en el análisis no contribuyeron a la financiación de la evaluación, ni los vehículos, la gasolina y los equipos costosos. (3)

CUADRO 2-1. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE METODOS ALTERNATIVOS DE FINANCIACION COMUNITARIA

Método	Elementos positivos	Deficiencias	Usos apropiados	Necesidades complementarias	Problemas comunes
Honorarios por servicios	Familiaridad; puede canalizar gastos privados al sector público	Cubre principalmente los costos de servicios curativos, para quienes pueden pagarlos; no se comparte el riesgo	Pago a los trabajadores de salud, si lo modera con una escala variable	Cubrir costos de trabajo preventivo y comunitario	Muchas personas renuentes a pagar a trabajadores de salud cuando hay un médico tradicional ó
Venta de medicamentos	Reduce costos de medicamentos mediante uso de mano de obra gratuita y concentración en gama limitada de medicamentos esenciales	Cubre principalmente costos de servicios curativos para quienes pueden pagarlos; no se comparte el riesgo	Cobertura de costos de medicamentos producidos y distribuidos en el país	Ayudar a los pobres; divisas para importaciones; cubrir costos de atención preventiva y trabajo comunitario	Interrupciones de suministros; "descapitalización"; mercado negro
Pago anticipado individual	División de los costos de servicios de la salud entre individuos sanos y enfermos	Con frecuencia la gente se muestra renuente a pagar por atención de salud, esperan hacerlo cuando la precisen	Pago anticipado de costos fijos, en caso de ajustarse de acuerdo a ingreso familiar	Pueden necesitarse fondos para cubrir sobrecostos	Muchas personas prefieren tarifas por servicios si tienen opción de elegir; selección adversa
Pago anticipado basado en la producción	Financiación basada en la unidad económica existente	Sólo puede aplicarse en caso de grupos limitados (excepto cuando la producción es comunal)	Adecuado para personas empleadas, o producción comunal o en cooperativa	Respaldo a grupos que viven a nivel subsistencia	Particularmente sujeto a las fuerzas económicas
Obtención de ingresos	Permite que se utilice el trabajo comunitario para evitar los costos recurrentes	Los costos iniciales pueden ser considerables	Más adecuado para proyectos multisectoriales, (especialmente de org. priv.)	Fondos de respaldo	Particularmente sujeto a las fuerzas económicas
Trabajo comunitario	Utiliza un recurso abundante	Sólo puede utilizarse en determinadas estaciones, y solamente para costos no recurrentes	Adecuado para construcción y mantenimiento de establecimientos	Respaldo para los costos recurrentes	La comunidad pierde su interés si el gobierno no proporciona los insumos previstos
Trabajo individual	Utiliza un recurso abundante	Generalmente sólo está disponible por media jornada; la deserción alta puede incrementar los costos de capacitación	Principalmente por media jornada y para actividades de salud complementarias	Referencias para todo tipo de problemas, con excepción de los más simples	Es posible que no esté disponible cuando se precise
Donaciones y contribuciones específicas	Pueden utilizarse materiales locales disponibles; las donaciones permiten que las personas hagan aportes de acuerdo a su capacidad	Utilidad limitada, apropiado para costos originales	Adquisición de equipos o abastecimiento inicial de medicamentos	Respaldo para los costos recurrentes	Su motivación puede ser difícil
Festivales, rifas, etc.	La gente puede "disfrutar" el hecho de pagar	Utilidad limitada, apropiado para costos originales; baja eficiencia	Adquisición de equipos o abastecimiento inicial de medicamentos; capital de construcción en algunos países.	Respaldo para los costos recurrentes	

Fuente: Community Financing of Primary Health Care, por W. Stinson, Cuadro 3.6, "Evaluación general de las alternativas de financiación comunitaria", pág. 39.

A continuación se resumen las experiencias recientes relativas a los métodos de obtención de ingresos, y sus ventajas y desventajas. (Véase el Capítulo 2 de "Community Financing of Primary Health Care," por Wayne Stinson, en el cual se analiza este tema en más detalle.)

Honorarios por Servicios Individuales

El pago de honorarios individuales a quienes ofrecen servicios de atención de salud es una práctica muy generalizada de financiación de los servicios públicos y privados de este tipo. Aunque es más frecuente que los médicos tradicionales - y no los médicos modernos - acepten pagos en especie (por ejemplo, ganado o productos agrícolas), no es poco común que los pacientes aporten trabajo a cambio de la atención clínica que reciben. Los honorarios por servicios se emplean con más frecuencia para remunerar a los trabajadores de salud o para obtener ingresos generales que pueden utilizarse para comprar medicamentos y suministros.

Se identificaron diferentes modelos de recaudación y administración. En algunos casos, los trabajadores de salud cobran los honorarios y se quedan con ellos; en otros, el personal clínico o los comités de salud manejan los fondos.

Se determinó que existen tres modelos básicos para fijar los honorarios: negociación entre los trabajadores de salud y los pacientes; deliberación entre las comunidades y los profesionales; o decisión unilateral de los profesionales o del gobierno. En su análisis Stinson llegó a la conclusión de que, frecuentemente, el principal factor relacionado con la fijación de los honorarios es la previsión subjetiva de la capacidad y la voluntad de los pacientes para pagar. En muy pocos casos se han empleado estudios u otros métodos formales para evaluar la capacidad y la voluntad de los pacientes para pagar. En la fijación de los honorarios tampoco se ha otorgado suficiente atención a factores tales como el total de ingresos necesarios o los niveles de utilización. No obstante, según lo informado, muchos proyectos emplean escalas de honorarios variables y exenciones que se aplican a determinados pacientes o en situaciones específicas.

Venta de Medicamentos

La venta de medicamentos ocupa el segundo lugar entre los métodos más comunes de financiación; el costo de los medicamentos es uno de los principales componentes de los costos recurrentes de la atención primaria de salud. Los esfuerzos de financiación comunitaria examinados por APHA se concentraban en la provisión de una cantidad relativamente reducida de medicamentos "básicos" (de cinco a quince). Con frecuencia se mantienen precios inferiores a los cobrados en las farmacias privadas, mediante el empleo de subsidios gubernamentales, controles de precios al por mayor o la comercialización sin fines de lucro a través de farmacias comunitarias. Se ha planteado la posibilidad de que se produzca competencia con el sector privado, pero en los programas exitosos se han establecido buenas relaciones entre el dicho sector y las actividades comunitarias.

Aunque en muchos proyectos se venden medicamentos para obtener ingresos generales, más de la mitad de los proyectos estudiados tienen fondos rotatorios para medicamentos (FRM), "autofinanciados", que emplean el producto de las ventas para comprar nuevos suministros. Comúnmente, todo excedente se

destina a dar una remuneración a los trabajadores de salud o a cubrir otros costos. Estos fondos requieren un capital inicial, por lo general suficiente para comprar suministros equivalentes a unos tres meses; dicho capital proviene en muchos casos de la recolección de fondos en la comunidad o de la venta de acciones del fondo rotatorio. Al parecer, el segundo método ha tenido más éxito.

Los principales mecanismos que se utilizan son las ventas realizadas por cada trabajador de salud, la venta a través de las farmacias comunitarias, la venta en las clínicas de salud y la venta por intermedio de comerciantes establecidos. En unos pocos proyectos se han adoptado disposiciones especiales para asegurar que los medicamentos estén a disposición de los pobres o para promover las prácticas de salud preferidas. Por ejemplo, en un proyecto cuando los pacientes reciben la primera dosis de un medicamento deben pagar el costo de todas las dosis subsecuentes.

Pago Anticipado Personal y en Base a la Producción

El principio en el cual se basan el cobro de un honorario por servicios prestados o de un cargo por los medicamentos es que los individuos pagan los artículos de consumo y los servicios cuando los necesitan, especialmente en casos de enfermedad. El principio que sirve de base al pago adelantado o a los programas de seguro es que las personas pagan por los servicios de salud antes de enfermarse; todos los participantes comparten los costos y los "riesgos" de enfermedad, independientemente del uso individual de los servicios.

Los programas de financiación mediante pago adelantado que existen en los países en desarrollo rara vez procuran cubrir todos los costos, y es frecuente que los pacientes hagan pagos complementarios (es decir, paguen una porción de los cargos al recibir el servicio). Los honorarios adicionales permiten recibir servicios a quienes no son miembros y crean un freno que evita el uso excesivo. También permiten que se utilicen los pagos adelantados para cubrir costos predecibles o "fijos" (por ejemplo, las remuneraciones de los trabajadores), dado que el ingreso adicional proveniente de los cargos directos puede destinarse a costos que varían de acuerdo con su uso, como es el caso de los medicamentos. En el examen de métodos realizado por APHA se determinó que lo más común es que el ingreso adicional se utilice para financiar las remuneraciones de los trabajadores de salud y el costo de los medicamentos.

El pago adelantado personal y el pago adelantado en base a la producción son diferentes. En el primer caso los individuos o las unidades familiares pagan primas o cuotas de afiliación directamente, en dinero en efectivo o en especie. Para que los métodos de pago adelantado personal sean viables desde el punto de vista financiero, debe haber un mínimo de personas inscritas en un determinado proyecto y debe existir un equilibrio entre la cantidad de personas sanas y enfermas. Como se señala en la monografía de APHA, no hay mayor acuerdo ni orientación que permitan determinar cuál debe ser la inscripción mínima o el equilibrio necesario. Sólo en un número reducido de proyectos se ha tenido en cuenta el ingreso de la unidad familiar (es decir, la capacidad para pagar) al fijarse las primas para los miembros pero, por otra parte, en algunos casos se han establecido exenciones especiales para los hogares pobres.

La experiencia indica que las tasas de renovación y de cobro de las tarifas de las primas son bajas si las personas que no son miembros pueden pagar directamente por los servicios recibidos de acuerdo con sus necesidades. También indica que, debido a que la capacidad de las unidades familiares para pagar varía según las condiciones económicas, deben establecerse "respaldos" o reservas de fondos para mantener en funcionamiento el programa básico durante épocas difíciles. En el programa Dana Sehat que se lleva a cabo en Indonesia todo ingreso excedente se deposita en una cooperativa comunitaria de crédito y dichos fondos se prestan posteriormente al programa para cubrir los déficit. Los patrocinadores externos son otra fuente de ingreso de reserva.

El pago adelantado en base a la producción se fundamenta en gravámenes e impuestos sobre las ventas y en otros mecanismos similares para captar el excedente acumulado por las actividades productivas, y puede complementarse con contribuciones de los trabajadores (por ejemplo, impuestos sobre el sueldo) y del gobierno. En el examen de APHA se identificaron nueve esquemas basados en producción o comercialización y se indica que uno de ellos, el sistema chino, ha sido adoptado por el 85% de las brigadas de producción que representan al 80% de la población de la China. Los programas que se ejecutan en Japón, Etiopía y Benin tienen por objeto dar cobertura a extensos segmentos de la población.

En otros estudios se ha observado que de 40 a 75 países tienen actualmente programas voluntarios u obligatorios de seguro social. Muchos de ellos se basan en la cooperación entre el gobierno, los trabajadores y las empresas, y constituyen uno de los mecanismos de financiación de los servicios de salud que está extendiéndose con mayor rapidez.

Entre las unidades económicas que sirven de base a los métodos de pago adelantado examinados por APHA se cuentan las comunas y las fábricas, las cooperativas de agricultores y productores y las asociaciones comunitarias de comercialización. Los fondos se destinan a financiar actividades relacionadas con la salud de diversas maneras; los contribuyentes pueden manejar sus propios sistemas de servicios de salud, o suscribir contratos para la provisión de servicios con médicos particulares, organizaciones o incluso con el Ministerio de Salud.

Trabajo Comunitario o Individual y Esquemas de Obtención de Ingresos

Es común que el trabajo comunitario realizado por voluntarios se asocie con la participación comunitaria en la atención primaria de salud. Los voluntarios frecuentemente ayudan en la ejecución de actividades básicas de mejoramiento ambiental como la construcción de letrinas, la mejora del abastecimiento de agua y la eliminación de desechos. También construyen y se encargan del mantenimiento de clínicas y viviendas. Algunos trabajadores de salud de poblado que no reciben remuneración proporcionan servicios básicos de atención de salud, y generalmente se recurre a los servicios de voluntarios para campañas de inmunización, educación sobre salud y programas de difusión de la terapia de rehidratación oral. Aunque se ha comprobado que el trabajo voluntario comunitario e individual es difícil de mantener por períodos prolongados, ha servido para reducir los costos recurrentes y para ampliar las actividades en el campo de la salud.

En varios países se emplean esquemas de obtención de ingresos a fin de recabar los fondos generales necesarios para financiar las actividades de salud. Las piladoras de arroz, las lagunas de peces, las huertas comunitarias, las lecherías, las panaderías y las empresas farmacéuticas nacionales representan los diversos sistemas empleados en la actualidad para la obtención de recursos, según se indica en la monografía de APHA.

Contribuciones Específicas y Recolección de Fondos

Las contribuciones efectuadas por integrantes de la comunidad, incluidas las donaciones voluminosas de personas adineradas, se emplean comúnmente para solventar algunos de los costos de las actividades relacionadas con la salud. Las contribuciones pueden consistir en dinero en efectivo, materiales (para construcción, por ejemplo), ganado (como remuneración de los trabajadores de salud), o tierra o espacio para la construcción de establecimientos de salud. Los métodos especiales de recolección de fondos que se han utilizado para estimular a los integrantes de la comunidad a hacer contribuciones incluyen aportes, festivales, rifas y loterías.

En resumen, en el estudio de APHA se determinó que en la mayoría de los casos la financiación comunitaria cubre los costos relacionados con la remuneración de los trabajadores, los medicamentos, construcción y mantenimiento. Las actividades que reciben respaldo son principalmente la provisión de servicios básicos y otras que benefician a quienes pagan. Los recursos generados - moneda local, mano de obra, productos y materiales - por lo general no son seguros y se ha observado que es difícil seguir contando con ellos a lo largo del tiempo.

En cuanto a los efectos de la financiación comunitaria en la amplitud de servicios, sólo se da respaldo a las actividades con respecto a las cuales existe una considerable demanda en la comunidad, y es probable que entre ellas no se cuenten las actividades de APS. La financiación comunitaria ha incrementado la posibilidad de acceder a los servicios en áreas subatendidas. Aún no se ha demostrado terminantemente si es más efectiva que otros tipos de financiación en cuanto al logro de este objetivo.

En la monografía de APHA se indica que en el proceso de planificación y aplicación de un sistema de financiación comunitaria se deben adoptar muchas decisiones y responder a numerosas preguntas. Además, se señala que "En los estudios sobre métodos efectivos de financiación comunitaria hay que considerar tanto el proceso como los resultados; en este examen se encontró escasa información sobre ambos." (2) Las investigaciones recién están comenzando a producir la información necesaria que sirva de guía a los planificadores y a las autoridades respecto de los métodos óptimos para estructurar y dirigir las actividades de financiación comunitaria.

ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FINANCIACIÓN COMUNITARIA

La naturaleza de un problema operativo relacionado con la financiación comunitaria varía en cierta medida si el investigador está estudiando un sistema vigente o procurando proporcionar información importante para el diseño de un sistema nuevo. Por ejemplo, las actividades gerenciales

representan un problema común de los sistemas de financiación comunitaria, pero el investigador adopta enfoques diferentes para analizar un problema gerencial de un sistema vigente de financiación y las necesidades gerenciales de un sistema que se está diseñando. En ambos casos hay que describir minuciosamente el problema general, definir los problemas operativos de menor magnitud y establecer las prioridades relacionadas con el desarrollo de soluciones.

Al iniciar el análisis de un problema importante es útil examinar la información pertinente ya disponible. Por ejemplo, los estudios, los informes de visitas al terreno, las entrevistas a personas claves y las observaciones generalmente permiten identificar los problemas operativos. Es probable que los analistas tengan que complementar esta información con nuevos datos. Quade sugiere el empleo de un método de periodismo investigativo, que consiste en hacer entrevistas en las cuales se formulan las preguntas claves acerca del problema: quién, qué, cuándo, dónde, cómo y por qué.

Cuando comienza a trabajar en un estudio, el analista debe entrevistar al patrocinador y a todas las demás personas relacionadas con el problema que aparentemente podrían ayudar. En particular, el analista procura que le respondan preguntas como las indicadas a continuación:

1. ¿Cómo se produjo la situación? ¿Por qué constituye un problema?
2. ¿Quiénes consideran que constituye un problema?
3. ¿Por qué solucionar el problema? Si se lleva a cabo un análisis, ¿qué se haría con él? ¿Alguien podría tomar medidas en base a las recomendaciones?
4. ¿Qué características tendría que tener una solución? ¿Qué tipo de solución es aceptable?
5. En todo caso, ¿se trata del problema adecuado? ¿Podría ser solamente una manifestación o un síntoma de un problema mucho más amplio o más profundo? ¿Sería preferible atender al problema mayor, en caso de que exista?
6. Los recursos analíticos siempre son limitados; ¿en esta etapa, se estima que el estudio podría producir resultados que lo justificaran o sería preferible aplicar el esfuerzo analítico a otro contexto? (4)

Este tipo de análisis de problemas puede ser suficiente. Sin embargo, al realizar una investigación operativa sobre financiación comunitaria puede ser necesario aplicar un enfoque sistemático más formal.

Un sistema utiliza insumos de acuerdo con un plan o diseño y los elabora para generar productos (véase la Figura 2-1). Johnson et al. sugieren lo siguiente:

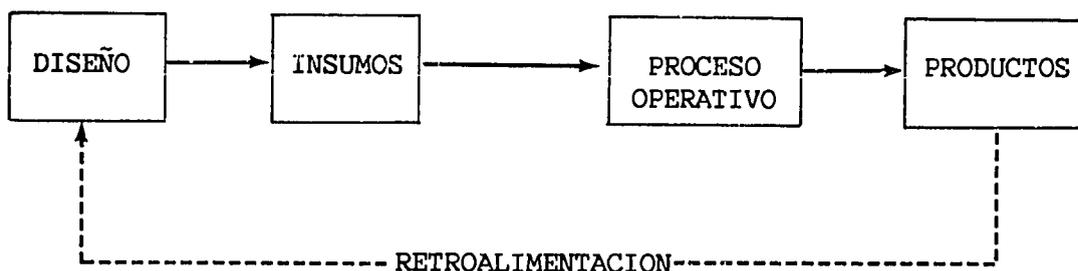
El método óptimo para considerar (un) sistema consiste en describir el proceso de flujo, analizando cada segmento e investigando las

relaciones y contribuciones de las partes al conjunto. De esta manera es posible orientar la atención y el estudio a los segmentos que no logran optimizar su contribución a todo el sistema. (5)

Los autores describen un sistema de la siguiente manera:

. . . Un sistema se define como un conjunto de componentes destinados a lograr un objetivo determinado de conformidad con un plan. Esta definición contiene tres elementos significativos. En primer término, debe haber un propósito u objetivo, que el sistema tiene por objeto alcanzar. En segundo lugar, debe haber un diseño o una disposición establecida de los componentes. Por último, los insumos consistentes en información, energía y materiales deben asignarse de acuerdo con un plan . . . Estos mismos elementos son fundamentales para todo sistema . . . Sin embargo, la concentración en el concepto de sistemas difiere en cierta medida. La información, la energía y los materiales se clasifican según si se emplean (1) para crear el sistema o (2) para aplicar el sistema. (6)

FIGURA 2-1. UN SISTEMA SIMPLE



Las investigaciones operativas tienen por objeto identificar problemas y evaluar posibles soluciones en relación con los procesos operativos y de diseño. Los 12 conjuntos de problemas enumerados al comienzo de este capítulo sirven como punto de partida para la descripción de un sistema de financiación comunitaria. Aunque se supone que existe una relación entre estos conjuntos de problemas, dicha relación no es explícita. Para realizar una investigación operativa es necesario indicar explícitamente las relaciones y definir las en términos causales. Por ejemplo, ¿cuál es la relación entre los objetivos de un sistema de financiación comunitaria y los métodos de obtención de ingresos? En un caso como éste es útil una descripción de sistemas.

La Figura 2-2 es un ejemplo de un diagrama (o modelo) que ilustra el funcionamiento del sistema de financiación comunitaria. El diagrama presenta los 12 conjuntos de problemas dentro de un rectángulo que define los "límites" del sistema de financiación comunitaria. Los siete conjuntos de problemas que se relacionan principalmente con las decisiones relativas a la planificación

se incluyen bajo "Diseño", en tanto que los conjuntos relacionados principalmente con las decisiones vinculadas a la instrumentación se indican bajo "Procesos operativos". Sin embargo, dado que los conjuntos de problemas que corresponden a la última categoría (capacitación/educación, gerencia/administración, pago/recolección de ingresos y supervisión/control) deben considerarse dentro del sistema financiero global, en algunos casos se produce una superposición de las decisiones relacionadas con diseño y con funcionamiento.

El rectángulo más grande representa el medio en el cual funciona el sistema de financiación comunitaria. Dicho medio está integrado por otros sistemas de salud (privado, seguro social, etc.), otros sectores socioeconómicos (agricultura, transporte, etc.), infraestructura (carreteras, sistemas de comunicación) y factores naturales (clima, terreno) que afectan al sistema de una manera u otra.

El sistema de financiación comunitaria se deriva de la estrategia de APS, que a menudo se establece fuera de la comunidad, por ejemplo en el Ministerio de Salud. De acuerdo con dicha estrategia, se puede exigir a las comunidades que contribuyan a la financiación de la atención primaria de salud. Antes que esto suceda se debe planificar el sistema de financiación. Asimismo, deben adoptarse decisiones con respecto a la función que debe desempeñar la comunidad dentro del sistema, los objetivos de financiación, los contribuyentes al sistema y sus beneficiarios, los servicios que se soliciten y cómo se debe efectuar la movilización de recursos. Estos conjuntos de problemas se interrelacionan, de tal modo que la decisión adoptada en un área del sistema (por ejemplo, el precio que se cobre por los sobres de sales de rehidratación oral) se debe considerar en relación con las demás áreas.

Después de que se diseña el sistema, puede comenzar a funcionar utilizando insumos provenientes de fuentes comunitarias y extracomunitarias. Los insumos más importantes son el dinero en efectivo, la mano de obra y los materiales.

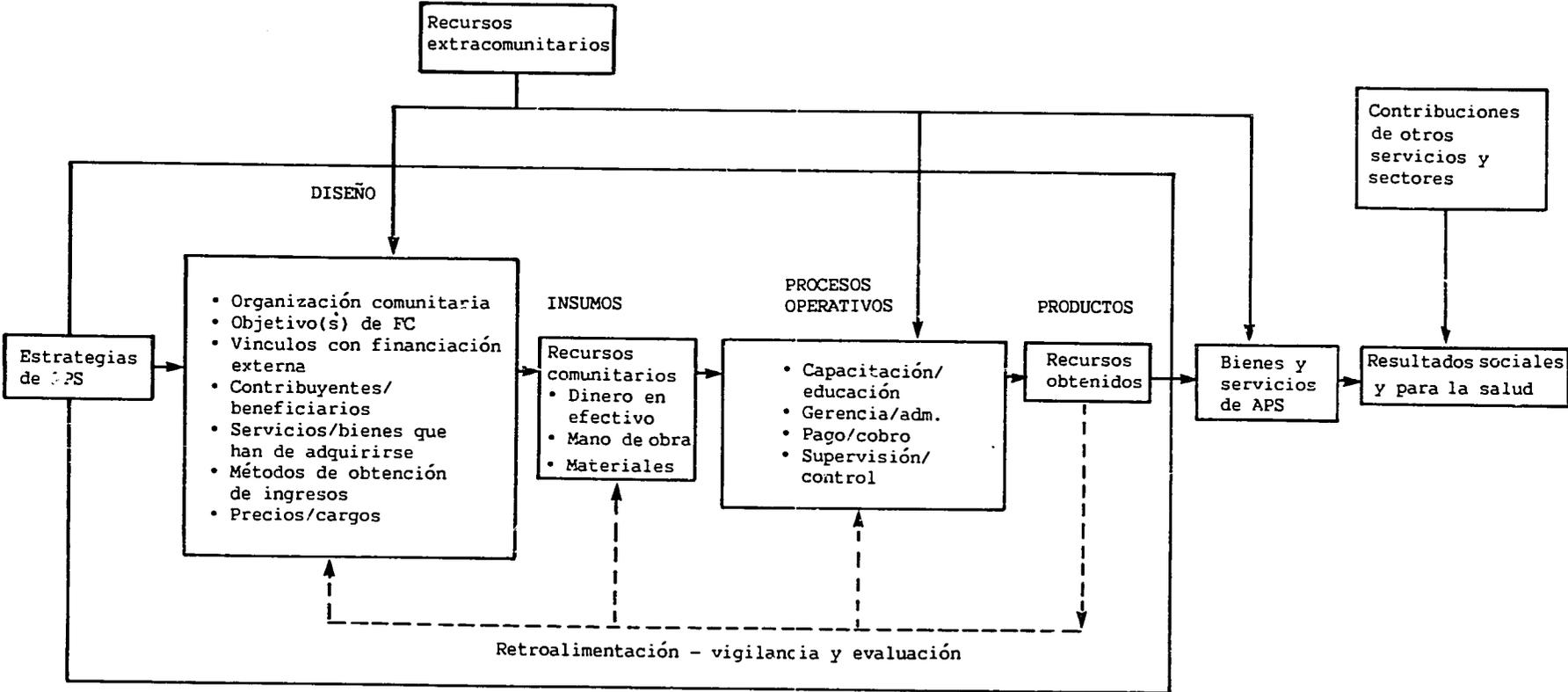
La elección de los métodos de pago y de recolección de estos recursos es un problema operativo que depende de la adopción de decisiones en las etapas de planificación o diseño del sistema. Otros problemas operativos son la capacitación de personal y la educación de los participantes de la comunidad, la gerencia y la administración del sistema, y la supervisión y el control del sistema.

Los insumos se transforman en productos de acuerdo con el diseño del sistema. Los productos del sistema son los recursos movilizados para adquirir artículos de consumo y servicios destinados a la APS que, cuando se emplean en forma adecuada, se espera que ejerzan un efecto positivo en el estado de salud de la comunidad. El dar a conocer a los encargados de adoptar decisiones la información respecto al funcionamiento del sistema de financiación comunitaria les permite adaptar el diseño según sea necesario.

La Figura 2-2 es una descripción general de un sistema de financiación comunitaria y de las variables fundamentales de un determinado problema. La investigación operativa que se realice en un país debe iniciarse con una descripción de las relaciones reales que existen en el programa de APS pertinente.

FIGURA 2-2. DIAGRAMA DE UN SISTEMA DE FINANCIACION COMUNITARIA

Otros sistemas de salud, otros sectores socioeconómicos (ámbito del sistema), infraestructura y factores naturales



Un diagrama de financiación como la Figura 2-2 puede ser útil para el análisis de problemas, puesto que presenta los principales conjuntos de problemas y sus interrelaciones. Si este modelo simple se emplea como base para la descripción más detallada de uno o varios problemas, el investigador puede identificar las variables más importantes y las relaciones entre ellas que deben estudiarse.

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES FUNDAMENTALES DE UN PROBLEMA

Cuando los analistas comienzan a examinar un problema operativo, generalmente se enfrentan a numerosas variables que influyen en el sistema y deben decidir cuáles son pertinentes al problema. Las variables más importantes se pueden dividir en dos categorías: las variables controlables y las variables no controlables. Las primeras se denominan variables de decisión porque están bajo el control de los encargados de adoptar decisiones (por ejemplo, los precios y los honorarios).

Hay varios tipos de variables no controlables. Uno de los más importantes son las restricciones. Las restricciones tienden a limitar la gama de opciones que tienen los encargados de adoptar decisiones. Algunas restricciones no forman parte del sistema; un caso de ellas es el clima, que puede limitar las actividades de un programa a determinadas estaciones del año. Otras restricciones son impuestas por el mismo sistema y pueden relacionarse con los insumos (la comunidad no puede aportar dinero en efectivo), los procesos (los recursos deben ser administrados por la comunidad) o a los productos (los recursos deben emplearse para comprar medicamentos). En algunos casos las variables no controlables amplían la gama de opciones o favorecen una cierta decisión (por ejemplo, la voluntad de los habitantes de la localidad para pagar por los medicamentos). Algunos autores llaman a estas variables "factores facilitantes."*

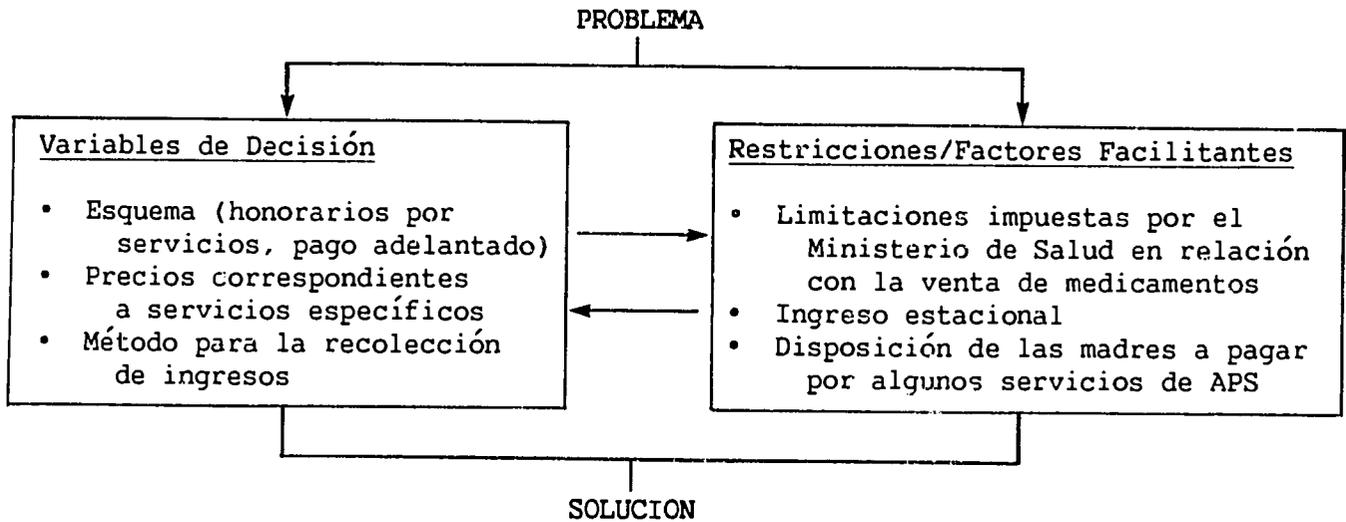
La Figura 2-3 presenta variables de decisión y obstáculos comunes que se relacionan con el problema de la obtención de ingresos. La solución a este problema es una función de la interacción de estos conjuntos de variables. Por lo tanto, al procurar una solución a un problema el analista dedicado a investigación operativa debe identificar en primer término las variables de decisión más importantes, y las restricciones y los factores facilitantes.

En el Capítulo III se describe más detalladamente el proceso en las investigaciones operativas para la solución de problemas, pero un breve ejemplo puede contribuir a explicar la relación entre estas variables y demostrar el motivo por el cual es importante identificarlas.

El analista generalmente trabaja a partir de un objetivo, una descripción de la solución que debe lograrse. Si el problema operativo se relaciona con la obtención de ingresos, el objetivo de la solución puede describirse de la

*Métodos de Investigaciones Operativas: Una Metodología General Aplicada a la Atención Primaria de Salud por Stewart Blumenfeld, publicado por PRICOR, presenta un análisis de los tipos de variables importantes en el campo de las investigaciones operativas.

FIGURA 2-3. ALGUNAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA OBTENCION DE INGRESOS



siguiente manera: definir una estrategia para obtener ingresos que la comunidad acepte y que pueda recaudar suficientes recursos para pagar los servicios y suministros de APS deseados.

Una vez definido ese objetivo, el analista debe identificar todas las variables de decisión pertinentes que se pueden utilizar para lograr los cambios deseados. Por ejemplo, el administrador de un programa y la comunidad pueden seleccionar el tipo de esquemas que deseen (pago directo de honorarios por servicios de APS, pago adelantado de una prima anual, etc.), pueden fijar los precios correspondientes a diversos servicios y medicamentos y decidir los procedimientos de pago que van a adoptar.

A continuación el analista le asigna un valor a cada variable de decisión que contribuya en forma más adecuada a lograr el objetivo establecido. Por ejemplo, ¿qué volumen de ingresos debe(n) generar el o los esquemas y qué precios específicos se fijarán dado el objetivo dual de elegir un esquema que sea aceptable y que permita recaudar los ingresos requeridos?

El analista también debe identificar todas las restricciones pertinentes, las "condiciones dadas" que limitan la gama de opciones. Por ejemplo, es posible que el Ministerio de Salud sólo autorice a los farmacéuticos diplomados a vender medicamentos. En tal caso, la comunidad no podría obtener los fondos necesarios mediante la venta de medicamentos, a menos que haya un farmacéutico dispuesto a cooperar.

Los factores facilitantes favorecen ciertas opciones y el analista debe identificarlos. Por ejemplo, si en su mayoría las madres están dispuestas a pagar por la inmunización de sus hijos y algunos otros servicios de APS, éste es un factor facilitante.

En resumen, un objetivo de la financiación comunitaria puede ser la obtención de suficientes ingresos para cubrir los costos de APS. Una restricción puede ser que el Ministerio de Salud sólo autorice a los farmacéuticos diplomados a vender medicamentos. Una de las variables de decisión podría ser la combinación de esquemas aplicados para obtener ingresos. El valor de esa variable de decisión sería la cantidad de ingresos que se obtendrían en base a la aplicación de cada esquema. En consecuencia, una solución óptima a ese problema sería descubrir qué combinación tiene un valor (monto de ingresos generados) que permita cubrir los costos, dado el obstáculo impuesto por la prohibición de vender medicamentos.

Por consiguiente, el analista que realiza una investigación operativa sobre un problema debe indicar el objetivo e identificar las variables de decisión, las restricciones y los factores facilitantes pertinentes, es decir, los elementos en los cuales se concentrará la investigación para llegar a la solución óptima.

PROBLEMAS OPERATIVOS Y VARIABLES DE DECISION

En esta sección se presentan las variables de decisión más comunes relacionadas con cada conjunto de problemas de financiación comunitaria, a fin de contribuir a identificar posibles temas para investigaciones operativas. En todos los casos posibles también se identifican las restricciones comunes, sobre la base de las experiencias importantes derivadas de programas de financiación comunitaria y de estudios sobre estos problemas. Lamentablemente, las publicaciones sobre estos conjuntos de problemas no analizan el tema en forma uniforme. Se sabe mucho más acerca de algunas áreas que presentan problemas, en particular los métodos de obtención de ingresos, que sobre otras como los aspectos gerenciales y administrativos de los sistemas de financiación comunitaria. Esta insuficiencia de información indica la necesidad de investigar más extensamente estos conjuntos de problemas.

En esta sección no se analizan en detalle los métodos específicos de investigación operativa que pueden emplearse para solucionar problemas o adoptar decisiones, pero se ofrecen algunos ejemplos. Esta sección tiene por objeto identificar las categorías de decisiones adecuadas para las investigaciones operativas y demostrar cómo se relacionan estos conjuntos de decisiones con el sistema de financiación comunitaria.

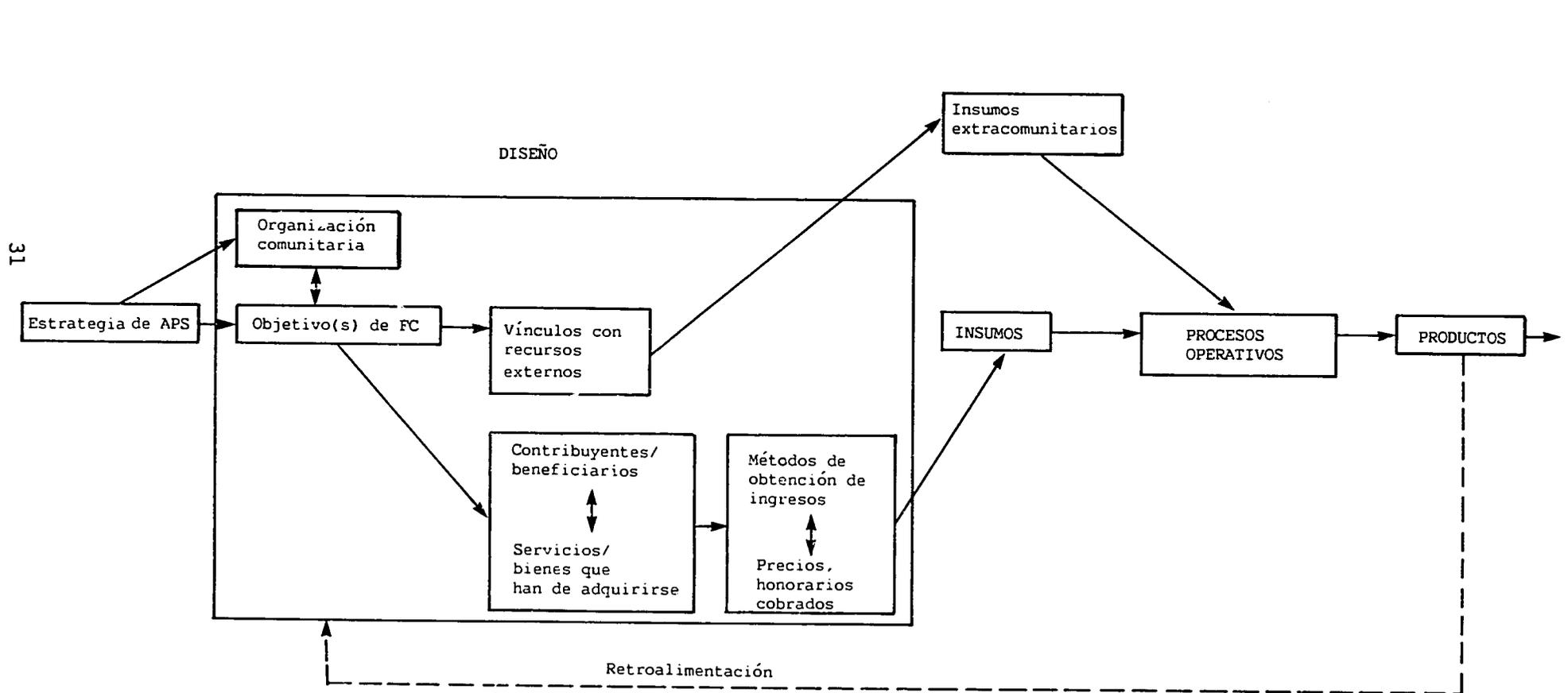
Conjuntos de Problemas Relacionados Principalmente con el Diseño

La Figura 2-4 presenta los conjuntos de problemas que se relacionan principalmente con el diseño, y las relaciones entre ellos y con el sistema global de financiación comunitaria. A continuación se describen cada uno de los siete conjuntos.

1. Función de la Comunidad

El decidir cuál debe ser la función de la comunidad con respecto a la financiación comunitaria es un problema de particular importancia. La experiencia indica que la participación comunitaria es esencial para que un sistema tenga éxito, porque ésta se vincula con todos los demás componentes

FIGURA 2-4. CONJUNTOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL DISEÑO DE UN SISTEMA DE FINANCIACION COMUNITARIA



del sistema. En algunos países, la comunidad desempeña una función importante en la atención primaria de salud. En otros, la comunidad participa en forma limitada en la APS. Hay que determinar el grado de participación comunitaria y su naturaleza; por ejemplo, al establecer los objetivos, identificar la población destinataria y seleccionar el esquema de financiación. Esta variable de decisión es de carácter continuo; esto significa que la gama de opciones abarca de una participación nula a un 100% de participación, en cuyo caso el nivel óptimo corresponde a algún punto intermedio. Se han realizado escasas investigaciones sobre el nivel óptimo de participación; por lo cual éste sigue siendo un problema operativo.

También es necesario adoptar decisiones importantes respecto de las actividades en las que debe participar la comunidad. Esta es una variable de decisión distinta, es decir que se pueden identificar actividades específicas y separadas. Dichas actividades podrían incluir la planificación, la fijación de precios, la recaudación de ingresos o la supervisión de la recolección de ingresos por parte de los trabajadores comunitarios de salud. Por ejemplo, en el proyecto Pikine que se lleva a cabo en Senegal, los representantes de la comunidad son responsables de cobrar los honorarios, llevar la contabilidad y pagar al personal médico por los servicios prestados. (7) Este sistema es muy efectivo en Pikine, pero probablemente no sea apropiado en otros casos. Se requiere una investigación operativa para identificar las actividades más apropiadas en relación con la participación comunitaria y el nivel de participación correspondiente a cada actividad.

Otro problema consiste en decidir cuáles son las estructuras formales e informales más apropiadas para organizar la participación de la comunidad, incluso los individuos que deben participar (por ej., todos los integrantes de la comunidad, solamente las madres, los dirigentes comunitarios) y los métodos de participación (por ej., reuniones periódicas, comités, votaciones). Las investigaciones sobre esta materia también han sido muy limitadas, pero se sabe que en muchas comunidades existen comités que las representan y definen sus funciones.

Por ejemplo, en el Programa de Medicina Comunitaria del Hospital Vanga en Zaire los comités de salud de los poblados y los comités de desarrollo representan a las comunidades en el proceso de adopción de decisiones relativas a la financiación de APS. Estos comités son responsables de construir y mantener los edificios, las viviendas del personal y las pistas de aterrizaje, y desempeñan una función importante en la determinación de los servicios que se van a ofrecer, el calendario de atención y la asignación de los fondos del proyecto. (8)

En otros países, los trabajadores de salud actúan como intermediarios entre el sistema de salud y la comunidad. Por ejemplo, en un estudio financiado por PRICOR en el Estado de México, los promotores de salud encuestaron a los integrantes de la comunidad y organizaron debates en grupos pequeños para conocer sus opiniones. Otros mecanismos de participación de las comunidades son los consejos de los gobiernos locales, los clubes de mujeres y las reuniones periódicas de todos los miembros de la comunidad. La decisión sobre el mecanismo más apropiado para un medio determinado constituye un importante problema de investigación operativa.

FUNCIÓN DE LA COMUNIDAD

VARIABLES COMUNES DE DECISIÓN

- Nivel de participación comunitaria: de alto (participación muy activa) a bajo (no activa).
 - Actividades en que participa la comunidad: planificación; contribución de recursos; operación y administración; motivación de los miembros de la comunidad.
 - Mecanismo(s) de participación comunitaria: comité; trabajadores comunitarios de salud; reuniones comunales.
 - Procedimientos para organizar la participación comunitaria y la promoción constante de dicha participación en actividades de financiación comunitaria.
 - Incentivos para fomentar la participación: reconocimiento; disponibilidad de los servicios deseados; remuneración.
-

Los encargados de desarrollar un sistema de financiación también deben tener presentes las decisiones relacionadas con el método que puede emplear una comunidad para asegurar la aplicación continua de un determinado esquema. Entre las estrategias alternativas se cuentan la educación de los miembros de la comunidad con respecto a los beneficios del sistema de financiación comunitaria, la identificación de organizaciones de la comunidad que podría participar en la financiación de la APS y la provisión de asistencia relacionada con el mantenimiento de los vínculos entre el sistema de financiación comunitaria y otras fuentes de financiación de la APS.

Otro campo importante de investigación es la determinación de los incentivos que puedan fomentar más adecuadamente la participación; por ejemplo, dinero, orgullo cívico y reconocimiento de las comunidades.

Muchos factores no controlables inciden en la función que puede desempeñar la comunidad y estos deben considerarse en el desarrollo y el análisis de posibles soluciones a este problema operativo. Uno de esos factores es el grado de cohesión que existe en una comunidad. Por ejemplo, si la principal unidad social en el área es la familia y no hay otros grupos comunitarios, es probable que un sistema de financiación comunitaria basado en la estrecha colaboración entre participantes de diversas familias tenga menos posibilidades de éxito que un sistema basado en las unidades familiares.

El aislamiento geográfico también puede influir en la cohesión de la comunidad. Por ejemplo, en Swazilandia, donde las familias viven en fincas dispersas, la distancia puede limitar el interés y la capacidad de las personas para participar en el proceso de adopción de decisiones.

Otras restricciones son la organización social de la comunidad (democrática, autocrática, jerárquica); los patrones de enfermedades en la comunidad; las necesidades percibidas por la comunidad en el campo de la salud, que se atenderán mediante la financiación de los servicios de APS; y el nivel de educación de los integrantes de la comunidad cuya participación en el sistema de financiación comunitaria sea más probable.

2. Objetivos de la Financiación Comunitaria

Otro conjunto de problemas que no se puede ignorar es el constituido por los objetivos de la financiación comunitaria. El mejoramiento de la salud es el objetivo implícito de la estrategia de APS, pero ¿cuáles son los problemas de salud o las condiciones específicas que deben atenderse por intermedio de la financiación comunitaria y cómo se atenderán, con servicios preventivos, servicios curativos o servicios de rehabilitación?

OBJETIVOS DE LA FINANCIACION COMUNITARIA

Variables Comunes de Decisión

- Objetivos de la FC relacionados con APS: curativos; preventivos; de rehabilitación.
- Problema de salud o condición específica que ha de mejorarse como resultado del sistema de FC: diarrea; sarampión; tétanos neonatal.
- Objetivos económicos de la FC: cantidad y tipo de recursos que ha de movilizar el sistema de FC (por ejemplo, dinero en efectivo, mano de obra, materiales, tierra).

Por ejemplo, un sindicato de una fábrica textil urbana puede determinar que una enfermedad pulmonar relacionada con su trabajo es su principal problema de salud, y establecer como objetivo la financiación de los servicios de diagnóstico y tratamiento de esa enfermedad. Los habitantes de un poblado pueden determinar que la elevada mortalidad infantil debida a enfermedades diarreicas es su problema de salud más importante, y establecer como objetivo la financiación de su tratamiento y prevención. Las investigaciones proporcionan información que ayuda a los miembros de la comunidad a decidir qué problema(s) de salud se podría(n) atender mejor mediante la financiación comunitaria y qué tipo de servicios sería más apropiado financiar.

Los objetivos económicos de la financiación comunitaria son igualmente importantes. ¿La financiación comunitaria debe cubrir todos los costos que supone el logro de los objetivos relativos a la salud o solamente algunos de ellos? Por ejemplo, en Dominica los investigadores esperan recuperar todos los costos de los medicamentos y de su administración gracias a los esquemas de financiación propuestos. En otros países, donde los esquemas de

financiación sólo van a cubrir algunos de los costos, ¿cómo se cubrirán los restantes? ¿Qué tipo de recursos deben recaudarse (dinero en efectivo, contribuciones en especie) y en qué proporción?

Aunque en general se prefieren las contribuciones de dinero en efectivo, la factibilidad de un tipo de contribución depende de la base económica de la comunidad. Algunas comunidades aportan una porción de su cosecha anual, que después venden los administradores de los programas de APS para sufragar los gastos correspondientes a los medicamentos y a las remuneraciones de trabajadores, durante todo el año. En otras comunidades se aporta mano de obra; por ejemplo, para la construcción y el mantenimiento de establecimientos donde se ofrecen servicios de APS y se llevan a cabo actividades conexas. Por último, en algunas comunidades se da comida a los trabajadores de salud que prestan servicios en ellas. En algunos casos deben formularse planes flexibles sobre contribuciones, que permitan a algunas personas pagar en especie si no tienen dinero en efectivo. La investigación operativa sobre la combinación óptima de contribuciones es importante donde el circulante es limitado.

Hay varias restricciones relacionadas con la fijación de objetivos. Una de las más importantes es la capacidad y la voluntad de la comunidad de pagar por determinados servicios. Aunque un objetivo básico de la atención primaria de salud es la promoción de los servicios preventivos (por ejemplo, servicios de inmunización y saneamiento), muchas personas solamente están dispuestas a pagar por los servicios curativos. Algunos países responden a esta situación solicitando a las comunidades que paguen por determinados servicios preventivos y, asimismo, por servicios curativos muy necesarios. En otros países el sector público paga por los servicios preventivos siempre que las comunidades paguen por la mayor parte de los servicios curativos. Al parecer, es evidente que las personas por lo general no dan su respaldo a un esquema que no atiende los problemas de salud que consideran básicos o que lo hace inadecuadamente.

DOMINICA

La financiación es uno de los problemas que dificultan la extensión de la atención primaria de salud en Dominica. Después de examinar diversas alternativas, el Ministerio de Salud decidió aplicar un esquema de honorarios por servicios y establecer un fondo rotatorio para medicamentos, a fin de obtener parte de los fondos necesarios para la extensión de los servicios. En un estudio financiado por PRICOR, que se lleva a cabo en Dominica, se está procurando encontrar soluciones para los problemas operativos relacionados con la aplicación de dichos esquemas. Aunque los objetivos específicos del fondo para medicamentos propuesto se establecerán después de que se realice un análisis sistemático del sistema vigente de distribución de medicamentos, uno de los posibles objetivos del fondo - que se indica en la propuesta de investigación - es "recuperar el 100% del costo de los medicamentos distribuidos en los establecimientos de salud, incluido el costo de la administración del fondo".

Por ejemplo, en el Proyecto de Servicios de Salud de Chaquicocha (Perú) se produjo un conflicto cuando se sustituyó una farmacia popular, que funcionaba en forma muy efectiva y tenía un margen de utilidades, por un puesto médico del Ministerio. A juicio de los habitantes de la localidad, los servicios ofrecidos en el puesto eran inadecuados y el desempeño de su enfermera no era satisfactorio, y les molestó que el Ministerio les exigiera pagar su sueldo.

Evidentemente, la gente no puede pagar por la atención primaria de salud si no cuenta con los recursos para hacerlo. En muchas comunidades agrícolas el ingreso es estacional y en ciertas épocas del año sus integrantes no tienen dinero para pagar por los servicios. Por consiguiente, muchos estudios sobre financiación comunitaria incluyen encuestas destinadas a determinar los gastos de las unidades familiares y de la comunidad correspondientes a atención de salud, con el objeto de calcular los recursos disponibles para la financiación comunitaria de la atención primaria de salud.

Cuando las personas no tienen dinero en efectivo, pueden estar dispuestas a aportar mano de obra, muebles, alimentos u otros elementos. Por ejemplo, el Comité de Desarrollo Rural de Sylhet, Sulla Thana (Bangladesh) organizó un sistema de trabajadores comunitarios de salud basado en contribuciones en especie de la comunidad. Si el 70% de una comunidad está de acuerdo en participar en el esquema mediante el aporte anual de 5 kilos de arroz, se puede dar capacitación a un trabajador de salud que trabaje en la comunidad un día a la semana. (9)

3. Vínculos con Otras Fuentes de Financiación de Atención Primaria de Salud

Los recursos comunitarios son sólo una de las posibles fuentes de financiación de la atención de salud, y la mayoría de las comunidades hace uso de otros recursos. En consecuencia, un factor operativo importante es la decisión sobre los recursos con los cuales se debe establecer un vínculo y sobre el modo de hacerlo. En algunos casos el Ministerio de Salud puede financiar determinados medicamentos y servicios, el seguro social puede pagar por otros y, en último término, los grupos caritativos y los empleadores pueden financiar una tercera categoría. Si se establecen vínculos formales con estas fuentes de recursos financieros, se puede ofrecer un conjunto más

SENEGAL

En un estudio de PRICOR realizado en Senegal se analizaron las fuentes de financiación de APS, procurando identificar los recursos disponibles para cubrir los costos recurrentes de APS que actualmente se financian con fondos de asistencia extranjera. Se determinó que es improbable que se puedan generar recursos comunitarios adicionales dado que las comunidades ya cubren una proporción significativa de los costos de los servicios de salud. En 1982 las entradas provenientes de fuentes de financiación comunitaria ascendieron aproximadamente al 75% del presupuesto de los distritos médicos y los puestos de salud del Ministerio no destinado al pago del personal.

amplio de servicios de atención primaria de salud a los integrantes de la comunidad que si solamente se contara con la financiación comunitaria.

El sector privado también es una fuente potencial de financiación. Por ejemplo, en Bolivia, donde se está ejecutando un estudio de PRICOR, los investigadores descubrieron que en una oficina de salud de distrito ubicada en Santa Cruz se solicitan contribuciones a individuos adinerados que no forman parte de la comunidad, para financiar parcialmente los medicamentos importados. En muchos países, los médicos privados y otros especialistas en el campo de la salud están dispuestos, en algunos casos, a prestar servicios gratuitos en la comunidad o a aceptar pacientes referidos cobrándole al paciente honorarios bajos o gratuitamente.

VINCULOS CON OTRAS FUENTES DE FINANCIACION DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Variables Comunes de Decisión

- Elección de fuentes externas de financiación: el Ministerio de Salud; el seguro social; los especialistas en provisión de servicios de salud que trabajan en el sector privado; los empleadores; las cooperativas; los grupos caritativos; individuos.
- Mecanismos de vinculación: referencia; cofinanciación; reembolsos; contribuciones.

Por lo tanto, otra área de investigación operativa es el estudio de las ventajas y las desventajas de los vínculos con diversas fuentes de financiación. Evidentemente, mientras mayor sea el número de fuentes mayores serán las combinaciones posibles de financiación y más útil podrá ser la investigación operativa con respecto al examen de las alternativas.

La investigación operativa puede ayudar a determinar los tipos de vínculos más apropiados para una comunidad en particular. Al respecto, algunas de las alternativas son la referencia directa a otro especialista en el campo de la salud, para que brinde atención, o el pago de los costos de atención de salud; las contribuciones directas de donantes al sistema comunitario; y la cofinanciación de ciertos servicios y artículos. La experiencia ha demostrado que las comunidades frecuentemente no están interesadas en dar respaldo a los aspectos intangibles de la atención primaria de salud, tales como la supervisión y la capacitación de los trabajadores de salud. En algunos países se están estudiando mecanismos de cofinanciación conforme a los cuales el Ministerio de Salud sufraga los gastos correspondientes a los factores intangibles (capacitación o supervisión de los trabajadores de salud y algunos servicios preventivos) y las comunidades pagan por los elementos tangibles (pozos, letrinas y servicios curativos).

Para decidir cómo se puede vincular la financiación comunitaria con otras fuentes de financiación de los sistemas de salud, los analistas deben

determinar la confiabilidad de esas fuentes. Por ejemplo, el gobierno puede comprometerse a asignar divisas para la importación de medicamentos básicos y su distribución a los trabajadores de salud o a proporcionar los servicios de un médico supervisor. La capacidad del gobierno para continuar aportando las contribuciones planificadas ejerce una influencia significativa en los resultados que, en términos razonables, se puede lograr de acuerdo con los diversos esquemas de financiación comunitaria. Esta es solamente una de las numerosas restricciones que deben considerar los analistas. Entre las restantes se cuentan la existencia de otras fuentes de financiación y la posibilidad de acceso a ellas, la disposición de esas fuentes a contribuir a cubrir el costo de la atención de salud para la comunidad y la política.

Por ejemplo, las consideraciones de carácter político pueden incidir notablemente en la posibilidad de financiación complementaria. Un gobierno puede haber expresado su compromiso respecto de los objetivos de APS y haber asignado una porción considerable de su presupuesto nacional a los servicios de salud, pero si esas asignaciones se destinan en su mayor parte a construir centros de atención terciaria o a financiar la capacitación de médicos especializados, la disponibilidad de fondos que puedan complementar a la financiación comunitaria de la atención primaria será limitada. Asimismo, la resistencia de los médicos ante los trabajadores comunitarios de salud puede traducirse en la limitación excesiva de sus funciones, hasta tal punto que no puedan proporcionar los servicios o los artículos necesarios a fin de atraer a la población mínima requerida para aplicar un esquema comunitario que sea viable desde el punto de vista financiero. (10)

4. Contribuyentes a la Financiación Comunitaria y Beneficiarios

Cuando se diseña un sistema de financiación comunitaria, las autoridades deben determinar quién va a contribuir a la financiación y quién tendrá derecho a recibir sus beneficios. ¿Quién debe contribuir?, ¿todas las personas, sólo las inscritas o sólo las que están en condiciones de contribuir? ¿Todos los beneficiarios deben contribuir, o algunos de ellos deben estar exentos (los lactantes, las madres, las personas de bajos ingresos o los desempleados)? Los encargados de adoptar decisiones deben plantearse preguntas similares en relación con los beneficiarios de la financiación comunitaria. ¿Debe limitarse la población destinataria a las mujeres y los niños muy vulnerables, a los miembros de la comunidad o a grupos de bajos ingresos?

CONTRIBUYENTES A LA FINANCIACION COMUNITARIA Y BENEFICIARIOS

Variables Comunes de Decisión

- Contribuyentes: todos los integrantes de la comunidad; las familias que reciben ingresos; solamente los beneficiarios.
 - Beneficiarios: los grupos necesitados; los contribuyentes al esquema de FC; los integrantes de la comunidad.
-

Algunas comunidades han seleccionado grupos destinatarios específicos con necesidades especiales de salud y procuran planificar servicios de APS en base a dicha selección. Por ejemplo, un estudio sobre financiación comunitaria en la comuna de Pahou (Benin), financiado por PRICOR, se concentra en los servicios destinados a "personas pobres y aisladas de la comuna, especialmente lactantes, niños pequeños y madres". En Honduras, una de las alternativas de financiación consideradas contempla ciertas exenciones:

El personal de salud - incluidos los guardianes de salud, los médicos y las enfermeras auxiliares - cobrarán por sus servicios. No se cobra por la atención preparto y postparto, los servicios proporcionados a niños menores de cinco años, el tratamiento de la tuberculosis, las vacunas y la atención de personas que pueden haber contraído la rabia. (11)

En un estudio financiado por PRICOR en Tailandia se utilizarán estudios de casos para medir de tres maneras la equidad de los esquemas vigentes de financiación comunitaria, a fin de determinar cómo se relaciona con los sistemas eficaces de financiación comunitaria. En los estudios se determinará lo siguiente: 1) en qué medida hacen contribuciones similares y reciben servicios similares las distintas unidades familiares; 2) en qué medida contribuyen las unidades familiares en forma proporcional a sus recursos; y 3) en qué medida reciben las personas los servicios que necesitan.

Algunas de las restricciones más significativas que deben considerarse al investigar estos factores son la base económica de la comunidad, sus necesidades de salud, su disposición a contribuir, la disponibilidad de fuentes externas de ingresos, las contribuciones a otros sistemas de salud en la comunidad y sus beneficiarios, y las diversas demandas que compiten por los recursos de la comunidad.

5. Servicios y Artículos a Financiarse

¿Qué servicios y artículos han de financiarse? Este problema operativo está íntimamente relacionado con varios otros conjuntos de problemas, incluidos los objetivos, el esquema de financiación y los vínculos con otras fuentes de financiación de APS. ¿Deben incluirse todos los servicios y artículos relacionados con APS o sólo ciertas actividades como la terapia de rehidratación oral, las inmunizaciones, el control del crecimiento y la planificación de la familia? ¿Debe limitarse la financiación a los servicios preventivos, o debe incluir también los servicios curativos? ¿Qué efecto tendría la financiación de artículos o servicios públicos (los que benefician a toda la comunidad, como el agua y los servicios de saneamiento) en lugar de artículos o servicios privados (los que benefician a individuos, como las sales de rehidratación oral)?

La atención primaria de salud comprende diversos servicios, y las autoridades deben determinar cuáles financiará la comunidad. Nuevamente presentamos la lista mínima de servicios indicados en el informe de Alma-Ata:

- Educación sobre problemas comunes de salud y sobre los medios para prevenirlos y controlarlos.

- Promoción de la provisión de alimentos y de la nutrición adecuada.
- Suministro adecuado de agua potable.
- Saneamiento básico.
- Atención de salud materno infantil, incluida la planificación de la familia.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Tratamiento apropiado de enfermedades y lesiones comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

En los 72 proyectos de financiación comunitaria indicados en la monografía de APHA se observa que, por lo general, la financiación comunitaria se destina principalmente al pago de la remuneración de los trabajadores de salud y a la provisión de medicamentos básicos. En el Cuadro 2-2 se resumen las observaciones. No se incluyen en la lista la construcción y el mantenimiento de establecimientos a nivel local, dado que estas expresiones del apoyo de la comunidad se registran prácticamente en todos los proyectos.

SERVICIOS Y ARTICULOS A FINANCIARSE

Variables Comunes de Decisión

- Servicios y artículos a financiarse: TCS en la comunidad; programa de inmunización mensual; servicios completos de APS; medicamentos; nutrición; planificación de la familia.
 - Proporción de servicios y artículos a financiarse: 0-100%.
-

La remuneración de los trabajadores comunitarios de salud es un tema operativo de gran interés para los administradores de programas y los integrantes de la comunidad. El determinar por cuáles servicios serán responsables los trabajadores de salud constituye una decisión importante que se relaciona con su financiación. Generalmente los trabajadores comunitarios de salud realizan actividades en las áreas de promoción de la nutrición adecuada, planificación de la familia, saneamiento y abastecimiento de agua y primeros auxilios básicos. Su remuneración puede representar un problema, porque los miembros de la comunidad pueden mostrarse renuentes a pagarle a alguien por brindar ciertos tipos de servicios preventivos por los cuales antes no pagaban. Las comunidades pueden estar habituadas a pagarle a un trabajador de salud que presta servicios personales como la distribución de sales de rehidratación oral. Pero si el gobierno comúnmente le ha pagado al personal de salud, las comunidades pueden esperar que lo siga haciendo.

**CUADRO 2-2. ACTIVIDADES CON OBJETIVOS ESPECIFICOS FINANCIADAS
POR LAS COMUNIDADES, POR OBJETIVO Y POR PROYECTO**

<u>OBJETIVO</u>	<u>número de proyectos</u>	<u>porcentaje de proyectos</u>
Remuneración de los trabajadores de salud	42	58,3
Reabastecimiento de medicamentos básicos	46	63,9
Pago parcial de gastos de capacitación	2	2,8
Pago parcial de gastos de hospitalización	6	8,3
Entradas generales	24	33,3
Complementación de servicios de salud del gobierno	4	5,6
TOTAL DE OBJETIVOS	124	172,2 ^a
TOTAL DE PROYECTOS	72 ^b	
Media de objetivos por proyecto	1,72	
<u>PROYECTO</u>		
Solamente remuneración del trabajador de salud	10	13,9
Solamente costos de medicamentos	11	15,3
Solamente entradas generales	10	13,9
Solamente complementación de servicios gubernamentales	3	4,2
Remuneración de los trabajadores y costos de los medicamentos	18	25,0
Remuneración de los trabajadores, costos de los medicamentos y entradas generales	7	9,7
Otras combinaciones	13	18,1
	72	100,0

NOTA: en este cuadro no se incluyen las actividades de construcción y mantenimiento (véase el texto).

^aEl total es superior al 100% porque muchos proyectos tienen múltiples objetivos.

^bExcluidos 32 proyectos cuyos objetivos se desconocen.

Fuente: Community Financing por W. Stinson, (Washington, D.C.: APHA, 1982), Cuadro 2.1, pág. 19.

CUADRO 2-3. EVALUACION DE METODOS ALTERNATIVOS DE REMUNERACION DE LOS TRABAJADORES COMUNITARIOS DE SALUD

Fuente de fondos	Frecuencia de uso para la remuneración de los trabajadores	Adecuación de los ingresos	Efecto previsto en el desempeño de los trabajadores	Problemas
Honorarios por servicios	Los honorarios por servicios comúnmente se asignan a la remuneración de los trabajadores	Potencialmente adecuados, pero esto depende del nivel de los honorarios y de otros usos de los ingresos	Es probable que los trabajadores no le otorguen igual atención a las actividades no remuneradas como: prevención, servicios a los pobres, trabajo comunitario	Servicios vinculados a los medicamentos; por lo tanto los ingresos pueden disminuir si se interrumpe su suministro
Venta de medicamentos	Los medicamentos por lo general se venden con una utilidad del 10-30% destinada a la remuneración de los trabajadores y a cubrir los gastos de distribución	La utilidad produce EUA\$3,00 a \$20,00 por trabajador por mes, lo que en general se considera satisfactorio.	Es posible que los trabajadores fomenten el uso excesivo de medicamentos y no den mayor atención a las labores no remuneradas	Método sensible a la distribución de medicamentos; también los trabajadores pueden retener las entradas, en lugar de des. narlas a reabastecimiento
Pago individual por adelantado	Generalmente en este tipo de esquemas, aunque poco comunes, se da remuneración a los trabajadores	Potencialmente adecuados	Depende del grado de control ejercido por la comunidad y los supervisores, pero generalmente se da más importancia a la atención curativa	Hay que administrar las primas, de tal manera que los trabajadores puedan tener un ingreso fijo
Pago adelantado en base a la producción	Generalmente en este tipo de esquemas, aunque poco comunes, se da remuneración a los trabajadores	Potencialmente adecuados	Depende del grado de control ejercido por la comunidad y los supervisores, pero generalmente se da más importancia a la atención curativa	
Generación de ingresos	Existen pocos ejemplos	Existen pocos ejemplos	Existen pocos ejemplos	Existen pocos ejemplos
Trabajo comunitario	No es adecuado para los costos recurrentes	N/A	N/A	N/A
Trabajo individual	Se utiliza con frecuencia	Puede ser adecuado para trabajo a media jornada o actividades que tengan prestigio social	Depende de los intereses del trabajador y las recompensas informales que ofrece la comunidad	Si el índice de rotación es alto, pueden desaprovecharse los fondos destinados a capacitación
Donaciones generales y específicas	En muchos programas se fomentan las donaciones a los trabajadores; por lo general son más adecuados para costos únicos que para costos recurrentes	No son adecuados en ninguno de los programas sobre los cuales se informó	Es probable que el trabajador dé más importancia a las actividades remuneradas	Aparentemente las donaciones son poco comunes.
Festivales, rifas, etc.	No es apropiado para cubrir costos recurrentes	N/A	N/A	N/A
Financiación del gobierno y otras fuentes externas	Se utiliza con frecuencia	Adecuados en caso de estar disponibles	Los supervisores pueden fomentar las actividades preventivas y comunitarias, incluso si la demanda es baja	Los pagos de los salarios pueden ser irregulares; los trabajadores tienen la tendencia a desear empleos permanentes

N/A = no se aplica

Fuente: Community Financing por W. Stinson (Washington, DC: APHA, 1982), Cuadro 3.4, pág. 36.

En la monografía de APHA se evalúan algunos de los métodos de pago de los trabajadores comunitarios de salud y estos se resumen en el Cuadro 2-3.

Después de decidir qué servicios se han de financiar, los analistas deben determinar el monto de la financiación. Por ejemplo, ¿la comunidad debe financiar algunos servicios en su totalidad o sólo una porción de ellos? Si se decidiera esto último, ¿de dónde provendrían los fondos restantes? Un analista podría elaborar una matriz donde se presenten las posibilidades, que pueden ser numerosas cuando se consideran varios servicios. El Cuadro 2-4 ilustra un ejemplo de matriz.

La investigación operativa es adecuada para este conjunto de problemas debido a la cantidad de factores no controlables. Además de los que son obvios (los patrones de enfermedades y las necesidades de servicios de salud, la capacidad y la disposición de pagar por servicios y artículos específicos), el hecho de que haya o no otros servicios de atención de salud es de particular importancia. Es probable que la gente no esté interesada en la financiación comunitaria de esos servicios. Por ejemplo, la escasa inscripción de mujeres y niños en un seguro de salud se consideraba un problema, hasta que los analistas se dieron cuenta que un centro de salud materno infantil administrado por el gobierno atendía gran parte de las necesidades de la comunidad. (12) Por lo general no se menciona a los médicos tradicionales cuando se enumeran dichas fuentes alternativas de atención. No obstante, en ciertas áreas, las costumbres y la posibilidad de acceso determinan que sean la fuente más común de atención de salud.

CUADRO 2-4. MATRIZ DE SERVICIOS Y MONTOS QUE HAN DE FINANCIARSE

<u>Servicio/artículos</u>	Monto (Porcentaje)										
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Immunizaciones											
DPT											X
Polio											X
Tétanos											X
Sales de rehidratación oral					X						
Pastillas para malaria		X									
Control de crecimiento			X								
Atención prenatal							X				

6. Métodos de Obtención de Ingresos

Probablemente el problema operativo más común consista en elegir determinados métodos de obtención de ingresos. En una sección anterior de este capítulo se analizan en detalle ocho métodos comunes; en los países en desarrollo los más populares son los honorarios por servicios, la venta de medicamentos y el pago adelantado. ¿Qué método o conjunto de métodos sería más apropiado para determinada comunidad?

La selección de los métodos de obtención de ingresos depende de otras decisiones que se adopten en relación con la estructura de la financiación comunitaria, que incluye la función desempeñada por la comunidad al respecto, los objetivos del esquema, la población destinataria, los servicios solicitados y los probables vínculos con otras formas de financiación. Los encargados de adoptar decisiones pueden formular criterios de selección para clasificar o evaluar alternativas factibles de financiación. Este procedimiento se aplicó en un estudio de PRICOR ejecutado en Benin, en el cual se empleó una técnica de investigaciones operativas denominada "evaluación de utilidad a través de criterios múltiples" (véase el Cuadro 2-5).

Al seleccionar métodos de obtención de ingresos, los planificadores deben considerar la disposición de la comunidad para poner a prueba cada método de financiación. Incluso si un método determinado ha dado buenos resultados en otro lugar, es probable que una comunidad no esté dispuesta a aplicarlo porque es nuevo, arriesgado o complejo, o por otras razones. Esto ha resultado ser una restricción imprevista en el estudio de PRICOR en Zaire. Los investigadores estudiaron diversas alternativas de financiación y determinaron que un esquema de honorarios por cada enfermedad podría ser eficaz. Sin embargo, les ha sido difícil encontrar muchas unidades rurales de salud dispuestas a probar el nuevo método. A la fecha, sólo unas pocas comunidades dispersas han aplicado este método. Al parecer, las demás comunidades no desean correr el riesgo de cambiar el método de honorarios por consulta, que es mucho más común.

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE INGRESOS

Variables Comunes de Decisión

- Tipo de esquema: honorarios por servicios; venta de medicamentos; pago individual adelantado; pago adelantado en base a producción; esquemas de obtención de ingresos; trabajo comunitario o individual; donaciones y contribuciones específicas; festivales; rifas; actividades similares de recolección de fondos.
 - Precios por servicios específicos.
 - Métodos de cobro de ingresos.
-

CUADRO 2-5. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA EVALUACION DE UTILIDAD A TRAVES DE CRITERIOS MULTIPLES EN BENIN

Sobre la base del consenso del grupo, el equipo de salud llegó a un acuerdo sobre las alternativas de financiación más aceptables y factibles. Utilizando una escala de 0-100, se clasificó cada alternativa en términos de su eficacia prevista con respecto a varios factores: sustentabilidad, utilización de los servicios, participación de la comunidad en el esquema de FC, motivación de los TCS y efectividad. A continuación se indican los resultados preliminares de esta evaluación:

<u>Factores</u>	<u>Alternativas</u>			
	<u>Equipo de salud*</u>		<u>Centro de salud</u>	
	<u>Pago adelantado</u>	<u>Honorario</u>	<u>Pago adelantado</u>	<u>Honorario</u>
1. Sustentabilidad				
-Pago puntual a los TCS	80%	35%	100%	100%
-Mantenimiento de existencias de medicamentos	60%	75%	60%	75%
2. Utilización				
-Consultas	100%	50%	90%	40%
-Medicinas	100%	50%	90%	40%
3. Participación				
-Porcentaje de familias	75%	20%	75%	20%
4. Motivación				
-Los TCS realizan las tareas asignadas	80%	40%	0%	0%
-Los TCS toman la iniciativa solucionan problemas	70%	40%	0%	0%
Miembros de la comunidad				
-Provisión de puesto de salud y dotación de equipo	90%	55%	0%	0%
-Actividades de salud	90%	55%	10%	10%
5. Efectividad				
-Costo del sistema por persona (en CFAF)	500	750	500	750

* Equipo de salud = TCS, PT

El paso siguiente consiste en jerarquizar los factores de eficacia, del más importante al menos importante, comparando los puntajes de los diversos esquemas de financiación y seleccionando las alternativas que tienen más probabilidades de éxito, a fin de ponerlas a prueba.

Otro problema operativo importante es el decidir cuánto capital se necesita para establecer el esquema de financiación comunitaria y cómo movilizarlo. ¿Se trata de realizar una inversión única o de atender necesidades recurrentes? ¿Con qué frecuencia habrá que recaudar el capital: cada varios meses, cada año, indefinidamente? ¿Qué métodos de obtención de ingresos pueden movilizar el capital necesario en forma más adecuada? Este es un problema significativo que se está examinando en un estudio financiado por PRICOR en las Filipinas. Las comunidades han expresado su disposición de dar su respaldo a un fondo rotatorio para medicamentos, pero se muestran renuentes a contribuir a su capitalización. La determinación del método para obtener el capital requerido es fundamental para establecer este esquema de financiación comunitaria.

El ambiente económico y los recursos de la comunidad se cuentan entre los factores no controlables básicos y más críticos que han de considerarse cuando se seleccionen los métodos de obtención de ingresos. En su conjunto, los gastos individuales correspondientes a servicios de atención de salud y artículos de primera necesidad suelen ser sustanciales, y la capacidad de determinado grupo comunitario (unidades familiares, miembros de una cooperativa, etc.) para participar en un esquema de financiación comunitaria depende de la base de recursos de la cual provienen sus ingresos, que puede ser la producción agrícola o industrial.

Otros factores no controlables pueden influir en la base de recursos, afectando su adecuación y confiabilidad como fuente de ingresos de las unidades familiares y de la comunidad. Por ejemplo, las variaciones geográficas y climáticas afectan la producción agrícola; las características demográficas, incluidos los niveles de especialización y la educación, afectan la producción; el estado de salud, los impuestos, las políticas de exportación y muchas otras variables también pueden afectar la producción.

En el informe de APHA se indica que "solamente en un número reducido de proyectos se ha evaluado formalmente la capacidad de la comunidad para pagar antes de su iniciación" (13), pero muchos problemas operativos pueden relacionarse claramente con la base de recursos de una comunidad. Por ejemplo, en un estudio de caso en el cual se analizó por qué algunas comunidades le pagan a sus trabajadores de salud de acuerdo a lo planificado y otras no lo hacen, se determinó que los poblados que pagan tienen una característica en común: una base definida de recursos - un rebaño del poblado, una huerta comunitaria, un centro artesanal - es decir, alguna base productiva que genere el ingreso necesario. (14)

7. Precios, Honorarios, Cargos

La fijación de precios, honorarios y cargos es un conjunto de problemas particularmente importante. Generalmente abarca la determinación del valor de los servicios y los artículos, a fin de que el total de ingresos cubra al menos el total de los costos de los recursos necesarios para lograr los objetivos de la financiación. Sin embargo, en algunos casos se fijan precios inferiores a los costos para fomentar el uso de los servicios y los artículos. En tal caso, deben encontrarse otras fuentes para cubrir la diferencia.

En el informe de APHA se presentan los tres modelos más comunes de fijación de honorarios identificados en el estudio pertinente: 1) la negociación entre el trabajador de salud y sus pacientes; 2) el diálogo entre la comunidad y los profesionales; y 3) una decisión profesional o gubernamental unilateral. (15) Además, en el informe se señala que la fijación subjetiva de precios es más común que la evaluación formal de la capacidad y la voluntad de pagar de una comunidad, el total de recursos necesarios o los niveles previstos de utilización. Un análisis de este tipo puede ser extremadamente útil. Por ejemplo, en Honduras se realizó una evaluación formal de los gastos de la comunidad destinados a la atención de salud, que contribuyó al desarrollo de esquemas de financiación comunitaria, especialmente en lo que respecta a la fijación de precios.

Se han efectuado escasas investigaciones sobre los métodos específicos empleados por las comunidades para fijar los precios, y aún hay muchas preguntas que no se han respondido. Por ejemplo, ¿quién debe decidir cómo se determinan los precios: el Ministerio de Salud, la comunidad, un comité de salud? ¿Se deben cobrar los mismos honorarios y cargos a todas las personas, se deben fijar en base a una escala móvil o deben establecerse exenciones para algunas personas? ¿Debe haber una política específica para las personas que no son miembros y para individuos que no pertenecen a la comunidad pero hacen uso de los servicios? ¿Deben establecerse precios destinados a fomentar el uso de algunos servicios de salud? En último término, ¿cuál debe ser el precio exacto de cada servicio y cada bien?

PRECIOS, HONORARIOS, CARGOS

Variables Comunes de Decisión

- Estrategia de fijación de precios correspondientes a servicios y artículos específicos: escala móvil; precios uniformes para todos.
- Política de honorarios que se aplique a personas que no pertenecen a la comunidad pero desean utilizar sus servicios.
- Valor de servicios e insumos específicos: precio real; honorario; cargo.

En algunos casos los precios se basan en los precios corrientes del mercado. Por ejemplo, las personas pueden estar acostumbradas a pagar por servicios personales como consultas médicas y tratamientos de emergencia. Por lo general ya existe una gama de precios aceptables y estos datos ayudan a establecerlos. Sin embargo, es difícil fijar el precio de algunos servicios públicos - como el respaldo general de los trabajadores de salud - porque no hay antecedentes en la materia.

Uno de los factores más importantes que deben considerarse cuando se establecen los precios es el monto de ingresos que han de obtenerse para cubrir el costo de los servicios y los artículos financiados por el sistema. A su vez, esto exige el considerar diversos factores económicos, incluidos el

HONDURAS

Un estudio realizado por PRICOR en Honduras, que tenía por objeto identificar mecanismos viables de financiación, se inició con un análisis de información básica, incluidos los gastos correspondientes a servicios de salud sufragados por la comunidad, como una manera de determinar los precios y honorarios que serían aceptables. Dicho estudio

. . . indicó que las familias hondureñas actualmente gastan un promedio de EUA\$21 por mes en atención de salud, lo que representa el 11,4% de sus gastos mensuales. Había poca variación entre las cifras para las áreas rurales y urbanas, y los gastos relacionados con salud ocupaban el tercer lugar, después de los alimentos y la ropa respectivamente. Lo anterior indica que el gasto medio por enfermedad era EUA\$8,25, y que el 25% de los miembros de una familia sufrieron alguna enfermedad en un período de dos semanas. La compra de medicinas, especialmente en farmacias y tiendas pequeñas, representaba casi el 50% de dichos gastos. Aproximadamente el 95% de los entrevistados manifestó estar dispuesto a pagar por las medicinas y las consultas ofrecidas por el Ministerio de Salud (MS), siempre que la calidad de esos servicios hubiera mejorado. Un análisis cualitativo indicó que las alternativas de financiación más efectivas en función de los costos son el cobro de un honorario mínimo (EUA\$0,50) por los servicios prestados y el cobro del costo de los medicamentos para el MS, más los costos administrativos y un pequeño margen por el uso del local. Las dos alternativas ahorrarían a las familias rurales una cantidad considerable de dinero. (16)

costo previsto de los servicios y la base de recursos de la comunidad. La información sobre el ingreso y su distribución, que incluya factores como el carácter estacional del ingreso y las necesidades contrapuestas de una unidad familiar, son importantes en relación con las decisiones sobre los honorarios o las tarifas que se cobran por cada servicio. Con frecuencia se deben adoptar disposiciones especiales para los segmentos de la población que no están en condiciones de pagar (por ejemplo, los hogares pobres, las mujeres y los niños que pueden tener escaso o ningún acceso a los recursos del hogar).

El estado de salud de los participantes en un esquema es otro factor importante que debe considerarse al determinar los honorarios y los cargos. Por ejemplo, si se está planificando un plan de seguros, las conclusiones actuariales en cuanto a la incidencia y la prevalencia de las enfermedades pueden ser útiles para establecer las primas.

La recopilación de datos sobre los gastos sufragados en el pasado puede o no proporcionar una indicación adecuada del monto que los usuarios están dispuestos a pagar por diferentes servicios de APS o por el mismo servicio ofrecido en un lugar más distante. Dichos datos incluyen los pagos correspondientes a determinadas enfermedades y no describen la disposición de los pacientes a pagar una prima de seguro, para estar protegidos contra futuros gastos relacionados con la atención de salud.

Los factores externos a la comunidad también ejercen un efecto significativo en las decisiones sobre precios y deben considerarse en el diseño de una investigación. En algunos países, el gobierno controla los precios de ciertos bienes. Por ejemplo, en el Perú se permite a los distribuidores de medicamentos que obtengan un 19% de utilidad sobre el precio cobrado por el fabricante y a los comerciantes minoristas se les permite una utilidad del 25% sobre el precio que cobra el distribuidor. (17) La inflación interna es otra restricción externa que dificulta considerablemente la fijación de precios. En países que tienen deudas externas cuantiosas (como Bolivia, Brasil y Argentina) los esquemas de financiación comunitaria tienen que ser muy sensibles a las variaciones de los precios y del poder adquisitivo de los consumidores.

Conjuntos de Problemas Relacionados Principalmente con los Procesos Operativos

La Figura 2-5 ilustra los conjuntos de problemas que se vinculan principalmente con los procesos operativos, sus interrelaciones y los vínculos con todo el sistema de financiación comunitaria. A continuación se describen los cuatro conjuntos.

8. Capacitación y Educación

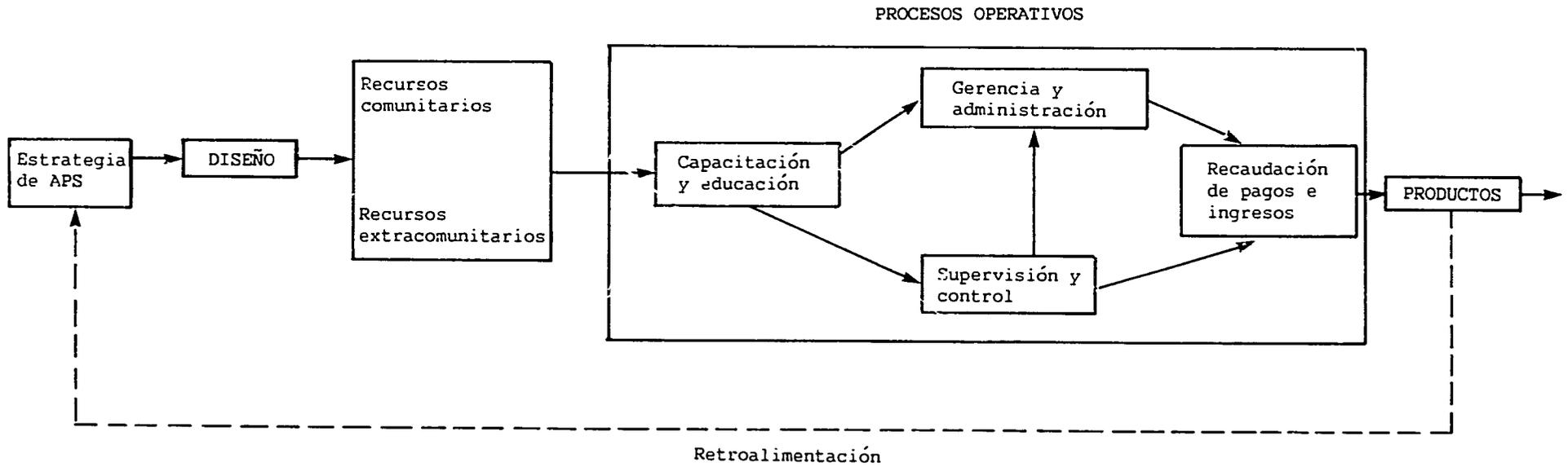
Los esquemas de financiación comunitaria generalmente requieren cierta capacitación y educación de todas las personas que participan en ella, pero a menudo se ignora esta área de investigación operativa. La educación puede ser necesaria a fin de lograr que la comunidad dé su respaldo a un esquema de financiación. Hay más probabilidades de obtener ese respaldo si la comunidad comprende plenamente los objetivos, los procedimientos y los beneficios del esquema, en particular si los miembros están conscientes del compromiso previsto de recursos de la comunidad y el uso proyectado de dichos recursos. Asimismo, es posible que los responsables de proporcionar recursos extra comunitarios tengan que recibir orientación acerca del esquema de financiación, al igual que los responsables de las actividades administrativas y gerenciales internas.

Por ejemplo, en un estudio financiado por PRICOR en las Filipinas se plantearon dos temas operativos que indicaron la necesidad de dar instrucción a la comunidad. En primer lugar, los habitantes se habían acostumbrado a que el gobierno financiara los servicios de salud y, previsiblemente, se resistieron a asumir dicha responsabilidad. En segundo término, aunque las comunidades habían elegido un fondo rotatorio para medicamentos como su esquema de financiación comunitaria, consideraban que un organismo externo a la comunidad debía aportar la inversión inicial. Evidentemente, esos problemas operativos deben solucionarse antes de que se pueda comenzar a aplicar el sistema de financiación comunitaria.

Los integrantes de la comunidad tienen que recibir instrucción acerca del esquema de financiación y sus objetivos. Algunos de los problemas que deben solucionarse son el lugar, la oportunidad y la duración de la capacitación. ¿Qué técnicas audiovisuales, de haberlas, deben emplearse? ¿Basta con una sola campaña educativa o sería preferible un programa de educación continua?

FIGURA 2-5. CONJUNTOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON LOS PROCESOS OPERATIVOS DE UN SISTEMA DE FINANCIACION COMUNITARIA

50



La capacitación de las personas responsables de las actividades financieras específicas es más importante en el caso de esquemas relacionados con recursos que podrían ser malversados, como el dinero en efectivo y los medicamentos. Las experiencias recientes indican que las sesiones de capacitación se han concentrado en contabilidad, capacidad directiva y actividades gerenciales.

Se han realizado pocas investigaciones sobre los métodos más adecuados para llevar a cabo dicha capacitación. Por lo general, la necesidad de educación continua y de capacitación depende de la profundidad y la calidad de la preparación inicial de quienes ejecuten las actividades gerenciales y administrativas de los esquemas, y de la complejidad de las tareas que deben realizar los administradores. En vista de la importancia de un sistema apropiado de contabilidad para un esquema de financiación comunitaria, la capacitación en el servicio puede ser tan importante como la capacitación inicial, si no más. Dos temas de investigación que requieren estudios adicionales son la frecuencia de la capacitación en el servicio de los administradores y la definición de los instructores.

Entre los factores no controlables más comunes que influyen en la educación y la capacitación se cuentan las normas culturales y las creencias de la comunidad, el nivel de educación de sus miembros y de los administradores financieros, la disponibilidad de instructores y docentes capacitados, y factores ambientales como la distancia, los sistemas de transporte y el clima.

CAPACITACION Y EDUCACION

Variables Comunes de Decisión

- Grupos destinatarios de la capacitación y la educación: integrantes de la comunidad; supervisores; administradores; evaluadores.
- Contenido de la capacitación/educación: el propósito de la FC; contabilidad; elaboración de presupuestos.
- Métodos y materiales de capacitación/educación.
- Ubicación de la capacitación/educación.
- Duración, sincronización de la capacitación/educación.
- Frecuencia de la capacitación/educación continua: mensual; una sesión anual; cuando se efectúe el reabastecimiento.

9. Gerencia y Administración

Se han producido significativos problemas gerenciales y administrativos relacionados con los sistemas de financiación comunitaria, particularmente en

lo que se refiere a los pagos y la recaudación de ingresos. Se requieren una investigaciones operativas sobre los métodos que deben aplicarse para solucionar los problemas administrativos que se producen. Como se indica en un informe, "Las actividades de recolección de fondos en una comunidad tienen escaso valor si paralelamente no se desarrolla la capacidad de administración de fondos". (18)

Una variable fundamental de decisión es la relativa a la selección de los encargados de administrar los fondos. Se han puesto a prueba numerosas posibilidades: trabajadores de salud, miembros de cooperativas, miembros de los comités de salud, funcionarios del proyecto, empleados del gobierno, comerciantes locales, administradores pagados. Ninguna alternativa parece ser adecuada para todos los casos. También hay otros problemas importantes relacionados con el número de personas que debe administrar el esquema (una o más) y con la distribución de las funciones administrativas, en caso de que esté a cargo de varios individuos. ¿Los administradores deben recibir remuneración por su trabajo y, en tal caso, cómo? ¿Cuál es la ubicación óptima de la administración: en la comunidad, en un centro de salud, en una tienda, en el pueblo?

La administración del esquema de financiación comunitaria es una actividad general que puede incluir tareas como teneduría de libros, planificación de inventarios, preparación de presupuestos, presentación de informes y análisis de las actividades anteriores. La administración adecuada es un elemento esencial de cualquier programa o proyecto en el cual deban movilizarse recursos a fin de lograr los objetivos establecidos. Sin un sistema administrativo apropiado, un esquema bien diseñado no es viable.

Esto queda claramente demostrado en el caso de un fondo rotatorio para medicamentos. Desde el punto de vista técnico, los fondos de este tipo representan el método más factible para financiar los medicamentos básicos en muchos países, dado que funcionan en forma similar a los negocios pequeños; los precios se determinan en base a los costos, y los ingresos se destinan al

GERENCIA Y ADMINISTRACION

Variables Comunes de Decisión

- Criterios para la selección de gerentes/administradores: características personales; la experiencia; aptitudes.
 - Labores gerenciales: contabilidad; recaudación de ingresos; administración de inventarios; información sobre estado financiero a terceros.
 - Localización de los gerentes.
 - Incentivos para los gerentes financieros: remuneración; comisiones; reconocimiento; servicios gratuitos de salud.
-

reabastecimiento. (19) Sin embargo, al igual que en los negocios pequeños, si no se mantiene un inventario o no se documentan los pagos, el fondo pierde su eficacia. En el proyecto Montero (Bolivia) se canceló el fondo a consecuencia de problemas administrativos. No se mantuvieron las existencias, los costos aumentaron más rápido que los precios porque no se consideró la inflación y las existencias se perdieron debido al deficiente almacenamiento. (20)

¿Cómo pueden organizarse los proyectos para evitar estos problemas? ¿Hay controles que se puedan incorporar al sistema gerencial para avisar a la comunidad con respecto a los problemas? Como mínimo, ¿qué tareas contables deben realizarse para asegurar que se pueden registrar los recursos? La investigación de soluciones creativas a problemas de administración de fondos rotatorios para medicamentos, en particular los relativos a la fijación de precios y las prácticas contables deficientes que pueden provocar la descapitalización de las existencias, tiene el potencial para contribuir significativamente al desarrollo de este método de financiación comunitaria. Por ejemplo, en el Proyecto Gossas (Senegal) se modificó el mecanismo gerencial después de observarse que las enfermeras de los puestos de salud estaban teniendo problemas relacionados con las labores financieras. El proyecto pudo seguir adelante porque algunos negocios de la comunidad, que funcionaban en forma efectiva, asumieron la responsabilidad de administrar el esquema. (21)

SENEGAL: Proyecto Gossas, Región Sine Saloum

Los fondos rotatorios para medicamentos fueron administrados inicialmente por enfermeras del Ministerio de Salud, pero dos de las ocho enfermeras del puestos de salud participantes tenían serias dificultades para administrar los fondos. (22) Por consiguiente, la venta de medicamentos se transfirió a tenderos locales de confianza; dichos comerciantes vendían los medicamentos recetados por las enfermeras y se hacían cargo del reabastecimiento. Los comerciantes retenían la mitad del 20% de utilidad como incentivo personal, se reservaba un 5% en un fondo para imprevistos y se daba otro 5% al tesorero del comité de salud. (23)

Como lo demuestra el ejemplo anterior, la elección de una persona que se encargue de administrar la financiación comunitaria es fundamental para el éxito del esquema. Muchas comunidades han tratado de asignar esa función a los comités de salud de poblado, y la efectividad de esta alternativa ha sido variada. Han surgido dificultades producidas por diversos factores sociales y culturales. Por ejemplo, si el grado de alfabetización es reducido, es probable que los miembros de la comunidad no puedan administrar el sistema. En algunas comunidades, la presión social que ejerce el círculo familiar de los integrantes del comité de salud para que les den atención especial a la larga puede llegar a agotar al sistema. En otros casos puede suceder que la elección de los miembros del comité sea políticamente aceptable, pero que no tengan la preparación y la experiencia necesarias para encargarse de la administración. Por cualquiera de estos motivos, sería más adecuado contratar

a administradores pagados que tengan la competencia requerida que utilizar los servicios voluntarios de los miembros de la comunidad. En tal caso, los integrantes de la comunidad pueden desempeñarse como asesores de los administradores y darles a conocer las reacciones derivadas del funcionamiento del sistema.

La solución de los problemas administrativos les corresponde a las organizaciones que administran los servicios que necesitan financiación. Estos pueden ser el gobierno, una misión, un club de mujeres, un negocio u otro grupo comunitario. En un estudio financiado por PRICOR que se ejecutó en Dominica, el Ministerio de Salud decidió crear fondos rotatorios para medicamentos en todo el país, con el objeto de financiar los medicamentos básicos. Antes de que el sistema comience a aplicarse, los analistas están desarrollando métodos administrativos y contables. Asimismo, están examinando mecanismos alternativos de adquisición de medicamentos a nivel central, evaluando las funciones del personal y elaborando un sistema de información gerencial basado en las necesidades de los fondos rotatorios. Dentro de una estructura menos centralizada, en un estudio de PRICOR en la India se analizarán los problemas administrativos de las cooperativas locales de salud, incluidos los métodos de planificación de conformidad con las variaciones estacionales, de recaudación de los pagos adelantados de los miembros y de transición al control comunitario genuino de programas de APS iniciados por entidades externas.

Muchos factores no controlables contribuyen a los problemas administrativos. El desconocimiento de la demanda de los pacientes, el abastecimiento externo incierto, la inflación y la competencia administrativa deficiente de los supervisores de los sistemas de salud son factores que dificultan la posible solución de problemas administrativos.

10. Pago y Recaudación de Ingresos

En la práctica, el proceso de pago y recaudación de ingresos supone la obtención de los recursos que se desea que aporten los contribuyentes al sistema, conforme al plan. ¿Cuándo deben efectuarse los pagos? ¿Con qué frecuencia deben cobrarse los honorarios? ¿Podría ser más productivo un mecanismo de pago adelantado que un sistema de pago por servicios prestados o una cuota mensual? ¿Se debe utilizar el mismo método de pago y recaudación de ingresos para todos los servicios y con respecto a todos los individuos, o deben aplicarse distintos métodos?

En algunos casos la eficacia de la recaudación de los ingresos depende de la fijación de precios. Por ejemplo, en un programa ejecutado en Corea se puso a prueba el uso de una prima subsidiada para los grupos pobres. Cuando se evaluaron sus efectos en la recaudación de ingresos, se llegó a la conclusión de que "en realidad se recaudaron más ingresos de las personas más pobres cuando se estableció un subsidio de la prima mensual ... de un 60% ... en comparación con el monto recaudado de las personas de niveles económicos más altos que no recibieron subsidios." (24)

Las decisiones relacionadas con el método de recaudación se refieren a cómo lograr que este proceso sea efectivo, junto con reducir a un mínimo el costo y la complejidad de la tarea. Por ejemplo, ¿en un fondo rotatorio para medicamentos es preferible que la misma persona distribuya y cobre las

medicinas, o que otra persona se encargue del cobro en otra oportunidad? ¿Cuándo debe pagar una persona por los servicios que se le brinden y cómo influye esto en el uso de los servicios? Esta es una pregunta que se procura investigar en un estudio de PRICOR en Zaire. Se compararán dos planes de pago: el honorario por consulta y el honorario por enfermedad. Los investigadores están interesados en determinar si uno de estos métodos de pago facilitará a los hogares de bajos ingresos el uso de los servicios que necesiten; asimismo, les interesa determinar si el sistema contable requerido en el segundo caso supone más dedicación de tiempo que el primero.

PAGO Y RECAUDACION DE INGRESOS

Variables Comunes de Decisión

- Secuencia y frecuencia de los pagos y de la recaudación de ingresos.
- Métodos de pago y de recaudación de ingresos.
- Personas responsables de los pagos y de la recaudación de ingresos.

Otro tema de investigación relacionado con la secuencia de los pagos y la recaudación de ingresos es cómo influye el proceso en el modo en que se comparte el riesgo. ¿Un método de recaudación que requiere el pago total cuando se presta el servicio impone una exigencia excesiva al enfermo, que a la vez puede pertenecer al grupo de menores ingresos? ¿Por qué servicios o artículos están las personas dispuestas a pagar por adelantado, "compartiendo" de ese modo "el riesgo" de la carga impuesta por el pago?

El ciclo de producción agrícola y la secuencia en que se reciben los ingresos es un factor externo importante, que ha de considerarse cuando se planifiquen los mecanismos de pago y de recaudación de ingresos. En el Proyecto Pikine (Senegal) los analistas observaron que los pagos destinados al esquema de financiación se reducían antes del día de pago y volvían a aumentar cuando la población disponía de dinero en efectivo. (25) ¿Es posible vincular el pago y la recaudación de ingresos con estos ciclos, a fin de que los servicios de salud sean más accesibles a la comunidad? ¿O es posible combinar la recaudación de recursos para los servicios de APS con otros mecanismos de recaudación de fondos? Por ejemplo, cuando los servicios de APS se proporcionan por intermedio de una organización de la comunidad, como una cooperativa o un club de mujeres, el utilizar sus ingresos y sus mecanismos para el cobro de pagos puede facilitar la recaudación de ingresos.

El estado de salud es otro factor no controlable que afecta la disposición de las personas a pagar, especialmente en el caso de los esquemas de pago adelantado. En relación con un plan de seguros determinado, los investigadores observaron que las personas tendían a inscribirse solamente cuando se enfermaban si tenían derecho a los beneficios desde la fecha de inscripción. Cuando se estableció un régimen de beneficios por año de calendario (de tal modo que las personas que se inscribían en el transcurso del año tenía derecho a menos meses de beneficios), los interesados comenzaron a inscribirse antes. (26)

¿Qué se puede hacer respecto de las personas que no pagan por los servicios o los artículos que han recibido? El trato con los deudores es un aspecto muy delicado y serio. Los encargados de adoptar decisiones deben distinguir entre quienes pueden pagar y deben dinero y las personas que no tiene los recursos para pagar por los servicios. A veces, para solucionar este problema basta simplemente con desarrollar un mecanismo para recordarle su deuda a quienes no han pagado o establecer un calendario de pagos. Deben adoptarse disposiciones especiales para las personas pobres que no tienen los medios para pagar. Se pueden intercambiar servicios de salud o artículos de consumo por una cantidad especificada de mano de obra que aporte la misma persona que recibe el servicio o un familiar. En algunas comunidades, el comité de salud de poblado puede manejar una lista de personas que tengan derecho a recibir servicios gratuitamente.

Si en un esquema de financiación comunitaria se aplica una política conforme a la cual determinadas personas están exentas de pago, hay que encontrar fuentes adicionales de ingresos para cubrir los costos y los analistas deben contemplar este factor en el desarrollo de soluciones. Los esquemas que no reconocen este factor y no recuperan los ingresos perdidos con frecuencia fracasan. Por ejemplo, se tuvo que cerrar una clínica que brindaba servicios a los indígenas paya en Honduras, porque los promotores regalaron tondas las medicinas y no hubo dinero para reponerlas. (27)

La donación de mano de obra permite compensar en parte la pérdida de ingresos. También se puede exigir que paguen más a quienes pueden hacerlo. En algunas culturas, se ejerce presión social para ser "comprensivo" con los deudores. En tal caso, los planificadores deben incorporar esta restricción al sistema, dado que representará un costo adicional.

11. Supervisión y Control

El diseño de un sistema adecuado de supervisión y control consistente en frenos y contrapesos puede ser tan esencial como la elección de los administradores del sistema. La supervisión constituye un medio de informar sobre su rendimiento a los trabajadores responsables de las labores financieras. Como se indica en la sección anterior, las actividades de supervisión se relacionan directamente con la capacitación y la experiencia de los trabajadores.

SUPERVISION Y CONTROL

Variables Comunes de Decisión

- Mecanismos de supervisión y control.
 - Criterios relativos a los supervisores.
 - Características personales, experiencia y competencia de los supervisores.
 - Frecuencia y profundidad de la supervisión.
-

¿Quién debe supervisar a los administradores de la financiación comunitaria? Este es uno de los problemas operativos fundamentales de este conjunto de problemas. El supervisor debe ser alguien que esté familiarizado con el esquema de financiación comunitaria, y que tenga la preparación y la experiencia necesarias para ofrecer asistencia a los administradores y dar sugerencias destinadas a mejorar el rendimiento de su trabajo. Se puede asignar como supervisor a la persona que dió capacitación a los trabajadores. Dicha persona es quien mejor conoce las exigencias del trabajo. También se puede seleccionar a un comerciante de la localidad que haya tenido éxito en sus actividades, porque los comerciantes generalmente tienen dominio de la administración financiera. Sin embargo, los planificadores deben considerar en qué medida el comerciante puede ayudarle al gerente a comprender mejor los asuntos financieros.

Una tercera posibilidad es la enfermera o el médico que supervisa los servicios de APS proporcionados a la comunidad. Esta puede ser una alternativa conveniente, dado que comúnmente ellos hacen las visitas regulares a los pacientes y son muy respetados. No obstante, su disponibilidad de tiempo puede ser limitada y el personal que recibe capacitación no tiene necesariamente la experiencia necesaria para asesorar a los trabajadores en cuanto a los problemas financieros. Otras alternativas podrían ser un comité de salud, un trabajador de salud de otra comunidad que tenga más experiencia o un maestro de escuela.

La elección del supervisor depende de muchos factores, entre los cuales se cuentan las necesidades de los administradores, el apoyo proporcionado por la comunidad, las actitudes ante la autoridad, las relaciones sociales entre los hombres y las mujeres, y la experiencia relacionada con las funciones de supervisión. Los mecanismos de supervisión pueden ser muy intensivos; por ejemplo, un examen diario de los registros efectuado por un comerciante local. La supervisión menos intensiva puede ser suficiente en el caso de administradores capaces de solucionar problemas prácticos que se produzcan en el esquema de financiación comunitaria; un ejemplo de este tipo de supervisión puede ser una visita trimestral de un funcionario de salud, para examinar las actividades de los últimos meses.

La secuencia y la frecuencia de la supervisión es otro aspecto que debe considerarse. Cuando la supervisión proviene de fuera de la comunidad, es posible que la secuencia dependa menos de la necesidad que de factores no controlables como la distancia. En general, el costo de los viajes a zonas remotas comúnmente impide que personas externas a la comunidad realicen visitas frecuentes. Los recursos necesarios para dichos viajes, en particular vehículos y gasolina, son costosos y no siempre están disponibles. La mayoría de los programas comunitarios de APS no están en condiciones de cubrir la totalidad de esos costos, y es probable que ciertas fuentes externas, como el gobierno o donantes extranjeros, tengan que cubrir los costos de supervisión.

Por ejemplo, en un estudio de PRICOR en Senegal los investigadores observaron que la ayuda extranjera cubre los costos recurrentes de las actividades de supervisión de los trabajadores comunitarios de salud, y es poco probable que el gobierno o las comunidades puedan llegar a cubrirlos. Lo anterior planteó preguntas acerca de la necesidad de supervisión regular, la posibilidad de proporcionar atención primaria de salud sin supervisión regular

en el terreno y la conveniencia de identificar diferentes modos de provisión de APS que no dependan de dicha supervisión. La identificación de supervisores competentes dentro de la comunidad, para que den asistencia a los administradores de la financiación comunitaria en sus tareas diarias, es un tema que merece mayor atención de los investigadores.

Los mecanismos de control están estrechamente relacionados con la supervisión, y tanto los primeros como la segunda se integran al esquema de financiación comunitaria a fin de ayudar a los responsables de la administración financiera a realizar sus labores. Por ejemplo, un mecanismo de control como una lista de referencia de las existencias de medicamentos sirve para que el trabajador de salud tenga presente el volumen de suministros con que cuenta. Esto facilita los pedidos oportunos de los medicamentos que se emplean con mayor frecuencia y evita su acumulación excesiva. Entre otros posibles controles se cuentan los siguientes: el exigir varias firmas para el desembolso de fondos; el asegurar que se recuenten los recibos y se comparen con los fondos previstos y reales en varios puntos de verificación, y el adoptar medidas para la conservación segura de los fondos en lugares tales como bancos.

12. Vigilancia y Evaluación del Rendimiento de la FC

La existencia de un sistema preciso y confiable de vigilancia y evaluación es un componente importante de la FC que frecuentemente se ignora. En la mayoría de los programas de APS hay algún sistema de información y se realizan algunas evaluaciones periódicas, pero muchas de ellas no producen la información necesaria para la adopción de decisiones. Para mejorar los resultados de la FC hay que establecer un sistema definido y simple de control y evaluación.

VIGILANCIA Y EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE LA FC

Variables comunes de decisión

- Usuarios de la información: las autoridades centrales, regionales o locales; se proporciona información diferente a distintos usuarios.
- Temas relacionados con la vigilancia y la evaluación: qué componentes deben controlarse en forma rutinaria (capacitación, supervisión, servicios proporcionados) y cuáles deben evaluarse mediante estudios especiales.
- Programación: con qué frecuencia se debe recopilar y dar a conocer la información destinada al sistema de vigilancia; con qué frecuencia y en qué secuencia deben realizarse los estudios de evaluación.
- Personal: quién debe realizar la vigilancia y la evaluación (los TCS, sus supervisores, los miembros de la comunidad, expertos externos, un grupo constituido por una combinación de los anteriores); algunos funcionarios deben ser responsables de recopilar información, y otros de su análisis y notificación; diferentes funcionarios deben ser responsables de distintas actividades de vigilancia o distintos estudios de evaluación.

- Naturaleza de la vigilancia y la evaluación: sistemas centralizados o descentralizados; computarizados o no computarizados; uniformes o flexibles, basados principalmente en datos estadísticos correspondientes a registros y servicios o en estudios y experimentos.

La existencia de demasiados controles en el sistema dificulta la administración adecuada. La determinación de la cantidad y la combinación óptimas de mecanismos de control necesarios es un tema al cual puede aplicarse la investigación operativa.

SELECCION DE LOS PROBLEMAS OPERATIVOS A ESTUDIARSE

Cada problema que integra un conjunto de problemas es un tema potencial de investigación operativa. Cuando los problemas superan al tiempo y los recursos disponibles para estudiarlos, se hace necesario establecer prioridades. Los investigadores tienen que colaborar estrechamente con los encargados de la adopción de decisiones en el proceso de selección de los problemas que deben estudiarse en forma prioritaria.

En general, los encargados de adoptar decisiones y los investigadores tienen que estudiar los problemas más esenciales para la solución del problema global, es decir, los que pueden ejercer mayor influencia en una determinada actividad. Una vez que se cuenta con datos concretos para evaluar cada problema en términos objetivos, el establecimiento de prioridades es un procedimiento relativamente directo. Se debe otorgar mayor prioridad a los problemas cuyos valores (puntajes, ponderaciones) sean más altos.

Sin embargo, muchas decisiones de esta naturaleza deben basarse en opiniones y juicios fundamentados, y en algunos casos deben participar en su adopción varias autoridades. Se han desarrollado diversas técnicas que sirven de ayuda a este tipo de procesos de adopción de decisiones. Cada una de ellas comprende el establecimiento de criterios que sirvan para "clasificar" cada problema. Por ejemplo:

1. Más significativo (mayor obstáculo para la financiación comunitaria);
2. Mayor incertidumbre (no saber cuál puede ser la solución); y
3. Probabilidad mayor (de encontrar soluciones rápidamente).

Suponiendo que un grupo establezca las prioridades, se puede aplicar una técnica muy simple que consiste en solicitarle a sus integrantes que evalúen o clasifiquen cada problema sobre la base de dichos criterios. También se pueden emplear otras técnicas simples como la Delfos y la Q-Sort, que se describen en Métodos de Investigaciones Operativas: Una Metodología General Aplicada a la Atención Primaria de Salud, monografía publicada por PRICOR.

BIBLIOGRAFIA

1. Wayne Stinson, Community Financing of Primary Health Care (Washington, DC: APHA, 1982).
2. Ibid, p. 11.
3. Ibid, p. 19.
4. E. S. Quade, Analysis for Public Decisions, 2a. ed. (Nueva York: Elsevier Publishing Co., 1982), p. 69.
5. Richard A. Johnson, Fremont E. Kast y James F. Rozenzweig, The Theory and Management of Systems (Nueva York: McGraw Hill, 1963), p. 90.
6. Ibid., pp. 91-92.
7. Stinson, op. cit. p. 75.
8. Ibid, p. 76.
9. Ibid, p. 77.
10. David Dunlop, et al., "Korea Health Demonstration Project", AID Project Impact Evaluation Report No. 36 (Washington, DC: AID, julio de 1982).
11. H. Elkins, Informe de viaje, 15-18 de julio de 1983, p. 3.
12. Dayl S. Donaldson, "An Evaluation of Health Insurance Schemes in Lalitpur District, Nepal" (Washington, DC: AID, Oficina de Salud, 1982).
13. Stinson, op. cit., p. 16.
14. S. Gordon y P. Dougherty, "Village Health Workers Paid by the Community: The Guyana Experience", mimeografiado, sin fecha.
15. Stinson, op. cit., p. 21.
16. Telegrama del Departamento de Estado, Tegucigalpa 11838, 28 de octubre de 1983.
17. Management Sciences for Health, "Investigation of Health Service Delivery in Three Elements of the Peruvian Private Sector", 1 de noviembre de 1983.
18. Gordon y Dougherty, op. cit., p. 8.
19. Stinson, op. cit., p. 37.
20. Ibid., p. 83.

21. Ibid., p. 74.
22. A. Mead Over, "Five Primary Care Projects in the Sahel and the Issue of Recurrent Costs", mimeografiado (Cambridge, Massachusetts: Harvard Institute for International Development, 1980).
23. Stinson, op. cit., p. 74.
24. Dunlop, et al., op. cit.
25. Michel Jancloes, et al., "Balancing Community and Government Financial Responsibilities for Urban Primary Health Care Services Pikine-Senegal", mimeografiado, 24 de noviembre de 1981.
26. Donaldson, op. cit.
27. David Werner y Bill Bower, Aprendiendo a Promover la Salud. (Palo Alto, California: La Fundación Hesperian, 1984), p. 198.

CAPITULO III

DISEÑO DE UNA INVESTIGACION OPERATIVA
SOBRE FINANCIACION COMUNITARIA

CAPITULO III. DISEÑO DE UNA INVESTIGACION OPERATIVA SOBRE FINANCIACION COMUNITARIA

PRICOR define la investigación operativa como un proceso sistemático de solución de problemas que se aplica a la planificación y que consta de tres fases: el análisis de problemas, el desarrollo de soluciones y la prueba de dichas soluciones. En este capítulo se describe brevemente ese proceso y se ofrecen ejemplos de posibles aplicaciones de este enfoque a problemas operativos relacionados con la financiación comunitaria de la atención primaria de salud. En el Anexo se presentan los resúmenes de proyectos de financiación comunitaria patrocinados por PRICOR. La monografía Métodos de Investigaciones Operativas: Una Metodología General Aplicada a la Atención Primaria de Salud por Stewart Blumenfeld, publicada por PRICOR, contiene una descripción más detallada de los métodos de las investigaciones operativas.

La investigación operativa puede facilitar y racionalizar el proceso de adopción de decisiones administrativas, y reducir la dependencia de métodos experimentales costosos mediante el empleo de procedimientos sistemáticos orientados a la selección del curso de acción "óptimo". El personal y los asesores de PRICOR han desarrollado un método práctico de investigación operativa, que comprende los elementos esenciales de dicha disciplina tradicional pero que es suficientemente flexible para aplicarlo a los problemas operativos significativos identificados en el capítulo anterior. El proceso general de investigación operativa se resume en la Figura 3-1.

FIGURA 3-1. ETAPAS DE UN PROCESO GENERAL DE INVESTIGACION OPERATIVA

FASE I: ANALISIS DEL PROBLEMA

1. Definir el problema.
2. Analizar el problema, dividirlo en problemas operativos de menor magnitud y recopilar la información necesaria.
3. Establecer prioridades y seleccionar los problemas a estudiar.

FASE II: DESARROLLO DE SOLUCIONES (para cada problema operativo)

1. Especificar el objetivo correspondiente a la solución de cada problema.
2. Identificar las variables controlables (de decisión) y los factores no controlables (restricciones y factores facilitantes) de cada problema.
3. Seleccionar y elaborar un modelo apropiado para solucionar cada problema.
4. Recopilar los datos requeridos.
5. Emplear el modelo para desarrollar la(s) solución(es) óptima(s) para cada problema.
6. Efectuar un análisis de sensibilidad de cada solución.

FASE III: PRUEBA Y EVALUACION DE SOLUCIONES

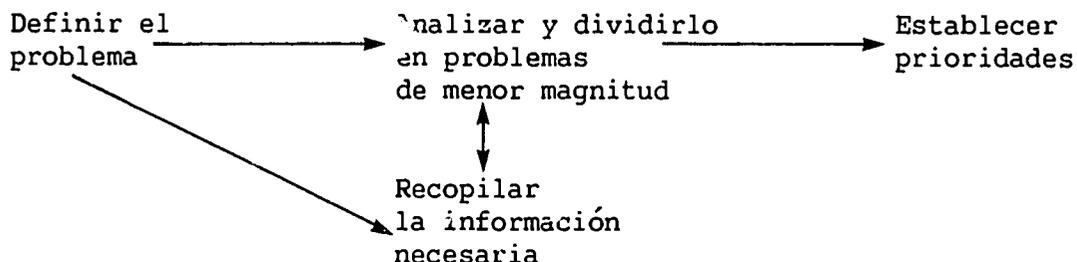
1. Diseñar la prueba de la(s) solución(es).
 2. Ejecutar la prueba y recopilar la información necesaria.
 3. Evaluar y modificar/adaptar la(s) solución(es).
 4. Integrar la información resultante.
-

En las siguientes secciones se describen brevemente las etapas de este proceso y se ilustran con un ejemplo basado en un proyecto de investigación operativa financiado por PRICOR. Dado que la investigación operativa es un proceso iterativo, las etapas que lo componen no son necesariamente consecutivas y, de acuerdo con la naturaleza del estudio, es posible que algunas se repitan en varias oportunidades en tanto que otras no se ejecuten en absoluto.

FASE I: ANALISIS DEL PROBLEMA

Las etapas de esta fase se presentan en la Figura 3-2 y se describen a continuación.

FIGURA 3-2. ETAPAS DEL ANALISIS DEL PROBLEMA



Etapa 1. Definir el Problema

El análisis de problemas generalmente se realiza a partir de la identificación de una discrepancia entre la situación que debería existir y la que existe en realidad. Por ejemplo, los habitantes del poblado deben dar apoyo a los trabajadores de salud, pero de hecho no lo hacen; se debería disponer de medicamentos esenciales en las áreas rurales, pero no se cuenta con ellos. La información que identifica un problema puede provenir de observaciones, informes de evaluación, conversaciones con administradores de programas y otras fuentes.

Ejemplo. Durante varios años, el Ministerio de Salud Pública de un país sudamericano no ha estado en condiciones de proporcionar servicios básicos de salud a la población rural y urbana pobre. El país está muy endeudado y el Ministerio tiene un presupuesto operativo extremadamente limitado. Ante la posibilidad de que esta situación se prolongue indefinidamente, varias cooperativas rurales y urbanas deciden desarrollar y poner a prueba sistemas "autofinanciados" de atención primaria de salud, con ayuda de la oficina de la AID en el país. Sin embargo, no se ha realizado ningún estudio que pudiera permitir a las autoridades locales (en este caso la Junta Directiva de este proyecto nuevo) seleccionar o desarrollar la estrategia "óptima" de financiación para las cooperativas. PRICOR está financiando un proyecto de

investigación destinado a ayudar a las cooperativas a desarrollar y poner a prueba el sistema "óptimo" de autofinanciamiento.

Etapa 2. Analizar el Problema, Dividirlo en Problemas de Menor Magnitud y Recopilar la Información Necesaria

El análisis de un problema se inicia frecuentemente con su descripción sistemática, a fin de definir factores tales como alcance, magnitud, gravedad, características y causas probables. La magnitud de algunos problemas es tal ("¿qué puede financiar la comunidad?", por ejemplo) que no se los puede estudiar integralmente. Hay que dividirlos en unidades que puedan examinarse más fácilmente, como las enumeradas en el Capítulo II (los objetivos de la financiación comunitaria, la población participante, los servicios y los artículos básicos que han de financiarse, etc.)

Un método que puede utilizarse para el análisis del problema consiste en describir cómo debe funcionar un sistema de financiación comunitaria, concibiéndolo como un sistema compuesto por elementos conexos. Se puede tratar de un sistema que se está aplicando o de uno que está en proceso de diseño. En la Figura 2-2 del Capítulo II se ilustra en forma general un sistema de financiación comunitaria. El modelo indica que la contribución del sistema a las metas de APS depende no sólo del funcionamiento armónico de sus elementos (fijación de precios, recaudación de ingresos, control, etc.), sino también de otros factores externos (carácter estacional del ingreso, atención de salud proporcionada por médicos particulares, costos de productos farmacéuticos, etc.). El sistema general de financiación comunitaria puede describirse gráficamente de esta manera y, asimismo, se puede analizar cada uno de los elementos, o subsistemas, para identificar factores o problemas operativos significativos.

Por ejemplo, ¿cómo deben establecerse los precios?, ¿quién debe estar a cargo de la recaudación de los honorarios?, ¿qué enfoques deben emplearse para obtener ingresos? En algunos casos se pueden agrupar varios componentes para analizarlos (por ejemplo, administración y control), pero en otros casos - como ocurre frecuentemente con la fijación de precios - pueden ser necesarios varios análisis distintos de un componente.

Los investigadores deben recopilar y analizar información para describir con precisión los problemas operativos. Dado que la recopilación puede ser lenta y costosa, los analistas deben examinar ante todo la información existente y, a continuación, hacer una lista de la información restante que se precisa recabar. Muchos investigadores recopilan al mismo tiempo información para el análisis de problemas y el desarrollo de soluciones. La información puede provenir de diversas fuentes, incluidos los registros de APS, los informes estadísticos sobre gastos de los hogares, las observaciones, los estudios sobre utilización de servicios y los estudios de caso de esquemas de financiación.

Ejemplo. Se organiza un equipo de investigación que desarrolla un plan de trabajo para recopilar la información necesaria, a fin de analizar los problemas. Parte de los datos también se emplearán con otros fines: para identificar las restricciones que afectan a las posibles soluciones (por ejemplo, el carácter estacional del ingreso de las unidades familiares) y las

gamas de valores correspondientes a determinadas variables de decisión (cuánto están dispuestas a pagar las personas por los servicios de APS), y para la medición inicial de la eficacia del nuevo esquema de financiación.

En esta fase, la información se recopila mediante una encuesta domiciliaria de las necesidades relacionadas con los servicios de salud y los gastos para atención de salud, entrevistas con informantes claves (por ejemplo, dirigentes de los poblados, curanderos tradicionales, farmacéuticos), análisis de información disponible sobre ingreso y costo de los artículos y estudios de caso de las escasas actividades autofinanciadas que se han iniciado en la región. Sobre la base de esta información, se prepara una descripción global del sistema vigente de financiación de los servicios de salud, en la cual se identifican los problemas operativos que deben solucionarse. Estos incluyen la decisión acerca de los servicios de APS que financiará la comunidad, los métodos de financiación que se van a emplear, cuánto se cobrará por los artículos básicos y los servicios, y cómo se administrarán los fondos.

Etapas 3. Establecer Prioridades y Seleccionar los Problemas a Estudiar

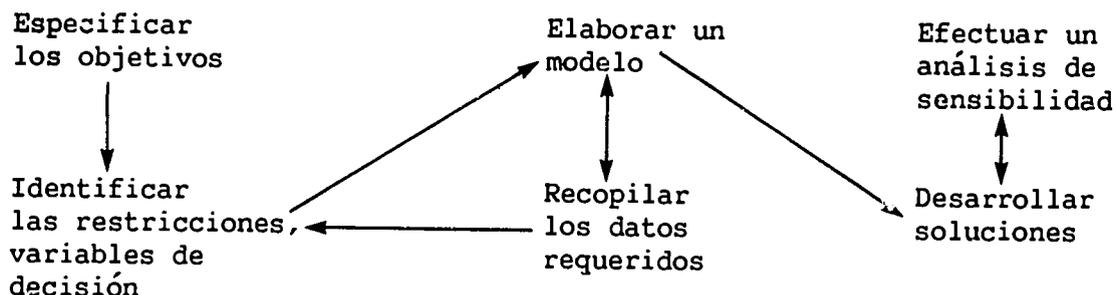
En ciertos casos surgen numerosos problemas en el análisis. Evidentemente, no es posible estudiarlos todos simultáneamente y hay que establecer prioridades. Para hacerlo, el analista puede aplicar diversos métodos. Uno de ellos consiste en identificar los problemas que, según se prevé, ejercerán mayor efecto y estudiarlos en primer lugar. Otro consiste en identificar la secuencia lógica de las decisiones. Por ejemplo, antes de establecer los precios y los honorarios, los encargados de adoptar decisiones deben determinar los servicios que se van a ofrecer. Asimismo, ellos deben ayudar a determinar los problemas operativos que se van a estudiar y en qué secuencia.

Ejemplo. En base a las discusiones con la Junta Directiva del proyecto se llega a la conclusión de que es necesario abordar tres problemas interrelacionados, a saber: determinar los servicios que se van a incluir en el módulo de beneficios que se ofrezca a cada cooperativa, calcular el costo de cada módulo de servicios y determinar la estructura de precios y financiación de cada módulo de servicios. El segundo problema se considera un componente del problema de fijación de precios, ya que los costos deben cubrirse con los ingresos. Por lo tanto, los dos problemas prioritarios seleccionados para análisis son los módulos de servicios y la fijación de sus precios. Dado que los módulos correspondientes a distintas cooperativas pueden ser diferentes, se requiere un análisis específico para cada una de ellas.

FASE II: DESARROLLO DE SOLUCIONES

Las etapas que caracterizan al desarrollo de una solución para cada problema operativo se presentan en la Figura 3-3 y se describen a continuación.

FIGURA 3-3. ETAPAS DEL DESARROLLO DE SOLUCIONES



Etapa 1. Especificar el Objetivo Correspondiente a la Solución de cada Problema

Para iniciar el proceso de desarrollo de soluciones, el analista debe especificar las características de la solución deseada en los términos más cuantitativos que sea posible. Un objetivo general de la financiación comunitaria puede ser "movilizar suficientes recursos para proporcionar servicios de APS y artículos básicos a todos los miembros de la comunidad". Si el problema operativo se relaciona con el pago y la recaudación de ingresos, un objetivo podría definirse de la siguiente manera: establecer un cronograma estacional de recaudación de ingresos que permita movilizar suficientes fondos para cubrir los costos anuales. Si se ha determinado que el problema operativo es la capacitación de los trabajadores comunitarios de salud para administrar un fondo rotatorio, el objetivo puede ser el siguiente: definir una estrategia de capacitación de (número) trabajadores de salud que realicen (tareas) para (fecha). Por lo general, los objetivos en las investigaciones operativas son de dos tipos: (1) los que retienen elementos de valor (reducción al mínimo de los insumos, por ejemplo para minimizar el costo), y (2) los que obtienen elementos de valor (maximización de los productos, por ejemplo para lograr un máximo de cobertura). No se puede tratar de alcanzar los dos objetivos simultáneamente (es decir, no es posible obtener al mismo tiempo el nivel más alto de producción con el menor volumen de insumos).

Por ejemplo, se podría determinar que la solución de un problema de malaria tiene por objeto lo siguiente: seleccionar la combinación óptima de actividades de control de la malaria que permita la máxima reducción de la prevalencia de la malaria entre niños menores de diez años. En el campo de las investigaciones operativas, dicha definición se denomina el objetivo de la solución.

Ejemplo. El equipo de investigadores, en conjunto con la Junta Directiva, establece un objetivo global de los esquemas de financiación cooperativa, que se expresa de la siguiente manera:

$$GT = CT$$

donde GT = gasto total de las unidades familiares de la comunidad destinado a los servicios de salud que se ofrecen por intermedio del sistema cooperativo de salud, y

CT = costo total de la provisión de dichos servicios por intermedio del sistema cooperativo de salud.

En cuanto a los problemas operativos específicos, la Junta determina que "la decisión final sobre la variedad de servicios y los mecanismos de financiación que se adopten corresponderá a los integrantes de cada cooperativa"; no obstante, la gama de opciones se establecerá sobre la base del estudio. Por consiguiente, los objetivos se definen como se indica a continuación:

1. Módulo de servicios. Desarrollar un módulo de servicios que satisfaga las necesidades de atención primaria de salud de la población destinataria, que sea aceptable para esa población y que no requiera contribuciones financieras superiores al nivel actual de gastos correspondientes a atención de salud.
2. Financiación. Desarrollar un esquema de financiación que genere fondos suficientes para cubrir el costo total del sistema, incluido el costo del reabastecimiento; distribuir equitativamente las obligaciones pertinentes en la comunidad; fomentar el uso de servicios apropiados; proporcionar incentivos para la utilización de los servicios preventivos de APS; y establecer un cronograma flexible de pagos que tenga en cuenta las variaciones estacionales del ingreso.

Etapas 2. Identificar las Variables Controlables (de Decisión) y los Factores No Controlables (Restricciones y Factores Facilitantes) de Cada Problema

El rendimiento de un programa puede representarse mediante una ecuación simple:

$$R = f(C, NC)$$

esto significa que el rendimiento (R) es una función (f) de un conjunto de variables controlables (C) y no controlables (NC). Dicha ecuación se denomina en algunos casos la función del objetivo. Frecuentemente, el objetivo para la solución es maximizar el (R) en esta ecuación.

Las variables controlables también se llaman variables de decisión; son las que están bajo el control de las autoridades y con respecto a las cuales deben establecer un valor "óptimo". Por ejemplo, pueden tener que decidir el precio más adecuado de los paquetes de SRO, la frecuencia del cobro de honorarios y las personas más indicadas para administrar el sistema de financiación comunitaria. Se deben identificar todas las variables de decisión cuyos valores tienen que establecerse.

Las restricciones constituyen una categoría importante de variables no controlables que los analistas deben considerar al desarrollar una solución. Las restricciones limitan la gama de opciones y, por tal motivo, hay que identificarlas. Por ejemplo, los reglamentos gubernamentales pueden prohibir la venta de ciertos medicamentos, excepto en las farmacias.

Los factores no controlables positivos pueden denominarse factores facilitantes; son los que facilitan ciertas elecciones. Por ejemplo, si en una comunidad la mayoría de sus integrantes se muestran dispuestos a pagar por los servicios de salud, éste es un factor facilitante. Las restricciones y los factores facilitantes tienen valores, o magnitudes, que los analistas también deben determinar. Por ejemplo, ¿cuánto están dispuestos a pagar los miembros de la comunidad por los servicios de APS?

A continuación se describe la relación entre las variables controlables y no controlables. Una restricción para fijar el precio de las SRO que se vendan en el comercio puede ser el hecho de que las ventas tengan que cubrir el costo de fabricación. Algunos objetivos pueden ser los siguientes: 1) maximizar la proporción de casos graves de diarrea en los cuales se empleen SRO, y 2) generar suficientes utilidades mediante la venta de SRO para financiar otros servicios deseados de APS. Por lo tanto, una de las variables de decisión es el precio de venta. El valor sería el precio específico que se fije (por ejemplo, dos pesos). En consecuencia, la solución óptima correspondería al valor que permita lograr los objetivos en forma más apropiada, dadas las restricciones, es decir, el precio de las SRO (valor de la variable de decisión) que maximice el uso de SRO en casos graves de diarrea (objetivo) dada la restricción de que las ventas tienen que cubrir el costo de fabricación.

Ejemplo. En base a la información recopilada en la Fase I, se identifican y se cuantifican diversas restricciones, entre las cuales se cuentan varias restricciones económicas. Por ejemplo, el precio de los medicamentos aumentó un 100% durante el último año y es probable que aumente otro tanto en los dos años siguientes; el ingreso de las unidades familiares de los agricultores pequeños en las áreas rurales es muy estacional, dado que reciben casi el 60% del ingreso anual inmediatamente después de la cosecha en el mes de octubre; en las zonas urbanas, la distribución del ingreso de la fuerza laboral es más pareja y el gobierno acaba de anunciar un aumento de los salarios de los trabajadores en un 57%. Las principales variables de decisión incluyen los servicios de APS que se ofrecen a cada cooperativa, los medicamentos y otros artículos proporcionados, el mecanismo de movilización de ingresos (honorarios, contribuciones, cuotas anuales), y los precios o cargos que deben establecerse.

Etapas 3. Seleccionar y Elaborar un Modelo Apropriado para Solucionar Cada Problema

Las investigaciones operativas emplean una extensa variedad de procedimientos de análisis de información a fin de concebir soluciones para los problemas, pero su rasgo distintivo es la definición de soluciones en base al empleo de modelos. Los modelos son representaciones de la realidad mediante símbolos, que pueden ser gráficos (mapas, diagramas, diagramas de flujo) o matemáticos (una ecuación de costo-efectividad, una ecuación de oferta-demanda, un programa lineal).

En las investigaciones operativas el analista selecciona o desarrolla un modelo adecuado para el problema que se esté estudiando y, posteriormente, lo aplica con el objeto de encontrar la mejor solución - o solución óptima - para el problema. El modelo permite al analista asignar diversos valores a las variables controlables, para desarrollar la mejor solución teniendo en cuenta

las restricciones. Por ejemplo, un analista puede emplear una curva de oferta-demanda para determinar el precio de las SRO que permita el nivel más alto de ventas junto con producir suficientes ingresos para cubrir el costo de las sales.

Este proceso de creación de modelos es considerablemente más rápido que realizar experimentos en el terreno y, asimismo, mucho menos costoso. Estas son sus principales ventajas, pero también tiene limitaciones. Los modelos sólo se aproximan a la realidad y, por lo tanto, hay que estructurarlos cuidadosamente, porque un modelo inadecuado o no realista necesariamente produce resultados imprácticos. Para trabajar con modelos matemáticos complejos por lo general se requieren especialistas y computadoras. Sin embargo, hay numerosas técnicas que son a la vez simples y útiles, como los diagramas de flujo, los árboles de decisión y las matrices. En la monografía de PRICOR, Métodos de Investigaciones Operativas: Una Metodología General Aplicada a la Atención Primaria de Salud se describen estos y otros modelos importantes.

Ejemplo. El equipo de investigadores selecciona dos modelos. El primero de ellos es heurístico. El equipo desarrolla un módulo de servicios de APS, utilizando un cuadro en el cual se enumeran las necesidades de salud de la comunidad y se indica la urgencia de cada necesidad (véase el Cuadro 3-1). Los investigadores emplean la información económica recopilada en la Fase I para calcular el costo del servicio de APS que atiende cada una de estas necesidades. Luego se clasifican las necesidades y los servicios pertinentes en orden prioritario, empleando un proceso grupal estructurado en el cual participan dirigentes de las cooperativas, trabajadores comunitarios de salud, dirigentes de poblados, encargados de provisión de servicios de salud pública y los integrantes del equipo de investigación. Por último calculan el costo total de las combinaciones deseadas de servicios ("módulos de servicios") y seleccionan un módulo tentativo.

El segundo modelo es de tipo económico y tiene por objeto determinar la cantidad de dinero que podría movilizarse utilizando diversos mecanismos de financiación. Los analistas estudian la información correspondiente a la Fase I, las entrevistas a los informantes claves y los estudios de caso, a fin de elaborar una lista de los mecanismos alternativos. Algunas de las alternativas más factibles son los honorarios por servicios y una cuota mensual o anual de afiliación. El Cuadro 3-2 ilustra el uso de este modelo.

Etapa 4. Recopilar los Datos Requeridos

Cada modelo se caracteriza por ciertos requisitos de información. En caso de que una parte de la información necesaria no esté disponible, hay que recopilarla. Al igual que en la Fase I, la información puede provenir de diversas fuentes, según las necesidades.

Ejemplo. La información recopilada en la Fase I se adecua a la mayoría de los requisitos analíticos pero, dado que la situación económica del país es muy precaria, el equipo de investigadores estudia los datos más recientes sobre inflación y costos y actualiza la información económica.

CUADRO 3-1. MODELO HEURISTICO PARA ESTABLECER LAS PRIORIDADES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Este cuadro se emplea en conjunto con los miembros de la comunidad para identificar las necesidades de salud y establecer el orden de prioridades de la capacitación de los trabajadores de salud. Se podría modificarlo para establecer las prioridades en cuanto a los servicios de salud que los TCS van a proporcionar. En base a un diálogo, los integrantes de la comunidad llegan a un consenso con respecto a las diversas necesidades de salud, empleando cruces para señalar la importancia (por ejemplo, + no muy común; +++++ extremadamente común). Las necesidades (o servicios) de salud que tengan los puntajes más altos formarán parte del módulo de servicios que se ofrezcan en esa comunidad.

PROBLEMA	QUÉ TAN COMÚN	QUÉ TAN GRAVE	PREOCUPACIÓN DE LA GENTE	CUÁNTO AFECTA OTROS PROBLEMAS DE SALUD	POSIBILIDAD DE ENSEÑAR PREVENCIÓN O TRATAMIENTO	CUÁNTO PODRÍA HACER EL PROMOTOR	IMPORTANCIA QUE SE LE DARÁ EN EL CURSO
DIARREA	+++++	++++	+++	++	+++++	++ ++	24
MALA ALIMENTACION	++++	+++	++	+++++	++++	++++	22
LOMBRICES	++++	++	++++	++	++++	++++	20
TOS							
CATARRO	++++	+	++++	+	++	++	14
PULMONIA	++	+++	++	++	+++	++++	16
TUBERCULOSIS	++	++++	+++	+++	++++	++++	20
ENFERMEDADES DE LA PIEL	++ +	+	+++	+	+++	++++	15
DOLOR DE ESTÓMAGO	+++	++	+++	+	++	+++	14
PROBLEMAS DE LOS DIENTES	+++	+	+	+++	+++	++++	15
FIEBRE	+++	++	+++	+++	++++	++++	19
BORRACHERA	++	+++	++++	+++++	+	+	16
EMBARAZO Y PARTO	++	++	++	+++++	+++	+++++	19
ATAQUE AL CORAZON	+	++	++	+	++	+	9
EPILEPSIA	+	++	+	+	++	+	8
DAR BÍBERON	+++	+++	+	++++	++++	+++	18
TETANO	+	++++	+++	+	++++	++	15
DOLOR DE CABEZA	+++	+	+	+	++	+	9
MAL USO DE MEDICINAS	++++	+++	0	+++	++++	++	16
TENENCIA DE TIERRAS	++++	++++	+++++	+++++	++++	+	23
ACCIDENTES	++	+++	+++	++	+++	+++	16
PROBLEMAS VAGINALES	+++	+	++	++	+++	+++	14
SARAMPION	++	++++	++	+++	+++	+++	17
TOS FERINA	++	+++	+++	++	+++	+++	16

Fuente: Aprendiendo a Promover la Salud por D. Werner y B. Bower, p. 67.

CUADRO 3-2. MODELO ECONOMICO PARA FIJAR LAS CUOTAS DE AFILIACION

El objetivo global del esquema de autofinanciación es que el total de ingresos sea igual al total de costos de la provisión de servicios de salud. Esto se expresa de la siguiente manera:

$$TI = TC$$

donde TI corresponde al total de ingresos y TC al total de costos. El economista calcula el costo de la provisión de servicios a diversos niveles. En este ejemplo hay tres niveles: demanda baja, demanda media y demanda alta. A continuación se presenta la fórmula para calcular dicho costo:

Costo total (pesos)

Nivel de la demanda	Costo de servicios provistos	+	Costo de los medicamentos provistos	+	Costos fijos	=	Total
Bajo	45.000		55.000		150.000		250.000
Medio	95.000		110.000		150.000		355.000
Alto	125.000		180.000		150.000		455.000

A continuación el economista calcula la cuota anual que se debe fijar para obtener los ingresos necesarios en cada nivel de servicios. En este ejemplo se consideran diversas cuotas que se multiplican por el número de miembros que las pagarían y por la probabilidad de cobrarlas.

Ingreso Total (pesos)

Cuota anual	x	Número de miembros	x	Probabilidad de cobro	=	Ingreso total
100		2.400		0,95		228.000
200		2.000		0,80		320.000
400		1.800		0,75		540.000
800		600		0,75		360.000
1.000		500		0,75		375.000

Al comparar los dos cuadros, el economista determina que la cuota óptima para un nivel alto de demanda es de 200 a 400 pesos. El cálculo adicional de distintas cuotas correspondientes a ese rango permite determinar la cuota óptima.

Etapa 5. Emplear el Modelo para Desarrollar la(s) Solución(es) Óptima(s) para Cada Problema

En esta etapa se incorporan al modelo los datos de importancia sobre las restricciones, los factores facilitantes y las variables de decisión, en lugar de los símbolos abstractos. Al emplear valores diferentes (pero siempre realistas), el analista puede desarrollar y evaluar las diversas soluciones posibles. La que permita lograr más adecuadamente los objetivos, considerando las restricciones, es la solución "óptima". Por ejemplo, empleando el modelo el investigador puede modificar el precio de las SRO para observar el efecto que ejercen los distintos precios en el nivel de utilización. La solución óptima es el precio que maximice el uso que hagan las madres y los niños de las SRO, dada una determinada restricción; por ejemplo, que el precio no sea superior a dos pesos por paquete.

Ejemplo. El equipo de investigación visita cada cooperativa y presenta el cuadro de necesidades de salud y servicios. Las comunidades seleccionan varios módulos de servicios que el equipo analiza posteriormente en términos de sus costos. Después calcula los honorarios óptimos correspondientes a las tres alternativas de financiación: los honorarios individuales por servicio prestado, las cuotas mensuales y las cuotas anuales de los miembros. El equipo llega a la conclusión de que es improbable que las cuotas mensuales de los miembros sean una fuente adecuada de ingresos y elimina esta alternativa.

Etapa 6. Efectuar un Análisis de Sensibilidad de Cada Solución

Las soluciones derivadas de los procedimientos descritos deben compararse con la "realidad", a fin de asegurar que sean razonables, aceptables desde el punto de vista político y cultural, y compatibles con las soluciones concebidas para otros problemas operativos (por ejemplo, remuneración de los trabajadores comunitarios de salud). El análisis de sensibilidad permite al analista observar cómo se pueden cambiar los resultados si varían los objetivos, las variables de decisión, o las restricciones, por ejemplo, en un 5% ó 10%. (Nótese que éste es un ejercicio "en el papel", no un examen real de la solución en el terreno. Después de los ajustes indicados, los investigadores están en condiciones de recomendar la "mejor" solución a las autoridades).

Ejemplo. El equipo de investigadores examina los resultados tentativos con la Junta Directiva, a juicio de la cual tanto los honorarios por servicios como la cuota anual serían aceptables. El economista vuelve a calcular los niveles de los honorarios utilizando cifras superiores correspondientes a la inflación y al costo de los medicamentos. Es evidente que ningún esquema de financiación puede ser factible si la inflación excede del 50% en el próximo año, a menos que haya un aumento correspondiente de los ingresos o se eliminen algunos servicios. La Junta determina continuar con el proceso a pesar de la incertidumbre, y decide presentar esta información a las cooperativas y dejar que ellas seleccionen un esquema.

FASE III: PRUEBA Y EVALUACION DE SOLUCIONES

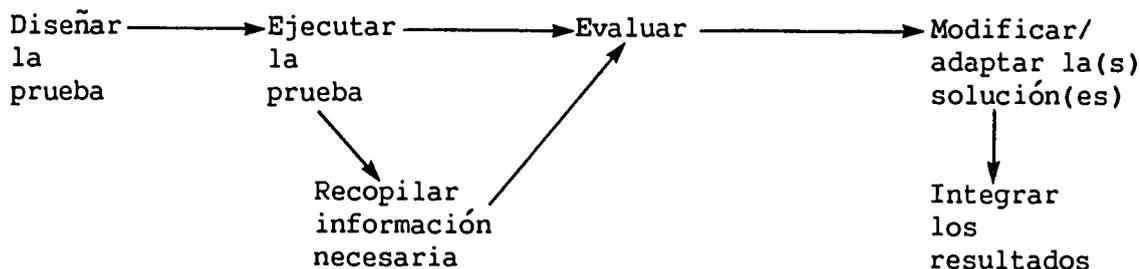
Las etapas que integran esta fase se ilustran en la Figura 3-4 y se describen a continuación.

Etapa 1. Diseñar de la Prueba de la(s) Solución(es)

Después de que los encargados de la adopción de decisiones seleccionan las soluciones que prefieren, puede ser necesario realizar una prueba o un ensayo práctico para validar la(s) solución(es). La prueba puede comprender una o varias soluciones posibles y puede consistir en un estudio de evaluación con testigos, en un proyecto piloto o de demostración para poner a prueba la factibilidad, o en una modificación de las operaciones del programa, que se va evaluando y adaptando a medida que transcurre el tiempo.

Por ejemplo, se pueden vender los paquetes de SRO a distintos precios para evaluar los efectos de la fijación de precios en las ventas. Se pueden poner a prueba diferentes mecanismos de financiación (cuotas anuales y honorarios por servicios) en las diversas comunidades. Sin embargo, cualquiera sea la forma que adopte la prueba en el terreno, debe diseñarse cuidadosamente para asegurar que las conclusiones sean precisas y puedan aplicarse a otras comunidades de la región o el país.

FIGURA 3-4. ETAPAS DE LA PRUEBA Y LA EVALUACION DE SOLUCIONES



Ejemplo. Cada cooperativa selecciona su módulo de servicios y su esquema de financiación. Dos de ellas adoptan los honorarios por servicios prestados y otra adopta una cuota anual de los miembros por un período de prueba de dos años. El equipo de investigación diseña una prueba de campo con tres comunidades no participantes y que se habían incluido en la encuesta inicial como testigos. Asimismo, planifican un examen posterior utilizando la misma encuesta domiciliaria efectuada para recopilar la información de base.

Etapa 2. Ejecutar la Prueba y Recopilar la Información Necesaria

Las pruebas se llevan a cabo de conformidad con lo estipulado en el protocolo de evaluación. Para evaluar las soluciones, se recopila información sobre rendimiento efectivo, incluidos los ingresos generados, los servicios utilizados, la población atendida y otros indicadores claves.

Ejemplo. El equipo de investigación hace una prueba de campo en tres comunidades y analiza los informes estadísticos trimestrales para controlar las operaciones de los esquemas de financiación. Después de cierto tiempo, efectúa una breve evaluación y recomienda algunos cambios en los módulos de servicios y la estructura de honorarios. Al término del proyecto, realiza una encuesta domiciliaria de seguimiento, analiza los resultados y se los presenta a la Junta Directiva y a los dirigentes de las cooperativas.

Etapa 3. Evaluar y Modificar/Adaptar la(s) Solución(es)

Las soluciones teóricas se modifican o se adaptan en base a los resultados de la prueba. Si las modificaciones son significativas, se requieren pruebas adicionales.

Ejemplo. El análisis de los resultados de la evaluación que hace el equipo de investigación indica que la cuota anual de filiación es el más productivo de los dos esquemas, pero que la cuota se debe sustituir por una escala móvil para que los servicios sean más accesibles a los miembros de bajos ingresos. La Junta Directiva acepta las recomendaciones, al igual que las cooperativas.

Etapa 4. Integrar la Información Resultante

En algunos casos se efectúan simultáneamente varios cambios en el sistema. Si esto sucede, el investigador debe volver a integrarlo para evaluar los efectos que ejercen en todo el sistema los cambios introducidos en una de sus partes. Por ejemplo, ¿podría generar más ingresos un cambio en la estructura de honorarios y sería necesario modificar los mecanismos administrativos y de control con tal objeto? El analista debe integrar los diversos cambios, a fin de que todo sistema siga funcionando productivamente.

Ejemplo. Durante el segundo año de la prueba, los analistas inician varios proyectos breves de investigación operativa sobre los problemas que han surgido, y entre los cuales se cuentan la provisión de medicamentos, la supervisión de los trabajadores de salud y la administración de los fondos. Los analistas incorporan los resultados de estos estudios a la prueba que se está llevando a cabo y observan los efectos ejercidos en el sistema. En el informe final se presentan recomendaciones de ajustes en cada una de las áreas que contribuirán a mejorar el rendimiento del sistema global.

OBSERVACION FINAL

En el caso de ciertos problemas, no se pueden seguir las etapas indicadas estrictamente en el orden descrito. Por ejemplo, es posible que los analistas necesiten recopilar datos antes de seleccionar un modelo analítico. Las etapas y los métodos pueden sobreponerse, o bien varias etapas pueden repetirse. Asimismo, es probable que los analistas investiguen diversos problemas operativos simultáneamente. Por lo tanto, estas etapas deben considerarse como una guía general para el proceso de investigación operativa y deben observarse con flexibilidad.

ANEXO

RESUMEN DE ESTUDIOS FINANCIADOS POR PRICOR SOBRE LA
FINANCIACION COMUNITARIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

ANEXO: RESUMEN DE ESTUDIOS FINANCIADOS POR PRICOR
SOBRE LA FINANCIACION COMUNITARIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

En este anexo se resumen varios estudios financiados por PRICOR; asimismo, se presentan ejemplos de posibles aplicaciones de las investigaciones operativas al estudio de problemas relacionados con la financiación comunitaria de la atención primaria de salud.

HONDURAS: Estudio Sobre Alternativas de Financiación de los Servicios Básicos de Salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con asistencia técnica de Management Sciences for Health, está llevando a cabo un estudio de 24 meses destinado a desarrollar y poner a prueba alternativas de financiación comunitaria para complementar los servicios proporcionados por el Ministerio.

La primera fase del estudio comprende la recopilación de datos de diversas fuentes para analizar minuciosamente el problema e identificar posibles alternativas de financiación. A la fecha, dichas alternativas son las siguientes: 1) el cargo por consulta cobrado por el personal de salud, incluidos los trabajadores comunitarios de salud, los médicos y las enfermeras auxiliares; 2) la venta de medicinas en los centros de salud; y 3) la solicitud de contribuciones consistentes en mano de obra, materiales y terrenos.

En la segunda fase del estudio se examinarán cada una de estas alternativas para evaluar sus costos potenciales, sus efectos y su efectividad relativa en función de los costos. Se compararán los costos y la cobertura estimada de cada alternativa de financiación, con el objeto de determinar cuáles permiten el mayor nivel de cobertura a un costo determinado.

En la fase final del estudio, se pondrán a prueba una o varias alternativas de financiación en dos áreas de salud del país durante aproximadamente seis meses. Después de que se analicen los resultados de la prueba, se harán ciertas modificaciones en los esquemas de financiación antes de aplicarlos en todo el país.

Se puede solicitar más información sobre este proyecto al Dr. Yanuario García, Dirección General de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa, Honduras, C. A., o al Dr. A. Frederick Hartman, Management Sciences for Health, Apartado Postal No. 7, Colonia Kennedy, Tegucigalpa, Honduras, C.A.

BRASIL: Financiación Comunitaria de Servicios de Atención Primaria de Salud

Los residentes de las favelas (barrios pobres) de Rio de Janeiro tienen acceso limitado a los servicios básicos de salud. El Centro de Pesquisas de Asistencia Integrada à Mulher e a Criança (CPAIMC) ha estado brindando servicios de salud materno infantil y de planificación de la familia a algunas de estas comunidades urbanas marginales, durante los últimos cinco años. Este proyecto de investigación tiene por objeto ampliar la cobertura de la APS en estas comunidades mediante la financiación comunitaria. El objetivo inmediato del estudio es identificar medios para financiar servicios que se podrían ofrecer en mini-puestos de salud y en unidades de salud.

El estudio se ejecutará en un plazo de 21 meses. En la primera fase (análisis de problemas) los investigadores identificaron 18 medios que las comunidades podrían emplear para participar en la financiación de la atención primaria de salud.

En la segunda fase, los investigadores aplicarán nuevamente técnicas grupales (intercambio intensivo de ideas, técnica de grupo nominal, Delfos) y matrices de interacción, con el fin de identificar el método más adecuado de financiación comunitaria para cada favela. Las soluciones "óptimas" deben ser los esquemas que tengan mayores probabilidades de éxito dadas las restricciones existentes. Dichas soluciones potenciales se someterán a un examen práctico cuando se den a conocer a los dirigentes comunitarios, a los funcionarios del Ministerio de Salud, a las autoridades del CPAIMC y a otras personas para que las analicen y critiquen.

Después de que se hayan identificado las alternativas de financiación comunitaria, se pondrán a prueba en el terreno durante 10 meses. Se empleará un diseño cuasi experimental para cuantificar los resultados de las alternativas (servicios proporcionados, cobertura, grado de utilización, ingresos obtenidos) y su eficacia relativa en función de los costos. En base a los resultados del análisis, el personal encargado de la investigación presentará recomendaciones para mejorar los sistemas de FC. Dichas modificaciones se efectuarán durante el último mes del estudio.

Se puede solicitar información adicional al Sr. Darci Dusilek o a la Sra. Karen J. Lassner, CPAIMC, Avenida Presidente Vargas 2863, 20210 Rio de Janeiro, Brasil.

BENIN: Alternativas de Financiación Comunitaria de la Atención Primaria de Salud

La Clínica de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Benin, con asistencia técnica del Unitarian Universalist Service Committee, está ayudando a los habitantes de la comuna rural de Pahou a organizar un proyecto de demostración sobre salud familiar y medicina comunitaria. Uno de los objetivos del proyecto es establecer un modelo de administración de los servicios de atención de salud a bajo costo, "que utilice eficaz y eficientemente los recursos locales para la atención de salud". Los dirigentes de la comunidad acordaron financiar los costos de los medicamentos y de la remuneración de los trabajadores comunitarios de salud. Este estudio aborda la siguiente pregunta: ¿cuál sería el método más apropiado de financiación de estos elementos por parte de la comunidad?

La Fase I del estudio consiste en un análisis sistemático de los componentes esenciales de un esquema de financiación y en la evaluación de esquemas alternativos. El equipo encargado de la investigación está trabajando con el personal de Pahou y con comités de salud de poblado, con el fin de definir una matriz que indique las características de un esquema eficaz de financiación en uno de sus ejes y las alternativas de financiación en el otro. El establecimiento de relaciones cuantitativas para cada alternativa con respecto a cada atributo permitirá identificar los esquemas de

financiación más promisorios. Hasta ahora se han identificado dos esquemas principales: el pago adelantado y el pago por cada enfermedad.

En la Fase II se pondrán a prueba las alternativas escogidas por las comunidades. La evaluación y el control periódicos permitirán realizar los cambios que sean necesarios para perfeccionar cada alternativa de FC. La eficacia de cada sistema se evaluará en una evaluación final.

Se puede solicitar más información al Dr. Alihonou Eusebe, B.P. 1822, Cotonou, Benin o a la Srta. Elizabeth Coit, Unitarian Universalist Service Committee, 78 Beacon St., Boston, MA 02108, EE.UU.

TAILANDIA: Financiación Comunitaria de Actividades de APS Relacionadas con Nutrición y Saneamiento

Este es un estudio de 19 meses de duración sobre fondos rotatorios que se está ejecutando en 40-50 poblados del nordeste, el centro y el sur de Tailandia; tiene por objeto analizar la experiencia relativa a la financiación comunitaria de actividades de control de la nutrición, alimentación suplementaria y saneamiento doméstico. En la primera etapa del proyecto se identificaron más de 12.000 fondos rotatorios. Una encuesta realizada por correo proporcionó información sobre más de 4.600 de estos fondos y se han programado estudios de caso de unos 60 fondos con fines de seguimiento. Los objetivos son los siguientes: 1) describir los modelos viables de financiación comunitaria de estas actividades, 2) analizar los factores relacionados con la equidad y 3) explicar las variaciones. El propósito principal es desarrollar modelos de esquemas de financiación que se pondrán a prueba en 1984-1985. El organismo ejecutor del estudio es el Consejo Nacional de Desarrollo Económico y Social, que cuenta con la asistencia técnica de un consultor de los EE.UU.

Se puede solicitar información adicional a la Srta. Orathip Tanskul, NESDB, Krung Kasem Rd., Bangkok 10100, Tailandia o al Dr. Charles Myers, Harvard Institute for International Development, 1737 Cambridge St., Cambridge, MA 02138 EE.UU.

BRASIL: Financiación de Abastecimiento Comunitario de Agua

Esta es una investigación retrospectiva de proyectos iniciados por la Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), institución creada en 1942. La encuesta conjunta que realizaron FSESP y Johns Hopkins University en 1960 sirve de base al proyecto. Se analizará la información a fin de identificar los factores que determinan el éxito y el fracaso de los esquemas de financiación y de comparar su eficacia en función de los costos. Posteriormente se utilizará esta información para elaborar esquemas alternativos de financiación que se puedan aplicar para la atención primaria de salud en el Brasil.

Se puede solicitar información adicional al Dr. Timothy Baker, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 615 North Wolfe St., Baltimore, MD 21205, EE.UU.

SENEGAL: Financiación Comunitaria de la Atención Primaria de Salud

El Ministerio de Salud y diversas entidades donantes consideran que para la ampliación de la atención primaria de salud en Senegal es esencial la movilización de recursos de la comunidad, para cubrir por lo menos los costos de algunos servicios de APS. Este estudio de tres meses de duración tenía tres objetivos: 1) determinar los factores vinculados en el pasado con el éxito de la financiación comunitaria de la atención primaria de salud en Senegal, 2) efectuar una crítica de los esquemas de FC propuestos para la Fase II del proyecto Sine Saloum y 3) desarrollar un plan de evaluación del componente de financiación comunitaria de la Fase II del proyecto.

Se puede solicitar más información al Dr. Clive Gray, Harvard Institute for International Development, 1737 Cambridge St., Cambridge, MA 02138, EE.UU.

ZAIRE: Financiación Comunitaria de los Trabajadores de Salud de Poblado

En este proyecto, que se llevará a cabo en un plazo de 20 meses, se procura examinar la eficacia relativa en función de los costos de los diversos sistemas de APS (gubernamentales y privados) que se aplican en Zaire a nivel comunitario, específicamente en lo que respecta a la utilización de los servicios ofrecidos en los dispensarios. Se desea identificar lo siguiente: 1) las estrategias de financiación más eficaces en función de los costos para financiar los servicios proporcionados en los dispensarios, 2) la relación entre estas estrategias y el nivel de utilización de los servicios y 3) la posible aplicación de estas estrategias en distintas regiones del país.

Se puede solicitar más información al Dr. Lusamba Dikassa, Department of Public Health, School of Medicine, B.P. 128, Kinshasa XI, Zaire o al Dr. Frank Baer, Basic Rural Health Project, USAID/Kinshasha, Washington, DC 20523, EE.UU.

FILIPINAS: Prueba de Esquemas de Financiación de APS

Este es una prueba experimental de los esquemas de financiación comunitaria utilizados en las comunidades rurales de la provincia de Iloilo. El universo de este estudio está integrado por los doce "barangays" (poblados) que participan en el proyecto de Servicios Unificados de Salud de Panay. Los trabajadores de salud de barangay ayudarán a las comunidades a elaborar esquemas de financiación comunitaria. Se elaborarán dos o tres esquemas que se pondrán a prueba en tres poblados, y los demás actuarán como grupos de control.

El estudio se concentra en el proceso de desarrollo y aplicación de los esquemas, su rendimiento operativo y sus resultados en términos de los cambios registrados en la utilización de los servicios, las actividades por medio de las cuales se procura recibir servicios de salud y los gastos relacionados con la salud. La ejecución de esta investigación, que abarca un período de 24 meses, está a cargo de funcionarios de la Universidad de las Filipinas en Visayas que cuentan con la asistencia de varios consultores filipinos.

Se puede solicitar información adicional a la profesora Ida Saison, University of the Philippines - Visayas, Iloilo, Panay, Filipinas.

DOMINICA: Empleo de un Fondo Rotatorio para Medicamentos

El Ministerio de Salud estima que los problemas relacionados con la falta de disponibilidad y la financiación de medicamentos esenciales son el mayor obstáculo para la ampliación de la atención primaria de salud en Dominica. Después de considerar varias alternativas, el Ministerio de Salud decidió que la creación de un fondo rotatorio para medicamentos (FRM) sería la mejor manera de asegurar la disponibilidad de medicamentos y de financiar una gran parte del programa de APS. En este estudio se aborda la siguiente pregunta: ¿cómo concebir el FRM más adecuado y solucionar los problemas operativos relacionados con su implantación? Durante la primera fase del estudio, el equipo de investigación realizó un análisis sistemático de los componentes de un FRM para Dominica. La próxima etapa consiste en identificar los problemas operativos y, posteriormente, en analizar y considerar las soluciones alternativas para estos problemas, utilizando métodos adecuados. El FRM se pondrá a prueba primero en el distrito de Roseau y en esta etapa del proceso se podrán evaluar las soluciones alternativas. Después de eso se comenzará a implantar el FRM por etapas en el resto del país. Para la ejecución de este estudio de 18 meses de duración el Ministerio de Salud está recibiendo asistencia de consultores de Management Sciences for Health.

Se puede solicitar información adicional al Dr. Desmond O.N. McIntyre, Health Services Coordinator, Ministry of Health, Roseau, Dominica, West Indies o al Sr. Peter Cross, Management Sciences for Health, 165 Allandale Rd., Boston, MA 02130, EE.UU.

BOLIVIA: Financiación Comunitaria de APS por Intermedio de Cooperativas

En este proyecto de dos años de duración se procura elaborar y poner a prueba esquemas de autofinanciación que puedan aplicar las cooperativas rurales y urbanas de Santa Cruz. En la Fase I los promotores de salud de poblado recopilarán información sobre los problemas de salud, los servicios necesarios y los gastos relacionados con la atención de salud. Esta información se destinará a ayudar a los comités de salud de poblado a seleccionar módulos de servicios de APS y a determinar los medios que se utilizarán para el pago de dichos servicios.

En la Fase II se aplicarán y se controlarán los esquemas. Se efectuarán ciertos ajustes en los esquemas de financiación para estimular su empleo en otras cooperativas de Bolivia. La Misión de la AID en Bolivia financiará las actividades de elaboración de los esquemas, en tanto que los fondos de PRICOR se destinarán a la investigación.

La Fundación Integral de Desarrollo (FIDES) es el organismo ejecutor del proyecto y para llevarlo a cabo recibe asistencia técnica de un epidemiólogo y de un economista especializado en salud. Se puede solicitar información adicional al Sr. Jaime Bravo, FIDES, Casilla 1911, Santa Cruz, Bolivia.

LIBERIA: Planificación y Evaluación de Esquemas de Financiación en el Distrito de Kolahun

La ejecución de este estudio de 18 meses de duración estará a cargo de funcionarios del Hospital Phebe ubicado en un distrito rural de Liberia. El objetivo del estudio es determinar cómo puede financiar la comunidad una parte del costo o el costo total de los servicios de APS, para asegurar el mantenimiento de estos servicios esenciales. Se realizará una encuesta con el fin de identificar las necesidades de salud y de servicios, los posibles encargados de la provisión de servicios y los grupos destinatarios, y para determinar la disposición y la capacidad para pagar por los servicios.

Se examinarán las alternativas de financiación enumeradas en la monografía de APHA, empleando una matriz de definición de sistemas. Aplicando el método Delfos los dirigentes comunitarios locales evaluarán las alternativas que, aparentemente, permitan lograr los objetivos dadas las restricciones existentes. A continuación, la alternativa más adecuada se pondrá a prueba en el terreno durante 12 meses.

Se puede solicitar más información al Dr. Andrew Cole, Christian Health Association of Liberia, P.O. Box 1046, Monrovia, Liberia.

LECTURAS SUGERIDAS

Muchas de las publicaciones consultadas para redactar este documento son difíciles de conseguir. A continuación se presenta una breve lista de artículos y libros importantes sobre financiación comunitaria, que por lo general se pueden conseguir fácilmente.

Financiación

Wayne Stinson, Community Financing of Primary Health Care, Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos (American Public Health Association, 1015 Fifteenth St., N.W., Washington, DC 20005, EE.UU.), International Health Programs Monograph Series 1, No. 4, 1982.

Organización Mundial de la Salud, "Cost and Financing of Primary Health Care at the Community Level", Ginebra: WHO/PHC/80.1, marzo de 1980.

Dieter K. Zschock, Health Care Financing in Developing Countries, Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos, International Health Programs Monograph Series, No. 1, Washington, DC, 1979.

Investigaciones operativas

Stewart N. Blumenfeld, Métodos de Investigaciones Operativas: Una Metodología General Aplicada a la Atención Primaria de Salud, PRICOR (Center for Human Services, 5530 Wisconsin Avenue, Chevy Chase, Maryland 20815, EE.UU.), Serie de Monografías, 1986.

Peter Delp, et al., Systems Tools for Project Planning, International Development Institute, (201 N. Indiana, Indiana University, Bloomington, Indiana 47405, EE.UU.), 1977.

F. Grundy y William A. Reinke, "Investigaciones de Práctica Sanitaria y Métodos Matemáticos de Gestión", Public Health Paper No. 51, Ginebra: OMS 1973 (también publicado en inglés y francés).

GLOSARIO

Este glosario se preparó con el objeto de ayudar al lector a comprender el significado de ciertos términos empleados por PRICOR.

ALTERNATIVA: posibilidad de elegir entre dos o más soluciones; se puede optar por cualquiera siempre y cuando no sea más de una.

ANALISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD: técnica utilizada para comparar los costos y la efectividad de medios alternativos para lograr el mismo objetivo.

ANALISIS DE SENSIBILIDAD: análisis que indica cómo varía una solución cuando se produce un cambio en una o más de las variables que influyen en ella.

ANALISIS DE SISTEMAS: término genérico que abarca el empleo de una amplia gama de métodos (incluida la investigación operativa) para el estudio de problemas o entidades que se han conceptualizado o estructurado en forma de sistemas.

ANALISIS SISTEMATICO: análisis que se realiza conforme a una serie de procedimientos consecutivos.

ANALISIS SISTEMICO: identificación de los componentes de un sistema y evaluación de su interrelación.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD: estrategia destinada a poner a disposición de toda la población mundial los servicios de salud básicos.

COMPONENTE: parte integral de un sistema.

COMUNIDAD: grupo de personas que tienen una organización o un interés común o que viven en el mismo lugar sujetas a las mismas leyes.

CRITERIO: característica, regla o prueba sobre cuya base se formula un juicio acerca de un objeto o un acontecimiento.

DECISION: acto o proceso de elección entre varias alternativas.

DEMANDA: el tipo y la cantidad de servicios o bienes demandados o solicitados.

EFECTIVIDAD: grado en el cual se logran los objetivos de un programa o un sistema. Por lo general, los resultados se comparan a una norma; por ejemplo, los objetivos establecidos originalmente ("el programa logró cumplir con el 90% del objetivo fijado").

EFFECTOS: cambios de los conocimientos, las actitudes y la conducta (prácticas) de los individuos, las familias o las comunidades, a consecuencia de un programa, un proyecto o una actividad.

EFICIENCIA: logro de los objetivos fijados sin desperdiciar recursos; relación entre insumo y producto. Por ejemplo, de dos programas que utilizan la misma cantidad de recursos, el programa A, en el cual se examinan diez madres por día, es más eficiente que el programa B, en el cual sólo se examinan cinco madres por día.

EVALUACION: juicio de valor. En la práctica es un proceso destinado a emitir juicios sobre objetos, procesos o programas selectos, mediante su comparación con normas de valores específicos (por ej., objetivos), con el fin de decidir entre varias alternativas.

FACTORES CONTROLABLES: (véase "Variables de decisión").

FACTOR FACILITANTE: factor no controlable que facilita ciertas selecciones (por ej., la disposición de la gente a pagar por los servicios de atención primaria de salud).

FACTORES NO CONTROLABLES: factores no controlados por los encargados de adopción de decisiones.

FINANCIACION COMUNITARIA DE APS: movilización de recursos por parte de una comunidad a fin de dar apoyo parcial o total a los servicios de salud preventiva y curativa para sus integrantes.

FUNCION DEL OBJETIVO: descripción o ecuación que expresa la relación existente entre las actividades que puede realizar un encargado de adoptar decisiones y el resultado de dichas actividades, o entre la variable de decisión y el objetivo de la solución.

IMPACTOS: modificaciones de las condiciones (por ej., las condiciones de salud, el nivel de vida) de los individuos, las familias o las comunidades, a consecuencia de un programa, un proyecto o una actividad. Por ejemplo, reducción de la mortalidad infantil en un 15%.

INDICADOR: fenómeno observable que sustituye a un fenómeno menos observable (por ej., el peso de acuerdo con la edad de un niño como indicador del estado nutricional).

INSUMOS: tipos y cantidades de recursos (mano de obra, dinero, materiales, etc.) utilizados en un programa, un proyecto o una actividad; en algunos casos se denomina "esfuerzo".

INTERVENCION: en el ámbito de la salud es una actividad destinada a modificar una serie de acontecimientos con el fin de producir un resultado más adecuado. Por ejemplo, la vacunación contra el sarampión es una intervención inmunológica entre el virus y el huésped.

INVESTIGACION OPERATIVA (U OPERACIONAL): aplicación de disciplinas científicas a la solución de problemas gerenciales y administrativos; proceso sistemático orientado a la solución de problemas, que consta de tres fases: análisis del problema, desarrollo de soluciones y prueba de las soluciones.

MATRIZ: representación matemática o gráfica en dos dimensiones de la relación entre diversas variables.

MEDIDA: número asignado a un objeto o un acontecimiento. Pueden consistir en números (45 visitas), tasas (10 visitas/día), proporciones (45 visitas de APS/380 visitas en total = 0,118), porcentajes (12% de las visitas realizadas) o coeficientes (45 visitas/4 TCS = 11,25).

META: impacto deseado. En el contexto de la APS es un estado de salud que se desea o se prevé alcanzar por intermedio de una actividad, un proyecto o un programa; por ejemplo, reducir la mortalidad infantil.

MODELO: representación simplificada de la realidad. En las investigaciones operativas con frecuencia se utilizan modelos gráficos (mapas, diagramas, diagramas de flujo) o matemáticos (fórmulas, ecuaciones).

OBJETIVO: efecto que se desea o se prevé lograr por intermedio de una actividad, un proyecto o un programa (por ej., incrementar el uso de gráficas de crecimiento en un 50%).

OBJETIVO DE LA SOLUCION: descripción de las características de una solución aceptable. Generalmente se expresa en términos cuantitativos; por ejemplo, incrementar al máximo el número de niños que se pueda inmunizar con el presupuesto de un programa específico.

OPCION: posibilidad de elegir entre dos o más cursos de acción.

OPTIMIZAR: manejar un sistema de tal manera que el criterio alcance su valor máximo. Por ejemplo, minimizar los costos o maximizar el grado de utilización.

OPTIMO: valor mejor o valor más favorable que puede lograrse dadas las restricciones existentes.

ORGANIZACION COMUNITARIA PARA LA APS: procesos o estructuras para lograr la participación de la comunidad en la atención primaria de salud.

PARTICIPACION COMUNITARIA: participación de los integrantes de la comunidad en la planificación o la ejecución de actividades comunitarias.

PROBLEMA: (véase "Problema operativo").

PROBLEMA OPERATIVO: cuestión, asunto o disfunción de carácter específico dentro de un sistema operativo, que limita el logro de los objetivos de dicho sistema. Se trata de un problema endógeno del sistema operativo, no un problema del medio, de salud o cualquier otro problema exógeno.

PROCEDIMIENTO: serie de tareas o acciones predeterminadas para llevar a cabo una intervención; por ejemplo, un examen físico.

PROCESO: serie concatenada de acciones o intervenciones destinadas a lograr una finalidad específica; por ejemplo, una sesión de educación sobre salud.

PRODUCTOS: tipos y cantidades de bienes y servicios producidos por una actividad, un proyecto o un programa. Por ejemplo, distribución de 750 sobres de sales de rehidratación oral.

PROGRAMA: conjunto de actividades organizadas que tienen por objeto lograr una meta.

RESTRICCIÓN: requisito o factor limitante impuesto a un sistema, que reduce la libertad de decisión.

RESULTADO: consecuencia de un programa o una actividad; por lo general corresponde a su efecto o su impacto pero también puede incluir los productos.

SISTEMA: conjunto de componentes distintos pero interdependientes destinado a lograr una serie de metas.

SUBSISTEMA: sistema que forma parte de otro sistema de mayor magnitud.

TRABAJADOR COMUNITARIO DE SALUD: persona originaria de la comunidad que presta servicios básicos de salud, curativos y preventivos, a los integrantes de una comunidad. Se le conoce también como trabajador de salud de poblado. Esta categoría incluye, entre otros, a los promotores, los auxiliares comunitarios de salud, los agentes de salud, los guías de salud y los visitantes de salud.

VALOR: valía estimada o evaluada. En las investigaciones operativas es el monto asignado a una variable de decisión; por ejemplo, el precio de los paquetes de SRO.

VARIABLE DE DECISIÓN: variable de un problema de decisión que puede ser controlada por los encargados de adoptar decisiones.

VARIABLE DEPENDIENTE: variable que es objeto de una predicción o una explicación (el "efecto" en una relación causa-efecto).

VARIABLE INDEPENDIENTE: variable empleada para pronosticar o explicar otras variables (dependientes); es la "causa" en una relación causa-efecto.

VARIABLES: factores de un problema de decisión cuyo valor puede cambiar.