

# La Vigilancia de la Salud en las Áreas de Salud y los Niveles Locales en Honduras

**Ramón Granados Toraño<sup>1</sup>, Juan de Dios Paredes Paz<sup>2</sup> y Emilio Ramírez Pinto<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Médico, M. Sc. Administración y Organización de la Salud Pública. Ph. D. (candidato) Consultor internacional de sistemas y servicios de salud de la OPS en Colombia. E-mail: [ramon@col.ops.oms.org](mailto:ramon@col.ops.oms.org)

<sup>2</sup> Médico, M. Sc. Salud Pública. Viceministro de redes de servicios del Ministerio de Salud de Honduras. Consultor OPS en Guatemala.

E-mail: [jparedespaz@hotmail.com](mailto:jparedespaz@hotmail.com)

<sup>3</sup> Ingeniero Agrónomo, M. Sc. Salud Pública. OPS Honduras.

E-mail: [eramirez@hon.ops-oms.org](mailto:eramirez@hon.ops-oms.org)

---

## RESUMEN

Se presenta la experiencia de Honduras en el desarrollo del sistema de vigilancia de salud, cuyo proceso de construcción es permanente, participativo y democrático. Este sistema corresponde a un modelo de atención en Areas y niveles locales, basados en la producción social de la salud.

**Palabras Claves:** Vigilancia de salud, producción social de salud, epidemiología, participación, municipios, empoderamiento, promoción

## ABSTRACT

### Health surveillance in health areas and local levels in Honduras

The experience of Honduras in the development of a health surveillance system whose construction process is permanent, participative and democratic, is presented. This system corresponds to a model of health provision in areas and local levels, based upon the social productivity of health.

**Key Words:** Health surveillance, social productivity of health, epidemiology, participation, municipalities, empowerment, promotion

La experiencia de Honduras, enriquecida por la práctica social del desarrollo local de la salud, enseña que la vigilancia de la salud es un proceso cuya construcción es permanente, participativa y democrática. No es posible concebirla detenida en un estado “ideal” de acabamiento, como un momento concreto de evaluación ni como el ejercicio rutinario del monitoreo de la situación de salud o los sistemas y servicios de salud. Aunque incluye estos últimos, aborda otras dimensiones del desarrollo local en su relación con la producción social de la salud. Múltiples confusiones se pueden generar con este concepto que puede ser reducido a:

- La vigilancia epidemiológica de daños o riesgos que tradicionalmente han venido efectuando los programas nacionales de salud, tanto de atención a las personas y ciertos grupos humanos como de atención al ambiente;
- el monitoreo de la producción de los servicios de salud, de las estadísticas vitales y de salud;
- la notificación obligatoria de enfermedades, las encuestas epidemiológicas selectivas o el procesamiento de datos de sitios centinelas;
- los sistemas de información de salud, entre ellos los de gestión.

Debemos insistir en un elemento central: la vigilancia de la salud incluye todo lo anterior, pero no se agota en las manifestaciones descritas (1). Las diferentes dimensiones de la vigilancia de los procesos y fenómenos relativos a la salud-enfermedad humana han estado marcadas por las corrientes y creencias ideológicas, políticas y científicas que, a su alrededor, han prevalecido en determinados momentos históricos.

En la época del desarrollo acelerado de la microbiología, y como consecuencia de los trabajos de Pasteur, se desarrolló la teoría monocausal o de los gérmenes, que redujo la complejidad del fenómeno a las relaciones agente/huésped/hospedero, la llamada tríada ecológica. Ello dio lugar, desde el punto de vista de salud pública al “sanitarismo” y a los “clásicos” programas verticales, que pretendían, con éxito ante determinadas afecciones, romper la cadena epidemiológica de transmisión. Con posterioridad, estas concepciones fueron supera-

das por la teoría de la multicausalidad que incluye el análisis del medio ambiente físico, biológico y social. El sustrato básico de esta teoría radicó en la epidemiología y la estadística y, desde el punto de vista de salud pública, da salida a los programas dirigidos a grupos etéreos definidos, o a la erradicación y/o control de daños. Estas concepciones tuvieron, también, una influencia determinante en la gerencia y organización de la atención de la salud, con una clara influencia tecnocrática, institucional, biologicista y reducida a la participación de profesionales médicos y paramédicos en las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. La vigilancia epidemiológica se hizo más compleja e incluyó nuevas enfermedades y daños, como algunas enfermedades crónicas, la vigilancia del crecimiento y el desarrollo y la de la mortalidad en algunos grupos etéreos, o sociodemográficos, más vulnerables o considerados prioritarios.

En los años setenta se cuestionó seriamente los modelos de sistemas de salud basados en las concepciones flexnerianas y en la visión médico-biológica de la salud-enfermedad humana. Los trabajos de Lalonde, Blum y Dever son pioneros en la definición de un “nuevo” paradigma: la salud humana responde a determinantes de la biología humana, de los estilos o comportamientos, del medio ambiente y de los servicios de salud. Se demostró en varios trabajos estadísticos que, en los países desarrollados, solo un porcentaje pequeño de la mejoría del estado de salud de la población, responde a las medidas de los servicios tradicionales de salud. En contrapartida, la mayoría de las acciones y recursos se invierten en medidas institucionales dirigidas a control de los daños y riesgos.

Ya desde los siglos XVIII y XIX se venían desarrollando, incluso antes de los avances señalados de la microbiología y sus consecuencias médico sanitarias, los conceptos sobre la medicina social, que destacaban las condiciones sociales de vida de la población y sus grupos humanos diferenciados por las mismas, como determinantes del volumen y estructura social de los problemas de salud. Estas concepciones continuaron su desarrollo en el siglo XX, bajo diferentes denominaciones: medicina social, epidemiología social, salud colectiva y otras.

Algunos desarrollos modernos han puesto el énfasis en la promoción de la salud y han concebido la práctica de acciones de salud en su visión médica, epidemiológica y social. Se habla de la producción social de la salud, que involucra a todos los actores sociales, gubernamentales, no gubernamentales y privados; del Estado y de la sociedad civil. En estas corrientes se incluye la Nueva Salud Pública y las concepciones que han dado origen al movimiento de municipios y ciudades saludables, en cuyo marco se han propuesto nuevas formas de evaluación y vigilancia del avance de los procesos locales (2).

La concepción de la vigilancia de la salud tiene una relación muy estrecha con el concepto que se tenga de la salud, y con sus instrumentaciones operacionales. Así, si predomina el enfoque ecológico multicausal o el flexneriano, la vigilancia se hará en torno a los programas de salud dirigidos al control o erradicación de daños y riesgos. Pero cuando se comienza el tránsito hacia modelos de atención basados en la producción social de la salud, se necesitan nuevos abordajes.

#### VIGILANCIA DE LA SALUD: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

En el paradigma de la salud como producción social, la vigilancia de la salud se ubica en la dinámica social como parte integral del desarrollo local, y su protección y mejoramiento deviene y compromete a acciones gubernamentales, no gubernamentales, privadas y sociales, institucionales y no institucionales. La salud se concibe como parte integrante de la construcción colectiva de la ciudadanía y del desarrollo de la democracia participativa.

La Organización Mundial de la Salud (3) considera que la salud es el “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades”, concepto que, aunque criticado, no ha perdido su actualidad y poder de movilización política, ideológica y moral. A partir de este concepto se hizo universal la aceptación de las dimensiones políticas, antropológicas, culturales y sociales de la salud. Más recientemente se incorporó la economía en el debate.

Si partiésemos de aceptar esta definición, la vigilancia de la salud debería ser la vigilancia del bienestar físico, mental y social de la po-

blación. Ya desde aquí, se estaría superando la visión puramente médico-biológica, e incluso epidemiológica, tradicional de la vigilancia.

Se debe reconocer que la salud, cada vez más, se evalúa desde una perspectiva sociológica humanista que la considera un derecho humano fundamental y una finalidad sustantiva del desarrollo humano sostenible. Desde esta perspectiva, **la salud es la vitalidad de la población, de los grupos humanos, las familias y los individuos para desarrollar las actividades sociales y realizar auténticamente la personalidad humana** (4). La vitalidad es la capacidad creadora de producción y apropiación de bienes materiales y culturales, que permite a los grupos sociales, familias e individuos, desempeñarse como sujetos sociales del desarrollo y realizar crecientemente sus potencialidades físicas, mentales y sociales. Por tanto, el ámbito natural para el desarrollo de la vitalidad es la producción social de la salud y la vigilancia de este proceso de producción es la vigilancia de la vitalidad de la población, sus diferentes grupos sociales, familias e individuos.

#### MODERNIZACIÓN Y REFORMA

En Honduras, en el período 1994-1998 a que está referida esta experiencia, las Areas de Salud son instancias intermedias para la administración de segmentos de la red de servicios de la Secretaría de Salud. Ellas no coinciden necesariamente con la división política y administrativa del país y se constituyeron en el eje de la modernización y en el motor impulsor de las transformaciones necesarias de todo el sistema de salud. Parte importante de estas transformaciones sin precedentes, fueron el proceso democrático participativo de la salud a nivel local y el control social de la gestión de los servicios. El desarrollo local de la salud se impulsó como **producción social de la salud**. Es por ello que la vigilancia de la salud encontró en las Areas el terreno para su desarrollo y para generar lecciones útiles para el nuevo milenio.

Ninguna reforma es exitosa si no transforma la operación de las redes locales, en las cuales la población satisface sus necesidades de salud. Podrán realizarse readecuaciones institucionales, reorganizaciones administrativas, modernizaciones procedimentales y tecnológicas.

cas, reformas jurídicas, todas ellas sin dudas necesarias. Pero si la población no percibe y comprueba que ello se expresa de forma real y concreta en la solución de sus problemas de salud, la reforma no es legitimada por los sujetos sociales.

Según Vilaca Mendes (5), “ la población se mueve en un plano fenoménico donde las leyes, convenios, siglas, organigramas, dicen poco. Allí lo que cuenta es el carácter concreto de los servicios que se prestan y se reciben y su congruencia con las necesidades y representaciones de la gente. Y eso sólo va a ocurrir en la materialidad de las acciones que se realizan cotidianamente en los hospitales y los centros de salud”.

Este espacio operativo está constituido por las Areas de Salud. Ello les otorgó un valor estratégico para la transformación del sistema en su conjunto. En el momento de su selección existieron varias razones:

1. Se consideraron como un territorio-proceso en constante cambio y evolución en el que confluyen los diferentes actores sociales con importancia decisiva para la producción social de la salud.
2. Mantenían un equipo de conducción y gerencia y redes locales de salud que incluían a los hospitales (de Area o Regionales).
3. Muy próximas a los gobiernos locales, que son los ordenadores del desarrollo municipal y departamental.
4. Con facilidad podrían dotarse de los recursos tecnológicos necesarios para la solución de una proporción muy significativa de los problemas de salud de la población.
5. Por su ubicación territorio-procesal estarían en óptimas condiciones para el diálogo, la negociación, concertación y compromisos con los diversos actores locales.
6. Eran parte integrante de las concepciones globales del sistema de salud y podrían armonizar con más facilidad lo global con lo local y trascender la visión programática para poner el énfasis en la solución de problemas de salud locales.
7. Por su potencial creativo e innovador para la búsqueda de soluciones viables, sostenibles e irreversibles, mediante la investigación operativa, el ensayo y error controlado y explicado, y los procesos

de desarrollo de recursos humanos locales, institucionales y comunitarios.

8. Por su cercanía a la población para "empoderarla" y hacerla transitar de su condición actual de objeto de atención a la de sujeto de su propio desarrollo.

En síntesis, la vigilancia de la salud en las Areas de Salud y los niveles locales en Honduras pretendió integrar, armonizar y poner a dialogar a los diferentes usuarios de los sistemas y subsistemas de información existentes, y sus procesos de toma de decisiones, ligados a la concepción programática del desarrollo local de la salud, de manera que se logró que:

- los equipos de salud local y de Area reconocieran los problemas de salud, los explicaran y los abordaran integralmente,
- se utilizara la información para la gestión del desarrollo de la salud local, la toma de decisiones conjuntas y la negociación y concertación con otros actores locales,
- se identificaran las potencialidades de la producción social de la salud para trascender la visión institucional y sectorial prevalente en los estilos de administración y de producción de servicios de salud vigentes,
- se "empoderara" a la población con su salud y con las acciones para su promoción, protección y mejoramiento,
- se evaluara el impacto de las acciones sectoriales e intersectoriales y la equidad, eficacia y eficiencia de las mismas, así como el proceso de negociación y concertación de proyectos locales de salud,
- se realizaran los análisis prospectivos de escenarios probables a nivel local.

#### DIMENSIONES Y PROBLEMAS DEL DESARROLLO LOCAL

Como se ha dicho el proceso nacional de acceso a los servicios de salud privilegió al Area de Salud como avanzada estratégica, como laboratorio para la creatividad y la innovación de opciones de modelos de gestión y de atención a la salud, como centro de capacitación e investigación y como campo para la experimentación y validación de alternativas que alimenten y permitan acumular "caudal político" (5) para

la negociación de opciones y la adopción de decisiones políticas y técnicas relacionadas con la modernización y reforma del sistema de salud.

Lo anterior, le confirió una dimensión política al desarrollo de las Areas de Salud, pues ellas constituyeron el pivote para los esfuerzos de transformación de todo el sistema de salud y por ello formaron parte del proyecto político de gobierno. En las Areas se produjo un microespacio de lucha política (5) entre los distintos actores sociales por impulsar el proceso de cambio. La dimensión política además tiene que ver con la descentralización, la cogestión con los gobiernos locales y el “empoderamiento” de la población.

Pero, además, las Areas de Salud constituyeron espacios de lucha ideológica, lo que le aportó esta dimensión al proceso de cambio del sistema de salud de Honduras. El contenido de esta lucha se ha centrado en las transformaciones de los recursos humanos institucionales y comunitarios; en el cambio cultural institucional y comunitario que debe operarse; en que la salud para todos es con todos, es una reivindicación democrática participativa esencial, y todo ello ha generado la necesidad de una transformación de la situación de valores vigente, no solo a nivel local, sino en todo el sistema nacional de salud.

La tercera dimensión importante en las Areas de Salud y niveles locales fue de tipo técnico. Esta dimensión es de extraordinaria importancia pues mediante ella se legitima el carácter rector de los Ministerios de Salud y se adecúan las respuestas institucionales a las necesidades de salud de la población.

En Honduras, las bases de los sistemas de vigilancia epidemiológica actualmente en operación no están preparadas para dar cuenta de las dimensiones políticas, ideológicas y técnicas de la producción social de la salud. Los sistemas de gestión por niveles políticos, técnicos y administrativos actuales (nivel central, regiones, áreas de salud y sectores) responden a la visión de un sistema de salud, que mantiene una estructura vieja que ya no se acomoda con eficiencia, eficacia y equidad a los nuevos desarrollos locales de los municipios y departamentos, territorios-procesos legítimos del país.



La recolección de datos para su transformación en información útil para la toma de decisiones ha adolecido de oportunidad, confiabilidad, adecuación a las necesidades de la gestión, poder discriminatorio y sensibilidad. La información fluye de manera tal, en términos generales, que no incide sobre los temas sustantivos de la organización global del sistema en sus diferentes dimensiones y niveles políticos, técnicos y administrativos. En ocasiones, ni aún los programas verticales que han generado los diferentes subsistemas de información y vigilancia, acceden oportunamente a la información respectiva, ni están satisfechos con la información que se les aporta, pues la mayor parte de las veces responden a una rutina de recolección y procesamiento, generada en otras circunstancias históricas que ya no se aviene a las necesidades de información actuales.

Es obvio que, ante tales características de anacronismo, la vigilancia de los procesos locales de desarrollo de la salud que se ha estado desarrollando en las Areas de Salud necesita un replanteo. La modernización y reforma del sistema de salud debe reactivar, sobre bases renovadas, su capacidad de identificación del avance del sistema en función de su política, estrategias e imagen objetivo a alcanzar.

#### LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD

La primera consideración está en relación con el paradigma de la vigilancia de la salud. La vigilancia de la salud responde a un enfoque teórico que aunque utiliza los conocimientos procedentes de la epidemiología no se limita a ellos. La vigilancia de la salud está fundamentada en la *Nueva Salud Pública* (6), en la promoción de la salud, en los nuevos desarrollos alcanzados, y en las lecciones aprendidas acerca de la gerencia estratégica de sistemas y servicios de salud. ¿Cuáles son los elementos metodológicos fundamentales para realizar esta afirmación?

1. La necesidad de ocuparse de vigilar las condiciones de vida cotidianas de la población y no solamente a las personas y grupos humanos que están en riesgo de contraer determinada afección.

2. Las acciones deben dirigirse hacia las causas básicas de las pérdidas de salud.
3. La necesidad de utilizar enfoques diferentes a los tradicionales para vigilar educación e información de la población, desarrollo y organización comunitarios, políticas sociales sin exclusión de género y etnias, económicas y culturales locales y su influencia sobre la salud.
4. El papel relevante de la participación social activa en su condición de sujeto de desarrollo.
5. La reorientación de las redes locales de salud y su cogestión social acordes a la organización geográfica y política del país.
6. La responsabilidad compartida de la población con las instituciones para la promoción, protección y mejoramiento de su salud.

En síntesis, el papel de la vigilancia de la salud es pasar de una concepción de vigilancia epidemiológica de daños y riesgos, y de monitoreo y evaluación de la producción de servicios de salud a una concepción de vigilancia y evaluación de las condiciones de vida de la población, de los comportamientos humanos, según estratos sociales, y de la acción comunitaria e intersectorial de mejoramiento de las condiciones y modos de vida de la población.

Otro elemento metodológico importante de la vigilancia de la salud es que la misma se realiza por la población y los actores directamente involucrados en cada nivel, para el bien de la población y la realización de la función social de producción de la salud de los actores locales.

El involucramiento de los gobiernos locales en la gestión compartida de la salud obliga a tener en cuenta que la vigilancia de la salud tiene que ser útil a la gestión de los Alcaldes Municipales. Estos tienen la necesidad de comprobar los resultados de su trabajo, lo cual comporta una ganancia política concreta, y no les interesa que el lenguaje técnico utilizado sea exquisito o los medios de evaluación de la situación sean académicamente irreprochables. De tal manera, la vigilancia de la salud tiene que tomar en cuenta la doble dimensión de la confiabilidad técnica y de la comunicación social, intereses locales di-

versos y motivación del resto de los actores no técnicos involucrados en el proceso.

Por lo anterior, la vigilancia de la salud tiene que tener expresiones operacionales concretas, sin lo cual se convierte en un discurso “hostilístico” basado en concepciones teóricas comprensivas de la salud, pero con escasas manifestaciones e implicaciones prácticas para la gestión concertada de proyectos locales de desarrollo de la salud.

#### PROBLEMAS DE SALUD Y PLANES MUNICIPALES

De la práctica social de transformación de los procesos locales de promoción, protección y mejoramiento de la salud de población, observada en Honduras, se puede extraer que el elemento metodológico fundamental para la vigilancia de la salud y el diseño de las estrategias de intervención es el problema de salud.

¿Qué es un problema de salud?

Según Vilaca (5), “por problema de salud debe entenderse la representación social de necesidades de salud, derivadas de las condiciones de vida y formuladas por un determinado actor social, a partir de una percepción de la discrepancia entre la realidad constatada o simulada y una norma aceptada o creada como referencia”.

En el mismo sentido, la OPS (7) plantea que “...existe un problema o situación problema, cuando uno o más indicadores se consideran peores, en algún sentido definido por el observador, que un cierto valor establecido como patrón ideal. La magnitud de la brecha entre lo observado y lo esperado o deseado, medida en alguna manera adecuada, es una primera indicación de la importancia del problema”. Róvere (8), de acuerdo con las definiciones anteriores agrega que “no hay problemas si no hay sujetos que se problematicen o de otro modo los problemas no existen independientemente de la existencia de sujetos que se problematizan”, poniendo el énfasis en el carácter subjetivo de la definición de problemas, lo cual quiere decir, problemas definidos por los propios sujetos sociales del desarrollo local.

En la experiencia hondureña la definición de problemas se ha desarrollado de manera participativa de forma tal que se ha concertado entre actores institucionales, gobiernos locales y la propia población, y se han priorizado éstos para su atención, en el seno de planes municipales de salud y de los planes de salud de las Areas. Por tanto, la vigilancia de la salud ha sido la vigilancia de los problemas de salud identificados, priorizados y bajo intervención, por los niveles locales, municipios y Areas de Salud.

La importancia metodológica de trabajar con problemas de salud radica en que varios daños pueden tener una misma red explicativa causal; de tal forma, las diarreas, la desnutrición e infecciones respiratorias agudas tienen un mismo trasfondo de pobreza y necesidades básicas insatisfechas (educación, alimentos, vivienda, analfabetismo, agua y saneamiento) que constituyen un nudo crítico para la explicación del daño y para la intervención intersectorial. La otra connotación operacional de trabajar con problemas de salud y nudos críticos es que soslaya la tradicional visión programática de enfoque de daños y riesgos y, sobre todo, facilita el diálogo, negociación y concertación con otros actores sociales que no tienen el sesgo institucional de los programas de salud. Por sesgo institucional de los programas de salud, nos referimos a la visión tecnocrática de los especialistas en ciencias de la salud y afines, que han organizado las intervenciones y la prestación de servicios de acuerdo a una cultura institucional de organización de la acción alrededor de las prácticas, habilidades, destrezas y conocimientos relativos a determinadas áreas del conocimiento académico de las ciencias de la salud, haciendo caso omiso o jerarquizando a otros conocimientos, prácticas y habilidades procedentes de otras ciencias o de la propia cultura y saber popular.

Como los problemas de salud se han definido por los actores fundamentales del nivel local y se ha negociado con las autoridades de salud para las intervenciones cogestionarias, la vigilancia de la salud centrada en el proceso y los resultados de las mismas para la resolución de los problemas de salud identificados, es un ejercicio no solamente técnico, sino, esencialmente, político. De tal forma, la vigilancia de la salud está ligada internamente con la petición y rendición de cuentas.

Una importancia metodológica fundamental de trabajar con problemas de salud y nudos críticos ha estado en relación con la definición de estrategias de intervención locales. El problema de salud tiene que ser el articulador de las acciones de tal manera que los conceptos de niveles de atención y escalones de complejidad adquieran una nueva dimensión. No es la lógica tecnocrática ni las economías de escala de las redes de servicios quienes deben determinar la disposición de los recursos, sino las necesidades emergentes de los problemas de salud, de manera tal que ante ellos, el especialista del hospital debe integrarse en estrategias que no son de establecimientos sino de un continuo de atención progresiva de la salud que se inicia en la comunidad y concluye con la solución del problema. Las estrategias, a su vez, no son privativas de determinadas instituciones, sino del proceso de producción social de salud.

#### LAS LÓGICAS DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y DE LA DEMOCRACIA

El proceso nacional de acceso ha significado la reconciliación dialéctica de la lógica de la democracia, que pone el énfasis en la descentralización y el desarrollo local con amplia participación social, y la lógica habitual de los servicios de salud, que ha puesto el énfasis en la frecuencia de las enfermedades, las economías de escala y la organización regionalizada de servicios mediante escalones y niveles de complejidad.

El proceso de negociación, concertación y adopción de compromisos entre la Secretaría de Salud y los gobiernos locales y la sociedad civil, reflejada en los planes municipales de salud, es una síntesis de dos dimensiones que para muchos parecían irreconciliables: la participación social más plena y la adopción de responsabilidades locales con la salud de la población, y la integridad de la red local de servicios de salud, en el entendido que muchos problemas de salud requieren de un concurso concertado de varias municipalidades; asimismo, múltiples problemas de salud requieren del concurso del gobierno central, representado por el Ministerio de Salud y otras Secretarías de Estado.

La síntesis y reconciliación dialéctica entre la lógica de la democracia y la de la epidemiología tienen repercusiones metodológicas importantes para la vigilancia de la salud, que debe dar cuenta de las tres dimensiones del proceso de desarrollo local de la salud: política,

técnica e ideológica. Ello es una diferencia de fondo con la vigilancia epidemiológica que privilegia la visión técnica de los problemas de salud.

### IMPLICACIONES OPERACIONALES

Del proceso nacional de acceso y de los desarrollos conceptuales previos se extraen varias conclusiones de carácter operacional para la vigilancia de la salud:

- la vigilancia de la salud tiene que involucrar a todos los actores que participan en los procesos de producción social de la salud: por tanto, los mecanismos organizativos locales, a nivel municipal y de Área de Salud deben asegurar la presencia de todos;
- la vigilancia de la salud es el monitoreo y evaluación de los problemas de salud identificados e intervenidos: ello significa, la revisión permanente de los compromisos que se han adoptado para su solución y del impacto obtenido por las estrategias de intervención utilizadas. Esto también tiene implicaciones operativas para los equipos de conducción y gerencia de las Áreas de Salud y locales;
- los compromisos establecidos mediante la negociación de actores tienen que ser concretos y medibles: los convenios, acuerdos y contratos deben establecer fechas, responsables, indicadores de cumplimiento y mecanismos de verificación;
- la participación social tiene que darse en todos los momentos de la vigilancia de la salud: los cabildos abiertos u otras formas o modalidades de consulta periódica y las comisiones populares de salud (Comisiones sectoriales, patronatos y otras formas organizativas adscritas a los Consejos de Desarrollo Municipal) deben fortalecerse;
- la información necesaria es aquella que es relevante a los problemas de salud que se abordan, así como a las estrategias de intervención correspondientes: deben revisarse los sistemas de información vigentes y adecuarlos a las necesidades de la toma de decisión y al control social de la gestión;
- la petición y rendición de cuentas tienen que sistematizarse: las reuniones entre instancias administrativas tienen que transformar sus agendas de discusión en función de la vigilancia de la salud. Los

- problemas de salud y los acuerdos, compromisos o convenios son los temas sustantivos sobre los cuales se debe ejercer vigilancia;
- la vigilancia epidemiológica es parte importante de la vigilancia de la salud: la dimensión técnica de la vigilancia de los problemas de salud no puede ser descuidada. Los establecimientos de salud deben reforzar su capacidad de identificar daños y riesgos, así como los factores determinantes y las brechas entre grupos sociales. Ello tiene que ver con la equidad y eficacia de las acciones;
  - la vigilancia del rendimiento o productividad de los recursos sociales: es una indispensable dimensión de la gerencia local que educa a los servicios de salud, pero además capacita al personal comunitario y al resto de los actores en la necesidad de encontrar la eficiencia social y en el aprovechamiento óptimos de los recursos para las acciones de salud;
  - la movilización de recursos: esta dimensión es descuidada en la vigilancia de los procesos locales. Los recursos siempre son finitos frente a las necesidades ilimitadas de la población y la producción social de la salud tiene que ser conducida y gerenciada en esas circunstancias;
  - las perspectivas de largo, mediano y corto plazo: la conducción y gerencia local no puede descuidar estas diferentes perspectivas para no caer en la tentación del “inmediatismo”, que impide aprovechar las coyunturas, fortalezas y oportunidades o desatiende peligrosamente las amenazas, debilidades y riesgos que aparecen en todo proceso de desarrollo local;
  - lo global y lo local: la vigilancia de la salud no puede desentenderse de estas dos dimensiones sin perder la direccionalidad de los procesos de desarrollo local. Lo local existe inevitablemente en una perspectiva global, sin la cual los procesos de desarrollo locales pueden quedar reducidos a soluciones pobres en los niveles locales de menores recursos.

#### VARIABLES E INDICADORES

La sistematización de la vigilancia de la salud en las Areas y municipios implica un ejercicio de definición de instrumentos, variables e indicadores que permitan evaluar los procesos locales con las concepciones anteriormente expresadas. Este esfuerzo implica la vinculación

de la teoría con la práctica, el diálogo y la cooperación transdisciplinaria e interinstitucional, las aproximaciones sucesivas y el ensayo y error controlado y explicado.

En este campo no ha existido un gran avance en las experiencias internacionales. Los paradigmas de trabajo disciplinario han limitado la posibilidad de encontrar indicadores novedosos que permitan vigilar la salud desde una perspectiva de la Nueva Salud Pública. En el trabajo de O Niell y Cardinal (2) se avanzan algunos criterios acerca del seguimiento y evaluación de ciudades y municipios saludables.

Según estos autores, la evaluación de estos procesos, lo cual es totalmente congruente con la vigilancia de la salud a nivel local, municipal y de Area, debe basarse en:

- estudios de factores determinantes,
- indicadores de salud física, social y de salud pública,
- estudios de mortalidad y morbilidad de la población.

Obviamente que la vigilancia de la salud nos enfrenta con desafíos epistemológicos, metodológicos y operacionales de gran magnitud, algunos de los cuales no se abordan en la taxonomía señalada anteriormente, ni en las variables e indicadores que señalan los autores. Los procesos de vigilancia y de evaluación de la salud y de las acciones de salud han estado asentados en la cultura institucional de los proveedores de servicios y muy poco en la visión de los sujetos sociales y las necesidades de la población. Aún cuando se trata de evaluar necesidades de salud de la población, la mayor experiencia existe en las necesidades técnicamente definidas (9) entendiéndose por ello la visión normativa de carácter médico-biológica, epidemiológica, administrativa o estadística de los daños, riesgos y enfermedades o desviaciones de la salud.

La experiencia hondureña en la vigilancia de la salud es incipiente. Como se expresa por otros autores (2), el proceso de desarrollo concertado local avanza más rápidamente que lo que sistematizan los procesos de evaluación cualitativa y cuantitativa de los mismos, aún más



cuando estos procesos cambian las bases y los paradigmas sobre los cuales se asentaba el desarrollo local de la salud.

Los instrumentos, insuficientes aún, que se han utilizado son:

- el análisis de situación de salud según condiciones de vida de la población, buscando las brechas y los grupos humanos más postergados, desagregándolo por municipios y, en algunos casos, por aldeas y comunidades;
- la vigilancia epidemiológica de la salud ambiental, que mediante los índices de calidad ambiental se ha aplicado a la mayoría de los municipios del país y ha permitido priorizar acciones;
- el seguimiento y evaluación de los compromisos con los gobiernos locales y otros actores de la sociedad civil, mediante las reuniones periódicas entre la Secretaría de Salud y los Alcaldes Municipales;
- la petición y rendición de cuentas periódicas entre instancias de la Secretaría de Salud y de ésta con otras instituciones;
- la evaluación cuatrimestral de planes de salud de las Areas de Salud, formulados sobre la base de problemas de salud y no de programas institucionales;
- la vigilancia epidemiológica de daños y riesgos más prevalentes o grupos más vulnerables, ajustada a las necesidades locales;
- el monitoreo de intereses locales diversos y de la motivación del resto de los actores no técnicos involucrados en el proceso;
- El análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud, realizado en algunos niveles locales para la definición de procedencia de pacientes y estratos socioeconómicos de los mismos, que en todas las Areas de Salud, ha permitido conocer coberturas de inmunizaciones y priorizar acciones sobre las más postergadas;
- la investigación acción participativa local, para la definición de problemas de salud, priorización de los mismos y selección de alternativas intersectoriales de intervención.

La definición instrumental de la vigilancia de la salud en las Areas de Salud es aún muy imperfecta. Se han estado realizando esfuerzos por mejorar los sistemas de información locales de la institución y para utilizar la información procedente de otros sectores del desarrollo local, tales como el sistema de información geográfico de la Secretaría

de Cooperación Externa, que tiene una base de datos sobre las necesidades básicas insatisfechas de la población por municipios del país.

Asimismo se han realizado labores para incrementar la capacidad de conducción y gerencia descentralizada de las Areas de Salud y niveles locales, que permitan el mejoramiento de la capacidad de toma de decisiones y de la negociación local de los procesos de promoción y protección de la salud. La dimensión instrumental de la vigilancia de la salud está aún menos desarrollada en la evaluación de las dimensiones globales del sistema, tales como la regulación sanitaria, desarrollo tecnológico, desarrollo de recursos humanos, inversiones, movilización de recursos y financiamiento y economía de la salud, evaluación de escenarios y otros de importancia para la legitimidad del carácter rector de la Secretaría de Salud y para la conducción política y técnica del desarrollo nacional de la salud.

#### REFERENCIAS

1. Plaut R.. Reflexiones sobre el análisis de la situación de salud, la monitoría de las condiciones de vida y la vigilancia epidemiológica en las redes regionales de servicios de salud. Honduras: Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud; noviembre de 1993.
2. O Niell M, Cardinal L. Los indicadores para evaluar los proyectos de ciudades saludables en la provincia de Quebec, Canadá. Quebec; Febrero 1992.
3. OMS. Documentos básicos. 42 Edición. Constitución, de la OMS, Ginebra 1999.
4. Granados R. Reforma de los sistemas de salud. Tegucigalpa: Azer Publicidad; 1995.
5. Vilaca Mendes E. Distrito Sanitario: O proceso social de mudança das práticas sanitarias do Sistema Unico de Saude. Hucitec Abrasco. Sao Paulo-Rio de Janeiro; 1993.
6. Ashton J, Seymour H. La Nueva Salud Pública. Barcelona: Masson S.A.; 1988.
7. OPS. La administración estratégica. HSD/SILOS-2. Washington, DC. EUA; 1992.
8. Róvere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 6. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC; 1993.
9. Pineault R., Daveluy C. La Planificación Sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. 2a. edición. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.