

**Universidad de Salamanca**

**IV Jornadas Científicas del INICO – Marzo 2001**

**ÁREAS CONTEXTUALES O DE CONTEXTUALIZACIÓN**

**Una herramienta para la focalización de políticas sociales integradas.**

**Lic. María Bernarda PIROVANO**

**Universidad de Belgrano – Buenos Aires - Argentina**

## **INTRODUCCIÓN**

El fracaso de la mayoría de los emprendimientos en Política Social, como la dilapidación de recursos en estas áreas se debe, sobre todo, a la falta de un marco encuadre técnico que haga las veces de matriz de desarrollo de los programas. Esta matriz, en una realidad tan diversa y cambiante como la de los países latinoamericanos requiere de definiciones clave tanto desde lo normativo como desde la base territorial de la implementación de las acciones.

Los países no son “cuatrinomios cubos perfectos”, tienen variables que les son dadas:

- Físicas: Cadenas de montañas, ríos, nodos de rutas y ferrocarriles.
- Humanas: Distribución aleatoria, cantidad y calidad de población heterogénea. Distribución aleatoria de grupo meta a cubrir y recurso humano especializado en la atención.

Estas variables no son homogéneas ni manejables desde la formulación de un programa, pero sus diferenciales deben ser tenidos inevitablemente en cuenta para la implementación, con el riesgo de un absoluto fracaso con el consiguiente derroche de recursos, siempre escasos...

Mucho se ha hablado de Políticas Sociales integradas y focalizadas. Sin embargo son más costosos los estudios de factibilidad y los consultores que los recursos que efectivamente llegan a los ciudadanos. Para evitar este fenómeno, y con la esperanza que desde la formulación de las Políticas se las integre y focalice de acuerdo a las necesidades de los beneficiarios es que se ha trabajado este concepto – herramienta **áreas contextuales o de contextualización**.

## **CAPITULO 1: el Concepto**

Para hacer realidad la **cobertura integral** en servicios sociales y de salud se formula el concepto – herramienta **“área contextual”**, orientado a una evaluación - clasificación de las prestaciones y prestadores en función de las posibilidades reales que el medio determina, propendiendo a lograr una cobertura general pero focalizada, evitando así el desarraigo y desmembramiento del grupo familiar. Este proceso conllevará a una optimización presupuestaria en todos los niveles, a través de una mayor dispersión arancelaria, que actúe como incentivo para el desarrollo y mejora de la calidad de las prestaciones.

El **“área contextual”** se conforma a partir de la selección de un conjunto de variables que se constituyen en dimensiones del sistema a construir, permitiendo definir criterios de demarcación entre distintas situaciones en función de las posibilidades que ofrece un medio determinado.

**Los criterios de demarcación están basados en variables como:** Densidad de población, población NBI, ingreso per cápita, presencia de o distancia a los centros de altos estudios específicos. Presencia de o distancia a los servicios de salud, radicación de profesionales en la materia, marcos normativos jurisdiccionalmente aplicables y otros que nos permitan afinar el análisis y delimitar las áreas.

**A través del “área contextual”** se busca la adecuación de los requisitos a las características del entorno y a los parámetros de disponibilidad y oferta de recursos que éste presenta. Esta modalidad propiciará no sólo el desarrollo institucional, sino que actuará como motivador en la zona de influencia, promoviendo el desarrollo comunitario y fortificando el lazo social con la coordinación en red con otros organismos públicos y privados, redundando en **una mejor calidad de vida de la población.**

Es de hacer notar que la pauta que permite la definición de **“área contextual”** y la hipótesis que la calidad de la atención guarda una relación directa con la disponibilidad de recursos, puede presentar excepciones en sentido ascendente. Es decir, que si bien pensamos que el **“área contextual”** se correlaciona con distintos tipos de disponibilidad de recursos y por ende con niveles diferenciales en las posibilidades reales de atención en función del medio, podemos encontrar excepciones que muestran un nivel de excelencia que exceda lo establecido para cada **“área contextual”**, superando el esquema planteado. Dicha excepción puede tener múltiples causas como el talento personal de un profesional, el aval de ONGs extranjeras, convenios con Universidades Nacionales o extranjeras para becas y/o investigación, etc.

Sin embargo. Estas excepciones no invalidan la hipótesis de base que creemos resulta operativamente aplicable y necesaria en función del objetivo de lograr una mejor calidad de vida de todos los habitantes, respetando sus particularidades culturales y su dignidad.

**De esta manera se podrá hacer realidad una cobertura de servicios integral en lo geográfico, respetando las realidades regionales y locales, ya que las pautas definitivas estarán condicionadas a su verificación con las reglamentaciones provinciales y al trabajo de campo.**

**Cobertura integral significa:**

- ❖ Para todos.
- ❖ Dentro de todo el territorio.
- ❖ Para todos los abordajes terapéuticos.

**Significa** tender al ideal de equiparación de oportunidades.

**Resumiendo, esta visión pretende integrar un proceso global que cumple con los siguientes objetivos:**

- ❖ Asegurar la calidad de las prestaciones.
- ❖ Optimizar el recurso económico al establecer valores diferenciados.
- ❖ Propiciar el conocimiento de las normas de excelencia y nuevas técnicas de gestión.
- ❖ Promover el desarrollo de las zonas más desfavorables.

- ❖ Adecuar las prestaciones a las características y costumbres de la población

**Se trata de una mirada ecológica, de un nuevo paradigma de desarrollo, que nos lleva a repensar las estrategias, para que sean reales, equitativas y consideren el impacto diferencial basado en las variables mencionadas y muchas otras que serán fruto de la investigación y relevamiento de las necesidades de los propios actores del sistema.**

## **Capítulo 2:**

### **El impacto del concepto en la acreditación de servicios**

La **acreditación de servicios** se estructura sobre la base de la evaluación de los diferentes servicios prestacionales en función de los conceptos de áreas contextuales y estándares de acreditación. Esto se realiza mediante un proceso de confrontación de las características del aspirante con los estándares prefijados, lo que conduce a su calificación habilitación para operar dentro del sistema

**La acreditación es una visión integral del sistema**, se complementa con la auditoría, porque las organizaciones no son estáticas, sino dinámicas y activas, pasibles de procesos de evolución e involución. De esta forma un prestador acreditado no “es” A, sino que “está” A, con el tiempo puede superarse, mantenerse o descender a B e incluso descalificar para el sistema.

La **acreditación** remite a los requisitos y metodología que deben cumplimentar los prestadores de los distintos “**módulos/tipo**” de servicio para garantizar prestaciones de calidad. Estos “módulos/tipo” varían en sus exigencias de acuerdo a la **ubicación contextualizada** del servicio a acreditar; dando la posibilidad de “existir” a organizaciones es estado embrionario pero capacitadas para comenzar a prestar servicios, o a aquellas que representan culturalmente al grupo en el que están insertas, más allá de sus plantas físicas o estilo de gerenciamiento.

Si el Programa cuenta con el amplio abanico de servicios entre la estimulación temprana y el Hogar de los severamente comprometidos, la forma de abordaje por patologías y la concepción de calidad de vida va a sufrir diferencias sustanciales de acuerdo al área contextual (que no es provincia, región ni pueblo) en la que se desarrollen las actividades.

Las características y peculiaridades locales, tipo y nivel de contención de cada comunidad, lo que tendrá directa relación con su número y composición, resultará decisivo a la hora de fijar los estándares de calidad que aseguren la posibilidad de inclusión a proyectos terapéuticos en crecimiento, restándoles importancia relativa a las “jaulas de oro”, para poco a poco equilibrar el mercado, sin producir quebrantos pero en la tendencia del respeto a la dignidad del otro en tanto otro igual a mí.

**Capítulo 3:**  
**LAS AREAS CONTEXTUALES SOBRE EL TERRITORIO**

Se presupone que la modalidad de **normativa contextualada** será un instrumento innovador en la focalización de las políticas sociales integradas, permitiendo un desarrollo parejo con el entorno, respetando las necesidades sentidas por la población y no aquellas impuestas por manuales de procedimientos.

Se demarcan, en principio, tres (3) “áreas contextuales”.

**AREA CONTEXTUAL A.** Que es aquella en la que el medio ejerce menos restricciones. Donde la confluencia de factores colabora positivamente con el desarrollo de programas y proyectos de alto impacto. La población beneficiaria presenta pautas culturales semejantes a las de los ejecutores de las acciones. Se presenta claramente la “situación” y no el “estado” de carencia o riesgo.

**AREA CONTEXTUAL B:** Donde el medio ejerce medianas restricciones. Estas áreas intermedias, presentan “zonas grises” en algunas variables consideradas, lo que obliga a ajustar las acciones en la dirección de una mayor factibilidad. Estos ajustes se harán de acuerdo a las necesidades específicas, sentidas y reales de cada grupo de beneficiarios.

**AREA CONTEXTUAL C:** Donde el medio ejerce severas restricciones. Los factores económicos y políticos no presentan interés por apoyar en forma directa el desarrollo de las acciones. Existen brechas culturales de difícil manejo por los efectores y graves estados de marginación de generaciones, lo que impone la aplicación de proyectos más complejos y con menor rigidez en sus requerimientos, ya que deberán ser evaluados y ajustados en forma permanente.

Para cada “área contextual” se establecen tres niveles de calidad: 1,2 y 3. Del cruce de las áreas contextuales y los niveles de calidad surge la siguiente matriz:

A	A	A
B	B	B
C	C	C

**Capítulo 4:**  
**ESTANDARES DE ACREDITACION**

Se entiende al umbral o valor mínimo que se toma como patrón para clasificar las condiciones a cumplir por el prestador para asegurar la calidad de servicio que recibirá el beneficiario. Los conceptos de calidad del servicio y calidad de vida están relacionados directamente con el imaginario local, es por eso que, sin perder de vista las normas básicas relacionadas con el respeto a los derechos individuales, la seguridad del paciente y la dignidad de las personas a atender y su grupo familiar, se les dará muchísima importancia a las peculiaridades de las diferentes zonas geográficas, sus

raíces culturales y por sobre todo posibilidades reales de cubrir los requerimientos específicos.

### **Dimensiones institucionales a tener en cuenta durante el proceso:**

Se definen tres (3) dimensiones de análisis por área contextual:

**Proyecto terapéutico-institucional:** Se incluye no sólo lo estrictamente terapéutico, sino también lo relacionado con el recurso humano, ya que se consideran inseparables en la instancia de la evaluación. El proyecto terapéutico propiamente dicho incluye el conjunto de recursos directamente involucrados en el desarrollo de una actividad de preventiva, educativa, de contención, de rehabilitación, de integración, sus modalidades, tiempos, metodología, metas, etc.

Los requerimientos en torno al recurso humano y su capacitación específica, serán considerados en función de la distancia a los centros de formación, ya que esta variable nos dará la diferencia entre la capacitación permanente y la posibilidad de pasantías con estudiantes o la triste realidad de hacer lo que se pueda con lo que se tiene.

**Planta física:** Requisitos que hacen al espacio dónde se desarrollan las actividades, su equipamiento, capacidad, calidad ambiental, y el grado en que esa planta es accesible a los usuarios, incluyendo el tratamiento de barreras arquitectónicas y accesibilidad geográfica.

Esta dimensión constituye un punto ríspido al hablar de acreditación de servicios. Muchas veces se les ha atribuido un gran porcentaje en el resultado final, olvidando que en definitiva es menos costoso y más sencillo contar con una planta cinco estrellas que con un plantel, una filosofía de tratamiento supervisada y una organización dinámica con visión compartida de los objetivos.

Se propone adecuar las plantas a las realidades locales, sin perder de vista las pautas de seguridad edilicia y de los beneficiarios.

**Organización:** Es la estructura, misión, funciones y procedimientos de cada institución. Incluye la visión propia y compartida, políticas de recursos humanos, técnicas de gestión empleadas, estrategias de relaciones institucionales con la comunidad, políticas sobre participación, la accesibilidad social y cultural, etc.

Esta dimensión es la madre institucional, si no existe estamos frente a un sello, que sufrirá los avatares y las inclemencias de los cambios de gestión sin un norte que los guíe.

Cada una de estas dimensiones recibe una ponderación diferentes. Así al proyecto terapéutico le corresponde el 40%, a la planta física una 30% y a la organización el 30% dentro del total de puntaje a obtener por la institución. De esta forma se privilegian la técnica y terapias innovadoras, los logros de los tratamientos integrales y no sólo la cantidad de ladrillos o la calidad de los sanitarios, sin restarle importancia a esto último, sino valorándolo en su justa medida.

La acreditación por estándares nos remite al conjunto de condiciones o requerimientos mínimos a cumplir por cada institución, según se ubique en una posición de la matriz. Respetando el principio de igual precio por igual calidad de prestación.