

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente las decisiones o la política de la Organización Mundial de la Salud.

Los hospitales y la salud para todos

Informe de un Comité de Expertos de la OMS
sobre la Función de los Hospitales
en el Primer Nivel de Envío de Casos

Serie de Informes Técnicos
744



Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1987

ISBN 92 4 320744 X

© Organización Mundial de la Salud, 1987

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Los interesados en reproducir o traducir íntegramente o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales en ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

ISSN 0509 - 2507

PRINTED IN SPAIN

87/7193-Gráficas Reunidas-3000

INDICE

Página

1. Introducción	7
2. Hospitales frente a atención primaria de salud: una antítesis falsa	8
2.1 Necesidad de participación de los hospitales	9
2.2 Evolución de los servicios de salud	10
2.3 Cómo ampliar la función de los hospitales	12
2.4 Delineación de la atención primaria de salud	14
2.5 Hospitales y atención primaria de salud: necesidad de horizontes más amplios	15
2.6 El objetivo común de la salud para todos	16
3. Componentes de un sistema de salud basado en la atención primaria	17
3.1 Programas con metas definidas	18
3.2 Niveles de prestación de servicios	19
3.3 Infraestructura funcional de la atención primaria de salud	20
4. Papel y funciones del hospital en el primer nivel de casos	21
4.1 Envío de casos	24
4.2 Coordinación del programa de salud	25
4.3 Formación y adiestramiento	27
4.4 Gestión y apoyo administrativo	27
5. El sistema de salud de distrito	28
5.1 Asistencia a una población definida	29
5.2 Cómo hacer realidad la participación de la comunidad y el fomento de la salud	32
5.3 Definición y desempeño de funciones concretas	36
5.4 Inserción en el contexto orgánico del sistema de salud	38
5.5 Establecimiento de procesos de gestión apropiados	42
6. Estudio de algunos problemas persistentes	48
6.1 Problemas de organización y función	50
6.2 Problemas relacionados con las actitudes, la orientación y el adiestra- miento	57
6.3 Problemas de información, financiación y sistemas de envío de casos ..	62
7. Resumen	71
7.1 Integración orgánica y funcional de los hospitales y otros componentes de la atención primaria de salud	72
7.2 Actitudes, formación y adiestramiento, y cambios psicosociales	74
7.3 Desarrollo de sistemas de apoyo tecnológico y de gestión	74
7.4 Problemas de gestión hospitalaria en el panorama actual	76
8. Recomendaciones	77
8.1 Recomendaciones a la OMS	77
8.2 Recomendaciones a los gobiernos	79
8.3 Recomendaciones a las organizaciones no gubernamentales	80
8.4 Recomendaciones a los hospitales	81
Nota de agradecimiento	82
Bibliografía	83

Anexo 1.	Preguntas que deben formularse a los hospitales (y que éstos deben formularse a sí mismos) respecto a su función en el primer nivel de envío de casos	84
Anexo 2.	Lista de autores y títulos de documentos inéditos utilizados por el Comité de Expertos	86

**COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS SOBRE LA FUNCION
DE LOS HOSPITALES EN EL PRIMER NIVEL DE ENVIO DE CASOS**

Ginebra. 9-17 de diciembre de 1985

Miembros

- Dr. J. H. Bryant, Profesor y Presidente, Departamento de Ciencias de Salud de la Comunidad, Facultad de Medicina de la Universidad Aga Khan, Karachi, Pakistán (*Presidente*)
- Dr. Chen Long, Director, Hospital Central Jiading, Shanghai, China
- Dr. M. Kader, Jefe de Medicina. Servicio de Pediatría, Hospital Douka, Conakry, Guinea
- Dra. Mo-Im Kim, Profesora y Presidenta. Departamento de Enfermería y Salud de la Comunidad, Escuela de Enfermería, Universidad de Yonsei, Seúl, República de Corea
- Dr. J. M. Namboze, Profesor y Director. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Makerere, Kampala, Uganda (*Relator*)
- Dr. J. Narro Robles, Secretario General. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria. México D. F., México *
- Dr. G. A. Novgorodtsev, Director Adjunto, Instituto Nacional de Investigaciones sobre Higiene Social y Organización de la Salud Pública, Moscú, URSS
- Dr. M. D. Saigal, Director Adjunto de Servicios de Salud, Dirección General de Servicios de Salud, Nueva Delhi, India
- Dr. Z. A. Sebai, Profesor de Medicina de la Comunidad, Riad, Arabia Saudita
- Dr. B. A. Supit, Director, Hospital Bethesda, Tomohon, Sulawesi Utara, Indonesia (*Vicepresidente*)

Representantes de otras organizaciones

Organización Internacional del Trabajo

Dr. R. G. A. Boland, OIT, Ginebra, Suiza

Fundación Aga Khan

Dr. R. G. Wilson, Director de Programas de Salud. Fundación Aga Khan. Ginebra, Suiza

Dr. G. P. Purvis III, Administrador de Hospitales. Secretaria de Su Alteza el Aga Khan, Aiglemont, Gouvieux, Francia

Comisión Médica Cristiana

Dr. E. R. Ram, Director de la CMC, Ginebra, Suiza

Dr. M. Kreider, Asesor Especial de Enfermería, CMC, Ginebra, Suiza

Asociación Internacional de Técnicos de Laboratorios Médicos

Dr. A. McMinn, Director Ejecutivo de la AITLM, Servicios de Personal de Salud, Liverpool, Inglaterra

Consejo Internacional de Enfermeras

Sra. M. Kingma, Enfermera Asesora, CIE, Ginebra, Suiza

* No pudo asistir.

Federación Internacional de Hospitales

Sr. M. Hardie, Director General de la FIH, Londres, Inglaterra

Unión Internacional de Arquitectos

Sr. R. J. Sahl, UIA, Dusseldorf, República Federal de Alemania

Medicus Mundi Internationalis

Dr. J. L. Jamel, Departamento de Atención Médica, Universidad de Nimega, Nimega, Países Bajos

Sr. H. J. G. de Kok, Consejo Nacional de Salud Pública, Zoetermeer, Países Bajos

Federación Mundial de Salud Mental

Dr. G. A. German, Profesor de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Universidad de Australia Occidental, Australia

Secretaría

Dr. V. Halley des Fontaines, Facultad de Medicina de St Antoine, Departamento de Medicina Preventiva y Social, París, Francia (*Asesor Temporal*)

Dr. R. L. Macagba, Jr. World Vision International, Monrovia, California, Estados Unidos de América (*Asesor Temporal*)

Dr. R. J. Maxwell, King's Fund, Londres, Inglaterra (*Asesor Temporal*)

Dr. F. Siem Tjam, Funcionario Médico, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)

Dr. E. Tarimo, Director, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza

Dr. Young-Soo Shin, Profesor del Departamento de Medicina Preventiva, Escuela de Medicina, Director Adjunto del Instituto de Servicios Hospitalarios, Universidad Nacional de Seúl, Seúl, República de Corea (*Asesor Temporal*)

LOS HOSPITALES Y LA SALUD PARA TODOS

Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre la Función de los Hospitales en el Primer Nivel de Envío de Casos

1. INTRODUCCION

El Comité de Expertos de la OMS sobre la Función de los Hospitales en el Primer Nivel de Envío de Casos se reunió en Ginebra del 9 al 17 de diciembre de 1985. El Dr. T. A. Lambo, Director General Adjunto, abrió la reunión en nombre del Director General. El Dr. Lambo subrayó la oportunidad y la importancia de la tarea asignada al Comité y recordó a éste que de hecho era el primer comité de expertos en hospitales que se reunía desde 1968, y el primero desde 1959 en ocuparse de examinar la función del hospital en el contexto más amplio del sistema de salud. Mientras tanto se había instituido y había comenzado a ponerse en marcha todo el movimiento revolucionario hacia la atención primaria de salud. Sin un mayor apoyo de los hospitales en esa etapa (especialmente los del primer nivel de envío de casos), la atención primaria de salud no podría desarrollar todas sus posibilidades. Las restricciones económicas y la extendida idea de que la hospitalización sólo debe tenerse en cuenta cuando no exista otra alternativa apropiada han llevado a modificar los principios que rigen la atención hospitalaria. Los hospitales y la atención en la comunidad deben ser interdependientes a fin de reducir al mínimo el empleo innecesario del hospital. A menos que los hospitales así lo reconozcan y extiendan su acción a toda la red de servicios de la comunidad, se volverán cada vez más cerrados en sí mismos, aislados e insoportablemente costosos.

El Comité de Expertos reconoció que podían emplearse distintas estrategias para definir la función de los hospitales en relación con la atención primaria de salud. Cabría, por ejemplo, comenzar por analizar lo que actualmente están haciendo los hospitales en ese sentido, describir los distintos criterios que se están aplicando y formular a continuación las directrices que deberán seguir aquellos hospitales que deseen intensificar su participación en la atención primaria de

salud. Ahora bien, esa estrategia tiene el inconveniente de que se basa en lo que los hospitales están haciendo ya en circunstancias particulares y no en ayudar a la población a decidir qué es lo que se necesita en una amplia gama de situaciones distintas.

No basta con que los hospitales deseen participar en la atención primaria de salud; deben comprenderla, con sus valores y sus componentes, así como los tipos de personal, estructura y gestión de que deben disponer para desempeñar una función de apoyo y para ser capaces de responder a las nuevas circunstancias y necesidades.

Por tanto, el Comité de Expertos se propuso ofrecer un análisis de la atención primaria de salud, en especial con arreglo a los principios de salud para todos, especificar los componentes de un sistema de salud de distrito basado en esa forma de atención, y basarse en tal información para describir la función del hospital en el primer nivel de envío de casos en apoyo de la atención primaria. Numerosos hospitales y sistemas de atención primaria de todo el mundo constituyen ejemplos excelentes del esfuerzo realizado para establecer una interacción eficaz, y a ese respecto se les ha dedicado atención en el presente informe.

El Comité de Expertos reconoció los numerosos obstáculos que se interponen en el camino hacia una integración más profunda entre los hospitales y otros sistemas de atención primaria de salud, así como la necesidad de superarlos. Observando asimismo que su propia tarea no sería más que un paso en el camino que muchos otros habrían de seguir, llegó a la conclusión de que una parte de su responsabilidad consistiría en recomendar a la OMS y a otras organizaciones que emprendiesen más actividades, entre ellas la de definir con claridad los conocimientos y la tecnología mínimos que se precisan en un hospital en el primer nivel de envío de casos dentro del marco de un sistema de salud de distrito.

2. HOSPITALES FRENTE A ATENCION PRIMARIA DE SALUD: UNA ANTITESIS FALSA

En todo el mundo, los hospitales representan la concentración más importante de recursos de salud, conocimientos profesionales y equipo médico. ¿Cómo pueden prestar más ayuda en el campo de la atención primaria? Esta pregunta se plantea cada vez con más frecuencia entre los responsables de la política hospitalaria que desean contribuir a la actual revolución en la atención de salud. También la

formulan con idéntico apremio los encargados de organizar y fomentar la atención de salud en la comunidad que reconocen la necesidad de ese tipo de apoyo (conocimientos técnicos, variedad y alcance de los recursos, etc.), que solamente los hospitales pueden prestar.

Con frecuencia se ha considerado que los hospitales y los servicios de salud en la comunidad son entidades separadas y rivales. Esta aparente antítesis es falsa, pero está muy difundida desde hace mucho tiempo; además, como remeda bastante la realidad puede suponer un peligro muy grave. No obstante, a medida que se intensifica la demanda de una cobertura universal en la atención de salud y aumenta la escasez de recursos en casi todos los sistemas de atención de salud, resulta evidente que la labor de lo que se hace dentro de los hospitales debe estar estrechamente relacionado con las actividades sanitarias que tienen lugar fuera de ellos, en la comunidad.

2.1 Necesidad de participación de los hospitales

Ningún sistema de salud local basado en el concepto de la atención primaria puede funcionar sin la participación y el apoyo de un hospital y de un buen sistema de envío de casos que precisan una asistencia más especializada que la que pueden recibir fuera del hospital. Ahora bien, importa igualmente que el hospital no aplique tratamientos que puedan ser dispensados en otros niveles del servicio de salud, pues si lo hace se verá sobrecargado y no podrá ofrecer apoyo adecuado a la comunidad.

En muchos países está muy arraigada la opinión de que los niveles más altos del servicio de salud son los que prestan la mejor asistencia. Por ello es esencial que existan fuertes vínculos entre el hospital y la comunidad a fin de que la población tenga la certeza de que recibirá asistencia especializada en el hospital siempre que sea verdaderamente necesario.

La atención primaria de salud no equivale simplemente a servicios de salud en la comunidad o a asistencia médica primaria en el sentido convencional. Puede concebirse de varias maneras distintas:

- como una gama de programas adaptados a las características de salud y enfermedad de una población que vive en un ambiente determinado;
- como un nivel de asistencia (cuya definición exacta depende del país de que se trate), respaldado por un sistema de envío de casos bien organizado;

- como una estrategia destinada a reorientar el sistema de salud con el fin de ofrecer a toda la población una atención esencial eficaz y de fomentar la participación individual y comunitaria, así como la colaboración intersectorial; y
- como una filosofía, basada en los principios de igualdad social, autorresponsabilidad y desarrollo de la comunidad.

Cualquiera que sea la forma en que se conciba la atención primaria de salud, la participación de los hospitales es esencial. Si se considera la atención primaria como una gama de programas, necesitará el respaldo de los hospitales en las actividades de fomento y de prevención, así como sus servicios curativos y de rehabilitación. Si se la considera como un nivel de asistencia, la atención primaria de salud no funcionará a menos que exista un apoyo eficaz del hospital para asistir a los enfermos enviados y devolver aquéllos que no precisen atención hospitalaria a alguno de los otros servicios de atención primaria. Si se la concibe como una estrategia, no funcionará sin una inversión suficiente de conocimientos y de fondos que en la actualidad se encuentran principalmente en el sector hospitalario. Por otra parte, la filosofía de la atención primaria de salud está tan vinculada a lo que sucede dentro de los hospitales como a lo que ocurre fuera de ellos.

2.2 Evolución de los servicios de salud

En muchos países, por ejemplo en los europeos durante la época medieval, la evolución de los servicios de salud institucionales comenzó cuando se comprendió la necesidad de dar auxilio y cobijo a los pobres y los enfermos. Dada la escasez de conocimientos sobre la causa de las enfermedades o sobre medidas preventivas y terapéuticas eficaces, todo lo que podía hacerse al principio era socorrer a los enfermos en dispensarios y asilar a aquéllos que fueran incapaces de valerse por sí mismos. El descubrimiento de la naturaleza infecciosa de las enfermedades más importantes (peste, cólera, etc.) llevó al establecimiento de hospitales especiales en los que se aislaba a los enfermos que las padecían, ya que ése era el único método conocido para proteger al resto de la población. De esta forma y desde su origen, los hospitales aparecieron con el fin de ofrecer asilo a individuos incapaces de vivir en la comunidad, o que, a causa de su infección, constituían una amenaza para la misma.

A fines del siglo XIX, los progresos que comenzaron a registrarse en la ciencia y la tecnología médicas transformaron las actividades de

los hospitales, inicialmente en el campo de los anestésicos y la cirugía, pero más adelante en todas las ramas de la medicina. Al mismo tiempo se iba comprendiendo cada vez mejor la epidemiología de muchas enfermedades y se establecían métodos preventivos. el reconocimiento (que ya se había iniciado en el siglo XIX) de la necesidad de hacer frente a las epidemias a nivel de la comunidad, y no sólo a nivel individual, dio lugar al desarrollo de la salud pública y la medicina comunitaria. Así, mientras los hospitales ofrecían asistencia médica intensiva al individuo, la responsabilidad de tomar medidas preventivas y de ocuparse de la comunidad en su conjunto se confiaba por lo general a organizaciones de salud pública y otros servicios sanitarios locales con carácter independiente.

Tras la Segunda Guerra Mundial, el progreso de los conocimientos médicos siguió un ritmo acelerado. Para muchos países desarrollados, esta época fue un periodo de prosperidad económica que permitió elevar en forma notable el nivel de gastos en el campo de la atención sanitaria. Además, los nuevos gobiernos de los países que habían alcanzado la independencia deseaban ampliar sus servicios de salud y beneficiarse de los crecientes conocimientos de la medicina. Los médicos y otros profesionales anhelaban perfeccionar y adoptar una tecnología más compleja que transformaba los hospitales en lugares cada vez más complejos y eficaces, a veces sin preocuparse casi del costo y sin prestar aparentemente la atención debida a las prioridades en sus zonas locales. Al mismo tiempo, los demás niveles de los servicios de salud ampliaron sus actividades de lucha o de erradicación en relación con las enfermedades transmisibles predominantes, emprendiendo programas con metas definidas contra el paludismo, la tuberculosis, la lepra, la viruela, etc. Así, la salud de la comunidad pasó a ser, y en gran parte sigue siendo, responsabilidad de las organizaciones de salud pública, mientras que los hospitales se encargaban de la atención individual. La coordinación entre los hospitales y otros niveles de los servicios de salud ha sido a menudo casual e incluso fortuita.

El relativo aislamiento de los hospitales respecto a los problemas más amplios de salud de la comunidad, determinado por la evolución histórica de los servicios de salud, ha contribuido al auge de la asistencia sanitaria, basada en el modelo de enfermedad, a la orientación de la mayoría de los médicos hacia la asistencia al individuo y a la tendencia de todas las organizaciones relacionadas con la salud a ampliar y extender su propia esfera de competencia por razones de lucro, de prestigio o de servicio. Cualesquiera que sean los motivos de este aislamiento, hoy en día carece de sentido.

2.3 Cómo ampliar la función de los hospitales

En 1956, en el informe sobre la primera reunión del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica, se estudió la función de los hospitales en un programa de asistencia sanitaria completa para una comunidad (1). El Comité de Expertos subrayó el hecho de que un hospital general no puede trabajar de modo aislado, sino que debe formar parte de un sistema social y médico que preste una atención de salud completa. Aun aceptando que la medicina curativa es la función primordial de los hospitales, el Comité convino en que debían emprenderse actividades preventivas y en que el adiestramiento de personal de salud y la investigación (tanto en el campo biomédico como en el social) constituían otras funciones indispensables de todo hospital general. La organización de un sistema regional de hospitales y el desarrollo de actividades fuera del recinto del hospital dirigidas a una población definida se recomendaban encarecidamente como medio de conseguir la integración de la medicina preventiva y la curativa.

La asistencia extramural (fuera del recinto del hospital) se examinó más a fondo en el segundo informe del Comité de Expertos, publicado en 1959 (2), donde se consideraba que comprendía la asistencia ambulatoria en los consultorios, la asistencia domiciliaria y la asistencia postoperatoria y la rehabilitación médica. El Comité reconoció que la detección de enfermedades no diagnosticadas, la educación sanitaria y la inmunización contribuyen a mejorar la atención de salud en la comunidad y son actividades que ningún hospital puede ignorar.

En 1967, el Comité de Expertos en Administración de Hospitales (3) debatió la función del hospital en el contexto de otros servicios de salud, prestando atención a tres factores principales: 1) la selección de los pacientes que requieren hospitalización; 2) la vigilancia de aquellos a los que se da de alta en el hospital; y 3) el intercambio de personal y de servicios técnicos entre el sistema de salud local y los hospitales. Gracias a la experiencia práctica se ha descubierto que la interacción de los pequeños hospitales locales con otros servicios locales de salud plantea relativamente pocos problemas, especialmente en las zonas rurales donde todos los servicios sanitarios pueden estar a cargo de un equipo único. En esos hospitales, y a veces en hospitales mayores, se ha descubierto que resulta útil reunir las funciones de médico de salud pública y de director del hospital.

El Comité de Expertos en Administración de Hospitales, en vista de la importancia que tienen los hospitales para los programas de salud, recomendó que: 1) se realizara un estudio sobre la relación entre los servicios de salud básicos y los hospitales de referencia; 2) se prosiguieran los estudios internacionales comparativos sobre legislación hospitalaria; 3) se continuaran las investigaciones sobre utilización de los hospitales y los servicios de asistencia médica; y 4) se estudiara el establecimiento de mecanismos mundiales, regionales o interpaíses para planificar y diseñar hospitales y otras instalaciones de asistencia sanitaria, así como para asesorar a los países sobre esas cuestiones (posiblemente en cooperación con organizaciones no gubernamentales como la Federación Internacional de Hospitales y la Unión Internacional de Arquitectos). Como resultado de esas recomendaciones, la OMS patrocinó estudios sobre estructura y organización del hospital rural (4), legislación hospitalaria y sistemas de hospitales (5), utilización de hospitales (6) y planificación y diseño de instalaciones de asistencia sanitaria (7, 8).

El estudio del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre fomento del desarrollo de servicios básicos de salud (9), donde se daban directrices para establecer diversos niveles de servicios de salud en distintas circunstancias nacionales, fue seguido de un estudio conjunto OMS/UNICEF sobre distintos medios de atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo (10). Ambos estudios muestran que los problemas de salud comunitaria no pueden resolverse aislándolos de sus contextos político y social, y señalan, desde un punto de vista conceptual, lo que los países pueden hacer para implantar o reorientar los sistemas de salud con arreglo a los principios de la atención primaria.

La evolución de la función de los hospitales desde 1959 no se ha visto influenciada solamente por la OMS y los gobiernos nacionales. En muchos países, los hospitales no gubernamentales prestan una proporción considerable de servicios hospitalarios tanto en zonas rurales como urbanas. A medida que esos hospitales han ido conociendo las necesidades sanitarias no atendidas de las comunidades a las que sirven, han considerado su papel comunitario por propia iniciativa. En consecuencia, muchos de ellos han emprendido resueltamente actividades de salud de la comunidad. Por ejemplo, la Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias ha colaborado con hospitales relacionados con denominaciones religiosas, organismos eclesiales y con los gobiernos a fin de atender las necesidades de poblaciones desatendidas y desfavorecidas tanto en zonas rurales

como urbanas. En 1974, la Comisión dedicó un número de su publicación *Contact* a las formas en que los hospitales pueden participar más activamente en la atención de salud de la comunidad. Mediante visitas consultivas, talleres y publicaciones, la Comisión Médica Cristiana ha seguido fomentando una estrecha relación de trabajo entre los hospitales y las comunidades a las que sirven.

La Federación Internacional de Hospitales, organización integrada por miembros de unos 90 países, también tiene por objetivo contribuir a mejorar la planificación y la gestión de los hospitales y los servicios de salud mediante una amplia gama de actividades. En 1974 realizó encuestas a fin de identificar problemas y progresos en materia de asistencia sanitaria en zonas urbanas. Una de las cuestiones más importantes era la atención primaria de salud, especialmente en los sectores menos favorecidos de la población urbana. Desde entonces, la Federación y sus asociaciones y hospitales miembros han intervenido en diversas actividades encaminadas a fomentar la participación de los hospitales en la atención primaria de salud.

Los anteriores ejemplos de participación de organizaciones no gubernamentales ponen de relieve que éstas tienen cada vez más en cuenta los aspectos generales de la atención de salud y están decididas a actuar.

2.4 Delineación de la atención primaria de salud

En la Declaración de Alma-Ata de 1978 (11) se exhortó a aceptar la meta de salud para todos y se identificó la atención primaria de salud como la clave para alcanzarla. Más adelante, la 34ª Asamblea Mundial de la Salud formuló y adoptó en 1981 la Estrategia Mundial de Salud para Todos (12) con el propósito de convertir en realidad el concepto de atención primaria de salud.

Para alcanzar la meta de salud para todos es necesario reorientar todo el sistema de salud a fin de afrontar nuevos retos mediante un planteamiento integrado de las actividades de prevención, fomento, tratamiento curativo y rehabilitación en la asistencia sanitaria. Este planteamiento entraña la participación plena de los hospitales en la planificación y la prestación de atención primaria de salud. También implica que los hospitales y otros servicios de salud locales deben compartir la responsabilidad de la asistencia individual en el hogar, en la comunidad y en el primer nivel de envío de casos.

En el contexto de la Estrategia Mundial, la función de los hospitales en relación con la atención primaria de salud ha sido ampliamente examinada tanto por la OMS (13)¹ como por las organizaciones no gubernamentales (14, 15). El Dr. Mahler, Director General de la OMS, tomando la palabra en una reunión celebrada en 1981 y patrocinada por la Fundación Aga Khan y la OMS sobre la función de los hospitales en la atención primaria de salud (14), señaló que un sistema de salud basado en la atención primaria no puede conseguirse sin el apoyo de una red de hospitales. El presente Comité de Expertos se ha centrado en la función del hospital en el primer nivel de envío de casos, por ser éste el vínculo crucial entre los hospitales y otros servicios de salud locales.

2.5 Hospitales y atención primaria de salud: necesidad de horizontes más amplios

La buena cooperación entre los hospitales y otros servicios de salud locales se ha visto a menudo dificultada por diferencias de tradiciones, principios y conocimientos. Aunque esas diferencias son reales y en muchos aspectos válidas, ambos tipos de servicios resultan indispensables para un enfoque completo de la atención de salud.

Tradicionalmente, incumbe al hospital la asistencia individual de los pacientes y la asistencia curativa inmediata. Esta asistencia hace uso intensivo de los recursos y precisa técnicas modernas y personal profesional bien preparado. Los hospitales tienden a definir el rendimiento en función de la calidad de la asistencia individual prestada a los enfermos graves y del empleo de métodos complejos. Los principales problemas que se plantean son los que surgen de la relación médico-enfermo y de la interacción de los métodos de tratamiento con los individuos.

Por el contrario, el concepto de atención primaria de salud (tan relacionado con los hospitales como con otros servicios de salud locales) preconiza las actividades de fomento y prevención de igual modo que las de tratamiento, y está orientado hacia las necesidades de poblaciones enteras. Trata de sacar el máximo partido de los recursos

¹ MONEKOSSE, G. *The role of the first line hospital within the local health services system*. OMS, documento inédito SHS/SPM/80.2 (1980); puede solicitarse a la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

disponibles en relación con todas las necesidades sanitarias mediante el uso de la tecnología apropiada y de una gran variedad de personal de salud, inclusive los agentes de salud comunitarios. El éxito de este planteamiento se define no sólo por la calidad de la atención individual sino también por el mejoramiento de la situación sanitaria de las poblaciones, así como en función de un empleo más equitativo de los recursos de salud disponibles, una cobertura más amplia de la población y una mayor responsabilidad personal en materia de salud. Los principales problemas que se plantean son los resultantes de la interacción entre los sistemas de salud y las poblaciones, así como de la asignación de fondos.

Las bases conceptuales en que se apoyan estos dos planteamientos también son distintas. En el fundado en los hospitales, suele considerarse que el mejoramiento de la salud escapa al poder del individuo e incumbe a los especialistas en prestación de asistencia médica; de esta forma, el servicio tiene una orientación profesional. El profesional competente, que ha invertido cantidades considerables de tiempo y dinero en adquirir conocimientos técnicos, está considerado como el instrumento más valioso de un sistema que se centra en el paciente individual. En el concepto de atención primaria de salud, por el contrario, se considera a los individuos y a las comunidades responsables de su propia salud, de manera que el servicio está orientado hacia la comunidad. Esta se convierte en socio valioso de un sistema centrado en la educación y el desarrollo. El papel del que presta la atención de salud es más bien de «facilitador».

Al combinar ambos planteamientos pueden surgir conflictos debido a las diferencias entre sus respectivas bases conceptuales. No obstante, los profesionales de la salud que trabajan tanto dentro como fuera de los hospitales pueden y deben encontrar áreas comunes en una visión global de la atención primaria de salud, pese a sus diferencias de tradición y orientación.

2.6 El objetivo común de la salud para todos

En 1978, los delegados de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud reunida en Alma-Ata (11) definieron la atención primaria de salud como la clave para alcanzar la salud para todos. Las repercusiones de la salud para todos se resumen en cinco nociones:

- en virtud del principio de equidad, debe conseguirse una cobertura universal con servicios de salud esenciales; para ello, debe limitarse si es necesario la asistencia de costo elevado que no beneficia más que a unos pocos;
- los servicios de salud deben ser eficaces, eficientes, asequibles y aceptables para las comunidades locales gracias a la elección de métodos apropiados y de la forma en que se preste la atención en todos los niveles;
- las actividades de atención sanitaria deben comprender la prevención de las enfermedades, el fomento de la salud y los servicios de curación y rehabilitación;
- los individuos y las comunidades deben participar en actividades de salud que fomenten la autorresponsabilidad; y
- habida cuenta de la estrecha relación entre los factores sanitarios y los sociales, así como entre los económicos y los ambientales, las actividades de protección de la salud deben extenderse más allá de los meros servicios de salud a fin de incluir muchas otras actividades de desarrollo.

Una de las premisas básicas de la participación de los hospitales en la atención primaria es la aceptación de los principios de la salud para todos. Un hospital debe tratar de promover la salud de toda la población a la que sirve, incluso la de aquellos individuos que nunca acuden a él. No obstante, semejante criterio suscita numerosas preguntas. ¿Cuáles son las consecuencias para el hospital? ¿Qué oportunidades y obligaciones debe éste reconocer? ¿Cómo puede lograrse que los distintos valores del hospital y de otros servicios locales de salud sean compatibles y mutuamente fortalecedores? ¿Cómo la plena participación en la atención primaria podría modificar la naturaleza y la función del hospital? ¿Qué experiencias existen en las que basarse?

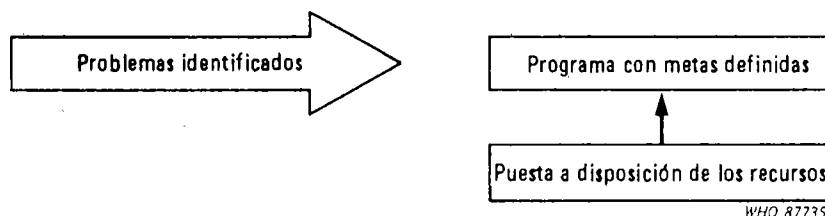
3. COMPONENTES DE UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA

La implantación de un sistema de salud basado en la atención primaria no resulta nada fácil, como se ha reconocido en numerosos informes anteriores de la OMS. En vez de un recuento de todas las dificultades, el Comité de Expertos decidió tratar de resumir algunas de las lecciones extraídas del proceso de aplicación de las nociones básicas. En parte, ello supone recapitular sucintamente la evolución de las ideas sobre la aplicación de la atención primaria de salud.

3.1 Programas con metas definidas

La comprensión de los principales problemas de salud de los individuos, y por tanto de las comunidades, debe constituir la base de toda atención de salud. El análisis de esos problemas, así como de lo que puede hacerse para resolverlos mediante los conocimientos y recursos disponibles, permite tomar decisiones sobre prioridades y programas. En esencia, así es como se han concebido y aplicado muchos programas eficaces con metas definidas, tales como el de lucha contra el paludismo o el de inmunización contra la poliomielitis (fig. 1).

Fig. 1. Programas independientes con metas definidas



La Declaración de Alma-Ata (11) establecía que la atención primaria de salud 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;
- el 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 los traumatismos comunes; y
- el suministro de medicamentos esenciales.

Esta lista de actividades esenciales no es exhaustiva, y puede modificarse para adaptarla a las circunstancias locales. Por ejemplo, al-

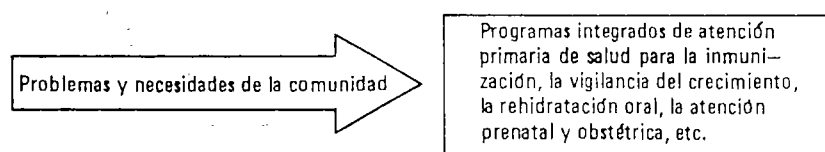
gunos países han incluido expresamente la salud mental, reconociendo así la necesidad de una iniciativa dirigida tanto al bienestar mental como al físico. También pueden incluirse los defectos físicos, así como la salud y la asistencia social de los ancianos.

Los programas concebidos para abordar distintos problemas de salud pueden incurrir en considerables repeticiones y su proliferación no tarda en provocar confusión, derroches e incluso hostilidad. Por esta razón, los programas verticales (autónomos, capaces de funcionar independientemente del resto del servicio de salud) raras veces son eficientes o eficaces con relación al costo.

Así, uno de los problemas esenciales de la atención primaria de salud consiste en agrupar programas independientes para integrarlos después plenamente en el sistema de salud local a fin de conseguir una eficiencia y una eficacia mayores. Ello supone invariablemente algunos cambios de organización y gestión.

Por tanto, el diagrama de programas independientes con metas definidas (fig. 1) requiere una ampliación (fig. 2).

Fig. 2. Programas integrados



WHO 87733

3.2. Niveles de prestación de servicios

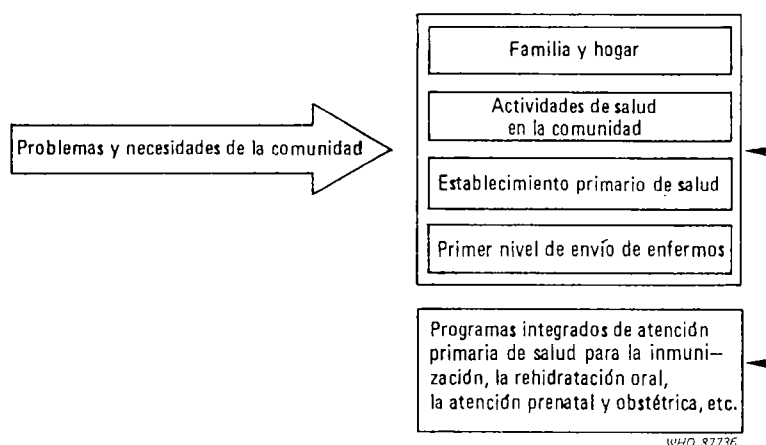
El sistema de salud de un país suele estar constituido por el ministerio de salud, ciertos institutos especializados y establecimientos de diversos tipos relacionados con la prestación de servicios de salud. En los sistemas de salud basados en la atención primaria cabe distinguir cuatro niveles de prestación en el ámbito local:

- la familia y el hogar;
- las actividades comunitarias de salud (agentes de salud de la comunidad y actividades comunitarias de todo tipo, cualquiera que sea el lugar donde radiquen, por ejemplo escuelas o lugares de trabajo);

- establecimiento primario de salud (normalmente, dispensario o centro de salud); y
- primer nivel de envío de casos (normalmente un hospital cuando se trata de servicios curativos).

Este informe se ocupa en particular de los hospitales en el primer nivel de envío de casos y de la forma en que mejor pueden apoyar las actividades de los otros tres niveles. Llegamos así al concepto de programas integrados que son operativos en cuatro niveles (fig. 3).

Fig. 3. Sistema de salud de distrito



3.3. Infraestructura funcional de la atención primaria de salud

Para poder aplicar programas integrados que sean operativos en los cuatro niveles antes descritos, es esencial disponer de una infraestructura adecuada.¹ La infraestructura funcional o administrativa de la atención primaria de salud puede definirse en relación con los siguientes sistemas de apoyo:

- *información*, que comprende la evaluación de la comunidad, la vigilancia de los problemas y las necesidades de salud y la vigilancia de los programas;

¹ *Report on the consultation on operational issues in the transition from vertical programmes toward integrated primary health care.* OMS, documento inédito SHS/85.5. Puede solicitarse a la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

- *actividades de gestión*, que comprende los programas de planificación, ejecución, financiación y evaluación;
- *desarrollo de recursos humanos*, que comprende la contratación, el adiestramiento, la supervisión y la educación continua del personal;
- *logística*, que comprende los suministros, los medicamentos, los transportes y las comunicaciones;
- *instalaciones*, que comprende la planificación y el diseño, la localización, la construcción, el equipamiento y el mantenimiento de hospitales, clínicas, etc.; e
- *investigación*, inclusive la capacidad de investigaciones de orientación práctica sobre problemas cotidianos de atención primaria y sobre la creciente insuficiencia de los hospitales.

Así, el Comité reconoció que la organización de los limitados recursos (recursos humanos, instalaciones, equipo y conocimientos técnicos) en los diversos niveles de prestación de servicios resulta vital para la ejecución de programas integrados. Conceptualmente, este factor añade una tercera dimensión a la atención primaria de salud, que ahora puede representarse (fig. 4) mediante una matriz que interrelaciona: los principales elementos de la atención primaria (página 18), los cuatro niveles de prestación de servicios a nivel local (página 19) y los seis principales sistemas de apoyo de la infraestructura funcional (página 20). Tanto la participación de la comunidad como la colaboración intersectorial afectan a todos los elementos interrelacionados de la matriz.

El modelo representado en la figura 4 aclara de este modo el lugar que ocupa el hospital del primer nivel de envío de casos en relación con los otros niveles de prestación de servicios y con la infraestructura funcional, y puede utilizarse como base para examinar el papel y las funciones del hospital en la atención primaria de salud.

El inconveniente de la figura 4 es que aparenta tener líneas bien definidas y bordes netos. La realidad es bien distinta. No obstante, pone de manifiesto lo absurdo que es considerar a los hospitales como algo separado de los demás niveles de servicios de salud.

4. PAPEL Y FUNCIONES DEL HOSPITAL EN EL PRIMER NIVEL DE ENVÍO DE CASOS

Típicamente, un hospital es un lugar muy activo en el que se hace todo lo posible por el paciente individual, ya sea en el servicio de

urgencias, en los consultorios o en las salas de hospitalización. En muy raras ocasiones puede el personal apartarse de sus tareas para considerar el papel de los hospitales desde el punto de vista conceptual.

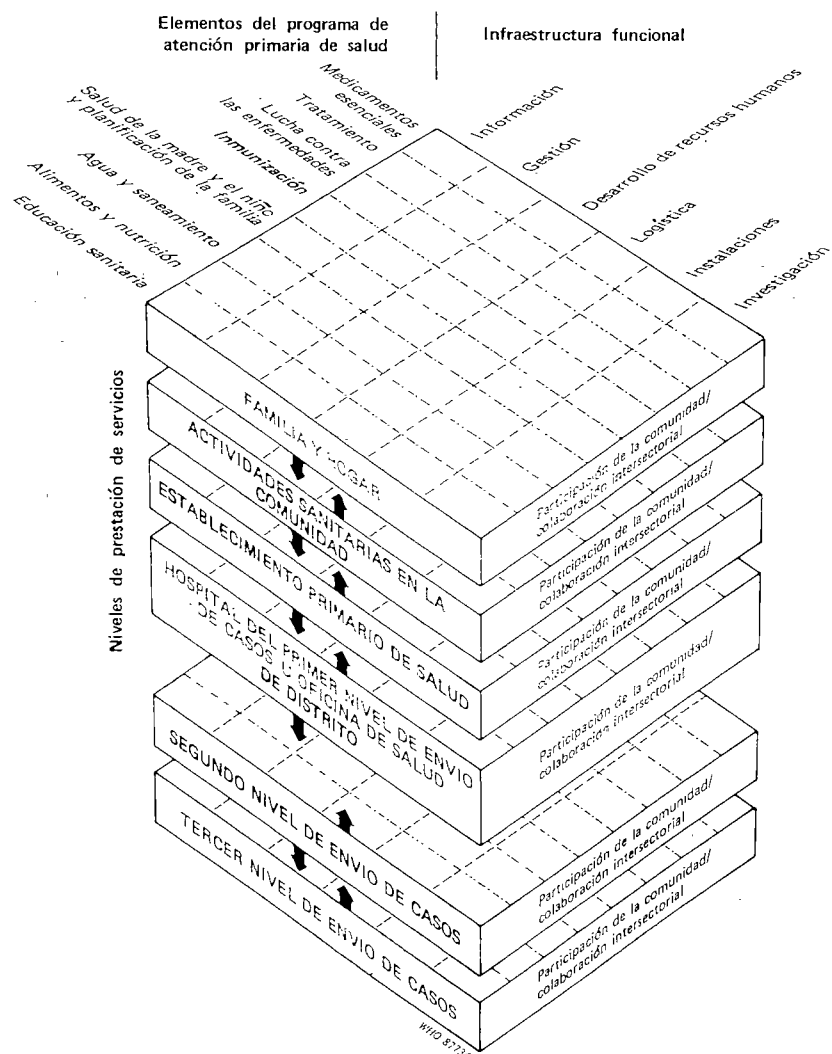
Un modo de analizar la función del hospital en el modelo de atención primaria de salud representado en la figura 4 es considerarlo como parte integrante de un sistema dinámico donde fluyen y refluyen personas, materiales, solicitudes, informes, ideas, etc. desde el hogar, la comunidad o el centro de salud hacia el hospital y viceversa. A continuación se dan algunos ejemplos de estos flujos y reflujos:

- *hacia el hospital*: pacientes, problemas que precisan solución, personas en busca de adiestramiento, informes, datos para evaluación, solicitudes de consulta, equipo que necesita reparaciones y cuidados, y pedidos de suministros.
- *desde el hospital*: pacientes, instrucciones, análisis de informes, actividades de adiestramiento y supervisión, informes sobre consultas, solicitudes de información sobre la periferia, ideas y técnicas nuevas, equipo y suministros.

Esas interacciones (que difieren según las circunstancias locales) no tienen lugar en el vacío; el hospital del primer escalón de envío de casos debe relacionarse con todos los demás niveles del servicio de salud, inclusive con el segundo y el tercero de envío de casos. Por otra parte, las relaciones del hospital con otros servicios públicos (colaboración intersectorial) resultan vitales, al igual que el contexto social y político de la comunidad a la que sirve. Así, el flujo y el reflujo mencionados se amoldan al entorno particular en virtud de factores tales como la densidad de población, el desarrollo económico, la actitud de la profesión médica y el grado de descentralización e integración del sistema político.

Otro modo de plantear la cuestión de la función del hospital es considerar su contribución, desde el punto de vista de la asistencia clínica y del apoyo funcional (por ejemplo, el desarrollo de recursos humanos y las actividades de gestión), a ciertos programas concretos de atención primaria (por ejemplo, la inmunización) en relación con las aportaciones que hacen otros niveles del servicio de salud. En efecto, ese criterio equivale a extraer una serie de «cortes» del programa multidimensional que aparece en la figura 4 con el fin de examinar quién hace, qué hace y dónde pueden encontrarse las lagunas o las duplicaciones.

Fig. 4. Modelo conceptual de un sistema de atención de salud completo basado en los principios de la atención primaria



Ambos criterios pueden ayudar a definir la función del hospital desde el punto de vista del envío de casos, la coordinación de programas de salud, la formación y el adiestramiento, y el apoyo administrativo y de gestión. El Comité debatió una por una esas cuestiones para considerar luego sus repercusiones en la organización.

4.1 Envío de casos

Algunos pacientes acuden directamente al hospital, por razones de urgencia o por propia iniciativa, mientras que otros son enviados por un médico, una enfermera u otro agente de salud. En cualquiera de esos casos la tarea del hospital consiste en tratar al paciente lo mejor que se pueda, darle de alta tan pronto como ello sea compatible con la recta aplicación del tratamiento y explicar al médico o agente de salud que había enviado los resultados y la asistencia que precisará en adelante:

En teoría esto parece sencillo, pero en la práctica no siempre lo es. Por ejemplo:

- el hospital puede encontrarse prácticamente saturado de pacientes (porque éstos hayan acudido por iniciativa propia o por enviados sin discernimiento), de modo que es difícil prestarles una atención correcta;
- los enfermos enviados a menudo no llegan al hospital o lo hacen demasiado tarde porque la distancia es excesiva, por falta de medios de transporte o por problemas económicos;
- a veces la gente desconfía (en ocasiones con razón) de la atención que puede recibir fuera del hospital, y por ello acude directamente a éste; y
- el flujo de información que entra y sale del hospital suele ser insuficiente. Las pruebas presentadas al Comité de Expertos, basadas en un estudio bastante representativo, hacen pensar que al menos la mitad de las cartas de envío a los hospitales eran insuficientes y que la mayor parte de los informes y los resúmenes de alta eran defectuosos o llegaban con retraso.

Estos problemas se examinan más adelante en el informe (véase la sección 6.3.3).

4.2 Coordinación del programa de salud

Además del tratamiento individual de los pacientes, los hospitales deben ocuparse de planificar, coordinar y evaluar la aplicación de los principales elementos de la atención primaria de salud (en el modelo de la figura 4, véase la parte relativa a los elementos del programa de atención primaria de salud). El hospital puede intervenir al menos en cuatro tipos de programas que guardan relación con esos elementos principales:

- programas circunscritos a los pacientes hospitalizados y sus familias, como los de educación sanitaria en el hospital;
- un programa de atención primaria de función única o centrado en un aspecto concreto, como los de nutrición, asistencia maternoinfantil, inmunización, prevención de la rabia o salud mental;
- programas globales de atención primaria de salud, por ejemplo, cuando incumbe al hospital la responsabilidad de la atención de salud total en una zona geográfica dada; y
- programas de desarrollo comunitario, con inclusión de las acciones globales encaminadas al fomento de la salud.

Mientras que lo ideal sería que los programas dirigidos a enfermedades concretas no se concibieran o se aplicaran de modo aislado, no cabe duda de que pueden resultar enormemente eficaces. La malnutrición, la contaminación del agua, o las enfermedades infecciosas de la infancia constituyen ejemplos de problemas de salud concretos que pueden abordarse mediante programas con metas definidas, es decir, decidiendo qué hay que hacer, recabando los fondos necesarios para hacerlo y midiendo el efecto. Como fácilmente puede verse, los hospitales del primer nivel de envío de casos pueden contribuir a menudo a la ejecución de dichos programas. En nutrición, por ejemplo, esa contribución comprendería la realización de pruebas de diagnóstico (por ejemplo, determinación de las proteínas del suero y pruebas para evaluar el grado de anemia), el asesoramiento del enfermo y el tratamiento de los casos enviados. La contribución del hospital también podría abarcar una gama mucho mayor de actividades relacionadas con la nutrición, tales como el apoyo educativo y logístico a los profesionales y a los agentes comunitarios de salud, y el análisis de los datos obtenidos en encuestas. Evidentemente, la contribución del hospital tendrá un valor limitado o incluso insignificante si se reduce a tratar a los pacientes enviados sin tomar en consideración las causas

básicas de malnutrición en la comunidad o el medio ambiente al que regresan los pacientes después de darles de alta. Así pues, el hospital debe participar en el nivel más fundamental del fomento de la salud y de la prevención de enfermedades.

El ejemplo anterior no es más que uno entre muchos; los programas eficaces de atención obstétrica, neonatal y pediátrica ofrecen pruebas incontrovertibles de la interdependencia esencial que existe entre las actividades basadas en la comunidad y las basadas en el hospital. Por cada urgencia obstétrica o neonatal que precisa una intervención técnicamente compleja hay muchas más que responden a medidas de primeros auxilios a domicilio o en el centro de salud. Para abordar eficazmente estos problemas es necesario que haya actividades fuera del hospital. Por otra parte, importa identificar a los individuos expuestos y que el envío al hospital, cuando esté justificado, se haga a tiempo, y entre tanto se preste al enfermo la atención debida. Es igualmente importante que el equipo de obstetricia del hospital conozca las circunstancias de la mortalidad y la morbilidad asociadas o relacionadas con el parto en la población a la que sirve. Lamentablemente, los hospitales de distrito a menudo carecen de esa información. Como raras veces puede disponerse de información de base, los hospitales de distrito no son capaces de evaluar los progresos realizados en materia de reducción de la morbilidad y la mortalidad. En términos generales, el personal de los hospitales de distrito se preocupa de su volumen diario de pacientes y trabaja al margen de los acontecimientos que se producen en la comunidad exterior.

Cabría citar otros ejemplos de la necesidad de relacionar lo que se hace en el hospital con lo que ocurre fuera a propósito de las enfermedades diarreicas, las enfermedades mentales, los defectos mentales y físicos, el cuidado de los ancianos, etc. En todos estos campos, el único enfoque sensato de la atención de salud es el servicio basado en la comunidad, en el cual las actividades de fomento de la salud, prevención y tratamiento basados en el hospital constituyen un componente integral. Por otro lado, del trabajo en sectores como los mencionados se extraen conocimientos especiales sobre la importancia de la sensibilidad afectiva, psicológica y cultural para tratar los problemas de «los otros», lo cual debería influir en todos los programas de salud.

4.3 Formación y adiestramiento

En la formación y el adiestramiento intervienen numerosas instituciones que no forman parte del sistema de salud en la mayoría de los distritos. No obstante, hay que tener en cuenta al menos tres aspectos locales de esa labor.

- La formación básica y continua de todo el personal de salud que trabaja en el sistema de salud del distrito.
- La creación de «distritos docentes» en los que la educación universitaria y profesional tendría lugar en el marco del sistema de salud local.
- El adiestramiento en gestión y dirección de los responsables de los sistemas sanitarios de distrito, que les dé la amplitud de miras precisa para desempeñar su papel en el contexto de la atención primaria de salud. Actualmente, la cantidad de administradores debidamente adiestrados resulta insuficiente en todos los niveles del servicio de salud, inclusive los hospitales. Por ese motivo el adiestramiento en tareas de gestión es especialmente importante para poder aprovechar al máximo los recursos disponibles de personal, fondos y tecnología.

Los hospitales pueden aportar su contribución en cada uno de esos aspectos de la formación y el adiestramiento. Como mínimo absoluto, el hospital debe ocuparse de formar su propio personal para que desempeñe el papel que le corresponde en la atención primaria de salud, así como de mantener la continuidad de esa formación.

4.4 Gestión y apoyo administrativo

Las interacciones logísticas y de gestión de diversos tipos constituyen una parte importante de la relación entre el hospital del primer nivel de envío de casos y los otros servicios de salud locales. Esta es la dimensión de infraestructura funcional del modelo de la figura 4. El grado de participación del hospital en la gestión depende de que: *a)* el hospital se encuentre o no separado del resto del sistema sanitario del distrito en el plano de la organización; *b)* exista o no una oficina de salud de distrito independiente que administre el sistema sanitario del distrito en su totalidad, o *c)* la oficina central del servicio de salud esté o no en el hospital. Si la central se encuentra en el hospital no debe estar dominada por éste, dado que el apoyo y la dirección de

toda la compleja red de actividades de atención primaria de salud requieren una perspicacia, una sensibilidad y unos conocimientos que poco tienen que ver con las funciones tradicionales del hospital. Dentro de la variedad de funciones de gestión se encuentran la asignación y el control de los recursos, la acción intersectorial para la salud, el desarrollo y el despliegue de recursos de personal, la adquisición y la distribución de suministros, y la planificación, la vigilancia y la evaluación del estado de salud y de los servicios de salud basados en un sistema de información eficaz y en la investigación.

5. EL SISTEMA DE SALUD DE DISTRITO

A medida que el Comité de Expertos consideraba las repercusiones del papel y de las funciones de los hospitales del primer nivel de envío de casos, fue cristalizando la noción de sistema de salud de distrito. Esta se perfiló en función de la experiencia de una amplia variedad de países, pese a que todavía pocos de ellos disponen de sistemas bien desarrollados del tipo que se describe más adelante. El distrito constituye un marco en el cual se puede concebir con coherencia el hospital con respecto de la población a la que sirve y de todos los demás organismos relacionados, inclusive aquéllos que generalmente no se consideran parte del sector de la salud.

Un sistema sanitario de distrito basado en la atención primaria de salud comprende en primer lugar y sobre todo una población bien definida, que reside en una zona geográfica y administrativa claramente delimitada, sea urbana o rural. Abarca todos los organismos de atención de salud pertinentes existentes en la zona, sean gubernamentales o independientes, profesionales o tradicionales, que colaboran para crear un sistema de distrito y trabajan juntos en su ámbito. Así pues, el sistema de salud de distrito está compuesto de una gran variedad de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades, por lo que tiene una orientación multisectorial. El sistema comprende la autoasistencia y todos los agentes e instalaciones de salud, sean gubernamentales o no gubernamentales, inclusive el hospital del primer nivel de envío de casos y los servicios de apoyo apropiados, como los laboratorios y diagnóstico y el apoyo logístico. Necesita ser administrado como una entidad independiente, por lo general bajo la autoridad de un director único con dedicación exclusiva que tenga responsabilidades sanitarias además de las curativas, a fin de agrupar todos

esos elementos e instituciones en una gama completa de actividades sanitarias de fomento de la salud, prevención, curación y rehabilitación, así como de supervisar la marcha del sistema.

El gobierno y otras entidades deben delegar en el sistema de salud de distrito bastante autoridad administrativa con el fin de que, en la medida de lo posible, las decisiones puedan tomarse en el distrito, con participación activa de los que viven en él. El propósito de un sistema de salud de distrito es combinar los esfuerzos coordinados de todos los elementos y las instituciones pertinentes a fin de alcanzar la salud para todos.

El sistema de salud de distrito tiene las siguientes características esenciales:

- se encuentra centrado en la población, y hace hincapié en todos los elementos psicosociales y ambientales relacionados con la salud de aquélla, así como en su derecho a modelar su propia atención de salud con ayuda profesional;
- está basado, en la medida de lo posible, en una zona geográfica bien delimitada con fronteras claramente definidas, y abarca toda la población de dicha zona y todos los agentes e instalaciones de salud, inclusive el hospital del primer nivel de envío de casos;
- no tiene por qué tratarse exclusivamente de un sistema gubernamental, y además puede estar compuesto de numerosos elementos, por ejemplo, instituciones no gubernamentales y curanderos tradicionales.
- tiene una autonomía administrativa considerable para poder establecer prioridades y abordar problemas de manera descentralizada en lo posible; e
- incorpora el concepto de atención primaria de salud en todas sus actividades con objeto de alcanzar la meta de la salud para todos.

En el resto de esta sección del informe, el Comité de Expertos recurre a la experiencia de los países para dar mayor claridad y sustancia a la presente descripción del sistema de salud de distrito.

5.1 Asistencia a una población definida

Según subrayó el Comité de Expertos, todos los servicios que contribuyen a la atención primaria de salud deben orientarse hacia el

servicio a una población definida. Si no es así, parece difícil que puedan ponerse en práctica los preceptos de Alma-Ata, especialmente la búsqueda de la cobertura universal en materia de salud, la evaluación de las necesidades sanitarias y del efecto de los servicios, y la participación de la comunidad en la gestión de las instituciones de atención de salud.

La población a la que hay que servir puede definirse al menos de cuatro formas diferentes:

- como parte de un distrito; por ejemplo, un grupo determinado de aldeas o una zona urbana desfavorecida;
- un grupo de riesgo determinado o un grupo de derechohabientes, por ejemplo, un grupo de suscriptores o de empleados de una determinada empresa o industria;
- una parte concreta de toda una población; en Haití, por ejemplo, un pequeño hospital organizó un programa nacional de inmunización con BCG destinado a cubrir al 80% de todos los menores de 21 años en ocho años; y
- un distrito completo, por ejemplo, cuando se asigna a un hospital (junto con otros organismos pertinentes) la responsabilidad de los servicios curativos y preventivos en una zona geográfica completa.

5.1.1 *Ventajas de dar asistencia a una zona geográfica completa*

En general, la última de las cuatro posibilidades que se citan más arriba es la preferible, sobre todo cuando las fronteras son naturales y están relacionadas con otros sectores del servicio público y del gobierno, con lo cual se facilita mucho la colaboración intersectorial. Por otra parte, a menos que se abarque toda la población, actuará la ley de inversión de la atención, según la cual son los relativamente más favorecidos quienes tienden a utilizar los recursos, mientras que otros con necesidades mayores quedan mal atendidos (16). Sin estudiar una población definida, el hospital del primer nivel de envío de casos no puede analizar críticamente su propio rendimiento en el contexto de otros servicios de salud. Por ejemplo, en un examen de la función de los hospitales realizado en Pelotas (Rio Grande do Sul, Brasil) en 1982, se vio que la atención prenatal estaba inversamente correlacionada con el riesgo, y que las operaciones cesáreas estaban directamente correlacionadas con los ingresos familiares y no con el riesgo. Así, ni los pobres ni los ricos recibían una atención óptima; el

primer grupo la recibía en cantidad demasiado escasa y el segundo en exceso. Un tratamiento insuficiente e incorrecto como el citado puede perfectamente pasar inadvertido a menos que la labor de los hospitales se estudie en el amplio contexto de las necesidades de la comunidad y de otras prestaciones de asistencia sanitaria.

Puede resultar extraordinariamente difícil encaminar las actividades del hospital hacia la atención de las necesidades concretas de la población a la que sirve. Esto sucede especialmente cuando los recursos del hospital son escasos y la población se encuentra muy dispersa. Por ejemplo, el hospital de Patan (Nepal), que atiende a una población de 210 000 personas, tropieza con muchas dificultades para prestar apoyo eficaz a los puestos de salud alejados, incluso a dos días de viaje, así como para no verse totalmente absorbido por la prestación de servicios a aquéllos que viven en las cercanías y que en la mayoría de los casos no tienen una necesidad real de tratamiento hospitalario. Ese problema también se observa en Kasongo (Zaire), donde esa clase de tratamiento hospitalario superfluo se considera un «escape operativo» que es necesario extirpar del sistema para que el hospital pueda concentrarse en sus funciones de envío de casos.

En algunos países es práctica común enviar a los enfermos al hospital que sirve a su zona, pero en muchos otros el paciente y el médico que le envía pueden escoger otro hospital si así lo prefieren. El derecho a enviar casos más allá de los límites del distrito suele considerarse una protección importante contra la burocracia, y sería lamentable que esta libertad desapareciese. No obstante, lo razonable es fomentar, en lugar de entorpecer, las modalidades racionales de envío de casos, por ejemplo, dando más preferencia en el hospital a los enfermos enviados desde puestos de salud lejanos que a los que acuden por iniciativa propia, de manera que sean atendidos más deprisa y, en caso necesario, por un especialista. Los gastos también son importantes, ya que muchos pacientes son reacios a incurrir en desembolsos adicionales. En Kasongo (Zaire), los gastos de envío y hospitalización se incluyen en la factura inicial abonada por los enfermos en el centro de salud.

5.1.2 *Algunas barreras y sus repercusiones*

Una encuesta llevada a cabo en 14 países de África tropical por el Real Instituto Tropical de Amsterdam puso de manifiesto que la mayoría (aproximadamente, el 75%) de los hospitales que respondieron

habían concertado acuerdos oficiales de envío de casos con los centros de salud, los dispensarios o los agentes de salud de las aldeas. En muchos aspectos, no obstante, los contactos no presuponían una asociación estrecha y revelaban una noción demasiado restringida de la atención primaria de salud. Por ejemplo, solamente alrededor del 50% recogían datos de salud en las aldeas, y solamente el 60% hacían participar de algún modo a las comunidades locales en las decisiones sobre asuntos de salud.

Naturalmente, es más difícil conseguir una cooperación eficaz en aquellas situaciones en que los hospitales y otras instituciones y el personal de salud que constituyen el sistema de salud de distrito trabajan en distintas organizaciones y están costeados y administrados por separado.

El Comité de Expertos consideró que las diferencias económicas, sociales y políticas eran demasiado grandes para poder describir un sistema sanitario de distrito ideal, aunque existen modelos en China, la India, el Reino Unido y la URSS, por ejemplo. El Comité expresó la firme opinión de que todo hospital del primer nivel de envío de casos debe estar vinculado a una población definida y estar especialmente consagrado a la salud de la comunidad a la que sirve y a disposición de otros servicios locales y personal de salud de su zona. Siempre que sea posible, la población atendida debe encontrarse geográficamente delimitada. En las zonas urbanas con muchos hospitales se plantean problemas especiales que tal vez convenga resolver por alguna forma de consorcio, en vez de intentar establecer fronteras artificiales. Aun cuando un hospital no desempeñe una función importante en el primer nivel de envío de casos, debería tener un papel en el fomento de la atención primaria de salud entre sus enfermos y sus familias. Incluso los hospitales del segundo y del tercer nivel pueden, mediante acuerdos, participar en la atención primaria de salud (especialmente con fines de tratamiento, enseñanza e investigación), pero tendrían que aprender a desempeñar ese papel correctamente y a equilibrarlo con el resto de sus actividades. Cuando la atención primaria sea deficiente, los hospitales pueden intervenir para reforzarla o incluso para contribuir a establecerla.

5.2 Cómo hacer realidad la participación de la comunidad y el fomento de la salud

La participación de la comunidad es fundamental según la Declaración de Alma-Ata, en la cual se establece que «la población tiene el

derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la prestación de su asistencia sanitaria» (11). Se trata claramente de un derecho humano esencial, respaldado por las ideas actuales sobre la naturaleza de la salud y la enfermedad. Los servicios sanitarios nunca podrán proteger adecuadamente la salud sin la comprensión y la participación activas de los individuos y las comunidades afectadas. Por tanto, las medidas de fomento de la salud dependen de un consenso, basado en el entendimiento y la confianza mutuos entre los agentes de salud y la comunidad.

La necesidad de participación comunitaria afecta a los hospitales tanto como a cualquier otro sector del sistema de salud. Sin embargo, no es fácil conseguir la participación de la comunidad, como lo demuestra la amplia experiencia existente.¹ Muchas tentativas serias y sostenidas de promover la participación de la comunidad han tenido resultados decepcionantes. Una de las razones aducidas para explicarlo es que no siempre se alienta a la población a que piense y elija por sí misma, acostumbrándola así a «soluciones» impuestas por los expertos. Por otro lado, no se ha dedicado demasiado esfuerzo ni imaginación a estructurar los servicios de salud de manera que la población pueda participar en forma algo más que simbólica. Entre las cuestiones cruciales relacionadas con la participación de la comunidad figuran las siguientes: ¿qué tipo de participación debe buscarse para conseguir objetivos concretos?; ¿quién debe participar?, y ¿cuáles deben ser el tipo y el método de participación?¹ Para que la gente, individual y colectivamente, se responsabilice de su propia salud se requieren algunos cambios drásticos en la forma de pensar de la comunidad y de los profesionales de la salud. El papel de los expertos debería consistir en facilitar información y apoyo a fin de que los individuos y las comunidades pudieran decidir qué es lo que *ellos* quieren.

5.2.1 *Hospitales y participación de la comunidad*

En conjunto, los hospitales han quedado a la zaga de otros sectores del servicio de salud por lo que se refiere a la participación de la comunidad; existen explicaciones de todo tipo, tales como la excesiva

¹ *Community involvement in health systems for primary health care*. OMS, documento inédito SHS/83/6 (1983); puede solicitarse a la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

importancia atribuida al modelo de asistencia hospitalaria basado en la enfermedad y la ausencia de contacto con una comunidad definida. No obstante, esas actitudes deben cambiar si se pretende que los hospitales desempeñen el papel que les corresponde en la atención primaria de salud; es esencial prestar una asistencia completa que abarque tanto la prevención como el tratamiento. Por otra parte, habida cuenta de la creciente escasez de los recursos, los hospitales no tienen derecho a decidir en nombre de las comunidades a las que sirven cuáles son los problemas de salud a los que debe darse prioridad; una cosa son las decisiones técnicas, pero las decisiones en materia de prioridades suelen ser por lo menos tan sociales y políticas como técnicas.

La necesidad de una auténtica participación de la comunidad constituye una buena razón para definir la población a que debe servir cada hospital en el primer nivel de envío de casos, ya que con ello al menos se aclararía cuál es la comunidad que debe participar.

Para que la participación de la comunidad ofrezca interés tal vez sea necesario aumentar la descentralización gubernamental. Al principio, los dirigentes comunitarios suelen desconfiar de que el gobierno central reconozca su contribución a la atención de salud y es natural que no quieran perder el tiempo a menos que su participación beneficie a la propia comunidad. El interés de las comunidades locales va más allá de los meros servicios de salud, por lo que deberían poder insistir en la colaboración intersectorial.

Los hospitales no son entidades remotas como algunas instituciones del gobierno. Las comunidades se identifican fácilmente con ellos; además, gozan de un prestigio considerable y en la mayoría de las comunidades ocupan una situación de liderazgo, al igual que los médicos y enfermeras que trabajan en ellos. El hecho de que los hospitales y su personal profesional tengan auténtico interés en la participación de la comunidad influirá por sí mismo en la respuesta de ésta.

Esto es también aplicable a la educación sanitaria y al fomento de la salud. En muchos problemas de salud (desde la malnutrición hasta las enfermedades cardíacas, y desde el alcoholismo y la violencia hasta la pérdida de independencia en la vejez), la atención hospitalaria no constituye una respuesta adecuada ni eficaz. Los hospitales tienen una misión que cumplir en la educación sanitaria y en el fomento de la salud, y su ejemplo será importante.

Paradójicamente, mientras que en muchos casos puede parecer que los hospitales independientes no están tan vinculados a otros servicios de salud locales y a poblaciones tributarias concretas como

los hospitales estatales, también pueden verse menos limitados por la reglamentación central y, por tanto, pueden encontrarse en una situación privilegiada para fomentar la participación de la comunidad.

A pesar de las dificultades reales, existen algunos ejemplos alentadores de participación comunitaria en los hospitales, así como de participación de éstos en el desarrollo de la comunidad y el fomento de la salud en muchas partes del mundo. En China, por ejemplo, existe una relación directa entre los organismos de salud en todos los niveles y los consejos o comités comunitarios que velan por la coordinación intersectorial; lo mismo sucede en la URSS, a pesar de que los mecanismos y las tradiciones son diferentes. En muchas otras partes del mundo, los ejemplos provienen de instituciones aisladas y no de sistemas completos: tal es el caso de los proyectos por zonas o «vecindades» y de los «hospitales sin muros» de Costa Rica, así como de los proyectos basados en hospitales de Hong Kong, Nueva York y Sierra Leona.

5.2.2 *Reflexiones sobre la experiencia de los Estados Miembros*

La experiencia en los Estados Miembros ha demostrado que:

- Muchos hospitales intentan sopesar las opiniones de los usuarios de sus servicios y aprender de sus comentarios. Este procedimiento debería ser habitual, al igual que el examen rápido, exhaustivo e imparcial de las quejas.
- Los hospitales deberían hacer más hincapié en el fomento de la salud y en las actividades de prevención, pues de lo contrario perderán una ocasión única de informar e influir en el comportamiento del público.
- Las comunidades deberían intervenir más activamente en la dirección y el control de los hospitales; por ejemplo, haciéndose representar en los órganos de gobierno.
- Los hospitales podrían desempeñar un papel importante en el desarrollo comunitario debido a su autoridad y a la lealtad que suscitan.
- No deben implantarse nuevos mecanismos orgánicos de colaboración entre el sector de la salud y la comunidad sin intentar en primer lugar utilizar o adaptar los procedimientos tradicionales y los órganos existentes con miras a la participación de la comunidad; si se prescinde de los métodos tradicionales, la

participación de la comunidad puede quedar de hecho más debilitada que fortalecida.

- Las funciones respectivas del personal que trabaja en el hospital, los agentes de salud de la comunidad y otros trabajadores de primera línea deben ser objeto de una negociación cuidadosa, en la que debe intervenir la comunidad.
- En muchos casos resulta inevitable que las comunidades locales tengan que pagar por la atención sanitaria inicial. Cualesquiera que sean los pros y los contras, la contribución local puede reforzar en la comunidad la confianza en sí misma y en el derecho de participar en las tareas de gobierno.
- Los hospitales y su personal tienen mucho que aprender sobre la interacción eficaz con las comunidades a las que sirven. Si bien están más habituados a impartir conocimientos que a recibirlos, necesitan aprender de los agentes de salud de la comunidad y de los dirigentes y los observadores de ésta. Reconocer ese hecho exige un cambio considerable en el pensamiento profesional.

El Comité reconoció que hay muchas barreras que salvar antes de poder implantar en todo el mundo sistemas de salud de distrito sólidos que comprendan un hospital en el primer nivel de envío de casos. Más adelante se examinan con mayor detalle algunas de esas barreras y se hacen sugerencias sobre la manera de salvarlas.

5.3 Definición y desempeño de funciones concretas

5.3.1 Alternativas

La información ofrecida hasta ahora en el presente informe muestra claramente que la función del hospital en relación con su sistema de salud de distrito puede clasificarse bajo algunos epígrafes generales: envío de casos individuales, gestión de vastos programas de salud, formación y adiestramiento, gestión, y apoyo administrativo y logístico. El Comité subrayó la conveniencia de escoger bien las funciones que deben asumir los diversos tipos de organismos de salud, inclusive los hospitales, a fin de atender las necesidades de la comunidad del mejor modo posible.

En el Anexo 1 se presenta un cuestionario de «autoinspección» que puede resultar útil a los hospitales para examinar sus funciones en

el distrito. Las preguntas están relacionadas con los principales problemas que plantea el sistema de salud de distrito, la forma en que pueden abordarse, y a quién incumbe abordarlos. Por ejemplo:

- *Envío de enfermos.* ¿Qué problemas se plantean? ¿En qué medida es correcta la información que acompaña al paciente cuando ingresa o es dado de alta? La información de que dispuso el Comité de Expertos hacía pensar que, en cierto país, la mitad por lo menos de los volantes de ingreso son incompletos y que la mayor parte de los informes y resúmenes de alta son defectuosos o se reciben con retraso, o pecan de ambas cosas. ¿Qué puede hacerse para corregir esa situación?
- *Coordinación de programas de salud.* ¿Cuáles son los problemas sanitarios cruciales (por ejemplo, malnutrición infantil, enfermedades diarreicas y mortalidad perinatal)? ¿En qué grupos de población se presentan? ¿Qué organismo es el más indicado para intervenir y adoptar medidas correctivas? ¿Qué ayuda puede prestar el hospital?
- *Formación y adiestramiento.* ¿Qué cambios de actitudes y de conocimientos son necesarios, y cómo pueden conseguirse más fácilmente mediante la formación y el adiestramiento? ¿Qué organismo debería encargarse de ello, y por qué medios? Se precisa una reorientación básica de muchos programas de adiestramiento profesional. Los cambios de actitud respecto a la atención de salud ya se han reflejado en los programas de estudio de algunas escuelas de medicina, así como en la formación de enfermeras orientada hacia la comunidad. Los hospitales pueden, mediante acuerdos, desempeñar asimismo un papel importante adiestrando personal de salud comunitario, como ya se hace en la República de Corea y en el Hospital Bethesda de Indonesia.
- *Gestión.* ¿Cómo deben planificarse los servicios locales dentro del distrito? ¿Cómo se tomarán las decisiones acerca de la distribución de los escasos recursos y quién actuará sobre esas decisiones? (Los ejemplos de respuestas a esas preguntas se tomarían principalmente de sistemas de atención de salud plenamente integrados, como los de China y la URSS, pero la necesidad de actuar y responderlas surge en todos los sistemas de atención de salud, inclusive de los que están menos coordinados).

- *Apoyo administrativo y logístico.* ¿Quién debería encargarse de qué en cada una de las funciones de apoyo (v. g., servicios de laboratorio, suministros y equipo, planificación de instalaciones adecuadas, transportes, etc.)? ¿Cuáles son los principales problemas, si es que existen? Y, ¿qué puede aportar el hospital?

5.3.2 *Repercusiones*

Todos los hospitales del primer nivel de envío de casos tienen varias funciones que desempeñar, como ya se ha indicado. Las funciones correspondientes al envío de enfermos, que a primera vista pueden parecer las menos ambiguas, varían de hecho según los servicios clínicos y los programas; es más, dependen de la fuerza o la debilidad que tenga la atención primaria de salud fuera del hospital. De igual modo, varían mucho las funciones que debe cumplir el hospital en materia de apoyo administrativo y logístico, así como en la formación y el adiestramiento.

El Comité de Expertos indicó que el modelo de sistema completo de atención de salud representado en la figura 4 (página 23) podría resultar de utilidad para determinar funciones. En el cuadro 1 se presenta un modelo integrado de ese tipo en el que, en cada nivel del servicio de salud, se asignan las tareas en relación con un problema de salud concreto cubierto por el programa de salud maternoinfantil.

El modelo (fig. 4) también puede emplearse para decidir quién se encargará de qué en lo referente a información sobre gestión (o cualquier otro aspecto del apoyo administrativo y logístico) o sobre formación y adiestramiento; en el cuadro 2 se da un ejemplo del tipo de sistema de información necesario para apoyar un programa de salud maternoinfantil.

Una vez que se han precisado las funciones concretas, importa que los representantes de cada componente del servicio de salud se reúnan periódicamente para identificar cualquier problema que haya surgido (y estudiar cómo solucionarlo), así como para decidir qué debería hacerse a fin de mejorar el rendimiento.

5.4 **Inserción en el contexto orgánico del sistema de salud**

Aunque los sistemas de salud pueden clasificarse en unos pocos tipos principales de organización, en general gubernamentales y no gubernamentales, existen grandes variaciones de unos países a otros, e

Cuadro 1. Asignación de tareas en relación con la lucha contra la diarrea infantil

Nivel de atención	Tareas
Familia	Abastecimiento de agua Suministro de alimentos Conservación de los alimentos Higiene de los alimentos Dieta (calidad y cantidad) Rehidratación oral
Actividades de salud de la comunidad	Educación sanitaria Asesoramiento de los dirigentes de la comunidad Formación de personal no profesional Adiestramiento en rehidratación oral Acopio de datos Lucha contra las epidemias Envío a centros de salud Mantenimiento de un suministro de agua potable
Establecimiento local de salud	Adiestramiento de agentes de salud de la comunidad Tratamiento de la diarrea moderadamente grave Envío al hospital
Hospital	Diagnóstico y tratamiento de la diarrea grave Rehidratación parenteral Adiestramiento en la prevención de efectos secundarios del tratamiento antidiarreico Devolución de información a centros de salud Coordinación del programa
Otros sectores	Vigilancia del agua Vigilancia de las aguas residuales Inspección de los alimentos

incluso dentro de un mismo país. Entre los sistemas gubernamentales, algunos manifiestan una integración muy estrecha entre los hospitales y otros servicios de salud de distrito. Un ejemplo de ese tipo de sistema de salud integrado es el de la URSS. Aunque naturalmente existen diferencias importantes entre las zonas rurales y urbanas, en ambos casos existe un sistema completo de tratamiento preventivo y curativo, desde el puesto de enfermero/partera y el servicio de medicina del trabajo hasta el hospital y las instituciones de salud pública. En China, el sistema es igualmente completo, aunque adopta otra forma, con un sistema de salud rural en tres escalones: el nivel de brigada de producción o de aldea, el nivel de comuna o de municipio, y el nivel nacional. El centro de salud (u hospital) del municipio es directamente responsable de la labor de los puestos y agentes de salud de las aldeas; también debe desarrollar el plan de salud para todo el municipio y se encarga de la salud profesional y escolar, así como del adiestramiento y la dirección de médicos rurales. En Hungría, los

Cuadro 2. Sistema de información destinado a apoyar el programa de salud materno-infantil

Nivel	Contenido del programa			
	Datos demográficos: nacimientos y defunciones	Inmunizaciones	Atención prenatal y postnatal	Crecimiento y desarrollo
A. Familia	Comunicar nacimientos y defunciones a niveles B y E	Añadir registro de inmunizaciones a ficha de crecimiento	Registro familiar (ficha prenatal y postnatal)	Registro familiar (ficha de crecimiento)
B. Actividades de salud en la comunidad	Informe sobre nacimientos y defunciones	Informe sobre tasas de inmunización	Informe sobre situación prenatal y postnatal	Informe sobre el estado de nutrición y de actividad
C. Establecimiento local de salud	Informe sobre tasas de nacimientos y defunciones en la zona tributaria	Tasas de inmunización del centro en la zona tributaria	Datos prenatales y postnatales del centro para la zona tributaria	Informe sobre el estado de nutrición y de actividad en la zona tributaria
D. Hospitales	Datos del hospital combinados con tasas de nacimientos y defunciones en el distrito	Datos de inmunización del hospital con tasas de inmunización en el distrito	Datos prenatales y postnatales del hospital combinados con datos del distrito	Datos sobre alimentación terapéutica combinados con información sobre la nutrición en el distrito
E. Otros sectores	Registro de estadísticas demográficas	Empleo de medios de comunicación para fomentar la inmunización	Informes sobre educación sanitaria en los medios de comunicación	Disponibilidad de la producción de alimentos y tendencias económicas e informes sobre salud escolar

servicios de salud de distrito y la medicina general se encuentran cada vez más integrados con su hospital local mediante el empleo de consultores experimentados en atención primaria de salud, clínicas especializadas móviles, y educación continua basada en el hospital. No obstante, en muchos otros países, como Finlandia y el Reino Unido, los hospitales están separados de ciertos aspectos de la atención primaria de salud. El servicio de salud vigente en la India constituye un interesante ejemplo de la reciente tentativa de enlazar sistemas paralelos en un todo integrado. Los servicios se prestan en tres escalones principales: la vecindad (1000 personas de una localidad definida atendidas por guías de salud de la aldea o agentes de salud de la comunidad), los centros de salud (que atienden a 5000 personas), y el primer nivel de envío de casos (que atiende a 30 000 personas).

5.4.1 *Inconvenientes de los sistemas mixtos*

Aunque en los sistemas de salud gubernamentales el panorama es totalmente diverso, aún lo es más en los sistemas de salud que también engloban instituciones no gubernamentales. Los sistemas de prestación relacionados con el empleo o basados en la seguridad social son sumamente comunes en ciertas partes de Europa, en el Japón y en gran parte de América del Sur. Por razones históricas, ya mencionadas anteriormente en el presente informe, las organizaciones no gubernamentales conceden más atención a la prestación de asistencia hospitalaria que a la prestación de atención de salud fuera de los hospitales, aunque esa situación está cambiando. Lo mismo puede decirse de los sistemas de salud relacionados con las iglesias, que son especialmente importantes en algunas partes de África y Asia, así como los de organizaciones lucrativas, que suelen ser más fuertes en las aglomeraciones urbanas y en las economías de mercado; por otro lado, las nuevas organizaciones no lucrativas e independientes tienden a estar más orientadas hacia la comunidad que hacia los hospitales. El último tipo está cobrando cada vez más importancia, especialmente en lo que respecta a la atención de incapacitados y de ancianos.

5.4.2 *En busca de soluciones*

Más difícil es organizar la integración de las distintas partes de los sistemas mixtos, pero es factible. Sin duda, los sistemas mixtos pueden ser innovadores en el fomento de la integración. Entre las tentativas encaminadas a promover la integración cabe citar los siguientes ejemplos:

- la creación de consejos de salud de zona como los establecidos en Nueva Gales del Sur (Australia), Nueva Zelandia y la República de Irlanda, responsables de una serie de servicios hospitalarios y no hospitalarios que tradicionalmente se administran por separado;
- el establecimiento de equipos de gestión de salud de distrito (por ejemplo, en Kenia), integrados por profesionales destacados de la atención de salud y administradores del distrito y del hospital, con el fin de fomentar una cooperación estrecha entre instituciones y servicios afines;

- la ubicación de la oficina de salud de distrito en el edificio o complejo hospitalario a fin de agrupar estructuras independientes o paralelas de los servicios de salud del hospital y de la comunidad;
- la designación de un médico jefe para que se encargue a la vez de los servicios de salud del hospital y de los comunitarios, como se ha hecho en Neguev (Israel) y en la India;
- el establecimiento de un departamento de salud comunitaria en un hospital, siempre que esté auténticamente vinculado a otras partes del sistema de salud de distrito dentro de un concepto integrado de la salud (así se ha hecho en Chunchoo, República de Corea);
- la instauración de mecanismos para fomentar la participación y el control de la comunidad, con auténtica autoridad sobre el hospital y otros servicios de salud; y
- la designación de ciertos hospitales gubernamentales y no gubernamentales como hospitales de distrito, encargados de desarrollar un concepto integrado de la atención primaria de salud (por ejemplo, en el United Christian Hospital de Hong Kong).

La organización que mejor funcione en un lugar concreto y en un momento dado dependerá de la historia y de los valores de cada país. No existe una fórmula general satisfactoria.

En general, el Comité de Expertos manifestó una clara preferencia por los sistemas de atención de salud que consiguen una coordinación estrecha de los servicios locales, ya sea por el camino más derecho de una organización integrada o mediante el trabajo en equipo hacia objetivos convenidos. El Comité subrayó, al igual que se ha hecho en numerosos informes anteriores de la OMS, la necesidad vital de la colaboración intersectorial, y expresó la opinión de que el nivel gubernamental debe delegar suficiente autoridad y flexibilidad en el nivel de distrito para hacer posible, con la plena participación de la comunidad, que el sistema de salud de distrito se administre de manera eficaz.

5.5 Establecimiento de procesos de gestión apropiados

Inevitablemente, administrar un hospital general, cualquiera que sea el tamaño de éste, resulta difícil debido a la magnitud y la diversidad de su labor. Un sistema de salud que abarque toda una gama de

actividades de atención primaria, con inclusión de uno o más hospitales, planteará un problema de gestión todavía más arduo que no se puede pasar por alto. Los recursos para la atención de salud están limitados en todo el mundo, y en algunos países de manera especialmente grave. A menos que se considere como un todo, el funcionamiento del sistema de salud es muy poco probable que los recursos disponibles se utilicen correctamente. Sin duda, todo hace pensar que, sin una gestión adecuada, el sistema de salud resultará ineficaz e ineficiente, y no será igualmente asequible a todos.

La gestión de un sistema integrado de hospitales y atención primaria de salud exige como mínimo: *a)* insistir en un enfoque global de la formulación de políticas a fin de fomentar la salud de una población definida; *b)* planificar y presupuestar programas basados en dicho enfoque global y con miras a redistribuir los recursos entre instituciones y de unos sectores a otros; y *c)* evaluar la eficiencia y los efectos desde un punto de vista general, en lugar de hacerlo institución por institución o programa por programa. Estas tareas se pueden llevar a cabo mediante una oficina de salud de distrito, que podría instalarse en el hospital del nivel de envío de casos, pero que no debe verse dominada por éste.

A continuación se ofrecen varios ejemplos de algunos conceptos de gestión que contribuirán a asegurar el funcionamiento eficaz de un sistema integrado.

a) Acopio y análisis de datos basados en la población, teniendo en cuenta los intereses y las responsabilidades del hospital del primer nivel de envío de casos y de otros servicios de salud locales. Se trata principalmente de una cuestión de criterio y de actitudes, aunque también habrá que establecer sistemas técnicos apropiados.

En los sistemas de salud gubernamentales de ámbito territorial se recogen datos estadísticos de todos los hospitales, se combinan y se presentan sin desglosarlos por zonas. Por este procedimiento pierden gran parte de su valor los datos recogidos en una comunidad concreta. Por ejemplo, los datos estadísticos de un hospital que sirve a una zona urbana superpoblada y muy industrializada perderían su significado, y por tanto su utilidad, si se mezclasen con información procedente de distritos semirurales, zonas comerciales y barrios suburbanos residenciales. Existe por tanto una necesidad clara de presentar las estadísticas locales siguiendo un criterio local, a fin de poder determinar los problemas de salud del distrito.

El enfoque local del acopio y análisis de los datos ha sido adoptado por el United Christian Hospital de Hong Kong, que, a fin de determinar los problemas de salud de la comunidad a la que sirve, estudia los datos recogidos antes de informar a la junta de distrito sobre una amplia variedad de asuntos de salud, tales como la frecuencia y la causa de los traumatismos industriales, la prevalencia de distintos tipos de enfermedades relacionadas con el consumo de cigarrillos, los tipos y las características de la depresión nerviosa, etc.

Otros ejemplos interesantes de acopio y análisis de datos procedían de China, el Ecuador, Filipinas, la República de Corea y la URSS. En la URSS, por ejemplo, los auxiliares de salud (feldshers) recogen información de las familias y la combinan con otros datos locales. Los hospitales que supervisan esa información poseen departamentos de estadística que compilan los datos, los cuales son analizados periódicamente por los jefes de asistencia sanitaria en los diversos niveles del sistema de salud.

b) Formulación de políticas y planificación de programas que integran actividades de prevención, atención primaria y aguda, rehabilitación, y apoyo a largo plazo, adoptando un amplio criterio intersectorial cuando proceda. No hay duda de que los hospitales del primer nivel de envío de casos pueden colaborar en un plan integrado de ese tipo, o incluso iniciarlo. Por ejemplo, el Hospital Bethesda de Indonesia participa activamente en una amplia gama de programas de atención primaria en numerosas aldeas remotas en respuesta a la petición de sus respectivas comunidades; la intensidad de los diversos programas difiere considerablemente, y las prioridades han tenido que establecerse en función de los recursos disponibles y de las circunstancias de cada aldea.

La experiencia de una serie de países ha demostrado el valor de aplicar un enfoque zonal a la atención de salud, dividiendo la comunidad en unidades naturales, a veces denominadas «vecindades», constituidas por 100-500 familias de zonas geográficas bien delimitadas. Cada unidad es atendida por uno o más agentes de salud de la comunidad escogidos por la comunidad local y pertenecientes a la misma. Como parte de su misión en el fomento de la salud, todos los agentes de salud de la comunidad tienen la responsabilidad de preparar, bajo la supervisión de un profesional, un mapa de la comunidad de su zona. El mapa debe mostrar todas las viviendas y otras edificaciones, e ir acompañado por información estadística sencilla y de otro tipo sobre la calidad de la vivienda, los saneamientos, las condiciones sociales, etc., así como por listas de las principales causas de morbi-

dad y defunción en la comunidad. Ejemplos de un enfoque de este tipo pueden encontrarse en China, Costa Rica, la India, México, Filipinas, la República de Corea y la URSS.

Es fundamental recoger de esta forma información pertinente sobre la salud de las familias, a fin de identificar las auténticas necesidades de la población del distrito. A este respecto, el hospital del primer nivel de envío puede desempeñar un papel fundamental en la recogida de información con el fin de constituir la base de datos para un programa de prioridades y metas para el distrito, destinado a mejorar el nivel de la salud y del bienestar social. En los distritos, sobre todo en las zonas urbanas, puede haber más de un hospital que participe en la atención primaria de salud. En esos casos, debería designarse un hospital, o un organismo del distrito para que se encargue de recoger y analizar la información de las vecindades o barrios y de transmitirla a los diversos componentes del sistema de salud local, con inclusión de los demás hospitales.

c) *Asignación presupuestaria basada en una cuidadosa evaluación económica y en objetivos de políticas y planes de programas*, no en pautas precedentes de suministro ni en aspiraciones profesionales y administrativas para la expansión. Ello significa que nadie tiene derecho a asumir que proseguirá el sistema anterior de asignación de fondos a menos que sea la mejor manera de emplear los recursos disponibles en función de las necesidades de la comunidad en el momento. No obstante, ello no implica que deban producirse cambios arbitrarios y súbitos de asignación de fondos; los cambios importantes deben prepararse y planearse cuidadosamente.

Es necesario plantear cuatro preguntas a la hora de distribuir los recursos:

- ¿Qué servicios hay que prestar?
- ¿Qué proporción hay que prestar de cada servicio?
- ¿Cómo va a prestarse cada servicio, y quién va a hacerlo?
- ¿A quién van a prestarse los servicios?

La respuesta a estas preguntas requiere una evaluación cuidadosa de la relación entre el costo de un servicio (insumo) y los resultados que consigue (rendimiento).

En muchos países, los costos de los hospitales no han dejado de aumentar rápidamente durante los últimos años y se ha dedicado gran atención a frenar ese proceso. Los hospitales absorben la mayor parte de los presupuestos de salud en la mayoría de los países, aunque solamente dan servicio a una pequeña parte de la población. Por ello

se plantea la cuestión del equilibrio, especialmente en los países en desarrollo, donde muchas veces los servicios hospitalarios se ocupan de una reducida variedad de afecciones que no son necesariamente típicas de las enfermedades y discapacidades predominantes en la comunidad. ¿Cuánto se debería gastar en atención hospitalaria, y cuánto en otras actividades de fomento de la salud? Esta cuestión ha suscitado el interés de numerosas autoridades sanitarias y políticas durante los últimos años. Ha llegado el momento de pedir a los profesionales que dediquen atención a este tema y que participen en estudios sobre necesidades de la comunidad en materia de salud, identificación de prioridades sanitarias y distribución de recursos. Esta estrategia podría ser útil para fomentar la atención primaria de salud que se tradujera en un número menor de ingresos en los hospitales con periodos de hospitalización más cortos, reajustes presupuestarios, reducción de los costos y aumento de la eficacia. En algunas zonas de los Estados Unidos de América, por ejemplo, los cambios de los incentivos financieros han reducido el número de hospitalizaciones y la duración de las estancias en el hospital, aumentando considerablemente la asistencia ambulatoria y domiciliaria.

d) *Mejor planificación de las instalaciones.* Los estudios de casos y los talleres dirigidos por la OMS y por otras organizaciones han documentado los actuales problemas en materia de ubicación, construcción, disposición y funcionamiento de centros de asistencia sanitaria. Estos problemas ejercen un efecto adverso sobre la accesibilidad, la adaptabilidad, el funcionamiento técnico y la rentabilidad económica de todo el sistema de atención de salud, inclusive los hospitales y otros establecimientos en el nivel local. Los escasos recursos pueden desperdiciarse por falta de trabajo en equipo durante las primeras etapas de planificación, por errores en los mecanismos de financiación, elaboración de presupuestos y adquisición, así como por no aplicar los conocimientos existentes sobre arquitectura y construcción (8). Además, los fallos de mantenimiento, reparación y limpieza, junto con la mala utilización de algunas instalaciones, no solamente acortan la vida útil del edificio sino que crean una imagen inadmisibles de los servicios de salud.

Los hospitales requieren cuantiosas inversiones, sobre todo en los países en desarrollo donde existen pocas instalaciones. Aún más importantes que la inversión inicial de capital son los gastos fijos de los años venideros, que de hecho están condicionados por las decisiones en materia de inversión. No obstante, ya existen numerosas directrices referentes a la planificación de instalaciones. Por ejemplo, la

OMS ha patrocinado una red de instituciones nacionales de adiestramiento para la planificación de instalaciones sanitarias tanto en países desarrollados como en desarrollo; además se han preparado directrices técnicas que ya están siendo utilizadas por varios países, como Kenya, México y Sudán. Lo que se necesita ahora es un estímulo constante por parte de la OMS y de otros organismos para utilizar todos los conocimientos disponibles a fin de influir en estos problemas y, al mismo tiempo, seguir preparando directrices para los casos que planteen dudas.

e) *Asegurar un sólido apoyo logístico* que no dé automáticamente preferencia al hospital. Cuando los hospitales actúan como puntos de distribución de suministros, a menudo parecen recibir la mejor parte de los suministros disponibles; aun cuando no sea así, se sospechará que lo hacen. Tal vez sea necesario que la tendencia se produzca en el otro sentido, dándose prioridad a las instalaciones de salud de la comunidad, como en el caso del sistema de distribución de suministros farmacéuticos del hospital de Kasongo y el distrito circundante. El Comité de Expertos también subrayó la utilidad de la comunicación bidireccional por radio (cuando los fondos lo permitan) entre hospitales y centros de salud, la necesidad de controlar por microordenador los suministros y las funciones logísticas dentro de los distritos, las ventajas de la normalización de los suministros y la importancia de la garantía de calidad a ese respecto.

f) *Evaluación e investigaciones sobre servicios de salud que tengan criterios amplios y utilicen métodos acertados.* La información presentada al Comité indicaba que no puede darse por supuesto que los programas y prácticas clínicas establecidos vayan a alcanzar sus objetivos y que, por tanto, es esencial contar con mecanismos para evaluar el rendimiento. Esto se aplica tanto a las actividades sobre el terreno y al fomento de la salud como a las actividades y el tratamiento en el hospital. En Jamaica, uno de los criterios utilizados para evaluar la calidad de los servicios consiste en analizar el tratamiento hospitalario y sus resultados en doce afecciones «indicadoras» que van desde la gastroenteritis infantil hasta la hipertensión y la apoplejía. Algunos de los resultados fueron sorprendentes. Por ejemplo, se descubrió que la tasa de mortalidad de la gastroenteritis infantil era más alta en los hospitales con un número reducido de ingresos de casos graves que en aquéllos con un número elevado; ello sugería que los resultados desfavorables se debían más a un tratamiento erróneo que a la gravedad de la enfermedad en el momento del ingreso. Tales iniciativas de garantía de la calidad deberían, naturalmente,

extenderse a partir del hospital a fin de poder analizar la eficacia de toda la red de asistencia en el sistema de salud del distrito. La elección de afecciones «indicadoras» y el análisis de la relación entre resultados y métodos concretos de tratamiento, como en el caso de Jamaica, sugieren una forma posible de hacerlo.

6. ESTUDIO DE ALGUNOS PROBLEMAS PERSISTENTES

El Comité de Expertos identificó una serie de problemas que impiden una participación más eficaz de los hospitales del primer nivel de envío de casos en los servicios de salud de la comunidad. A continuación se examinan algunos de esos problemas.

a) Deficiencias de la organización y la estructura. Los vínculos de tipo organizativo y estructural entre los hospitales y otros servicios de salud locales a menudo resultan insuficientes para respaldar la atención primaria de salud. El hecho de que las diversas partes del sistema de salud se encuentran con frecuencia controladas por autoridades diferentes (por ejemplo, distintos departamentos del gobierno o una combinación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales) contribuye a esa falta de cohesión. Incluso cuando se introducen cambios en la organización a fin de reunir distintos elementos del servicio de salud, pueden quedar vacíos funcionales. El Comité de Expertos propuso el concepto de sistema de salud de distrito como marco en el que se han de abordar esos problemas de organización y de función.

b) Actitudes y orientación. Tiende a existir una tendencia favorable a los servicios basados en instituciones. Los servicios orientados hacia la comunidad suelen considerarse como absolutamente separados de los hospitales, y en ocasiones incluso en competencia o en conflicto con ellos. Tales conflictos podrían evitarse si se reconociera la interdependencia entre los hospitales y otros servicios; los servicios de salud locales dependen del apoyo del hospital, y éste depende de aquéllos para poder utilizar eficazmente sus recursos en beneficio de toda la población del distrito.

c) Deficiencias de la distribución de los recursos, los sistemas de información y otros aspectos de la gestión. Muchos aspectos de la gestión son a todas luces insuficientes en el nivel de distrito. Un problema habitual es que los métodos de gestión (por ejemplo, los sistemas de información o de distribución de recursos) hayan sido

ideados para el hospital o para los servicios de salud locales, pero no para ambos a la vez. Dado que la salud de la población es el objeto de todos los servicios de salud, inclusive el hospital, sin duda es conveniente elaborar métodos de gestión que abarquen toda la población y todos los recursos de salud pertinentes.

d) *Sistemas insuficientes de envío de casos.* El procedimiento de envío que predomina en muchos servicios de salud constituye un grave problema. Con frecuencia los pacientes carecen de confianza en los agentes de salud locales y en lugar de acudir a ellos se dirigen a servicios de más envergadura, en particular hospitales. Incluso cuando el envío está iniciado por un agente de atención primaria tiende a producirse en un solo sentido: el paciente va al hospital pero no es devuelto. La consecuencia de un sistema de envío defectuoso es la subutilización de las instalaciones periféricas y el abuso del hospital, en detrimento de ambos.

e) *No se utilizan las metodologías conocidas en relación con las necesidades de la población.* Los conceptos esenciales de salud para todos y atención primaria de salud (v. g., cobertura universal, servicio a una población determinada, identificación y atención de diversas necesidades, y empleo de las mejoras en la situación sanitaria como índice de la eficacia de los programas) exigen el dominio de metodologías específicas. Esas metodologías, en los campos de la epidemiología, la estadística, la economía y la planificación, entre otras, son conocidas pero han de adaptarse y aplicarse según las necesidades concretas de cada distrito.

f) *Gestión de hospitales y servicios de salud.* Las restricciones económicas han hecho que los hospitales presten más atención a la distribución de recursos, la moderación de los gastos, la eficacia con relación al costo, la garantía de la calidad, etc., para cerciorarse de que los limitados recursos se aprovechan lo mejor posible. Aunque en todo el mundo se han cosechado éxitos en cada uno de esos campos, los conocimientos en materia de gestión para alcanzar éstos y otros objetivos aún están insuficientemente desarrollados, desde el doble punto de vista de la calidad y de la cantidad. Por tanto, hay que dar prioridad al mejoramiento de la gestión hospitalaria y del adiestramiento en materia de gestión en el distrito.

Después de examinar estos problemas, el Comité de Expertos se ocupó con más detalle de los siguientes: problemas de organización y función; actitudes, adiestramiento y educación; e información, financiación y sistemas de envío de casos.

6.1 Problemas de organización y función

Reunir a todos los organismos pertinentes, con inclusión del hospital, en un sistema de salud de distrito eficaz resulta más difícil en unos casos que en otros. Por tanto, el Comité de Expertos consideró los obstáculos que pueden surgir en una serie de situaciones probables, y la forma en que podrían salvarse.

6.1.1 *Falta de integración o coordinación organizativa entre el hospital y otros organismos*

a) *En situaciones en que el sistema de salud de distrito se encuentra bajo control gubernamental.* En esas situaciones, el sistema de salud es normalmente un sector dentro de un marco social global en el que interviene un conjunto de programas del gobierno. Esos programas pueden ser modificados o ampliados de vez en cuando, no necesariamente de modo acompasado entre sí, y la gestión de los programas puede verse fragmentada y dispersa entre distintas autoridades, dificultando la vinculación de todos los programas para que puedan ejercer un efecto máximo; esto sucede sobre todo cuando algunos programas siguen aplicándose con arreglo a criterios tradicionales o anticuados.

b) *En situaciones en que el sistema de salud de distrito se compone de una combinación de órganos gubernamentales y no gubernamentales.* Existen muy pocos países en los que el gobierno es el único responsable de todo el sistema de salud de distrito. En la mayoría de los países el servicio de salud está compuesto por una combinación de organizaciones gubernamentales, de la seguridad social, voluntarias, privadas e industriales. En esas circunstancias, sin una coordinación eficaz entre todos los organismos, las posibilidades de una acción unificada o coordinada en apoyo a la atención primaria de salud en el distrito probablemente se verán limitadas, mientras que las prioridades sanitarias para la población local vendrán determinadas por los fines o los intereses de instituciones aisladas y no por las necesidades de la comunidad.

6.1.2 *Falta de coordinación funcional entre el hospital y otros organismos*

Existen diferencias inherentes a la organización de los hospitales y de otros servicios de salud cuyo origen radica en diferencias de tecno-

logía, funciones y valores. La actividad del hospital se centra en tecnologías aisladas y complejas, así como en tratamientos intensivos, y suele ser rápida, drástica y a corto plazo. Exige supervisión profesional y dependencia del paciente respecto del que presta la asistencia. En el nivel de atención primaria de salud, las actividades se centran tanto en las poblaciones como en los individuos, así como en métodos sencillos de tratamiento y prevención, y por lo general siguen un ritmo más lento: la población ha de ser autosuficiente y menos dependiente de quienes la atienden. La tradicional separación, incluso el antagonismo, entre ambos tipos de actividad constituye una barrera importante para la coordinación funcional.

a) *Falta de integración organizativa en relación con las funciones.* En ausencia de una integración organizativa, las políticas y las acciones probablemente no estarán tan bien coordinadas como lo exigen los principios de la atención primaria de salud; todas las instituciones o los servicios del nivel de distrito, incluso si son gubernamentales, tenderán a seguir sus propias doctrinas y sus intereses, con lo cual crearán a su vez más obstáculos para la integración funcional. Estos problemas se relacionan con la integración en la cara correspondiente a la infraestructura funcional del modelo de la figura 4 (p. 23).

6.1.3 *En busca de soluciones*

a) *Análisis y escrutinio de la diversidad mundial de situaciones locales.* El sistema de salud de cualquier país se ve profundamente influido por su historia, sus tradiciones y su cultura, así como por sus estructuras sociales, económicas y políticas. En consecuencia, existen grandes diferencias entre los sistemas de salud de distintos países, tanto en el concepto como en la organización. Deberían elaborarse métodos de análisis de sistemas de salud a fin de comprender mejor dichas diferencias y de contribuir a resolver los problemas de la integración organizativa y funcional de los hospitales y la atención primaria de salud en diversas situaciones locales.

El Comité de Expertos expresó la opinión de que los problemas podrían comprenderse mejor clasificando los distintos tipos de sistemas de salud por grupos. Aun teniendo presentes las limitaciones de una clasificación de ese género, consideró que su fin era más ilustrativo que exhaustivo.

Cuadro 3. Clasificación de sistemas de salud de distrito

Tipo de sistemas de salud	Subtipos	Ejemplos	Aspectos a fortalecer
I. Buena coordinación entre la atención en el hospital y en la comunidad, con fronteras bien definidas	Servicio unificado de asistencia en el hospital y en la comunidad Sistema paralelo, pero integrado, de asistencia en el hospital y en la comunidad	China, Cuba, URSS Chile, Finlandia	Mayor integración
II. Atención en el hospital y en la comunidad menos coordinada, con fronteras menos definidas	<i>Según el órgano de gobierno</i> APS H 1. OG OG 2. OG ONG 3. ONG OG 4. ONG ONG 5. Diversas combinaciones de 1-4 en el mismo país	Brasil, India (zonas rurales), Indonesia, Kenya, República de Corea	Vínculos entre los hospitales y los servicios de la comunidad Definición de la población atendida Coordinación de los distintos órganos de gobierno
III. Sistemas menos coordinados con hospitales múltiples y fronteras menos definidas	<i>Según el órgano de gobierno</i> APS H 1. OG OG 2. OG ONG 3. ONG OG 4. ONG ONG 5. Diversas combinaciones de 1-4 en el mismo país	Argentina, Japón, México, República de Corea, Estados Unidos de América, Europa Occidental (muchas zonas)	Vínculos entre los hospitales y los servicios de la comunidad Definición de la población atendida Coordinación de los distintos órganos de gobierno

IV. Sistemas en desarrollo con atención primaria de salud relativamente débil	Algunos países en desarrollo	Red de atención primaria de salud Vínculos entre los hospitales y la atención en la comunidad Definición de la población atendida (ello puede exigir la coordinación de los distintos órganos de gobierno) Concesión de fondos
V. Sistemas de salud en desarrollo con hospital relativamente débil	Algunos países en desarrollo	Servicios hospitalarios Vínculos entre los hospitales y la atención en la comunidad Definición de la población atendida (ello puede exigir la coordinación de los distintos órganos de gobierno) Concesión de fondos

APS = Atención primaria de salud (atención en la comunidad); H = hospital; OG = organización gubernamental; ONG = organización no gubernamental.

El Comité de Expertos consideró que la clasificación de sistemas de salud en el nivel de distrito debería basarse en los cinco factores siguientes:

- el grado de perfección de los mecanismos de envío de casos y el alcance de la coordinación entre el hospital y otros servicios;
- el grado de definición específica de la población atendida por el servicio de salud de distrito;
- la existencia de uno o más hospitales en la zona;
- los tipos de propiedad de los hospitales y de otros elementos del sistema; y
- el grado de desarrollo de los hospitales y de otros componentes de la asistencia sanitaria, y el alcance de los servicios que prestan.

Se sugirieron cinco tipos principales de sistemas (cuadro 3).

- i) Sistemas con buena coordinación entre el hospital y otros servicios de salud locales, con fronteras bien definidas.
- ii) Sistemas con menos coordinación y fronteras menos claramente definidas.
- iii) Sistemas con hospitales múltiples, menos coordinación y fronteras menos claramente definidas.
- iv) Sistemas en desarrollo con los demás servicios de salud locales más débiles que el hospital.
- v) Sistemas en desarrollo con los hospitales más débiles que los demás servicios de salud locales.

b) *Reorientación de la organización y las funciones.* Todos los países deberían examinar su sistema de salud en general, y, en particular, la función del hospital en relación con la atención primaria de salud y la infraestructura que la respalda. Los resultados del examen podrían utilizarse como base de preparación de alternativas que sirvan para reorientar la organización y las funciones del sistema de salud de distrito, teniendo en cuenta los aspectos relacionados con la viabilidad y la eficacia respecto de las condiciones políticas y socioeconómicas del momento.

Un programa activo destinado a reorientar los hospitales hacia la atención primaria de salud debería considerar la modificación de los siguientes aspectos:

- las interrelaciones organizativas y funcionales,
- el desarrollo de los recursos humanos,
- la distribución de los recursos,

- los mecanismos financieros,
- los sistemas de información,
- los sistemas de envío de casos,
- el apoyo logístico,
- los procesos de gestión, y
- la administración y la participación de la comunidad.

La ejecución de un programa de ese tipo no es tarea fácil. Requiere el apoyo y la participación de los componentes esenciales del servicio de salud, así como una dirección firme y un intenso trabajo en equipo. También puede ser necesario un profundo esfuerzo político para conseguir el consenso en la comunidad y para asegurar que se otorga suficiente autoridad al nivel de distrito para que pueda funcionar eficazmente como unidad de gestión.

En muchos casos, tal vez sea preferible aplicar el programa paso a paso, comenzando por un proyecto piloto o de demostración. De este modo quizá puedan reconciliarse aspectos potencialmente conflictivos del programa, así como educar a la comunidad en nuevos estilos de pensamiento y de acción.

Varios países han ensayado diferentes tipos de programas de reorientación, algunos con más éxito que otros. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de los distintos criterios aplicados para reorientar los hospitales hacia la atención primaria de salud.

i) *Intervención directa del gobierno.* El gobierno puede ser el órgano principal en iniciar el programa de reorientación cuando tanto los hospitales como los demás servicios de salud locales se encuentran bajo su control. El programa puede seguir una o dos direcciones:

- integración plena del hospital en un sistema unificado de atención en el distrito bajo una estructura de gestión única, o
- mantenimiento de dos sistemas paralelos con establecimiento de fuertes vínculos entre ellos a fin de fomentar la coordinación y la integración funcionales.

ii) *Creación de un consejo de salud.* En aquellas situaciones en las que partes del sistema de salud de distrito se encuentran bajo el control de distintos órganos gubernamentales y no gubernamentales, podría crearse un consejo que coordinase todos los servicios de salud y estimulase otras acciones encaminadas a proteger y fomentar la salud de toda la población del distrito.

Probablemente el consejo agruparía a representantes de los que prestan servicios hospitalarios y otros servicios de salud, de la comuni-

dad local, del gobierno, de compañías de seguros, de organizaciones voluntarias y de otros organismos que trabajan en el sector de la salud y sectores afines en la zona definida.

iii) *Creación de un equipo de distrito para la gestión de la salud.* En aquellas situaciones semejantes a las antes descritas, los profesionales de la salud y los encargados de la gestión sanitaria tanto de la comunidad como del hospital podrían ser designados por el gobierno central o local (u otras autoridades pertinentes) para que actúen como equipo de gestión que coordine los servicios hospitalarios y otros servicios de salud locales en una zona definida.

iv) *«Contrato» entre el hospital y otros prestadores de atención de salud.* Otro criterio para la reorientación en aquellas situaciones en las que los componentes del sistema de salud de distrito están controlados por diversos órganos de gobierno es suscribir un «contrato», basado en el mutuo acuerdo, y que puede ser oral, entre los hospitales y otras entidades que prestan asistencia sanitaria. Es evidente que no puede suponerse que el contrato entre en vigor inmediatamente, y se precisa algún mecanismo para ejecutarlo y vigilar su aplicación. En algunos casos, los contratos han servido para proteger los intereses de los prestadores de atención de salud y no para fomentar el bienestar de la comunidad; por tanto, la comunidad debe ser una de las partes del contrato.

v) *Designación de un hospital no gubernamental que coordine la atención primaria de salud.* En los distritos en los que los servicios de salud gubernamentales son débiles o no existen pero hay un hospital no gubernamental fuerte, debe alentarse a ese hospital para que actúe en el primer nivel de envío de enfermos y contribuya a coordinar todos los programas de atención primaria de salud en el distrito.

vi) *Legislación y reglamentación.* Incluso en aquellas situaciones en las que partes del sistema de salud del distrito se encuentran controladas por una combinación de órganos de gobierno, puede crearse un servicio de salud integrado promulgando leyes y reglamentos en materia de asignación de responsabilidades, pautas de organización y métodos de coordinación de funciones entre los diversos componentes del sistema. Una vez que la legislación y la reglamentación se hayan aprobado oficialmente, la vía para la ejecución queda libre. Sin embargo, no cabe duda de que es importante que dichas normas sean formuladas solamente tras un análisis exhaustivo de la situación local, y que los diversos componentes del sistema de salud estén de acuerdo respecto a ellas, ya que sólo así es probable que funcionen.

6.2 Problemas relacionados con las actitudes, la orientación y el adiestramiento

6.2.1 Naturaleza de los problemas

Cuando la población ha llegado a acostumbrarse a prolongadas diferencias en los conceptos de atención de salud, se requiere mucho más que cambios estructurales para que se convierta en una asociada local eficaz con fines de atención primaria.

A continuación se describen varios factores que, combinados, provocan una fuerte resistencia al cambio.

a) Falta de conocimiento y de comprensión de las instalaciones y los recursos existentes. A menudo los pacientes acuden directamente al hospital porque no confían en los centros o las instalaciones locales de salud, no conocen las posibilidades existentes, o les atrae la aureola del hospital o la creencia de que recibirán un tratamiento mejor (aun cuando de hecho no sea así). En ocasiones acuden sencillamente porque no tienen otro lugar adonde ir, o porque en el hospital no se les cobra nada. Esto puede constituir un problema especial en aquellos sitios en los que la medicina privada, sea occidental o tradicional, interviene plenamente en la atención primaria, y donde el hospital es el único establecimiento público o gratuito. Así, algunas de las barreras que obstaculizan el cambio residen en la forma en que el público percibe y utiliza los hospitales y otras instalaciones de salud.

En algunos casos los pacientes se resisten a acudir al hospital, incluso cuando se les envía a un establecimiento de este tipo, porque tienen que recorrer una gran distancia y los familiares que les acompañan plantean problemas de transporte, gastos diversos, alojamiento, etc.

b) Presiones institucionales y conciencia y competencia limitadas del hospital en la atención primaria de salud. En el hospital, sobre todo en el primer nivel de envío de enfermos, los profesionales de la salud se encuentran sobrecargados de trabajo y no están muy al tanto de las necesidades sanitarias de la comunidad a la que sirven. Si el tratamiento fracasa, tal vez pregunten sobre el entorno del paciente, pero a menudo no saben cómo utilizar la información obtenida. No pueden o no saben cómo seguir la evolución ulterior de sus pacientes, o cómo evitar que se produzcan casos similares en la comunidad. El personal auxiliar, más que los profesionales, puede tener la

intuición y la preparación necesarias para considerar los problemas de salud de los pacientes dentro del contexto local, pero, debido a la naturaleza del sistema hospitalario, tal vez no sean capaces de actuar de acuerdo con sus conocimientos.

Por otro lado, en algunas regiones, los profesionales de la salud (por ejemplo, médicos y enfermeras) cuya formación estuvo orientada hacia el trabajo en el hospital, son destinados a puestos en la comunidad (dispensarios, centros de salud, etc.), donde no pueden utilizar sus conocimientos, ya que están acostumbrados a una clase de equipo y de apoyo del que sencillamente no pueden disponer. Por ese motivo, su labor puede resultar insuficiente o inútil en relación con las necesidades de la comunidad.

c) *Debilidad de los servicios de atención primaria.* En algunos casos, los servicios externos al hospital son tan débiles que a la población no le queda más alternativa que depender del tipo de atención que preste el hospital, cualquiera que sea. Como consecuencia, el personal del hospital a menudo se ve sobrecargado de trabajo rutinario del que no podrá verse libre hasta que se fortalezcan los servicios basados en la comunidad. Ese problema puede ser especialmente acusado en zonas aisladas; y, paradójicamente, en distritos urbanos pobres.

d) *Resistencia al cambio.* Los hospitales son instituciones poderosas, influyentes y establecidas desde hace mucho tiempo, y por lo tanto intrínsecamente reacias al cambio. No basta con decir simplemente que los hospitales *deben* cambiar. Será necesario utilizar poderosos alicientes e incentivos para realizar las modificaciones estructurales y administrativas apropiadas, para reorientar la lealtad y la responsabilidad en el trabajo hacia los distritos de salud en lugar de los establecimientos y las instituciones, e introducir cambios paralelos en la estructura de los sistemas de adiestramiento y enseñanza. Las gratificaciones y los ascensos de categoría pueden constituir poderosos incentivos para el cambio, pero en general apoyan el *statu quo*.

e) *Dificultades para conseguir la reorientación e inducir el cambio.* Algunos países han establecido para sus profesionales de la salud programas orientados al trabajo sobre el terreno, pero éstos no siempre resultan eficaces. Las dificultades que el personal encuentra cuando trabaja en servicios basados en la comunidad, así como la escasa relación con sus colegas de las instituciones, su aislamiento y a menudo lo exíguo de las compensaciones económicas y la escasa categoría social, pueden hacer que deseen regresar a un puesto mejor y más seguro y que soliciten ser trasladados de nuevo al hospital.

Existe otro problema que afecta a los encargados de la gestión sanitaria en los niveles de distrito, regional y nacional. Por lo general se preocupan más de gestionar adecuadamente las instalaciones hospitalarias existentes que de dirigir todo el sistema de salud. El hospital es una entidad física que requiere un equipo y un mantenimiento costosos, utiliza suministros (medicamentos, material de laboratorio, etc.) y presta servicios de los que es responsable, mientras que (salvo en tareas específicas como la inmunización, la vigilancia del agua, etc.) los servicios de salud en la comunidad no están tan claramente definidos. Es muy fácil que los responsables de la gestión lleguen a encontrarse totalmente absorbidos por los problemas de la dirección de las instalaciones hospitalarias y de la reducción de los gastos en las mismas. Esta preocupación puede ser aún más acusada en el nivel nacional: actualmente, todos los países están intentando contener el aumento de los gastos hospitalarios, que representan más del 50% del presupuesto de salud, llegando a alcanzar el 80% en algunos casos. Por este motivo existe una fuerte presión económica para que los servicios de salud se reorienten de modo que los pacientes que no precisan asistencia hospitalaria sean tratados en otro lugar. El ahorro que podría conseguirse con un cambio semejante hacia la atención primaria de salud sería notable, pudiendo representar hasta un tercio de los gastos hospitalarios totales.

La gestión hospitalaria exige distintos conocimientos y perspectivas que el campo más incierto y en fase de desarrollo de la gestión de la atención primaria de salud. Así, no sólo son las profesiones y las instituciones las que necesitan cambiar, sino también aquéllos que ocupan puestos de gestión y de dirección.

6.2.2 *En busca de soluciones*

a) *Modificación de las actitudes.* A veces, la resistencia al cambio puede ser un signo de fuerza interior, por ejemplo en hospitales antiguos, facultades de medicina y escuelas de enfermería. Si esta fuerza puede orientarse hacia nuevos propósitos, por ejemplo mediante una dirección firme, entonces puede convertirse en una fuerza a *favor* del cambio, en lugar de contra él. Un método que podría utilizarse para fomentar la interdependencia de los servicios comunitarios y hospitalarios es alentar a colegas o dirigentes respetados para que inicien el cambio desde dentro de las instituciones establecidas.

b) *Formación y redefinición de las funciones en el servicio.* Para el hospital como institución, podría resultar ventajoso ser redefinido como institución orientada hacia la salud de la comunidad, lo que significa que no está solamente dirigido hacia la enfermedad sino que tiene responsabilidades en los campos de la medicina preventiva y el fomento de la salud. Entonces podría utilizarse como base para la formación y el adiestramiento continuos (en los campos profesional, técnico y de gestión) de personal de la comunidad. De este modo el distrito circundante podría beneficiarse de disponer de personal calificado que actuaría como asesor en el plano de la comunidad, supervisando a los auxiliares de salud comunitarios y contribuyendo a su adiestramiento.

c) *Acopio de datos.* Es importante que el mayor respaldo de los hospitales a los profesionales y auxiliares de salud comunitarios sirva para atender las necesidades reales de la comunidad. A este respecto, es fundamental que los agentes que trabajan sobre el terreno tengan la preparación y las aptitudes necesarias para recoger y transmitir datos apropiados a los niveles pertinentes del sistema de salud, ya se trate de información sencilla sobre la salud en los hogares y las condiciones socioeconómicas, o bien de datos epidemiológicos y técnicos más complejos. Al cabo del tiempo, el acopio y el análisis de datos esenciales debería convertirse en práctica habitual. Ese tipo de información puede acrecentar espectacularmente la conciencia de la población y cambiar sus valores al revelar necesidades hasta entonces ignoradas; así, puede fomentar cambios en las actitudes y en los servicios.

d) *Importancia de la salud de la comunidad en el adiestramiento.* La mayor atención a la salud de la comunidad debería reflejarse en el adiestramiento de los agentes de salud, tanto en lo que respecta al contenido de los programas de estudios como al lugar de adiestramiento; los instructores y los estudiantes deberían pasar al menos el 20-25% del tiempo en puestos de atención primaria de salud. Las instituciones docentes deberían seleccionar a sus alumnos no sólo por sus aptitudes científicas y técnicas, sino también por su interés por el bienestar de la población; en algunos casos el interés por la atención primaria de salud debería ser el criterio más importante de selección. El personal de salud que participa en la atención primaria debe ser sensible a los problemas sociales y afectivos, por lo que los programas de adiestramiento deben tender a desarrollar aptitudes psicosociales; también deberían desarrollar aquellas aptitudes que permiten al personal trabajar formando parte de un equipo competente. Dado que el adiestramiento inicial puede no utilizarse inmediata-

mente en el contexto de la atención primaria de salud, es importante que se establezcan mecanismos para la formación continuada que afirmen repetidamente los principios de la práctica orientada hacia la comunidad.

e) *Modificación de las estructuras docentes.* En los sistemas existentes, suele suceder que los instructores y profesores (por ejemplo, en las facultades de medicina) estén adscritos a universidades u otras instituciones cuya base clínica se encuentra en un hospital. Merece la pena considerar si ese vínculo podría establecerse con un distrito de salud completo, con responsabilidad docente y clínica hacia el distrito y no meramente hacia el hospital.

f) *Definición de la eficacia.* Es tan importante para las escuelas de adiestramiento y para las administraciones sanitarias contribuir a definir indicadores apropiados del rendimiento en la atención primaria de salud, como para las instituciones y organismos sanitarios definir con precisión las tareas que se requieren para atender las necesidades de la población en materia de salud. Son especialmente valiosos los indicadores del rendimiento que determinan si un hospital se ha convertido en parte eficaz de un sistema de salud de distrito. No obstante, el Comité de Expertos reconoció que es más difícil definir la eficacia en el campo de la atención primaria de salud que en el sector curativo tradicional.

g) *Colaboración en el adiestramiento.* Allí donde escasean los recursos para el adiestramiento, puede ser necesario y deseable alentar a diversas instituciones para que colaboren en el adiestramiento en atención primaria de salud, por ejemplo invitando a profesores de otras universidades y de escuelas de economía y de gestión y organizando cursos conjuntos, prácticas multidisciplinarias sobre el terreno, etc. En ocasiones puede ser útil compartir experiencias con universidades o cualesquiera instituciones docentes que sean innovadoras en el campo de los programas de adiestramiento en atención primaria de salud, inclusive las instituciones que deseen introducir dichos programas pero que no saben cómo hacerlo. La OMS puede desempeñar un papel importante fomentando ese intercambio de información, así como designando determinados centros de formación o distritos de salud como centros colaboradores en la asistencia sanitaria integrada. Además, las asociaciones de hospitales nacionales, o las asociaciones de directores de hospitales y de servicios de salud, o ambas a la vez, pueden tener una misión importante en la ayuda a mejorar el nivel de la gestión y del adiestramiento en la materia.

h) Incentivos para el cambio. Ninguno de los procesos de adiestramiento alcanzará el objetivo de la mejor integración de los servicios preventivos y curativos en el sistema de salud de distrito si no existe un incentivo explícito para el cambio. Por tanto, es necesario que los países consideren en forma prioritaria la necesidad de mejorar tanto la categoría como las gratificaciones de los que trabajan en los servicios orientados a la comunidad, a fin de reducir las diferencias entre el personal hospitalario y el de la comunidad. Si se lograra que algunos profesionales destacados que actualmente trabajan en hospitales lo hiciesen a tiempo parcial en puestos de la comunidad, se elevaría el nivel del personal que ha sido adiestrado y orientado hacia la comunidad y se acrecentaría la integración en el adiestramiento y el servicio. Del mismo modo, las personas que ocupan puestos de gestión y dirección han de poder abordar las necesidades en materia de salud con un criterio amplio, así como las formas en que pueden atenderse del mejor modo posible, dentro de la limitación de los recursos. Entre otras cosas, ello puede exigir la introducción de cambios en el adiestramiento y la contratación de los encargados de la gestión, así como las condiciones del nombramiento y la valoración de su rendimiento.

El Comité de Expertos subrayó que el cambio social es un proceso a largo plazo que no puede conseguirse mediante una evaluación apresurada o prematura de las políticas y los programas de formación y adiestramiento.

6.3 Problemas de información, financiación y sistemas de envío de casos

En esta sección se examinan ciertos problemas relativos a algunos de los procesos y sistemas que se precisan en un sistema de distrito. El Comité de Expertos centró sus discusiones en tres asuntos críticos: la información, la financiación y el envío de casos.

6.3.1 *Sistemas de información*

El Comité de Expertos no se propuso abordar toda la cuestión de los sistemas de información, sino que se centró en la necesidad de establecer mecanismos para obtener, analizar y diseminar información relacionada con lo siguiente:

- la demografía de toda la población de una zona geográfica definida;

- la situación sanitaria y socioeconómica de los individuos (inclusive los que están en tratamiento) y de las familias;
- los recursos sociales y de salud (humanos, materiales y económicos) existentes en los cuatro niveles de la atención primaria de salud (familia, comunidad, puestos o centros de salud y hospitales del primer nivel de envío de casos);
- las actividades, los procesos y las interacciones relacionadas con la asistencia sanitaria; y
- los resultados y consecuencias.

Los estudios realizados sobre los sistemas actuales de información indican que son pocos los sistemas que:

- obtienen datos sobre las agrupaciones familiares;
- devuelven información a la comunidad; y
- proporcionan datos específicos (por ejemplo, tasas de mortalidad y morbilidad) sobre zonas locales;

y demasiados los sistemas que:

- están orientados hacia el hospital o la clínica y no hacia la población;
- no alcanzan a los grupos más necesitados;
- se infrautilizan;
- intentan recoger demasiados datos, especialmente para la adopción de decisiones en el nivel central;
- necesitan personal sumamente calificado para obtener o interpretar los datos;
- presentan información numérica sin datos comparativos;
- proporcionan información incorrecta debido al uso de métodos inapropiados o a un adiestramiento y una supervisión insuficientes de los encargados del acopio de información, o ambos;
- recogen datos sobre insumos y actividades en lugar de sobre la situación sanitaria y los resultados;
- no analizan la información suficientemente; y
- no devuelven la información analizada a la comunidad y a los agentes de atención de salud.

La experiencia práctica de varios países que han elaborado sistemas de información eficaces subraya la importancia de lo siguiente:

- establecer un sistema que permita a agentes de salud de la comunidad debidamente preparados recoger información sencilla sobre las familias en vecindades geográficas definidas de 100-500 hogares;

- agrupar esa información en diferentes niveles del servicio de salud de distrito y combinarla con datos más detallados y complejos, relacionados con los puestos o centros de salud y los hospitales del primer nivel de envío de casos;
- organizar el sistema de modo que en cada nivel el acopio de datos y los mecanismos de presentación de informes se centren solamente en la información que i) debe ser compartida con la población, ii) se precisa en cada nivel de la atención de salud, y iii) ha de ser transmitida a otros niveles pertinentes de toma de decisiones; y
- presentar los resultados en forma que se facilite la adopción de decisiones sobre reajustes del contenido y de la acentuación de los programas en curso, así como sobre la necesidad de nuevos programas y de redistribución de los recursos.

Se puede estimular al hospital del primer nivel de envío de casos para que colabore en el fomento de un sistema de información orientado hacia la comunidad, recabando su ayuda para:

- idear procedimientos de encuesta;
- diseñar impresos, cuestionarios y hojas de informe;
- adiestrar a agentes de salud de la comunidad y otro personal que trabaja sobre el terreno;
- orientar a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud;
- prestar apoyo logístico (por ejemplo, empleo de fotocopadoras, suministro de impresos, etc.); y
- analizar y evaluar datos y devolver la información a la comunidad.

Para el hospital del primer nivel de envío de casos, las posibles ventajas de un sistema de información basado en la comunidad son:

- el hospital puede precisar mejor las necesidades reales de la población a la que sirve;
- puede tomar decisiones sobre cuáles son los servicios que hay que ampliar o restringir, o bien incorporar o suprimir, y sobre los tipos de ayuda que debe prestarse a los puestos o centros de salud vinculados a él;
- el hospital puede determinar las necesidades de la comunidad que podrían ser atendidas mediante la colaboración intersectorial; y

- puede desarrollar un sistema de envío de casos más eficaz, lo que podría llevarle a reducir su volumen de trabajo si logra identificar a los pacientes que podrían ser tratados de modo satisfactorio en puestos o centros de salud.

6.3.2 *Sistemas de financiación*

El empeoramiento de la situación económica de algunos países ha entrañado graves dificultades financieras para el conjunto de los servicios de salud y ha agudizado toda una serie de problemas de orden práctico tales como la superpoblación hospitalaria, las largas colas y listas de espera, el cierre de pabellones y departamentos, la escasez de personal, de suministros y de equipo, la insuficiencia de fondos para programas esenciales de formación y adiestramiento, etc. Por esos motivos es necesario buscar sistemas que generen los recursos necesarios para respaldar una mayor participación del hospital en la atención primaria de salud y para salvar las barreras que dificultan las tentativas de utilizar recursos para ese propósito.

a) *Naturaleza de los problemas.* En los siguientes párrafos se examinan algunos de los principales problemas en este campo.

i) *El establecimiento de prioridades nacionales.* En el nivel nacional, los responsables de las decisiones han de adoptar resoluciones difíciles para equilibrar la distribución de los recursos entre distintos sectores tales como la salud, la educación, la vivienda, el transporte, el abastecimiento de agua, el saneamiento, la seguridad y la defensa. Como ha afirmado el Consejo Ejecutivo de la OMS, «los países deberán examinar todas las formas posibles de financiar el sector de la salud... debe intensificarse la búsqueda de métodos alternativos de financiación en el futuro inmediato». «El compromiso político para la igualdad seguirá siendo un requisito previo fundamental para alcanzar la meta de la Salud para Todos...» ¿Cómo puede el sector de la salud obtener una parte mayor de los recursos nacionales que permita la aplicación eficaz de la salud para todos?

ii) *Asignación de recursos dentro del sector de la salud.* En general, los recursos disponibles para atender las necesidades sanitarias resultan totalmente insuficientes. Por añadidura existe el problema de que a menudo no se hace una distribución equitativa de los recursos entre los hospitales y otras partes del sistema de atención de salud. Hasta un 80% del presupuesto de un país para la salud puede

estar destinado a los hospitales, especialmente los de gran tamaño que atienden solamente una pequeña proporción de las necesidades sanitarias totales de la población.

Surgen de ello dos preguntas, además de la anteriormente mencionada relativa a las prioridades nacionales: ¿Qué distribución de los recursos disponibles será la que mejor satisfaga las necesidades predominantes en materia de salud? Y ¿cómo pueden los hospitales contribuir con la máxima eficacia a ese respecto? Las soluciones introspectivas, dentro de cada institución por separado, seguirán teniendo como resultado criterios desequilibrados y una distribución inadecuada.

iii) *Información económica y de gestión.* La falta de información económica y administrativa apropiada y fiable tiende a obstaculizar la toma de decisiones juiciosas sobre empleo de los recursos. Por lo tanto, es muy importante diseñar sistemas específicos de información de ese tipo que puedan utilizarse en los distritos, asegurándose de que se adoptan y se emplean. Esto plantea una serie de preguntas sobre el diseño, la ejecución y el adiestramiento. Es evidente que el personal administrativo y financiero deberá ser adiestrado para utilizar el sistema, y habrá que tomar decisiones sobre los tipos de informes financieros y de gestión que deben ser compartidos con los profesionales médicos y otros profesionales de la salud. Igualmente, los que reciban dichos informes necesitan ser adiestrados para comprender la información y para utilizarla a fin de concentrar los recursos de atención sanitaria allí donde más beneficios reporten.

iv) *Control de costos y eficacia con relación al costo.* La necesidad del control de los costos y de la relación costo/eficacia es bien conocida por los directores de hospitales y de servicios de salud; es necesario encontrar métodos para suprimir los obstáculos institucionales. Esos aspectos no son tan conocidos, sin embargo, por los profesionales de la salud cuya principal preocupación es siempre prestar el mejor tratamiento posible al paciente individual, casi con independencia del costo. Los profesionales de la salud podrían contribuir decisivamente a asegurar que los recursos se gastan con el máximo provecho si se les hiciera comprender bien la importancia de estas cuestiones y si estuvieran dispuestos a ayudar a asumir esa responsabilidad. Para que eso suceda, sería necesario que cambiasen las actitudes profesionales, el adiestramiento y los incentivos; además, los profesionales de la salud precisarían un hábil apoyo de gestión de un tipo que con harta frecuencia no encuentran.

v) *Obtención de otros recursos.* Cuando se consideran los recursos económicos y materiales para la participación de los hospitales en

la atención primaria de salud, suelen plantearse dos cuestiones: ¿existen recursos no utilizados que podrían ser explotados, ya sea dentro o fuera de la comunidad? Y. ¿hasta qué punto pueden ser flexibles los hospitales con los presupuestos de que disponen para poder participar más activamente en la atención primaria de salud? Un problema fundamental es que los hospitales, que están sometidos a fuertes presiones para financiar los servicios de que disponen, no suelen disponer de créditos para servicios en el exterior.

b) *En busca de soluciones.* Aunque no hay ningún medio mágico para extraer recursos de la escasez, es posible atenuar algunos de los problemas.

i) *Diálogo entre participantes esenciales del servicio de salud.* Un medio de reforzar el apoyo financiero a la participación en la atención primaria de salud es entablar un diálogo entre los administradores de los hospitales y otros servicios de salud locales, los profesionales de la salud, terceras partes contribuyentes (empresarios, compañías de seguros, etc.) y creadores de políticas del gobierno. Entre todos pueden buscar formas de explotar los recursos no aprovechados o infrautilizados, dentro y fuera del distrito, y decidir cómo responder a las necesidades no atendidas, especialmente las de grupos de población desfavorecidos. La comprensión mutua de las perspectivas y las prioridades de cada sector del servicio de salud es esencial para el éxito de un criterio semejante, al igual que la participación de la comunidad en la definición clara de las prioridades.

ii) *Flexibilidad en la financiación.* Como consecuencia del tipo de diálogo descrito anteriormente, los principales administradores pueden decidir que los presupuestos de los hospitales que se encuentran bajo su jurisdicción sean más flexibles, a fin de fomentar la participación activa en la atención primaria de salud. Incluso pueden insistir en que una parte del presupuesto se dedique a programas de atención primaria u ofrecer incentivos económicos para alentar la integración de los hospitales en los servicios de distrito (por ejemplo, concediendo más fondos a los hospitales vinculados a la atención primaria de salud). De modo alternativo, pueden decidir asignar fondos a un sistema de salud de distrito en lugar de hacerlo por separado a hospitales y otros servicios.

En algunos países se han ensayado métodos para estimular a la población y a las comunidades a contribuir al costo de la atención, desde el punto de vista tanto económico como de otro tipo. Una posibilidad es el empleo de grupos cívicos, agentes de salud volunta-

rios y ayudantes de salud para actividades concretas de atención primaria. Otra puede ser la participación de las familias en el cuidado e incluso la provisión de alimentos a sus parientes hospitalizados.

iii) *Sistemas apropiados de información económica y de gestión.* Un grupo especial de trabajo, integrado por representantes de diversos componentes del sistema de salud del distrito, podría diseñar, ensayar y perfeccionar un sistema completo de información económica y de gestión que ayudaría a los responsables de las decisiones a asignar fondos para necesidades y prioridades concretas. El sistema podría contener indicadores de rendimiento a fin de poder evaluar la eficacia con relación al costo. El grupo especial de trabajo podría invitar a personas del servicio de salud, o ajenas al mismo, a que colaboren en el diseño del sistema. Podría asimismo decidir cómo conseguir la comprensión y la aceptación necesarias para hacer que el sistema funcione, y cómo enseñar a la población a utilizarlo. El grupo especial de trabajo podría formular programas para la formación y el adiestramiento básicos y continuados del personal directivo y económico, y también podría estudiar cómo orientar a los profesionales de la salud en materia de control de costos y de eficacia con relación al costo.

iv) *Cómo hacer que funcione el sistema.* A menos que los resultados de los sistemas de información económica y de gestión se utilicen correctamente, esos sistemas carecen de valor por completo. Es necesario instituir mecanismos que reúnan a personalidades clave del sistema de salud de distrito para que examinen y discutan los informes proporcionados por el sistema de información, así como sus propias observaciones e impresiones de las necesidades y los problemas. En estas reuniones podrían participar representantes de los distintos niveles del servicio de salud, los consumidores, los políticos y otras figuras clave. El objetivo de los participantes debería ser llegar a un acuerdo sobre los siguientes puntos:

- asuntos o necesidades prioritarias que exigen cambios o reajustes;
- cuáles deben ser esos cambios; y
- quién debe ponerlos en práctica.

6.3.3 *Sistemas de envío de casos*

El concepto del Comité de Expertos sobre el envío de casos comprende no sólo el envío y el reenvío del paciente sino también otras modalidades bidireccionales de consulta y apoyo.

a) *Naturaleza de los problemas.* En una sección anterior del presente informe (sección 4.1) se abordaba la importante cuestión del envío de casos y se identificaban algunos de los problemas esenciales, a saber:

- la sobrecarga del hospital a causa de los enfermos que acuden por iniciativa propia o de los envíos injustificados de pacientes;
- las barreras impuestas por la distancia, los transportes o los precios;
- la falta de confianza en la asistencia sanitaria que se presta al nivel de puesto o centro de salud, lo cual lleva a los pacientes a acudir directamente al hospital;
- la circulación insuficiente de información hacia y desde el hospital.

Otros problemas son:

- el uso incorrecto del hospital debido a la falta de apoyo y de instalaciones en la comunidad para las personas con dificultades para llevar una vida independiente;
- la poca confianza entre el hospital y los servicios orientados hacia la comunidad, a menudo por falta de vínculos personales y de organización;
- la ausencia de un sistema de envío de pacientes bien concebido con procedimientos definidos, apoyo de gestión e impresos apropiados;
- la falta de información (en todos y cada uno de los cuatro niveles de atención primaria de salud) sobre las instalaciones y los conocimientos disponibles en los servicios de salud locales o regionales;
- la falta de apoyo logístico;
- la insuficiencia del adiestramiento o de la orientación en todos los niveles sobre criterios de envío de casos y sobre las enfermedades que deben ser tratadas en niveles concretos del sistema; y
- el envío de pacientes al hospital desde los servicios de la comunidad porque éstos se encuentran sobrecargados o porque el personal de salud carece de los conocimientos o la formación adecuados.

b) *En busca de soluciones.* La experiencia práctica de varios países que han establecido buenos sistemas de envío de casos muestra la importancia general de:

- reconocer que todo el sistema de envío de casos, desde la familia a los puestos o centros de salud y el hospital del primer nivel, debe considerarse parte integral del sistema de salud de distrito;
- desarrollar el sistema de envío de casos consultando a los usuarios potenciales (prestadores y consumidores), ensayarlo y ofrecer mecanismos para examinar e introducir mejoras hasta que el sistema funcione correctamente;
- asegurar que los contactos entre los hospitales y los centros de salud son frecuentes y estrechos, de modo que todo el personal se conozca y confíen unos en otros; y
- evitar procedimientos excesivamente rígidos de modo que existan diversas alternativas para el envío de casos.

i) *Envío de pacientes.* En lo que se refiere más específicamente al envío de pacientes, la experiencia indica la importancia de:

- asegurar que el hospital se concentra en su función como centro de envío de casos para un distrito, y no trabaja en tareas que pueden muy bien hacerse en los centros de salud de la comunidad; ello puede exigir el establecimiento de un «centro de salud dentro del hospital», de modo que los pacientes de la vecindad inmediata no utilicen los recursos de envío de casos del hospital como fuente preferente de atención en primer contacto;
- tratar a los pacientes procedentes de los puestos o centros de salud como pacientes enviados (es decir, no sujetos a retrasos o costos adicionales), y evitar la duplicación de las investigaciones;
- devolver a los pacientes lo antes posible a la fuente del envío, con información completa;
- introducir incentivos o disuasivos económicos (por ejemplo, cobrar una cantidad a los pacientes que han acudido al hospital por iniciativa propia cuando podrían y deberían haber acudido a un centro o puesto de salud);
- elaborar manuales de procedimientos y protocolos para el envío de casos, alentando no obstante la flexibilidad;
- hacer que el envío de casos sea fácil y cómodo disponiendo en todo momento de impresos bien diseñados, con algunas casillas ya rellenas por el personal administrativo de modo que la persona que remite al paciente sólo tenga que rellenar las partes del impreso que hacen referencia a su salud; y

- tener presentes los requisitos culturales locales, especialmente en lo que se refiere a la intimidad, por ejemplo quién puede reconocer a las mujeres y en qué circunstancias.

ii) *Transferencia de problemas administrativos y de gestión.* Dentro de este concepto tan amplio, los datos de que dispuso el Comité de Expertos resaltaron la importancia de:

- permitir al hospital prestar apoyo logístico a las unidades periféricas de atención de salud;
- desarrollar la colaboración intersectorial para contribuir a salvar las barreras de comunicación y de transporte y otros obstáculos para el progreso;
- obtener información sobre los recursos y las capacidades de la atención de salud en la zona, y ponerla a disposición de la comunidad, así como de los prestadores de asistencia, a fin de que todos los interesados sepan quién es la persona más idónea para ayudarles o aconsejarles;
- elaborar mecanismos adecuados de adiestramiento y de supervisión para los agentes de salud de la comunidad y el personal que trabaja sobre el terreno, inclusive las parteras tradicionales y los curanderos;
- asegurar que el personal del hospital desempeña cometidos apropiados en la educación de los agentes de salud de la comunidad y otro personal con base en los puestos o centros de salud, y en el fomento de la salud, aunque nunca con un criterio excesivamente protector;
- reconocer el papel de la medicina tradicional; y
- perfeccionar los mecanismos para evaluar los principales aspectos del rendimiento, inclusive el acceso a la asistencia, la eficacia y la eficiencia técnicas, la aceptabilidad y los resultados. Ello constituye un componente esencial de la gestión de la atención de salud de distrito; debe hacerse hincapié en la vigilancia de la calidad, y no en la medida del rendimiento por sí misma.

7. RESUMEN

El Comité de Expertos estudió una serie de cuestiones y de problemas relacionados con las funciones de los hospitales del primer

nivel de envío de casos en apoyo a la atención primaria de salud. En primer lugar, examinó los imperativos de la salud para todos:

- que los servicios de salud se orienten a las necesidades de poblaciones enteras, y
- que la atención primaria de salud es la clave para lograrlo, suministrando servicios eficaces y asequibles a poblaciones definidas con plena participación de la propia población.

A continuación especificó los componentes del sistema de salud de distrito basado en la atención primaria, entre los que se encuentran los siguientes:

- los niveles de prestación de servicios (es decir, la familia y el hogar, las actividades sanitarias de la comunidad, la instalación primaria de salud, y el hospital del primer nivel de envío de casos);
- los elementos de los programas de atención primaria de salud (por ejemplo, inmunización, vigilancia del crecimiento, etc.); y
- la infraestructura funcional de la atención primaria de salud (por ejemplo, sistemas de información, gestión, etc.).

Esos componentes deben ser interactivos, y por ello la función del hospital debería considerarse estrechamente vinculada a todos los demás componentes dentro del distrito. Esa perspectiva representa nuevos cometidos para muchos hospitales, que éstos deberán asumir para poder apoyar eficazmente la atención primaria de salud.

El Comité de Expertos identificó algunas cuestiones fundamentales que impiden una mayor integración de los hospitales en los sistemas de salud de distrito basados en la atención primaria de salud, y estudió posibles criterios para abordarlas.

7.1 Integración orgánica y funcional de los hospitales y otros componentes de la atención primaria de salud

Actualmente, en la mayoría de las situaciones en todo el mundo, los hospitales y el resto de los servicios de salud locales no están integrados. Se gestionan por separado y por lo general su labor no está bien coordinada.

Este problema tiene varios orígenes. Uno de ellos es que los hospitales y los otros servicios locales de salud están gobernados por autoridades distintas; por ejemplo, pueden estar controlados por dis-

tintos departamentos del gobierno, o por diversas combinaciones de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Otro factor que contribuye al problema es que las prácticas y los mecanismos de gestión tradicionales han tendido a separar a los hospitales de los servicios de salud de la comunidad circundante. En tales situaciones, existen pocos modelos de integración, y apenas se han desplegado esfuerzos para el cambio.

Actualmente, sin embargo, están surgiendo razones que impulsan hacia la integración. La tarea de prestar servicios de salud eficaces a poblaciones enteras no puede ser realizada ni por los hospitales ni por otros servicios de salud si actúan independientemente entre sí, y no cabe duda de que los recursos especiales con que cuentan los hospitales no pueden explotarse de forma óptima si éstos continúan funcionando aisladamente de los esfuerzos circundantes en materia de atención primaria.

Dada la tradición, variedad y rigidez de los esquemas actuales, serán precisos un sólido compromiso y un intenso esfuerzo si se quiere dar un paso significativo hacia la integración.

El Comité de Expertos consideró que, conceptualmente, el punto central para la integración organizativa y funcional debería ser el sistema de salud de distrito, que comprende al hospital y a todos los demás servicios de salud locales.

Habida cuenta de las pasadas y las actuales separaciones de funciones, y de los diversos factores que influyen en la integración (planificación, gestión, sistemas de información, envío de casos, personal, finanzas, logística, etc.), resulta evidente que las posibilidades de desarrollar sistemas de salud de distrito habrán de ser investigadas muy cuidadosamente. Allí donde los hospitales y otros servicios locales de salud se encuentran bajo el control de distintas autoridades, la modalidad de integración será diferente que cuando están gobernados por la misma autoridad.

A pesar de las dificultades mencionadas, el Comité de Expertos expresó la convicción de que es imperativa la interacción organizativa y funcional (centrada en el sistema de salud de distrito) si se desea hacer un uso pleno y eficaz de los recursos de los hospitales en el primer nivel de envío de casos y si se quieren atender las necesidades sanitarias de las poblaciones.

Es fundamental que las diversas partes interesadas en la función de los hospitales y otros servicios de salud (la OMS, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los organismos relacionados con los hospitales, etc.) combinen sus esfuerzos para fomentar y apoyar el

desarrollo de sistemas de salud de distrito que incorporen a los hospitales en el primer nivel de envío de casos.

7.2 Actitudes, formación y adiestramiento, y cambios psicosociales

Será preciso introducir cambios sustanciales para integrar a los hospitales y otros servicios locales de salud. Por tanto, importa considerar las actitudes subyacentes en la resistencia al cambio.

La resistencia al cambio radica en las diferencias fundamentales que existen entre la atención hospitalaria y la atención en la comunidad: los hospitales prestan una asistencia inmediata a pacientes individuales, utilizando mucho métodos de tratamiento complejos, mientras que los servicios en la comunidad tienen por objetivo atender las necesidades sanitarias de poblaciones enteras, recurriendo de preferencia a métodos de tratamiento y prevención sencillos y baratos, y haciendo hincapié en el desarrollo de la comunidad a largo plazo.

Los cambios de actitudes sólo pueden lograrse fomentando una mejor comprensión de los mecanismos que determinan la mayor participación de los hospitales en la atención primaria, así como de las ventajas que ello reportará a los hospitales y otros servicios de salud, y en consecuencia a las comunidades a las que sirven.

Las instituciones docentes y de adiestramiento desempeñan un papel esencial para moldear las actitudes y las capacidades del personal de salud. La inclusión en los programas de estudios de enseñanzas relacionadas con la comunidad y basadas en la misma es por tanto sumamente importante, al igual que la selección y la designación de su personal. A fin de fomentar el trabajo basado en la comunidad, el personal universitario y sus alumnos podrían ser específicamente adscritos a un sistema de salud de distrito en lugar de un hospital universitario, o además de él, y podrían ofrecerse incentivos profesionales o académicos para los trabajos con base en la comunidad.

La OMS, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas podrían contribuir a la reestructuración de los programas docentes, al reajuste de las funciones y los incentivos profesionales, y a la formulación de nuevas alternativas profesionales.

7.3 Desarrollo de sistemas de apoyo tecnológico y de gestión

Tradicionalmente se han adoptado una serie de sistemas de apoyo de gestión (por ejemplo, sistemas de información, y sistemas financieros y de asignación de recursos) para el empleo exclusivo de los

hospitales o de los servicios basados en la comunidad. En consecuencia, en el mejor de los casos la interacción entre los sistemas de gestión de los hospitales y de otros servicios de salud es muy pequeña, y a menudo inexistente, a pesar del hecho de que los mismos mecanismos de apoyo son esenciales para la toma de decisiones en ambas situaciones. Un servicio de salud integrado exige la integración de los procesos de gestión. Un sistema de información, por ejemplo, debe suministrar la base de datos para definir las necesidades de la población, especificando los recursos con que se puede contar para cubrir dichas necesidades y para vigilar los efectos de los programas. En la actualidad, la mayoría de los sistemas de información sanitaria no llegan a definir los problemas, y cuando describen los recursos y los programas, pocas veces lo hacen de una forma que permita especificar el efecto en la salud de la población.

Los métodos de asignación de fondos y recursos están concebidos para apoyar aquellas decisiones que aseguran la utilización óptima de los recursos, pero los métodos que se emplean son totalmente insuficientes. Los recursos relacionados con la salud, a pesar de ser escasos y estar desigualmente repartidos, por lo general no están bien documentados. Los sistemas empleados para gestionar esos recursos, ya sea en los hospitales o en otros servicios de salud locales, excluyen rigidamente la interacción de uno y otro nivel. Así, ambos pierden la oportunidad de estudiar si una utilización diferente de sus recursos podría ejercer un efecto mejor o más amplio.

Otro aspecto crucial es el del envío de casos. El movimiento de pacientes entre los diversos niveles de la atención de salud es uno de los aspectos del sistema asistencial que más directamente afectan a la población. Cualesquiera que sean sus objetivos preventivos o de fomento, un sistema de atención de salud debe hacer frente a los problemas que los pacientes estiman de importancia inmediata y personal.

Los sistemas de envío de casos son fáciles de diseñar, pero sumamente difíciles de poner en práctica. La eficacia de un sistema determinado dependerá de la confianza de los pacientes en los distintos niveles del sistema de salud y en el personal, la eficacia del sistema de información, la facilidad o la dificultad del transporte y el tiempo invertido en el desplazamiento, y el costo de la atención en los distintos niveles, entre otros. Un procedimiento ineficaz que lleva directamente al hospital sin pasar por las unidades periféricas o que reenvía un paciente a la periferia sin información útil, menoscaba de hecho la eficacia de todos los elementos del sistema, tanto el hospital como los demás.

7.4 Problemas de gestión hospitalaria en el panorama actual

El Comité de Expertos subrayó la necesidad de exhortar a los hospitales a ampliar sus responsabilidades respecto de la comunidad para la que han sido creados y así aportar una dimensión más a su función curativa tradicional. Muchos hospitales reconocen y acogen favorablemente tales iniciativas y se avienen con gusto a contribuir a que la meta de salud para todos en el año 2000 se convierta en realidad. No obstante, el Comité de Expertos reconoció que las dificultades que actualmente afrontan los hospitales son más graves que las que hayan podido encontrar en muchos decenios, y que para muchos de ellos la cuestión no es cómo ampliar sus funciones, sino más bien cómo sobrevivir a su actual crisis económica.

A ello hay que añadir los problemas de gestión: la insuficiencia de administradores debidamente formados en todos los niveles del sistema de salud, inclusive los hospitales, y la consiguiente imposibilidad de hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles de personal, fondos y tecnología.

Todos éstos son aspectos críticos que deben ser afrontados por los políticos y los ministerios, así como por los directores de hospitales: *los políticos deben velar por que el sector de la salud reciba una parte equitativa del presupuesto nacional*; los ministerios de salud deben garantizar que los hospitales reciben una parte justa del presupuesto para el sector de la salud, de acuerdo con su cambio de atribuciones, y los directores de los hospitales deben cerciorarse de que los recursos con que cuentan se gestionan correctamente y se gastan con acierto.

En muchos países existen asociaciones nacionales de hospitales o de directores de hospitales y de servicios de salud. Estas asociaciones pueden contribuir mucho a mejorar la calidad de la gestión y del adiestramiento en gestión.

El problema de la sobrecarga de los servicios hospitalarios puede resolverse en parte reforzando la atención primaria de salud y estableciendo mejores vínculos entre los hospitales y la atención en el primer contacto.

Hay que adoptar varias medidas para mejorar la interacción entre los hospitales y otras partes del sistema de salud de distrito. En primer lugar, los métodos, conceptos, conocimientos y tecnología actuales deben reexaminarse en función de su utilidad para ese propósito, al par que se dan los pasos necesarios para su desarrollo o adaptación ulteriores. En segundo lugar, es necesario dar a conocer mejor esas

actividades entre los que trabajan en el sector por medio de talleres, programas educativos y otros medios de compartir ideas. En tercer lugar, habrá que proseguir la aplicación práctica de esas ideas sobre el terreno, especialmente en distritos de salud bien definidos.

8. RECOMENDACIONES

Cuando se examinan las funciones de los hospitales del primer nivel de envío de casos y el papel que diversos organismos, entre ellos la OMS, pueden desempeñar para fomentar la integración entre los hospitales y otros organismos de salud locales, es necesario tener presentes algunas características especiales de esos dos componentes del servicio de salud.

Los hospitales del primer nivel de envío de casos constituyen un grupo de instituciones diverso y en evolución. Son sumamente heterogéneos en su composición y su propiedad y, por ese motivo, no resulta fácil dirigirse a ellos o representarlos por canales simples de comunicación.

Las iniciativas locales de atención primaria de salud son también diversas; algunas se encuentran bajo control gubernamental, mientras que otras son patrocinadas por organizaciones no gubernamentales. También ellas están evolucionando, en la dirección fijada por los principios de la salud para todos.

Habida cuenta de esa diversidad y ese pluralismo, es esencial abordar los distintos componentes del servicio de salud por conducto de una comunión de intereses en lugar de hacerlo principalmente por los canales tradicionales OMS-gobierno.

Es importante que cada uno de los grupos interesados sea consciente de que su contribución debe coordinarse con los esfuerzos de los demás para reformar y reorientar los sistemas de salud en la forma precisa.

8.1 Recomendaciones a la OMS

El papel que debe desempeñar la OMS es crucial; un papel organizador y catalizador que conseguirá el interés, el compromiso y los recursos de los gobiernos, otros organismos, las universidades y otras instituciones docentes, los organismos de financiación, los hospitales y los medios de comunicación.

Reconociendo el papel fundamental que debe desempeñar la OMS, el Comité de Expertos recomendó que la Organización:

1. prosiga y refuerce los programas en curso, tanto en la Sede como en las regiones, que fomenten el papel del hospital del primer nivel de envío de casos en apoyo de la atención primaria de salud;
2. establezca medios eficaces de comunicación entre los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los organismos públicos, las universidades y otras instituciones docentes, los hospitales y los particulares a fin de lograr que las partes interesadas compartan ideas, intereses, progresos y problemas, y que se fije un calendario de medidas ulteriores que permitan avanzar en ese campo;¹
3. constituya una red de colaboración entre instituciones, posiblemente organizada en el plano regional, que se encargue de:
 - a) fomentar y facilitar la creación de sistemas de salud para integrar sus servicios, apoyar sus esfuerzos y evaluar los progresos;
 - b) estudiar y elaborar métodos y materiales apropiados relacionados con:
 - la organización de programas de atención primaria de salud,
 - la elección y el empleo de tecnología apropiada en los diversos niveles del sistema de salud de distrito,
 - los sistemas de información,
 - los sistemas de envío de casos,
 - la caracterización de poblaciones definidas,
 - la distribución de recursos financieros,
 - los indicadores de rendimiento para hospitales dedicados a la atención primaria de salud, y
 - la planificación y el mantenimiento de instalaciones;
 - c) promover el establecimiento de programas de orientación y adiestramiento para el personal de distintos niveles del sistema de salud de distrito, en los que se subraye la importancia de «aprender haciendo», así como la necesidad de organizar la comunidad para que se responsabilice de su propia asistencia sanitaria;
4. siga fomentando la difusión de ideas y descripciones de acciones constructivas en ese campo utilizando los medios de comunica-

¹ Este informe podría servir de base para los debates.

- ción, boletines profesionales, talleres y seminarios, y distribuyendo ampliamente el presente informe en los hospitales y otros sectores interesados;
5. exhorte a los organismos multilaterales y bilaterales con inclusión del UNICEF y del Banco Mundial, a que revisen sus programas en relación con la atención primaria de salud, en especial los aspectos estudiados en el presente informe, para que reorienten en consecuencia sus políticas de concesión de fondos;
 6. aliente y fomente la concesión de fondos de fuentes extrapresupuestarias para apoyar iniciativas en ese campo;
 7. fomente programas de adiestramiento regionales y nacionales aún más avanzados en materia de desarrollo, gestión, financiación y mantenimiento de los hospitales, y
 8. defina las tecnologías y los conocimientos básicos precisos en cualquier hospital del primer nivel, de envío de casos que funcione en el marco de un sistema de salud de distrito.¹

8.2 Recomendaciones a los gobiernos

La inmensa mayoría de los servicios de salud se encuentran bajo control gubernamental o bajo la influencia del gobierno. Por ello, incumbe a los gobiernos nacionales la responsabilidad primordial de la salud de las poblaciones a las que sirven.

La OMS mantiene sólidas relaciones y modalidades de desarrollo cooperativo de programas con los gobiernos. Al abordar las funciones de los hospitales del primer nivel de envío de casos en apoyo de la atención primaria de salud, la interacción entre la OMS y los gobiernos promete ser especialmente fructífera.

En vista de la responsabilidad primordial que les incumbe en relación con los servicios de atención de salud, el Comité de Expertos recomendó que los gobiernos:

1. definan los papeles concretos que han de desempeñar los hospitales del primer nivel de envío de casos en apoyo de la atención primaria de salud como cuestión prioritaria para el desarrollo ulterior de sus servicios de salud;

¹ Las directrices resultantes deberían comprender textos que la OMS está preparando actualmente sobre, por ejemplo, medicamentos esenciales y técnicas quirúrgicas y de laboratorio.

2. ajusten los esquemas de organización y de función de los servicios de salud a fin de facilitar la integración de los hospitales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, con otros componentes de la atención primaria en el nivel de distrito;
3. establezcan sistemas de salud de distrito integrados, con inclusión de los hospitales, con el fin de prestar servicios de salud más eficaces a una población definida;
4. presten especial atención al problema de la multiplicidad de hospitales en las grandes aglomeraciones urbanas, donde el sistema de salud de distrito puede necesitar una adaptación para evitar la creación de distritos artificiales;
5. cooperen con organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas para fomentar la colaboración en la tarea de acrecentar las funciones de los hospitales del primer nivel de envío de casos en apoyo de la atención primaria de salud;
6. identifiquen instituciones para que participen con la OMS, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas en redes, posiblemente organizadas sobre una base regional, que contribuyan a proseguir los avances prácticos en ese campo;
7. den consideración favorable al hecho de que numerosos hospitales se enfrentan actualmente a crisis financieras, y procuren asegurar que el sector de la salud en su conjunto recibe una parte equitativa del presupuesto nacional;
8. perfeccionen sus mecanismos para asegurar que los recursos económicos, humanos y físicos de los hospitales se desarrollan de modo eficaz y se gestionan correctamente; y
9. formulen políticas apropiadas y programas de adiestramiento para el desarrollo, la gestión, la economía y el mantenimiento de los hospitales.

8.3 Recomendaciones a organizaciones no gubernamentales

Dos características permiten a las organizaciones no gubernamentales desempeñar un papel innovador en el fomento de la integración de los hospitales: i) tener afiliadas organizaciones e instituciones muy diversas, lo que le permite aportar una variedad de influencias importantes en este campo; y ii) el hecho de poder ser flexibles en lo que se refiere a la iniciativa local sin necesidad de recurrir a largos trámites.

Habida cuenta de esas características, el Comité de Expertos recomendó que las organizaciones no gubernamentales:

1. estudien con la OMS acciones constructivas que podrían ser acometidas conjuntamente con otras partes interesadas para fomentar la función de los hospitales en el primer nivel de envío de casos en apoyo a la atención primaria de salud;
2. trabajen con la OMS y otras partes interesadas para identificar y apoyar a instituciones que podrían formar parte de una red, a fin de:
 - alentar una mayor participación del hospital en la atención primaria de salud,
 - establecer sistemas de salud de distrito,
 - elaborar métodos y materiales,
 - llevar a cabo ensayos sobre el terreno,
 - seguir un calendario de acciones y programas de apoyo con el lema «aprender haciendo», e
 - instaurar programas de orientación y adiestramiento;
3. fomenten la difusión de ideas acerca de la función de los hospitales del primer nivel de envío de casos;
4. alienten y fomenten la concesión de fondos para apoyar las iniciativas destinadas a integrar a los hospitales en sistemas de salud de distrito; y
5. mejoren la calidad actual de la gestión y el adiestramiento en gestión, y exploten aún más las oportunidades que la independencia del gobierno les ofrece para adoptar criterios innovadores en la gestión de los hospitales y los servicios de salud, así como en el control económico y los incentivos.

8.4 Recomendaciones a los hospitales

El Comité de Expertos se felicitó porque en casi todos los países hay algunos hospitales que están dedicados a la salud de las poblaciones que los rodean y han establecido métodos innovadores para atender a esas poblaciones por medio de la atención primaria de salud. A medida que se profundiza en el concepto de la atención primaria de salud y mejoran las posibilidades de prestar servicios de salud eficaces a poblaciones enteras, la función crucial de los hospitales del primer nivel de envío de casos se hace tanto más evidente.

El Comité de Expertos recomendó a los hospitales del primer nivel de envío de casos que:

1. examinen de nuevo su propio papel en el sistema de salud de distrito (las preguntas que se enuncian en el Anexo 1 podrían resultar útiles en este sentido);
2. estudien la forma de lograr una mayor integración con otras partes del sistema de salud de distrito;
3. hagan participar siempre que sea posible al personal del hospital en la atención primaria de salud en el exterior, e instituyan programas de orientación y adiestramiento que refuercen los intereses del personal y sus funciones en la atención primaria de salud;
4. estudien la manera de contribuir al desarrollo de un sistema de información para todo el distrito que ayude a definir los problemas de la población en materia de salud y a apoyar la toma de decisiones en todos los niveles del servicio de salud;
5. consideren el modo de perfeccionar los métodos de financiación y de distribución de recursos a fin de atender de la mejor forma posible las necesidades de toda la población, y apoyen las decisiones apropiadas en el hospital y en otros componentes del sistema de salud del distrito;
6. estudien la forma de que los sistemas de envío clínico funcionen más eficazmente, inclusive los modos en que el hospital puede apoyar a los servicios de salud más periféricos, incrementando así la confianza de la comunidad en ellos y fortaleciendo el sistema de salud en conjunto;
7. consideren cómo podrían participar con la OMS en una red de instituciones que colaboren para acrecentar la función de los hospitales del primer nivel de envío de casos en apoyo a la atención primaria de salud, utilizando el presente informe como base para sus discusiones; y
8. constituyan asociaciones de profesionales de la gestión de los hospitales y los servicios de salud en caso de que no existan.

NOTA DE AGRADECIMIENTO

El Comité desea agradecer la contribución a sus debates hecha por el Dr. Humberto de Moraes Novaes, Médico, Desarrollo de los Servicios de Salud, Oficina Regional de la OMS para las Américas, Washington, DC, Estados Unidos de América, y al Profesor F. Doeleman, Asesor, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, Dinamarca. El Comité de Expertos también desearía dar las gracias a los autores de los documentos de base, enumerados en el anexo 2, por su valiosa labor.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS, Serie de Informes Técnicos, Nº 122, 1957 (*Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*: Primer informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica).
2. OMS, Serie de Informes Técnicos, Nº 176, 1959 (*Función de los hospitales en la asistencia médica ambulatoria y domiciliaria*: Segundo informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica).
3. OMS, Serie de Informes Técnicos, Nº 395, 1968 (*Administración de hospitales*: Informe de un Comité de Expertos de la OMS).
4. BRIDGMAN, R. F. *The rural hospital: its structure and organization*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1966.
5. BRIDGMAN, R. F. Y ROEMER, M. I. *La legislación y la administración hospitalarias*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1973 (Cuadernos de Salud Pública, Nº 50).
6. BRIDGMAN, R. F. *Hospital utilization: an international study*. Oxford, Medical Oxford Publications, 1979.
7. KLECZKOWSKI, B. M. Y PIBOULEAU, R., ed. *Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo*, vols. 1, 2 y 3. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, 1979 y 1980 (Publicaciones Científicas, Nºs 379, 382 y 397).
8. KLECZKOWSKI, B. M. ET AL., ed. *Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo*, vol. 4. Washington, DC, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS para las Américas, 1986 (Publicación Científica Nº 495). Vol. 5 (en prensa).
9. Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, Nº 206, Anexo II, 1973 (*Estudio orgánico sobre métodos para promover el desarrollo de los servicios básicos de salud*).
10. DJUKANOVIC, V. Y MACH, E. P., ET AL. *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
11. *Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie Salud para Todos, Nº 1).
12. *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981 (Serie Salud para Todos, Nº 3).
13. KLECZKOWSKI, B. M. ET AL. *El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud. Estudio basado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la 34ª Asamblea Mundial de la Salud. 1981*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984 (Cuadernos de Salud Pública, Nº 80).
14. *The role of hospitals in primary health care: report of a conference sponsored by the Aga Khan Foundation and the World Health Organization, 22-26 November 1981, Karachi, Pakistán*. Ginebra, Fundación Aga Khan/OMS, 1981.
15. MACAGBA, R. *Hospitals and primary health care*. Londres, Federación Internacional de Hospitales, 1984.
16. TUDOR HART, J. The inverse care law. *The Lancet*, 1: 405-412 (1971).

ANEXO 1

PREGUNTAS QUE DEBEN FORMULARSE A LOS HOSPITALES (Y QUE ESTOS DEBEN FORMULARSE A SI MISMOS) RESPECTO A SU FUNCION EN EL PRIMER NIVEL DE ENVIO DE CASOS

1. ¿Sirve el hospital a una población específica definida en términos de cifras, de fronteras geográficas o de otras características?
2. ¿Considera el hospital que sus responsabilidades se extienden a la población exterior a su recinto?
3. ¿Considera el hospital que su función en la atención primaria de salud presupone que participe en la caracterización de los problemas, recursos y necesidades de la población a la que sirve?
4. ¿Considera el hospital que es importante entablar relaciones con todos los organismos de salud del distrito, los agentes de salud de diversos tipos, los representantes de la comunidad y las autoridades de otros sectores a fin de planificar cómo abordar los problemas y las necesidades de la población?
5. ¿Participa el hospital en la definición de la prevalencia y la distribución de problemas concretos de salud (tales como la malnutrición, las enfermedades diarreicas, las complicaciones del embarazo, etc.), y ayuda a precisar quién debe ser atendido fuera del hospital y quién debe ser hospitalizado?
6. ¿Considera el hospital que entre sus funciones se encuentra la de participar en el desarrollo y el mantenimiento de un sistema de información que permitiría la evaluación continua de los principales problemas que afectan a la población, la vigilancia de los programas dirigidos a esos problemas y la evaluación de su eficacia?
7. ¿Considera el hospital que entre sus funciones está la de participar en el desarrollo de los recursos de personal de salud en toda la zona a la que sirve, inclusive colaborando en la contratación, el adiestramiento, la supervisión y la evaluación del personal de salud?
8. ¿Se considera el hospital responsable de la prestación de apoyo logístico (como las compras al por mayor y el almacenamiento de los suministros, el mantenimiento del equipo, etc.) a los servicios locales de salud en el distrito circundante?
9. En relación con el envío de pacientes, ¿considera el hospital que entre sus funciones está la de elaborar los criterios para el envío

de pacientes desde los agentes de salud periféricos, especificando la información que debería acompañarles en el ingreso y en el alta, y la de adiestrar a personal de distintas categorías para asegurar la eficacia de tales modalidades de envío?

10. Habida cuenta de los costos globales de la atención primaria de salud para el distrito, ¿considera el hospital razonable que los recursos se asignen cruzando fronteras institucionales?
11. ¿Considera el hospital que la evaluación de la calidad de la asistencia es un criterio importante para evaluar las funciones del hospital? ¿Consideraría el hospital apropiado ampliar este criterio a los servicios de atención primaria de salud en el distrito circundante?
12. ¿Considera el hospital que es necesario introducir modificaciones específicas en la función y la organización dentro del hospital a fin de acomodar o facilitar su papel de apoyo a las actividades de atención primaria de salud en todo el distrito?
13. Al evaluar su propio rendimiento, ¿considera el hospital que sus contribuciones a las actividades circundantes de atención primaria de salud componen una parte importante de sus programas? ¿Cómo evaluaría el hospital sus contribuciones? Por ejemplo, ¿utilizaría las tasas de mortalidad perinatal e infantil para todo el distrito o el grado de cobertura de la población como indicadores de su rendimiento?
14. ¿Considera el hospital que forma parte de su cometido unirse a representantes de la comunidad y otras partes interesadas para generar el apoyo social y político para el esfuerzo global de atención primaria de salud?

LISTA DE AUTORES Y TITULOS DE DOCUMENTOS INEDITOS UTILIZADOS POR EL COMITE DE EXPERTOS¹

- AZMI, M. *Apoyo de los hospitales al sistema local de salud en Nueva Gales del Sur*. SHS/EC/85/WP/III.A.1 (1985). (En inglés.)
- BARNES, T. *Apoyo de los hospitales a la gestión de las urgencias obstétricas en los sistemas locales de salud*. SHS/EC/85/WP/I.B.2 (1985). (En inglés.)
- BARROS, F. C. Y VICTORIA, C. G. *Riesgos durante la gestión y asistencia prenatal y obstétrica en una ciudad brasileña (con atención a la función de los hospitales)*. SHS/EC/85/WP/I.B.1 (1985). (En inglés.)
- COMBES, J. B. *Experiencias en la integración de los niveles de asistencia desde el concepto del 'hospital abierto'*. SHS/EC/85/WP/III.B.4 (1985). (En inglés.)
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. *Servicios de enfermería en la comunidad y en el primer escalón de envío*. SHS/EC/85/WP/II.D.2 (1985). (En inglés.)
- CORCIGAN, T. *Sistemas del primer nivel de envío y sus repercusiones en el personal y la supervisión*. SHS/EC/85/WP/II.D.4 (1985). (En inglés.)
- CUMPER, G. Y WINT, B. *Costos en un conjunto de hospitales de Jamaica, 1984*. SHS/EC/85/WP/II.C.3 (1985). (En inglés.)
- CHAVARRIA SOLANO, E. *Participación comunitaria en un sistema local de salud en cinco cantones de Costa Rica*. SHS/EC/85/WP/III.G.2 (1985).
- CHIFFIN, L. *El sistema de asistencia medicosanitaria de tres niveles en zonas rurales y función de las instituciones provinciales en la atención primaria de salud*. SHS/EC/85/WP/III.A.10 (1985). (En inglés.)
- CHESTER, T. E. *Función de los hospitales en el primer nivel de envío de casos*. SHS/EC/85/WP/I.C.2 (1985). (En inglés.)
- DE BETHUNE, X., MERCENIER, P., Y VAN BALEN, H. *Función de los hospitales en el fortalecimiento de la atención primaria de salud: la experiencia de Kasongo*. SHS/EC/85/WP/III.C.5 (1985). (En inglés.)
- DICKINSON, J. G. *El apoyo a la atención primaria de salud: Hospital de Patan (Nepal)*. SHS/EC/85/WP/III.C.1 (1985). (En francés.)
- DOHERTY, M. *Desarrollo del personal en apoyo a los sistemas locales de salud*. SHS/EC/85/WP/II.E.1 (1985). (En inglés.)
- EL BATAWI, M. A. *Los hospitales del primer nivel de envío en apoyo a los programas de salud profesional*. SHS/EC/85/WP/III.E.1 (1985). (En inglés.)
- ELDAR, R. *Apoyo informativo bidireccional en los sistemas locales de salud*. SHS/EC/85/WP/II.C.3 (1985). (En inglés.)
- FISEK, N. H. Y ERDAL, R. *El hospital: un imperativo en la atención primaria de salud*. SHS/EC/85/WP/III.A.3 (1985). (En inglés.)
- FOLMER, H. *Los hospitales y la atención primaria de salud*. SHS/EC/85/WP/III.A.8 (1985). (En inglés.)
- FUNDACIÓN INTERNACIONAL AFRICANA DE MEDICINA E INVESTIGACIONES. *Función de los hospitales en el primer nivel de envío: observaciones, comentarios y recomendaciones*. SHS/EC/85/WP/III.A.9 (1985). (En inglés.)
- GOMAA, R. A. *Modelo de infraestructura para el sistema de información en la función de los hospitales en el primer nivel de envío de casos y la atención primaria*

¹ Estos documentos inéditos pueden solicitarse a la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

- de salud: Kuwait como ejemplo de país rico en recursos y con un servicio de salud de cobertura universal.* SHS/EC/85/WP/II.A.1 (1985). (En inglés.)
- HALLEY DES FONTAINES, V. *Función de los hospitales en la salud de la comunidad.* SHS/EC/85/WP/III.B.3 (1985). (En francés.)
- HARDIE, M. *Apoyo del hospital urbano a la asistencia sanitaria en la comunidad.* SHS/EC/85/WP/II.B.1 (1985). (En inglés.)
- KADER, M. *Estructura de los hospitales del primer nivel de envío de casos en Guinea y el apoyo que prestan a la atención primaria de salud.* SHS/EC/85/WP/III.B.2 (1985). (En inglés.)
- KIM, M-I. *Apoyo del hospital del primer nivel de envío de casos al desarrollo y a la supervisión del personal de atención primaria.* SHS/EC/85/WP/II.D.4 (1985). (En inglés.)
- LEWIS, C. A. *Diseño y utilización de registros de salud en los sistemas locales.* SHS/EC/85/WP/II.A.4 (1985). (En inglés.)
- MACAGBA, R. L. *Apoyo del hospital en el primer nivel de envío de casos al sistema local de salud: un criterio para la gestión.* SHS/EC/85/WP/III.AE.1 (1985). (En inglés.)
- MATSUMOTO, Y. *Apoyo del hospital al desarrollo y la supervisión del personal en los sistemas locales de salud.* SHS/EC/85/WP/II.D.4 (1985). (En inglés.)
- MAYNARD, A. *Aspectos económicos de la atención sanitaria de los países en desarrollo.* SHS/EC/85/WP/II.C.1 Rev. 1 (1985). (En inglés.)
- MILNER, N. P. H. *La logística en la función de los hospitales en el primer nivel de envío de casos.* SHS/EC/85/WP/II.E.1 (1985). (En inglés.)
- MIZRAHI, A. Y MIZRAHI, A. *La hospitalización en Francia: desarrollo y perspectivas.* SHS/EC/85/WP/III.B.5 (1985). (En francés.)
- NAMBOZE, J. M. *Participación de la comunidad en el hospital del primer nivel de envío de casos.* SHS/EC/85/WP/III.G.1 (1985).
- NOVGORDOTSEV, G. A. *Asistencia de consulta prestada a los servicios de primer contacto en el sistema general de la organización de la salud pública en la URSS.* SHS/EC/85/WP/III.A.7 (1985). (En inglés.)
- ORLIV, J. *a) Hospitales del primer nivel de envío en apoyo a la salud mental en los países industrializados. b) Hospitales del primer nivel de envío en apoyo a la salud mental en los países en desarrollo. c) Hospitales del primer nivel de envío en apoyo a la salud mental en Botswana.* SHS/EC/85/WP/II.F.1 (a,b,c) (1985). (En inglés.)
- ORTIZ GUIER, J. G. *Nuestro hospital de primer nivel apoyado por la comunidad e inculcado con la atención primaria de salud dentro de su área de atracción en la experiencia «hospital sin paredes».* SHS/EC/85/WP/III.C.4 (1985).
- OYOO, A. O. *Apoyo del hospital del primer nivel de envío de casos al sistema local de salud en Kenya.* SHS/EC/85/WP/II.A.2 (1985). (En inglés.)
- PATERSON, E. H. *Apoyo del hospital del primer nivel de envío de casos a la comunidad: la opinión de un médico de Hong Kong.* SHS/EC/85/WP/III.C.2 (1985). (En inglés.)
- PRADILLA, A. *Prevención y lucha contra la malnutrición: papel de los distintos niveles de asistencia.* SHS/EC/85/WP/I.A.1 (1985). (En inglés.)
- PURVIS, G. P., III. *El cambio de la relación entre los hospitales y la atención primaria de salud en los Estados Unidos de América.* SHS/EC/85/WP/III.F.1 (1985). (En inglés.)
- RAM, E. R. *Hospitales vinculados a la iglesia: una experiencia en el primer nivel de envío de casos.* SHS/EC/85/WP/III.C.3 (1985). (En inglés.)

- SAIGAL, M. D. *Organización y relaciones estructurales entre los hospitales gubernamentales, no gubernamentales e industriales en el primer nivel de envío de casos en la India*. SHS/EC/85/WP/III.ACE.1 (1985). (En inglés.)
- SIMONEN, O. *Apoyo del hospital del primer nivel de envío de casos al sistema local de salud en Finlandia*. SHS/EC/85/WP/III.B.1 (1985). (En inglés.)
- SITKERY, I. *Apoyo del hospital del primer nivel de envío de casos al sistema local de salud en Hungría*. SHS/EC/85/WP/III.A.4 (1985). (En inglés.)
- SUBRAMANIAN, M. *Apoyo de los sistemas de información a los hospitales del primer nivel de envío de casos en los países en desarrollo: un ejemplo*. SHS/EC/85/WP/II.A.3 (1985). (En inglés.)
- SUPIT, B. A. *Apoyo del hospital del primer nivel de envío de casos a la infraestructura del sistema local de salud: la experiencia y participación del Hospital Bethesda Tomohon de Sulawesi del Norte (Indonesia)*. SHS/EC/85/WP/II.D.1 (1985). (En inglés.)
- WALKER, G. Y WINT, B. *Calidad de la evaluación y la garantía de la asistencia en Jamaica*. SHS/EC/85/WP/I.D.2 (1985). (En inglés.)
- WALKER, G. Y WINT, B. *Calidad de la evaluación y la garantía de la asistencia médica con especial atención al hospital de primera línea: examen y estudio de casos en Jamaica*. SHS/EC/85/WP/I.D.1 (1985). (En inglés.)
- WASUNNA, A. *Organización del tratamiento de las enfermedades predominantes en el sistema local de salud de los países en desarrollo*. SHS/EC/85/WP/I.D.3 (1985). (En inglés.)
- ZHENG, L-C. *Función del hospital comunitario en la atención primaria de salud, con especial atención a la evaluación de actividades de atención primaria*. SHS/EC/85/WP/III.A.6 (1985). (En inglés.)