UCA
Pontificia Universidad Católica Argentina
Biblioteca digital
de la Universidad Católica Argentina

Schiavone, Miguel Ángel

Atención primaria de salud; el hospital y los centros de salud ¿Romeo y Julieta o la Guerra de los Roses?

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.
La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Schiavone, MA. Atención primaria de salud; el hospital y los centros de salud : ¿Romeo y Julieta o la Guerra de los Roses? [en línea]. En: Organización Panamericana de la Salud. *Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud : a 25 años de Alma Ata*. Buenos Aires : OPS ; 2003. Disponible en: http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/rectorado/atencion-primaria-salud-schiavone.pdf [Fecha de consulta:.....]

9 | Atención Primaria de Salud; el Hospital y los Centros de Salud

¿Romeo y Julieta o la Guerra de los Roses?

Dr. Miguel Ángel Schiavone

El origen de la antinomia

Los Servicios de salud institucionales nacieron durante la edad media ante la necesidad de dar auxilio y cobijo, a los pobres e indigentes. La palabra hospital tiene dos acepciones iniciales, "*hospitalis*" por caridad y "hospicio" por albergue de pobres indigentes y viajantes.

De esta forma y desde su origen, los hospitales aparecieron con el fin de ofrecer asilo a individuos incapaces de vivir en comunidad, o que a causa de su enfermedad constituían una amenaza para la misma.

A fines de siglo XIX, se registraron en el campo de la ciencia y tecnología médica grandes progresos: la anatomía patológica, la bacteriología, el uso de anestésicos, nuevas técnicas quirúrgicas y otras innovaciones transformaron la practica médica; y es aquí en donde aparece el punto de inflexión. Por un lado los hospitales acaparaban estos conocimientos y se preocupaban en aplicarlos en brindar una asistencia médica compleja e intensiva al individuo enfermo, mientras que por otro lado a través de lo que se dio a conocer como medicina comunitaria, se comprendía cada vez más la epidemiología de las enfermedades, se trabajaba en la promoción de la salud y en los métodos preventivos. Esta incorporación desigual de conocimientos, tanto en magnitud como en su forma de aplicación, dio origen a una dicotomía que aún persiste en nuestras organizaciones.

La responsabilidad de tomar medidas preventivas y de ocuparse de la comunidad en su conjunto se confiaba a las organizaciones de salud pública, mientras los hospitales eran los responsables de la atención médica del individuo enfermo.

El cuerpo profesional continuó en la búsqueda de tecnologías cada vez mas complejas para incrementar la eficacia del hospital en la resolución de los daños individuales, a veces sin preocuparse por los costos y sin prestar atención debida a las prioridades de su área programática, profundizando el aislamiento de los hospita-

les respecto a los problemas más amplios de la comunidad. El sistema así "organizado" contribuyo al auge de un modelo de medicina basada en la reparación del daño, en el uso y abuso de tecnología, en la búsqueda de "la causa", en la práctica médica individual con una relación médico-objeto que reemplazo la relación médico-paciente. La coordinación entre los hospitales y los otros niveles del sistema de salud fue por lo tanto inexistente y si en algunos casos se dio, fue sólo fortuita.

Nace así una falsa antítesis que considera a los hospitales y centros de salud como entidades separadas y en el peor de los casos como rivales.

En todo el mundo los hospitales representan la concentración más importante de recursos de salud, conocimientos profesionales y equipos médicos, ¿cómo hacer para que todos estos recursos se incorporen a un programa de asistencia sanitaria integral e integrada para la comunidad?

Un hospital general no puede trabajar de modo aislado, sino que debe formar parte de un sistema social y médico que preste una atención integrada e integral. De la misma forma los centros de salud tampoco pueden no tener Hospitales en los cuales descansar, derivando a los casos complejos.

Luego de visitar distintas Jurisdicciones de nuestro país, podemos afirmar que la interacción de los hospitales con los Centros de Salud en pequeñas poblaciones plantea relativamente pocos problemas. En las grandes urbes o con hospitales de alta complejidad la interacción Hospital-Centro de Salud-Comunidad no es frecuente de encontrar.

Hospital y atención primaria de la salud

La APS no equivale simplemente a servicios de salud en la comunidad o una asistencia médica primaria, sino que puede concebirse como:

1. Una gama de programas dirigidos a los problemas salud-enfermedad de una población determinada.
2. Un nivel de asistencia respaldado por un sistema bien organizado de envío de casos.
3. Una estrategia para alcanzar cobertura universal en equidad, así como fomentar la participación comunitaria y la colaboración intersectorial.
4. Una filosofía basada en los principios de igualdad social, autoresponsabilidad y desarrollo de la comunidad.

Cualquiera que sea la forma en que se concibe a la APS, la participación del hospital es esencial. Sí se la considera como una gama de programas necesitará el apoyo del hospital para la etapa de ejecución, siendo ideal su participación también en el diseño y evaluación.

Sí se la considera como un nivel de asistencia, necesita al hospital para la atención de los enfermos enviados, y la devolución con su contrareferencia.

Si se la concibe como una estrategia, no funcionará sin una inversión suficiente de fondos y recursos que actualmente se encuentran en el hospital.

Finalmente como filosofía está tan vinculada a lo que pasa dentro del hospital como fuera de él.

No basta con que los hospitales deseen participar en la APS, deben comprenderla; con sus valores y componentes y comprometerse con ella. El personal, la estructura y la gestión del Hospital deben desempeñar una función de apoyo a la estrategia. Ningún sistema basado en el concepto de APS puede funcionar sin la participación y el apoyo de un hospital, y de un buen sistema de envío de casos. Importa igualmente que el hospital no aplique tratamientos que puedan ser provistos por otros niveles de atención para evitar la sobrecarga de trabajo y ofrecer un apoyo adecuado a la comunidad.

La cooperación entre los hospitales y los otros servicios de salud se ve dificultada por diferencias tradicionales, principios y conocimientos, que sí bien son reales es indispensable su identificación y superación. A modo de resumen se presentan ambos componentes del sistema en una falsa antítesis

	HOSPITAL	**APS**
Incumbencia tradicional	Asistencia individual y curativa inmediata de los pacientes.	Promoción y protección de la salud de la comunidad.
Sujeto sobre el que trabajan	Demanda espontánea de los individuos.	Necesidades de la comunidad
Recursos utilizados	Uso intensivo de los recursos. Técnicas modernas. Personal profesionalizado	Tecnología apropiada. Personal profesionalizado y no profesional.
Rendimiento definido en función de:	Calidad de asistencia individual a enfermos graves	Mejora de salud colectiva.
Papel de la comunidad	Pasivo, receptora de atención.	Extensión de cobertura. Equidad.
Pieza clave del sistema	Profesional especializado	Activo, socia valiosa del sistema
Los problemas que se plantean pasan por la relación	Medico-paciente	Comunidad participante Sistema de salud-comunidad

De la combinación de ambos planteamientos surgirán seguramente conflictos por lo que se buscarán áreas comunes para el logro de una atención integral.

Funciones concretas que debe desempeñar el hospital como parte de la estrategia de APS

1. Referencia y contrarreferencia

Las funciones, de envío de enfermos que a primera vista puede parecer la más sencilla varía según los servicios y los programas, dependiendo de la fuerza o la debilidad que tenga la APS fuera del hospital.

Algunos pacientes pueden acudir directamente al hospital y otros acceder por derivación de un médico enfermera o agente de salud bastará con la correcta atención y contrarreferencia al agente de salud indicando la asistencia que precisará más adelante. Pero en la práctica no es siempre tan sencillo.

El hospital habitualmente se encuentra saturado de pacientes de modo que es difícil prestar una atención correcta.

Los enfermos enviados no llegan al hospital por barreras económicas, geográficas, culturales etc.

La gente a veces desconfía de la atención que recibe fuera del hospital y por ello acude directamente a este,

El flujo de información que entra y sale del hospital suelo ser insuficiente. Una investigación demostró que el 50% de las cartas de envío a los hospitales eran insuficientes o incompletas y que la mayor parte de los informes y resúmenes de alta eran defectuosos o llegaban tarde o bien no llegaban nunca como devolución a los Centros de Salud.

El hospital debería fomentar, en lugar de entorpecer, las modalidades racionales de envío de casos dando preferencia a los enfermos enviados desde centros de salud para que sean atendidos con turnos preferenciales por los especialistas.

2. Coordinación de programas de salud

El Hospital habitualmente se limita a tratar a los pacientes enviados sin tomar en consideración las causas básicas de la enfermedad o el medio ambiente al que regresan los pacientes luego del alta. En términos generales el hospital se preocupa por el volumen diario de paciente y la demanda espontánea, trabajando al margen de los acontecimientos que se producen en el exterior.

El Hospital no evalúa los programas en reducción de morbilidad o mortalidad de la población a la cual sirve, con lo que se pierde incentivos y se disocia del resto de los servicios de salud. Así, una forma de integrarlo es a través de su participación en la planificación, coordinación y evaluación de programas.

Existirían al menos cuatro programas en los cuales el hospital debería participar:

- Programas circunscriptos a pacientes hospitalizados y su grupo de pertenencia. Definidos como casos índices.-
- Programas de APS centrados en un proceso concretos: p. Ej. Nutrición, hipertensión arterial, salud mental.
- Programas globales de APS cuando el hospital tiene un área asignada bajo su responsabilidad.
- Programas de desarrollo comunitario.

3. Capacitación y formación de recurso humano

Existirían al menos tres aspectos locales de esa labor:

- Capacitación básica y continua del personal que trabaja en el Centro de Salud
- Creación de "distritos docentes" en el que la educación Universitaria tendría lugar en el marco de la estrategia de APS, con base en el Área Programática, reemplazando a las clásicas UDH.
- Adiestramiento en gestión y dirección de los responsables de las unidades operativas de los Centros de Salud.

El hospital podría participar en los tres niveles pero como mínimo debería ocuparse del adiestramiento de su propio recurso humano en el marco de la APS.

4. Participación comunitaria

Definida como un proceso que crea en los individuos un sentimiento de responsabilidad en cuanto a su salud y la de la comunidad, así como la capacidad de participar consciente y constructivamente en los programas cuyo objeto sea el bienestar de la población, permite que las actividades de APS sean una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben. Si bien la participación comunitaria afecta tanto a los hospitales como a cualquier otro sector del sistema, pero en su conjunto los hospitales han quedado a la zaga de los otros sectores,. Una de las razones es tal vez que no siempre se alienta a la población a que piense y elija por sí misma acostumbrándola a "soluciones" impuestas por expertos.

A pesar de las dificultades reales, existen algunos ejemplos alentadores de participación comunitaria en los hospitales y estas experiencias han demostrado que:

a) Muchos hospitales intentan valorar la opinión de los usuarios y aprender de sus comentarios. Debería ser habitual el examen imparcial y exhaustivo de las quejas, a través de buzones de quejas y sugerencias u otros mecanismos con idéntico fin.

b) Las comunidades pueden intervenir activamente en el control de los hospitales teniendo representantes en los órganos de gobiernos. (Consejo de Administración)
c) Los hospitales ejercen un papel importante en el desarrollo comunitario debido a su autoridad y a la lealtad que suscitan.

Es importante subrayar que no deben implantarse nuevos modelos de participación sin utilizar y adaptar los procedimientos naturales.

En muchos casos la comunidad paga por la atención recibida. Cualquiera sea la forma de pago, así como los pro y contras de esta modalidad, la contribución refuerza en la comunidad la confianza en si misma y el derecho de participar en las tareas de gobierno del Hospital.

Si bien el hospital y su personal están más habituados a impartir conocimientos que a recibirlos necesitan aprender de los agentes de salud y de la comunidad. Reconocer este hecho exige un cambio considerable en el pensamiento profesional

5. Financiamiento

Para que el primer nivel de atención responda efectiva y oportunamente a las necesidades de la población necesita una importante autonomía técnica y seguridad financiera. Tradicionalmente la APS no ha recibido el apoyo presupuestario necesario para cumplir con sus metas y objetivos. Han existido hasta el presente dos formas de financiamiento, una es la inclusión de las actividades de APS en el presupuesto del hospital, y la otra su consideración autónoma. Ambas tienen sus fortalezas y debilidades, la primera en general sufre los recortes desde un hospital que es un gran consumidor de recursos y termina por "chuparse" todo el presupuesto, la otra alternativa tiene la desventaja de provocar la desintegración entre el primer nivel y el Hospital.

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

¿Qué servicios hay que prestar?
¿Qué proporción hay que prestar de cada servicio?
¿Cómo y quien va a prestar el servicio?
¿A quién se va a prestar el servicio?

La respuesta a estas preguntas requiere una evaluación cuidadosa de insumos (gastos) y resultados (rendimiento).

En general estas preguntas podrían resumirse en ¿Cómo? ¿para qué? y para quién? de los recursos. Cuánto debería gastar en atención hospitalaria y cuanto en otras actividades de fomento de la salud?

La asignación económica y presupuestaria del Hospital debería estar basada en los objetivos de las políticas y programas del Área Programa, dentro del marco de la estrategia de APS; y no en base a demandas históricas o pautas precedentes de suministro, ni tampoco en función de aspiraciones profesionales y administrativas para la expansión del modelo tradicional hospitalario

6. Gestión y apoyo administrativo

El Hospital debe contribuir a través de una gestión adecuada, a asegurar la efectiva implementación de la estrategia:

a) Acopio y análisis de datos basados en la población: Se trata de una cuestión de criterios, aunque también habrá que establecer sistemas técnicos apropiados. El sector público en ámbitos territoriales recoge datos estadísticos de todos los hospitales, los combina y los presenta sin desglosarlos por zona. Existe por lo tanto una necesidad clara de presentar las estadísticas locales, siguiendo un criterio local a fin de determinar problemas de salud del área. El enfoque será totalmente distinto si lo que medimos es el numero de vacunas administradas por el hospital a si los datos recabados están planificados para identificar el numero de niños por vacunar.
b) Formulación de políticas y planes que integren actividades de prevención, APS, asistencia de agudos y rehabilitación:

La experiencia de varios países, han demostrado el valor de ampliar un enfoque zonal a la atención médica en unidades naturales, a veces denominadas "vecindades", desarrollando planes y programas locales. Al respecto el primer nivel de envío de casos desempeña un papel fundamental en la captación de información necesaria para la programación de actividades y la determinación de prioridades desde el hospital.

Comprender y compartir la filosofía

Una de las premisas básicas de la participación de los Hospitales en las finalidades actuales de todo sistema de salud es la aceptación de los principios de salud para todos. Habida cuenta de dicha aceptación, un hospital debe tratar de promover la salud para toda la población, incluso la de aquellos individuos que no acuden a el. Por otro lado, la atención de las personas ya no puede estar dirigida prevalentemente hacia lo asistencial y el nuevo enfoque deberá girar siempre en torno al concepto de medicina integral.

Desde estos puntos de vista, el éxito del planteamiento estará condicionado por las posibilidades de transformación de los hospitales que se han regido por

esquemas tradicionales de comportamiento institucional, en hospitales modernos, orientados en virtud del principio de equidad, hacia una cobertura de la población en materia de prestaciones esenciales.

Bibliografía

- OMS. Los Hospitales y la salud para todos. Informe técnico 744, Ginebra, 1987.
- OMS. La función de los Centros de Salud en el desarrollo de los sistemas urbanos de salud. Informe técnico 827, Ginebra, 1992.
- OPS. El Hospital Público, tendencias y perspectivas. HSS/Silos 39. OPS 1994.
- Lemus J. D. Atención Primaria de la Salud y Áreas Programáticas. Fac. de Medicina Universidad del Salvador, 1996.
- Cátedra de Salud Pública UBA, documento de trabajo, Inadicto. 1992.
- Schiavone, Miguel A. Atención Primaria de la Salud y formación de recursos humanos en salud. En Políticas de formación de recurso humano. La Prensa Medica Argentina, 1991.