

EVALUACION DE LOS CENTROS DE SALUD PUBLICA

MILTON I. ROEMER

*Profesor de Administración Sanitaria,
Escuela de Salud Pública de la Universidad de California,
Los Angeles, California, Estados Unidos de América*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1972

© Organización Mundial de la Salud 1972

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. Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente, o en parte, alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones y Traducción, 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 se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responde únicamente el autor.

PRINTED IN SWITZERLAND

INDICE

	Página
Prólogo	7
Introducción	9
1. Definiciones funcionales de los centros de salud	11
Antecedentes históricos	12
Situación actual	14
Los centros de salud en los países desarrollados	18
Funciones de un centro de salud primario integrado	21
2. Anteriores ensayos de evaluación de los centros de salud primarios	23
Evaluación basada en los recursos establecidos	24
Evaluación basada en la cantidad de servicios facilitados y recibidos	26
Evaluación basada en la calidad de la asistencia	30
Evaluación de la mejora de la salud	32
Evaluación basada en los costos	34
3. Investigaciones recomendadas	37
Objetivos	37
Plan de investigación	38
Evaluación retrospectiva de centros de salud	42
Bibliografía	43

PROLOGO

Hace ya por lo menos medio siglo que existen centros de salud de distintos tipos, cuya característica común es la prestación de asistencia sanitaria a enfermos ambulatorios. Poco se ha hecho hasta ahora para clasificar esos centros o evaluar su eficacia en comparación, por ejemplo, con el sistema basado en la libre elección de médico.

En el presente informe se trata de esclarecer los distintos significados del término « centros de salud », de examinar las publicaciones sobre su evaluación, y de sugerir medios para estudiarlos con mayor detalle.

La presente publicación clasifica los centros de salud con arreglo a sus funciones, personal, emplazamiento y organismo patrocinador, y trata de sus antecedentes históricos desde los centros de asistencia ambulatoria que existieron en Europa ya en el siglo XVII, hasta los centros modernos que se encuentran hoy tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Se concede considerable atención a los pasados ensayos de evaluación basados en factores tales como los costes, los recursos disponibles y la cantidad y calidad de la asistencia. Se resalta el interés de las investigaciones operativas y de los estudios de utilización, y se destaca que la evaluación de los centros de salud puede ser más o menos completa. En su nivel máximo, la evaluación permite medir la mejora de la salud resultante de las actividades de tales centros.

El principal objetivo de las nuevas investigaciones propuestas consiste en evaluar los centros de salud primarios como medio de mejorar la salud en los países en desarrollo. Ello requerirá el estudio de los métodos aplicables de prestación de la asistencia de salud primaria en las zonas rurales, y del personal y las normas de funcionamiento de los centros de salud. Se formulan las características primordiales de un plan de estudio básico, así como los criterios para medir la mejora de la salud.

Completa el informe una amplia bibliografía.

INTRODUCCION

Hace ya por lo menos medio siglo que se proyectan, se construyen y funcionan centros de salud para la prestación de asistencia a la población.⁶² Sin embargo, la expresión « centro de salud » ha tenido muchos y muy distintos significados en los diferentes países e incluso en diversos contextos dentro del mismo país. Se ha aplicado en general a los servicios prestados a pacientes ambulatorios, mientras los enfermos encamados son asistidos sobre todo en hospitales. Ha habido, no obstante, amplias divergencias en lo que se refiere a los fines, funciones, personal y estructuras administrativas de los centros de salud. Por otra parte, se ha hecho relativamente poco para evaluar los resultados obtenidos por ese mecanismo de prestación de la asistencia sanitaria.

El presente informe constituye un primer intento de esclarecer los distintos significados del término « centro de salud », de examinar las publicaciones sobre la evaluación de sus actividades, y de formular sugerencias para que sean fructíferos los futuros estudios. En forma más concreta sus finalidades son las siguientes:

- 1) clasificar las definiciones funcionales de centros de salud que guardan relación con los estudios propuestos;
- 2) examinar las publicaciones sobre la evaluación de los centros de salud primarios;
- 3) describir los métodos de evaluación empleados;
- 4) determinar los objetivos de los estudios propuestos para comparar el sistema de centro de salud con otros sistemas de prestación de la asistencia de salud primaria; y
- 5) sugerir un protocolo para los estudios propuestos que pueda utilizarse en distintas situaciones, en particular en los países en desarrollo.

DEFINICIONES FUNCIONALES DE LOS CENTROS DE SALUD

Los centros de salud pueden clasificarse con arreglo a:

- 1) las funciones, es decir, la asistencia que prestan;
- 2) el personal, especialmente en lo que respecta a la proporción entre médicos y personal auxiliar;
- 3) el emplazamiento (zonas urbanas o rurales; país industrializado o en desarrollo); y
- 4) el organismo patrocinador: por ejemplo, organismos públicos (gubernamentales) o particulares.

En el presente texto, los centros de salud se clasifican ante todo con arreglo a sus funciones; así pueden establecerse tres amplias categorías, cada una de las cuales abarca un cierto número de subdivisiones:

- 1) centros de asistencia primaria (servicios de asistencia preventiva o curativa o servicios integrados, que comprenden los dos tipos de terapéutica);
- 2) servicios especializados encargados del tratamiento de una determinada enfermedad (por ejemplo, enfermedades venéreas, tuberculosis) o un grupo de población (niños escolares, trabajadores industriales, etc.); y
- 3) policlínicas completas, en las que la asistencia primaria se asocia a la prestación de servicios médicos especializados o complejos.

Los centros de asistencia primaria pueden subdividirse además con arreglo a sus prestaciones: *a*) preventiva solamente (incluida la detección de casos); *b*) curativas sola o principalmente; o *c*) preventivas y curativas integradas. Conviene tener en cuenta, no obstante, que en las publicaciones y deliberaciones sobre la cuestión no siempre se establecen con claridad esas diferencias. Por otra parte, incluso dentro de una categoría bien determinada de centro de salud (por ejemplo, los centros de salud locales establecidos en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido), puede haber diferencias en la importancia y las funciones, resultantes de la inclusión o exclusión de ciertos tipos de asistencia.

En el presente informe se hará especial hincapié en los centros de salud primaria de tipo integrado, que guardan particular relación con los estudios propuestos.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Ya en el siglo XVII existían en Europa centros de asistencia ambulatoria independientes de los hospitales y dedicados ante todo al tratamiento de los indigentes.²¹ El concepto de « centro de salud primario », como establecimiento encargado de prestar asistencia médica primaria (a cargo de médicos generales) y cuidados preventivos sistemáticos, fue formulado por primera vez en el informe del Consejo Consultivo sobre Servicios Médicos y Afines, celebrado en 1920 en Inglaterra bajo la presidencia de Lord Dawson of Penn.²⁴ Unos años más tarde, el Dr. Hermann Biggs, Comisario de Salud Pública del Estado de Nueva York, formuló una idea análoga,⁷³ que fue propuesta de nuevo poco tiempo más tarde en California.⁵⁵ Pero a causa de la creciente fuerza de la práctica médica particular y de la influencia política de los profesionales médicos independientes, en esos países industrializados ricos tardaron muchos años en ponerse en práctica tales ideas.

Verdad es que mientras tanto se difundieron por otros lugares. Con el apoyo de la Fundación Rockefeller se estableció en Kalutura (Ceilán) en 1926 un centro de salud primario, que supuso una gran innovación en la época.⁷⁹ Ese centro prestaba casi exclusivamente servicios preventivos: exámenes de salud de madres y lactantes, vacunaciones, saneamiento del medio, educación sanitaria y partería. Se prestaba escasa atención a la asistencia médica aduciendo que era función de los departamentos ambulatorios de los hospitales y que su prestación podría constituir una sobrecarga tal que el personal descuidaría la asistencia preventiva.¹⁷ En 1938 se habían establecido en Ceilán, con la ayuda de la Fundación Rockefeller, diez centros de salud que seguían el modelo del fundado en Kalutura. Mediante la ayuda prestada a ese tipo de asistencia sanitaria, la Fundación contribuyó a dar una orientación preventiva a los servicios de salud y contrapesó así la importancia antes concedida a los hospitales y los servicios curativos de los países en desarrollo.

En 1931, la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones celebró una Conferencia Europea sobre Higiene Rural,⁴⁵ que dirigió un llamamiento en favor del establecimiento de « centros de salud rurales », así definidos:

institución para el fomento de la salud y el bienestar de la población en una zona (rural) determinada, que trata de alcanzar su objetivo por la agrupación en un solo establecimiento o por otro tipo de coordinación, bajo la jefatura de un funcionario de salud pública, de todas las actividades sanitarias desarrolladas en la zona, en colaboración

con las organizaciones de socorro y asistencia social que puedan tener relación con la salud pública en general.

La gran importancia concedida a los servicios preventivos en aquella época inicial resulta patente en las funciones recomendadas para los centros de salud rurales, que comprendían el bienestar de la madre y el niño, la educación sanitaria, el saneamiento del medio, y la prestación de primeros auxilios en los casos de urgencia. Se señaló en la Conferencia que la asistencia curativa debería estar a cargo de los médicos particulares de la zona y que sólo cuando faltaran por completo el Centro de Salud ofrecería asistencia médica, limitada seguramente a los primeros auxilios en los casos de urgencia.

El concepto de Lord Dawson de los centros de salud integrados (véase la página 12) fue aplicado por primera vez en la URSS.⁶⁵ Las ideas socialistas de ese país hacían caso omiso de los intereses de los médicos particulares, que consideraban como «empresarios», y poco después de la revolución de 1918 comenzó la URSS a establecer una red de centros de salud que ofrecían asistencia preventiva y curativa a toda la población.²⁹ Los centros de salud primarios formaban parte de una estructura regionalizada de servicios, en la que las policlínicas y los hospitales ocupaban los niveles superiores.

Con el ulterior desarrollo de los servicios de salud y el aumento del personal medicosanitario disponible, se hizo más amplia y compleja la red de centros de salud de la URSS que facilitaban asistencia ambulatoria. En las ciudades, las policlínicas, que no sólo disponían de médicos generales sino de una amplia gama de especialistas, llegaron a ser los principales centros de asistencia curativa y preventiva. En el marco de la planificación sistemática, el Ministerio de Salud Pública estableció normas para el personal de las policlínicas y los centros de salud, que fueron aplicadas en relación con las condiciones locales en las zonas urbanas y rurales.

En los países de la Europa del Este que han establecido un régimen socialista en fecha más reciente,⁷⁷ y en Cuba después de su revolución de 1959,¹⁸ se han establecido estructuras análogas. No cabe duda de que muchos países en desarrollo, en especial de Asia, han seguido el modelo de la URSS en los últimos años en su planificación de los centros de salud integrados.

En los países no socialistas, el concepto de centro de salud primario integrado no despertó amplio interés hasta después de la Segunda Guerra Mundial. En la India se estableció en 1944 una Comisión de Planificación y Encuestas sobre Salud, que publicó en 1947 un informe en el que se patrocinaba entre otras cosas el establecimiento de centros de salud primarios para prestar asistencia curativa y preventiva a toda la población. En 1962 apareció el informe Mudaliar, que ampliaba el concepto

y dividía ese extenso país en unos 5000 « bloques », atendido cada uno de ellos (con una población de 60 000 a 100 000 personas) por un centro de salud primario.⁷¹ La misma idea fundamental fue pronto aplicada por algunos otros países de Asia y Africa, en particular en las antiguas colonias.

En América Latina el concepto de servicios integrados apareció algo más tarde.⁹ La política seguida por el Instituto de Asuntos Interamericanos (establecido por los Estados Unidos de América en el curso de la Segunda Guerra Mundial) consistió en fomentar la asistencia puramente preventiva en los centros de salud, y no se orientó hacia la integración hasta mediados del decenio de 1950.⁵⁹ Interesa señalar que la influencia norteamericana en el concepto del centro de salud como servicio puramente preventivo afectó a otros países durante la Segunda Guerra Mundial y después de ella; esa fue, por ejemplo, la orientación fomentada tanto en Grecia,² como en el Japón mientras estuvo ocupado por las fuerzas militares estadounidenses.³⁹

SITUACION ACTUAL

Existen todavía muchos países en los que el centro de salud se concibe ante todo como una institución en la que se facilita exclusivamente asistencia preventiva. Tal es el caso de los Estados Unidos de América, en donde (con las excepciones señaladas más adelante) los centros de salud son en general edificios que albergan el departamento local de salud pública.³³ En Colombia, un manual preparado en 1959 define las funciones de un centro de salud como puramente preventivas, excepto en lo que se refiere a la rehidratación de los lactantes que padecen una deshidratación grave provocada por trastornos diarreicos.⁵¹ En Egipto, una propuesta formulada recientemente se refiere sólo a los servicios preventivos,⁸⁵ si bien muchos centros de salud de ese país ofrecen asistencia integrada.

En lo que se refiere a los países en desarrollo, es hoy corriente que las funciones de los centros de salud de las zonas urbanas difieran de las desempeñadas por los centros rurales. En las grandes ciudades, en donde los departamentos ambulatorios de los hospitales y los médicos particulares son fácilmente accesibles, los centros de salud — dependientes de las autoridades de salud pública — tienden a dedicarse exclusivamente a la asistencia preventiva. En las zonas rurales, en las que faltan otros servicios curativos, es más corriente el carácter integrado de los centros.

En la actualidad, muchos países en desarrollo conceden la máxima prioridad al establecimiento de una red nacional de centros de salud primarios integrados; así, los hospitales y la hospitalización son sustituidos por los centros de salud y el tratamiento ambulatorio. Ello no

quiere decir que la construcción y el funcionamiento de los centros de salud reciban hoy igual apoyo financiero que los hospitales: ni mucho menos; muchos países en desarrollo gastan todavía sumas mucho mayores en los hospitales que en las redes de centros de salud. No obstante, los centros de salud y otros programas de asistencia médica ambulatoria reciben sin duda alguna una atención y unos recursos cada vez mayores.

Como resultado se han publicado en los últimos años numerosos informes y manuales que señalan con precisión las funciones de los centros de salud. Como ya se ha indicado, en la India han aparecido varias publicaciones en las que se establecen esas funciones, así como normas para la dotación de personal y los métodos administrativos.²³ En una de ellas, publicada en 1966, se especifican las siguientes funciones de un centro de salud primario: ³⁵ 1) asistencia médica; 2) higiene maternoinfantil; 3) higiene escolar; 4) planificación de la familia; 5) lucha contra las enfermedades transmisibles; 6) saneamiento del medio; 7) educación sanitaria, y 8) estadísticas demográficas.

Para la prestación de esos servicios se recomienda el siguiente personal: dos médicos (uno de cada sexo), una enfermera de salud pública, un educador sanitario, un estadígrafo, una mecanógrafa, una partera, un inspector sanitario (técnico de saneamiento), un técnico de laboratorio y personal para la asistencia práctica de planificación familiar, con los ayudantes sanitarios precisos para asistir en su trabajo a todo el personal enumerado.

En la « Guía para el funcionamiento de un centro de salud rural », publicada en 1962 por el Gobierno de Birmania, se propone una gama análoga de servicios de salud.¹² Sin embargo, el personal propuesto comprende sólo un ayudante sanitario, una visitadora sanitaria, un vacunador y cinco parteras. Dada la gran penuria de médicos reinante en Birmania, ni siquiera se propone la inclusión de uno en la dotación de esos centros de salud primarios. El « ayudante sanitario » es un trabajador sanitario auxiliar (de una instrucción parecida a la de una enfermera diplomada) que ha de facilitar todos los cuidados de carácter médico y supervisar la totalidad del programa del centro de salud. Es evidente que las posibilidades de aplicación de un programa de servicios de salud primarios dependerán del carácter y el número de personal disponible.

En Africa, la dotación de un centro de salud primario típico es todavía más austera que en la India. Un estudio aparecido recientemente, que se apoya en una conferencia celebrada en Makerere (Uganda),⁴³ contiene una exposición muy completa de las funciones y el personal de los centros de salud africanos, así como de los métodos recomendados para su funcionamiento, basándose ante todo en la experiencia adquirida

en Kenia y en otros países del Africa oriental. En ese estudio se define el centro de salud como « un servicio que facilita a la familia toda la asistencia de salud necesaria, excepto aquella que sólo puede prestarse en el hospital »; y se estima que su personal consta sólo de cinco grados de auxiliares: 1) ayudantes médicos; 2) enfermeras registradas y practicante; 3) parteras registradas; 4) visitadores sanitarios auxiliares; 5) inspectores sanitarios auxiliares y auxiliares sanitarios. Se prevé que un centro dotado de ese modo puede prestar a una población de hasta 20 000 personas los siguientes tipos de asistencia: tratamientos curativos básicos (para las enfermedades corrientes de fácil tratamiento), todos los cuidados preventivos clásicos, planificación de la familia, saneamiento del medio, actividades de educación sanitaria fuera de los poblados y registro de estadísticas de salud. Pueden enviarse los casos difíciles a clínicas de consulta especializadas, que visita periódicamente un médico procedente de la sede regional. En un radio de unos ocho kilómetros, los enfermos han de acudir por sus propios medios al centro; más allá de esa zona, la asistencia habrá de estar a cargo de equipos móviles que realicen visitas periódicas.

En una encuesta sobre los servicios de salud de Tangañica, el Profesor R. M. Titmuss y sus colaboradores resaltaron la función de los centros de salud primarios como « bases permanentes desde las que pueden emprenderse campañas contra las enfermedades endémicas y epidémicas... Las campañas de prevención han de desarrollarse a través de una eficaz cadena de servicios locales permanentes que tengan la responsabilidad continuada del tratamiento de los casos notificados, de la detección de los contactos y de los trabajos de vigilancia ulterior. »⁷⁵ Comprende esa encuesta una clara y valiosa exposición de los variados centros de salud existentes en un país africano, dependientes de tres tipos de organismos: a) el gobierno central; b) las autoridades locales; y c) las organizaciones benéficas.

En Africa hay que distinguir entre los centros de salud primarios — en general dotados sólo de personal auxiliar — y los centros de salud regionales, que suelen contar con médicos entre su personal y poseer 50 o más camas. Ese tipo de combinación, de centro de salud y de hospital, existe en las capitales provinciales de Etiopía.⁶⁴ En fecha reciente se ha propugnado una mayor extensión de esos centros combinados por toda Africa.⁶⁷

En la Región del Mediterráneo Oriental existen dos categorías de centros de salud: centros de salud principales y subcentros. Por ejemplo, en el reciente plan quinquenal de Siria se prevé el establecimiento de una red de centros de salud principales, cada uno de los cuales atenderá de 20 000 a 30 000 personas, con una dotación de dos médicos y del personal auxiliar correspondiente; de cada centro dependerán tres o cuatro

subcentros, destinados a una población de unas 5000 personas y dotados sólo de personal auxiliar.^a En el plan de servicios sanitarios rurales de Malasia se establece un concepto análogo, pero con una cobertura de la población menos satisfactoria (cada centro principal ha de atender a unas 50 000 personas).⁴¹

En algunos países en desarrollo está prevista la inclusión de médicos en el personal de todos los centros de salud, cualquiera que sea su categoría, siempre que existan suficientes médicos en relación con la extensión del territorio. Ese es el caso de Israel¹¹ y también de Jamaica y Puerto Rico, en donde los planes de regionalización establecen un nexo entre los centros de salud y los hospitales.¹⁴

En la URSS, las zonas rurales de población dispersa cuentan con centros de salud primarios, dotado cada uno de un «feldsher» y una partera. Cada centro ha de atender sólo a una población de unas 300 a 800 personas; los centros están agrupados bajo la dirección de un médico de distrito rural que vive en un poblado o ciudad de mayor importancia. El centro de salud rural, en cuyo personal figura un médico, atiende de 5000 a 7000 personas, y varios de esos centros mantienen relaciones con un hospital rural de 10 a 50 camas. El personal del hospital rural comprende habitualmente un internista, un cirujano, un tocólogo y un pediatra, con el personal auxiliar y de enfermería correspondiente. Existen naturalmente variaciones en función de las circunstancias locales, pero una característica fundamental de todos los centros de salud soviéticos es su unión con hospitales o policlínicas.^b

En muchos países, tanto en desarrollo como industrializados, los centros de salud primarios se ocupan también de la formación práctica de médicos y de otro personal sanitario. Con independencia de su función asistencial directa, esos centros, que guardan estrecha relación con las escuelas de medicina, sirven a menudo para que los estudiantes de medicina conozcan los problemas de la «medicina en la colectividad». Esa expresión engloba en especial el aspecto preventivo de la medicina y el tratamiento de los trastornos corrientes, mientras que la asistencia de las enfermedades más graves o raras, se efectúa en las salas de hospital. En Ankara (Turquía) se celebró en 1962 una conferencia sobre esos «centros de salud pedagógicos».¹⁵ En un informe inédito presentado a la OMS en 1963, el Profesor B. Kesić enumeró 25 países en los que funcionaban centros de ese tipo; ^c suelen ser modelos nacionales que orientan respecto al establecimiento de otros centros en todo el país.

^a Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (1969) (documento inédito, Siria/EM/RH/16).

^b Datos facilitados por el Dr. A. V. Chaklin, Subdirector de Servicios Sanitarios, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague.

^c Esos países son los siguientes: Afganistán, Argentina, Camboya, Chile, Egipto, El Salvador, Etiopía, Finlandia, Francia, Grecia, Guatemala, Haití, Honduras, India, Israel, Kenia, Líbano, Libia, México, Paquistán, Somalia, Sudán, Turquía, Yemen y Yugoslavia.

LOS CENTROS DE SALUD EN LOS PAISES DESARROLLADOS

Aunque el presente informe se refiere ante todo a los centros de salud primarios de los países en desarrollo, conviene mencionar ciertas actividades de los centros de salud de los países desarrollados, que reflejan la necesidad general de la asistencia prestada por esos centros y la concordancia básica en el modo de satisfacer las necesidades existentes, aunque los mayores recursos médicos de las naciones ricas conduzcan al establecimiento de distintas dotaciones de personal.

Se ha mencionado anteriormente (véase la página 12) la propuesta formulada por el Comité Dawson en el Reino Unido en 1920. En 1935 se estableció en el distrito de Peckham de Londres, una modificación de ese modelo con el título « Pioneer Health Centre », que hacía gran hincapié en el fomento de la salud y concedía escasa atención al tratamiento de las enfermedades. La interesante experiencia, objeto de la atención mundial, se interrumpió en 1939, pero continuó después de la guerra, de 1946 a 1950, año en el que finalizó.⁸¹ (Quizá pueda aprenderse una lección del fracaso final de un servicio de salud que excluía prácticamente la asistencia curativa y no pudo incorporarse en la estructura administrativa del Servicio Nacional de Salud.)

El plan original del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido disponía la construcción de una red de centros de salud primarios que podrían acoger grupos de médicos generales y el personal de los servicios principalmente preventivos prestados por las autoridades sanitarias locales.⁴⁸ Sin embargo, en 1958, al cumplirse los diez años de existencia del servicio nacional de salud, las autoridades locales sólo habían construido algunos de esos centros, que no tuvieron gran éxito en lo que se refiere a la participación de los médicos generales.⁴ Pero, en el decenio 1960-1970 la idea adquirió nueva vida. De un modo progresivo ciertos médicos se habían agrupado particularmente, con lo que habían adquirido un mayor hábito de trabajar en un medio organizado; en 1976 se calculó que sólo el 25% aproximadamente de los médicos generales ejercían individualmente la medicina privada.⁵⁰ Como resultado de esa y de otras influencias, las autoridades locales observaron en los médicos generales un neto aumento de su interés por la posibilidad de alquilar locales para consulta en los centros de salud. En 1968, las autoridades locales tenían en funcionamiento 93 centros de salud, 69 estaban en construcción y otros 67 en la fase de planificación.²⁰ Cada uno de esos centros tenía como término medio consultorios para 5,7 médicos generales, con distintas combinaciones de actividades sanitarias y de personal (protección del niño, visitadoras sanitarias, enfermeras de distrito, etc.). Muchos centros cuentan hoy con laboratorio, equipos de rayos X y otros « elementos de hospital »; en Escocia, hay cuatro centros de salud

en anexos de pequeños hospitales rurales en los que pueden trabajar los médicos generales.⁷⁴

No cabe duda de que el tipo de centro de salud primario, que facilita tanto asistencia preventiva como curativa, pero no complejos tratamientos especializados, se extiende con rapidez por todo el Reino Unido. Esos centros ocupan un lugar prominente en el reciente « libro verde » sobre la « futura organización del Servicio Nacional de Salud ». ²⁵ Por otra parte, la Asociación Médica Británica — si bien mantiene una actitud prudente en lo que se refiere a las relaciones administrativas entre médicos generales y autoridades sanitarias locales — ha defendido recientemente el concepto de que « los médicos generales habrán de ejercer en el futuro en centros de cierta magnitud para aprovechar plenamente las economías resultantes del uso de edificios y equipo comunes y los beneficios de la estrecha colaboración con otras profesiones ». ¹⁰ Además, « podrían introducirse cambios notables en la distribución del trabajo entre médicos, enfermeras, visitadoras sanitarias, asistentes sociales y otros posibles miembros del equipo ». En Escocia, se ha patrocinado el establecimiento de un centro de salud primario integrado para cada 10 000 personas. ⁴⁴

Esa interesante evolución observada en Europa no se limita al Reino Unido. Se observa en Francia entre los médicos dedicados al ejercicio privado una creciente tendencia a trabajar en grupos, bajo un mismo techo, con el necesario personal auxiliar. Esas unidades asistenciales reciben la denominación de centros de salud (*centres de santé*), aunque en general no dependen de organismos gubernamentales y poseen características muy variadas. ²⁶ En algunos, el personal consiste en un grupo de médicos generales y en otros comprende determinados especialistas. La asistencia prestada por ciertos centros comprende la higiene materno-infantil, la lucha contra las enfermedades venéreas, la detección del cáncer, la higiene mental, los cuidados odontológicos, etc.; su base financiera está constituida por el reembolso de los honorarios que efectúa el programa francés de la seguridad social. Los ingresos pasan a un fondo común y el personal recibe un sueldo. Se calcula hoy que funcionan alrededor de 2000 de esos centros de salud, en los que trabaja una creciente proporción de los médicos del país. En 1952, el 4% aproximadamente de los médicos franceses percibía un sueldo, pero esa proporción ascendió al 14% en 1961 y se calculaba en el 25% en 1970. Sin embargo, en los últimos años han descendido en Francia las sumas abonadas por la seguridad social, para asistencia médica, en relación con el nivel general de precios, por lo que los centros de salud se enfrentan con dificultades financieras. ⁴⁷ Para resolver ese problema, los médicos particulares cobran al paciente honorarios suplementarios (superiores a los reembolsados por la seguridad social), pero los médicos de los centros

de salud renuncian públicamente a ese procedimiento y así atraen a los enfermos.

En Bélgica existen también *centres de santé*, pero son muy distintos de los que funcionan en Francia; se dedican exclusivamente a la asistencia preventiva y dependen de servicios locales gubernamentales o de sociedades privadas. Comenzaron a establecerse esos centros en 1948 y en 1967 su número había llegado a 139, de los que el 60% dependen de organizaciones benéficas y el 40% de servicios oficiales.⁸ La prestación por separado de la asistencia preventiva se justifica en Bélgica por la supuesta indiferencia que muestran hacia ella los médicos particulares.

En los Estados Unidos de América, como se ha señalado antes (véase la página 14), el término «centro de salud» se ha aplicado ante todo a los edificios en que se alojan los departamentos locales de salud pública. Ciertos dirigentes sanitarios perspicaces consideraron que los centros de salud debían comprender los servicios preventivos locales de los departamentos de salud pública y los consultorios de los médicos generales en ejercicio privado, pero la idea no llegó a prender.³² En lugar de ella ha surgido en el sector de la medicina privada un fuerte movimiento en favor de la «práctica en grupo», en la que se coordina la asistencia médica de distintos tipos, a cargo, en unos casos, exclusivamente de especialistas y, en otros, de especialistas y médicos generales.¹¹ Algunos de esos grupos ofrecen asistencia preventiva y curativa, pero la mayoría de ellos se dedican ante todo a la medicina curativa. La asistencia preventiva más completa corre a cargo de los grupos de médicos (sólo el 10% aproximadamente del total) asociados a planes de seguro de carácter voluntario, como es el Plan de Salud Kaiser (con 2 000 000 de miembros) en la costa occidental.

Los «centros de salud de barriada», establecidos en fecha reciente en los distritos pobres de muchas grandes ciudades norteamericanas, son los que más se aproximan a las ideas y objetivos de los centros de salud de los países en desarrollo.³¹ Están dedicados sólo a los pobres (dependientes de la beneficencia pública o «indigentes desde el punto de vista médico») y están financiados casi totalmente por fondos gubernamentales. Funcionan en la actualidad unos 50 de esos centros, la mayor parte con especialistas de distintas disciplinas (en régimen de dedicación parcial o total), médicos generales, enfermeras, técnicos de laboratorio, asistentes de salud pública (para instruir a la población acerca de la utilización del centro) y otras categorías de personal. Un importante objetivo de los centros de salud de barriada consiste en llevar la asistencia primaria a un lugar próximo al de residencia de los pobres, en vez de aplicar el criterio de la asistencia superespecializada propia del ambulatorio típico de un gran hospital municipal.⁶⁹

FUNCIONES DE UN CENTRO DE SALUD PRIMARIO INTEGRADO

Si volvemos de nuevo al tema principal del presente informe — el centro de salud primario que facilita asistencia integrada (preventiva y curativa) en los países en desarrollo — habremos de reconocer que la aplicación del concepto en un país depende en gran manera de su grado de desarrollo económico. En los países industrializados más ricos, los centros de salud que prestan asistencia curativa y preventiva suelen tener médicos entre su personal (incluso a veces de distintas especialidades) y otros profesionales sanitarios. En los países con un nivel medio de desarrollo económico, los centros de salud suelen contar por lo menos con un médico, ayudado por enfermeras y otro personal sanitario. En los países en desarrollo más pobres, la mayoría de los centros de salud sólo tienen trabajadores sanitarios auxiliares; los centros pueden funcionar como elementos de una red regional, en cuya sede trabaja un médico en un centro de mayor importancia, pero la gran mayoría de los enfermos reciben asistencia curativa y preventiva del personal auxiliar. Verdad es que, en todos los países, cualquiera que sea su nivel económico, se observa una tendencia general hacia la ampliación de las funciones de los centros de salud primarios, en los que el paciente tenga acceso directo y cómodo a servicios ambulatorios de prevención y tratamiento de las enfermedades.^a

Así, un centro de salud primario integrado podría prestar los siguientes servicios fundamentales:

- 1) asistencia preventiva: vacunaciones, reconocimientos periódicos, detección en masa de enfermedades y asesoramiento individual;
- 2) tratamiento inicial y ulterior de enfermedades leves;
- 3) tratamiento inicial (primeros auxilios) de enfermedades importantes o complejas, con envío de los enfermos para su asistencia ulterior a policlínicas de mayor importancia o a hospitales;
- 4) visitas domiciliarias para el fomento de la salud o la prestación de asistencia médica a enfermos encamados;
- 5) asistencia preventiva fuera de la institución: educación sanitaria y mejora del saneamiento del medio.

Este último tipo de asistencia puede ser de variable amplitud. En términos generales incluirá lo que el profesor Sidney L. Kark describe como « asistencia sanitaria orientada al servicio de la colectividad », que abarca *a)* las actividades de fomento de la salud en la colectividad; *b)* la colaboración en las campañas de lucha contra ciertas enfermedades; y *c)* la vigilancia epidemiológica general. En la evaluación de los centros de salud primarios ha de tomarse en cuenta la importancia concedida a los servicios básicos enumerados en los anteriores párrafos.

^a Organización Mundial de la Salud (1959) *Participation of health centres in ambulatory care* (documento inédito WHO/OMC/33).

ANTERIORES ENSAYOS DE EVALUACION DE LOS CENTROS DE SALUD PRIMARIOS

Antes de examinar los esfuerzos realizados para la evaluación de los centros de salud primarios y de carácter público, es indispensable definir el término « evaluación ». En el presente contexto significa « determinación del valor de un tipo de acción », determinación que puede adoptar un carácter más o menos completo.⁵⁸

En los casos en que la evaluación es más completa, se mide hasta qué punto se ha conseguido el objetivo final del programa, o sea, hasta qué punto se ha mejorado la salud de la población atendida. Existen, sin embargo, varias etapas intermedias en las que pueden efectuarse mediciones. Esas distintas etapas o niveles de evaluación abarcan, en orden ascendente:

- 1) los recursos establecidos (personal, instalaciones, equipo, etc.);
- 2) la cantidad de servicios facilitados y recibidos;
- 3) la calidad de la asistencia; y
- 4) la mejora de la salud resultante de la asistencia prestada.

Cada uno de esos cuatro niveles tiene sus propias subdivisiones y métodos de medición. La evaluación del programa se define a veces como la determinación de la *eficacia* del programa. No se debe confundir esta determinación de la eficacia con la medición del *rendimiento*, para la que es necesario examinar la relación entre los esfuerzos hechos y los resultados conseguidos, o, como pudiera decirse en términos de análisis de sistemas, entre el insumo y el producto obtenido. El modo más sencillo de determinar el rendimiento consiste en medir los costos, esto es, el costo por unidad de realización en cualquiera de los cuatro niveles de evaluación antes indicados. En consecuencia, aunque en realidad los costos implican una dimensión teórica muy diferente, pueden considerarse como el quinto nivel de evaluación para los fines del presente estudio.

La siguiente información sobre los intentos ya efectuados de evaluar los centros de salud primarios, dentro de los cinco niveles expuestos,

procede de las fuentes mencionadas con anterioridad. Algunos estudios contienen datos referentes a dos o más niveles de evaluación, pero cada nivel será descrito con arreglo a sus métodos predominantes.

EVALUACION BASADA EN LOS RECURSOS ESTABLECIDOS

El tipo más corriente de evaluación de los centros de salud primarios es probablemente el que se basa en la simple descripción del personal, las instalaciones y el equipo empleados en una zona dada. En la enumeración del personal comprendido en las distintas categorías (por ejemplo, enfermeras diplomadas, auxiliares de enfermería) suele indicarse también su formación. Del mismo modo, pueden describirse las características técnicas del equipo, los edificios utilizados, etc. Esa información, por sí sola, indica la prestación de ciertos tipos de asistencia, de la que cabe esperar, en una u otra medida, beneficios para la población.

En algunos casos, un informe sobre los recursos establecidos en un centro de salud contendrá también datos sobre las unidades de servicio ofrecidas por los miembros del personal en un año determinado. Esto complementa evidentemente los datos relativos al trabajo efectuado, pero no indica la tasa de asistencia *recibida* por la población, a no ser que los datos puedan relacionarse con el número de habitantes a los que en teoría atiende el centro. Ese último dato suele ser difícil de obtener, en particular porque muchas personas pueden tener derecho a utilizar un servicio, pero no lo utilizan realmente. En la siguiente sección se abordará el problema de los datos sobre la asistencia que se ofrece y la que se recibe.

Los estudios sobre los servicios facilitados en los centros de salud primarios son relativamente abundantes. Por ejemplo, un informe de la OMS acerca de los servicios sanitarios básicos en Uganda indica sólo el número de centros de salud y de otras instalaciones sanitarias establecidos en el país, y el personal de cada centro.^a Ese estudio muestra que en 1960 se ofrecía asistencia de salud primaria a la población mediante la siguiente red de instalaciones sanitarias:

hospitales	30
centros de salud	31
dispensarios	123
subdispensarios	107
puestos de primeros auxilios	150
maternidades	7

Los servicios a los que ha de acudir principalmente la población rural (dispensarios, subdispensarios y puestos de primeros auxilios) carecen de médicos y sólo están dotados de «ayudantes médicos» y

^a Kaul, P. M. (1969) *Study of basic health services in Uganda* (documento inédito WHO/CHS/70.1).

otros auxiliares. No se facilita ningún dato sobre la magnitud de la asistencia proporcionada por esos servicios ni sobre el número de habitantes atendidos por cada uno de ellos.

En un informe sobre los centros de salud del Japón aparecen datos acerca del número de servicios de tal tipo y su personal.⁴⁰ En 1952 había 724 centros de salud divididos, con arreglo al número de personal, en centros del tipo A (180, con 63 personas de servicio en cada uno), del tipo B (60, con 54 personas de servicio en cada uno) y del tipo C (484, con 37 personas de servicio cada uno). En el informe se describen las funciones que han de desempeñar esos centros, que son en gran parte de tipo preventivo. Asimismo se facilitan datos estadísticos sobre la asistencia prestada (por ejemplo, 2 486 824 consultas de fisiología, 19 934 767 vacunaciones), pero sin establecer relaciones con las cifras de población. No se indica, por ejemplo, si los 20 millones aproximadamente de vacunaciones constituyen la asistencia prestada a 20 millones de personas, a cinco millones de personas que recibieron cuatro vacunaciones como término medio o a 2 millones de personas inmunizadas contra cinco enfermedades (cada una de las cuales requería un promedio de dos inyecciones). En un estudio de un Estado de los E.E.U.U. se muestran simplemente los tipos de asistencia clínica preventiva (para las enfermedades venéreas, la higiene del niño, etc.) ofrecidos por cada centro de salud; pese a su título « Utilización de los centros de salud locales en 25 condados de Carolina del Norte », ese estudio no contiene dato alguno sobre la utilización de los servicios.¹⁶

Han aparecido numerosos estudios sobre distintos centros de salud, preparados por consultores o funcionarios de la OMS. Parecen consistir en general en descripciones de los recursos facilitados, acompañadas a menudo de observaciones sobre las peculiaridades del trabajo del personal, pero sin ninguna medición precisa. Por ejemplo, un informe sobre un centro de salud pública modelo, establecido en Safwa (Arabia Saudita), se resume del siguiente modo: ^a

En resumen, el autor estima que los objetivos del centro de salud han quedado ampliamente cubiertos, excepción hecha del saneamiento. Se han organizado las actividades del Centro para la Colectividad de Safwa con una base científica y se han preparado los formularios, circulares y registros necesarios. Se ha despertado la preocupación por los problemas sanitarios y se ha estimulado a los dirigentes locales para que organicen un comité de salud y traten de obtener su reconocimiento jurídico.

Carece asimismo de datos cuantitativos el informe del Cuerpo para la Paz de los Estados Unidos de América referente a Malawi.⁵² De igual

^a Zaghoul, A. Z. (1967) *Basic public health and medical care services in Saudi Arabia* (documento inédito de la OMS, EM/PHA/119).

modo, un artículo sobre los centros de salud de Kenia describe la asistencia prestada y las funciones previstas para los centros (« medicina preventiva y curativa, y fomento de la salud »), pero no facilita datos cuantitativos sobre esa asistencia ni indica su contribución al mejoramiento de la salud.²⁷

La encuesta de la OMS sobre centros de salud primarios de la India, realizada en 1966, es más analítica, pero pertenece todavía en gran parte a la categoría de evaluaciones basadas en los recursos establecidos.^a Para la realización de esa encuesta se enviaron cuestionarios a las autoridades sanitarias de todos los estados pidiéndoles que eligieran un distrito (de preferencia que hubiera recibido asistencia del UNICEF) y que facilitaran datos sobre todos los centros de salud de ese distrito. Respondieron siete estados y en definitiva se recogieron datos de 139 centros de salud primarios, en los que se hallaron diferencias considerables en la dotación de personal y en el equipo. Se indica en ese estudio la distribución por número de camas de los centros (destinadas seguramente a la asistencia primaria), el número de personal de las distintas categorías, la presencia de laboratorios y las distancias a los hospitales regionales (más de 16 km en el 90% de los casos). También se facilitan datos sobre el número de enfermos ingresados para ocupar camas, el número de pruebas de laboratorio efectuadas y el promedio de la estancia en cama en los distintos centros. Pero como no se señala el volumen de las poblaciones asistidas no es posible calcular las tasas de utilización (o grados de cobertura de la población).

Si bien de ese tipo de estudio no se pueden obtener las tasas de utilización, las estadísticas internas de funcionamiento permiten hacerse una idea de la utilización de los recursos existentes. En la siguiente sección se examinarán esas investigaciones, así como los trabajos de « investigación operativa ».

EVALUACION BASADA EN LA CANTIDAD DE SERVICIOS FACILITADOS Y RECIBIDOS

El siguiente nivel de evaluación pone de manifiesto el volumen de la asistencia prestada con los recursos establecidos, y comprende estudios de dos tipos generales: 1) investigaciones operativas, para determinar cuantitativamente los servicios prestados por una organización; y 2) estudios de utilización, para determinar cuantitativamente la tasa de asistencia que recibe la población. Las investigaciones operativas son de

^a Oficina Regional de la OMS para el Asia Sudoriental (1966) *A short study of primary health centres; in-patients, bed strength, staffing and allied matters* (documento inédito SEA/PHA/56).

ejecución mucho más sencilla y por eso se realizan con más frecuencia que los estudios de utilización.

Investigaciones operativas

Tal como se efectúa en los centros de salud, este tipo de estudio exige la compilación de datos únicamente en los propios centros. Ahora bien, frecuentemente se combina con la compilación de datos sobre los recursos establecidos. Así, en el antes mencionado estudio de 1966, sobre los centros de salud primarios de la India, se recogieron datos sobre el empleo de determinados servicios. Se observó, por ejemplo, que, aproximadamente, sólo una por cada 1000 personas asistidas en esos centros era enviada al hospital; que sólo el 10% de los 139 centros de salud incluidos en la muestra habían recibido alguna vez visitas de un consultor de hospital; y que el 70% de los centros efectuaban menos de una prueba de laboratorio cada dos días. Esos datos reflejan un grave subempleo de los recursos disponibles y sugieren por deducción una baja tasa de utilización de ciertos servicios por la población atendida.

El estudio de un centro de salud primario de Andhra Pradesh (India) permitió obtener una información más detallada sobre los servicios prestados. Se observó que los médicos tenían que visitar diariamente un número de pacientes tan elevado que sólo podían dedicar 2,5 minutos por término medio a cada uno.^a La proporción de pacientes, clasificados según los diagnósticos que a continuación se indican, fue la siguiente:

	<i>% de diagnósticos</i>
enfermedades diarreicas	18,7
infecciones de las vías respiratorias	16,1
fiebres de origen desconocido	10,7
afecciones cutáneas	9,6
anemias y malnutrición	9,6
trastornos musculares y articulares	6,7
traumatismos leves	3,6
otras afecciones	25,0

Otro estudio análogo efectuado en un centro de salud primario de Sarojini Nagar, Lucknow, India,⁵⁶ permitió conocer la distribución de las afecciones por edades, las distancias recorridas por los pacientes, los medios de transporte empleados, el tiempo dedicado a cada paciente, etc.

El estudio correspondiente a otro centro de salud primario de Najafgarh, también en la India, arroja los siguientes datos sobre las distancias recorridas:³⁸

^a Griffith, D. H. S. (1963) *Final report on public health programme, Andhra Pradesh, India* (documento inédito de la OMS, SEA/PHA/30).

<i>Distancia del centro, en millas</i>	<i>% de pacientes</i>
menos de 1	61,8
1-2	18,4
2-3	3,4
3-4	9,5
4-5	1,5
más de 5	5,0

A primera vista, ese cuadro parece indicar que la gente que vive a más de 2 millas de los centros de salud utiliza muy poco los servicios de éstos. Sin descartar la posibilidad de que ello sea cierto, no puede llegarse a tal conclusión sin disponer de estadísticas demográficas para las distintas zonas; en efecto, sólo puede afirmarse que la distancia es un obstáculo para la utilización de servicios si se supone que hay aproximadamente el mismo número de habitantes en las localidades distantes que en las cercanas. (Para llegar a esa conclusión puede haber también otras razones fundadas, pero no se desprenden de los datos que anteceden.) Hay otro informe acerca de los centros de salud primarios de Uttar Pradesh en el que también figuran estadísticas análogas sobre las distancias recorridas por los pacientes.^a

Los estudios mencionados no son los únicos que se realizarán en la India; en efecto, está previsto uno a cargo del Instituto Nacional de Administración y Educación Sanitarias, de Nueva Delhi, y otro a cargo de la Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública, de Baltimore, bajo la dirección del Dr. Carl Taylor.^b Este último comprenderá encuestas domiciliarias sobre el estado de salud en las familias, con el fin de obtener también datos (del tipo que a continuación se indica) sobre la utilización de los servicios.

En otros países se han hecho estudios operativos sobre las tendencias que se registran en los centros de salud en cuanto a provisión de servicios en periodos determinados. Así, en Afganistán ha podido apreciarse un constante aumento de dichos servicios desde 1954 hasta 1959, seguido de una disminución de la actividad desde este último año hasta 1962.^c Un estudio sobre las tendencias observadas en la red de servicios de sanidad rural de Malasia revela un constante aumento de la asistencia ambulatoria.^d

Estudios sobre utilización de servicios

Como ya se ha indicado anteriormente, la determinación de la tasa de utilización de los servicios de salud por una población dada es una

^a McPhail, J. E. B., Wilson, E. E. I. y Eckersley, L. W. (1963) *A study on the working of primary health centres in Uttar Pradesh, India* (documento inédito de la OMS, SEA/RH/14).

^b Taylor, C. (1967) *Definitive project proposal: functional analysis of health center activities*, Baltimore, Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health (documento inédito).

^c Bhatt, M. J. y Ghani, N. (1963) *Rural health project, Afghanistan* (documento inédito de la OMS, SEA/RH/15).

^d Roemer, M. I. y Manning, O. (1969) *Assignment report, Malaysia 0035: strengthening of health services and training of health personnel* (documento inédito de la OMS, WPR/56/69).

tarea más difícil porque normalmente presupone la compilación de datos de una muestra de familias establecidas en una zona. Sin embargo, interrogando a una muestra de la población pueden conseguirse datos no sólo sobre el número y el origen de los servicios que ésta recibe sino también sobre la frecuencia de casos de enfermedad para los que no ha podido obtenerse asistencia médica.

En los últimos años se han realizado o emprendido importantes estudios de utilización de servicios, que aunque no se refieren específicamente a los centros de salud primarios, ofrecen interés desde el punto de vista de la metodología. Uno de los más importantes es el estudio internacional comparativo de utilización de servicios de asistencia médica, dirigido por el Profesor K. L. White, de la Universidad Johns Hopkins, y subvencionado en parte por la OMS.⁸⁰ Ese estudio se refería inicialmente a la situación en cuanto a la asistencia ambulatoria, la hospitalización, la distribución de medicamentos, etc. en pequeñas ciudades de Inglaterra, los Estados Unidos y Yugoslavia, de características bastante análogas; ahora se ha ampliado a la Argentina y Polonia y es de esperar que el análisis final de los resultados revele si los centros de salud se utilizan con más o menos frecuencia que otras instituciones.

Para conocer las disponibilidades de personal de salud y los medios de enseñanza de la medicina en un país en desarrollo, se ha efectuado en Colombia un importante estudio¹⁹ basado en encuestas domiciliarias sobre morbilidad y en el análisis de los servicios de salud recibidos por una muestra nacional de familias. Se dispone de datos sobre la frecuencia con que se utilizan los servicios de los centros de salud, en comparación con los que ofrecen los dispensarios de hospital y los médicos particulares, así como también los curanderos, etc. También hay en marcha otro estudio que se ha preparado detenidamente para una colectividad rural de Hungría.³⁰ Además de una distribución detallada, de conformidad con los diagnósticos de las enfermedades, tanto si están sometidas a tratamiento como en caso contrario, el estudio facilita datos interesantes sobre los medios de asistencia ambulatoria. En 1964 se evacuaron 7,9 consultas por persona, distribuidas del modo siguiente:

<i>Lugar de consulta</i>	<i>%</i>
centro de salud (grupo sectorial)	66,2
clínica de asistencia maternoinfantil	10,6
clínica odontológica	7,0
clínica antituberculosa	4,1
policlínica de hospital	11,2
otros centros	0,9

Desde 1957 viene efectuándose en los Estados Unidos una encuesta domiciliaria nacional sobre el estado de salud de las familias y la utilización de los servicios sanitarios.⁷⁶ En los boletines publicados hasta ahora sobre esa encuesta pueden apreciarse, en particular, los servicios

de asistencia ambulatoria, según el lugar en que se prestan. Los médicos particulares son los que figuran a la cabeza en la prestación de esos servicios, incluso a pacientes menesterosos. Ahora bien, el porcentaje de servicios ambulatorios es más elevado en los dispensarios de hospital o en las clínicas de departamentos de salud que en las clínicas privadas. Los centros de salud primarios son muy escasos en los Estados Unidos, por lo que no figuran en estas estadísticas. No obstante, el estudio de un pequeño grupo de población (6000 personas) que dispone de un centro local de salud, en Boston, revela datos interesantes acerca de los efectos de la existencia de ese centro sobre la utilización de los hospitales; en efecto, en el transcurso de tres años (de 1965 a 1967) la tasa de admisiones en el hospital se redujo a la tercera parte de la que se había registrado durante el periodo tomado como base.⁷ Los resultados han sido bastante análogos en el estudio de otro grupo de población que disponía de un centro especial de salud en Israel.⁴⁹

Se han practicado diversas encuestas sobre la utilización de los centros de salud en los países socialistas de Europa oriental. En la Unión Soviética, por ejemplo, se observó que el 29% aproximadamente de la población adulta de un distrito rural acudía por una o varias razones al centro de salud, una vez al año como mínimo.³⁴ Los servicios quirúrgicos de un centro sanitario rural recibían anualmente 97,4 visitas por 1000 habitantes (sin contar el descubrimiento de casos quirúrgicos en los reconocimientos preventivos).⁸⁶ Para atender las necesidades de personal sanitario en los países socialistas, se preparan planes basados principalmente en estudios empíricos de utilización de servicios, expresando la demanda en horas de asistencia médica.

En 1963, la OMS inició un estudio sobre los distintos tipos de organización de los servicios de asistencia sanitaria personal. El estudio está todavía en marcha y comprende el acopio de datos sobre utilización de los servicios ambulatorios en Bélgica, Canadá, Israel y Yugoslavia. Se trata de saber las tasas de utilización de servicios por las poblaciones, en dos o tres conjuntos diferentes de circunstancias. Ahora bien, como las características demográficas, socioculturales, etc. de las poblaciones de esos cuatro países son muy distintas, las diferencias observadas en la utilización de los servicios ambulatorios no siempre se pueden atribuir, a pesar del título del estudio, a la manera en que está organizada la asistencia médica. Ese factor tiene importancia, como más adelante se verá, en relación con las futuras investigaciones sobre centros de salud primarios.

EVALUACION BASADA EN LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

Hay un tercer tipo de evaluación cuyo objeto es determinar la *calidad* de los servicios prestados. El método no entraña por tanto un examen o

expresión cuantitativa de la asistencia total, como ocurre en los estudios de utilización, sino que destaca particularmente la naturaleza de los servicios prestados. Teóricamente, este tipo de evaluación puede basarse en datos obtenidos del personal sanitario, ya sea por observación directa o por estudio de la documentación pertinente, o bien en informaciones recibidas de los propios pacientes.

El primero de esos métodos es muy frecuente en Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos. Por ejemplo, varios estudios de la práctica general en Gran Bretaña se han basado en observaciones directas realizadas en los consultorios médicos, y la actuación se ha puntuado de conformidad con ciertas normas.⁷² También pueden mencionarse estudios análogos en Canadá¹⁸ y en Estados Unidos.⁵⁴ Las estimaciones de la calidad basadas en el « examen » detallado y en la « calificación » de las fichas de los pacientes atendidos en hospitales y clínicas, han llegado también a ser de uso corriente en los Estados Unidos;⁴⁴ esto se debe probablemente a que la plantilla de personal relativamente poco rígida y el sistema de trabajo en los hospitales permiten, en compensación, aplicar ciertos medios de inspección de la calidad de la labor que realiza cada médico.⁶⁰

Por el contrario, ese tipo de evaluación de los servicios de salud no parece existir en los países en desarrollo. El Instituto Mexicano de Seguridad Social ha aplicado métodos de « examen y clasificación » de fichas en sus centros de salud, pero los resultados no se han publicado todavía.

Por lo que respecta al segundo método, consistente en la obtención de datos directamente de los pacientes, pueden citarse unos cuantos ejemplos. Así, después de la fase de investigación operativa del estudio realizado en Sarojini Nagar, Lucknow, India (véase la página 27), fueron visitadas 62 familias que vivían en las cercanías del centro de salud.⁵⁶ De las 19 familias que habían acudido al centro en los tres meses anteriores, el 78% declaró que el tratamiento había sido de utilidad. No se trata evidentemente de una evaluación a fondo, pero revela en cierta medida la calidad del tratamiento. Las conclusiones de un reciente estudio realizado en Paquistán⁵ son distintas de las que anteceden; en una provincia, se preguntó a los presidentes de 76 « concejos » (autoridades locales) cuál era su opinión sobre la eficacia del personal sanitario de los centros de salud, y el 86% de las respuestas fueron más bien desfavorables. En la India se han obtenido también resultados un tanto negativos en un estudio de la opinión de los médicos empleados en los centros de salud; en efecto, esos médicos expresaron un descontento considerable de sus condiciones de trabajo que, al parecer, influían desfavorablemente en la calidad de los servicios prestados.⁷¹

En 1951 se realizó un estudio antropológico de las personas asistidas en los centros de salud de Brasil, Colombia, México y Perú.⁶⁶ Esos

centros estaban patrocinados por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y se dedicaban casi exclusivamente a la prestación de servicios preventivos. Aunque los resultados de la encuesta no se expresaron cuantitativamente, se vio con claridad que entre la población abundaban las críticas de los centros, en particular, por la falta de tacto del personal, las largas esperas para obtención de asistencia y la imposibilidad de obtener tratamiento para los niños enfermos, pues sólo se prestaba asistencia preventiva.

Algunos de los informes correspondientes a investigaciones operativas, por ejemplo los relativos a las pruebas de laboratorio en los centros de salud de la India (véase la página 27), tienen repercusiones evidentes sobre la evaluación de la calidad. Pero, aparte de ellos, son pocos los informes publicados acerca de la evaluación de los servicios de los centros de salud primarios.

EVALUACION DE LA MEJORA DE LA SALUD

En su nivel superior la evaluación de los servicios de salud revela la medida en que se ha alcanzado el objetivo final de un programa, es decir, el mejoramiento de la situación sanitaria de la población que recibe los servicios. Indudablemente, las evaluaciones de ese tipo son las más difíciles de realizar pero también son las más útiles: difíciles, porque exigen la determinación de la mortalidad o morbilidad de poblaciones enteras durante largos periodos, por métodos relativamente complicados de acopio de datos; útiles, porque dan respuesta a la pregunta « ¿hasta qué punto se ha alcanzado el objetivo de un programa de acción sanitaria? » Todos los demás tipos de evaluación, con los diversos supuestos en que se basan, son tan sólo medios indirectos de responder a esa pregunta.

Desde 1934 se han venido efectuando estudios (de los que cinco por lo menos han revestido importancia especial) con el fin de determinar las mejoras de la situación sanitaria conseguidas mediante un programa, y algunos de ellos se han referido incluso a la metodología de la evaluación. Sin embargo, esos estudios, exceptuando quizá uno realizado en Etiopía,⁶⁸ han sido poco fructíferos.

La investigación de las prácticas de higiene en una muestra de 100 familias que vivían en siete localidades de Siria²² es digna de mención, en primer lugar, porque los métodos utilizados para comparar las poblaciones de las zonas de estudio y de las zonas testigo correspondieron a los que suelen aplicarse en los estudios sobre la situación sanitaria; y, en segundo lugar, porque hace ya casi 40 años que se llevó a cabo. Hay que mencionar también el estudio efectuado en Egipto en

1952 para conocer las ventajas de diversas combinaciones de servicios de salud mantenidas en cuatro poblados durante 18 meses, dejando además otro poblado desprovisto de servicios para que sirviera como testigo.⁷⁸ La característica más importante en cuanto a la metodología fue la elección de las condiciones patológicas específicas en que más probabilidad había de que influyesen los servicios prestados. Por otra parte, se practicó una investigación especial en las cinco localidades para saber hasta qué punto se notificaban las defunciones de niños de pecho. Una de las principales conclusiones del estudio fue que la eliminación de las moscas era el único medio eficaz de reducir la mortalidad de lactantes. Es curioso señalar que la disminución más importante de dicha mortalidad se registró en el poblado desprovisto de servicios de salud. Desgraciadamente no se conocen (excepto en el caso de la conjuntivitis) los resultados de la labor complementaria, consistente en reconocimientos físicos y pruebas de laboratorio, ni tampoco parece que se hayan publicado trabajos con nuevos datos sobre ese estudio. De 1956 a 1960 se practicó en Japón una encuesta encaminada principalmente a determinar la influencia que tenían en la educación sanitaria las actividades correspondientes a un programa de creación de centros de salud; también se reunió información sobre el mejoramiento de la situación sanitaria como consecuencia de dichas actividades.⁵³ A pesar de la acentuada reducción de la frecuencia de ciertas enfermedades, como la tuberculosis, la ascariasis y la anquilostomiasis, no se registró ningún cambio en la tasa bruta de mortalidad, ni en la correspondiente a mortalidad por cardiopatías, a mortalidad infantil y a mortinatalidad, así como tampoco en el promedio de peso de los recién nacidos ni en las estimaciones del estado de nutrición en general. Esos resultados negativos, el hecho de no haberse previsto una zona testigo y algunos otros factores parecen indicar que las mejoras observadas no se debieron al programa de centros de salud. En 1966 se realizó en una zona rural de la India un estudio basado en las tendencias observadas cronológicamente, pero los resultados son difíciles de interpretar porque, durante el periodo de trece años que comprendió el estudio (1944-1957), los servicios de salud de la zona sufrieron muchos cambios.⁶⁴ Además, como en el caso del Japón, tampoco se pensó en dejar una zona testigo.

Entre esos trabajos importantes, el más minuciosamente preparado y ejecutado, y por tanto el más concluyente, fue el que se realizó en seis poblados de Etiopía, desde 1961 hasta 1967.⁶⁸ El plan comprendía actividades preliminares y complementarias, así como una comparación de las poblaciones estudiadas con las poblaciones testigos. Después de un periodo preparatorio de 18 meses, durante los cuales se obtuvo información básica en todos los poblados, se dotó a tres de éstos de su correspondiente centro de salud, quedando los otros tres como grupos testigo.

Se tomaron sistemáticamente muestras de todas las familias, y todos los miembros de éstas fueron sometidos a un reconocimiento médico en el que se practicaron numerosas pruebas de laboratorio. Hay que mencionar también la realización de encuestas sociológicas y ecológicas en cada poblado, así como los detenidos trabajos de investigación operativa de que fueron objeto las actividades de los tres centros de salud. La fase activa del estudio duró tres años y medio y a continuación se realizaron exámenes complementarios de todas las familias comprendidas en la muestra. Entre los resultados positivos que se obtuvieron, el más impresionante fue la reducción de la tasa de mortalidad infantil en los pueblos dotados de centros de salud, por comparación con la observada en los pueblos testigo. El estudio de Etiopía parece demostrar con creces que los programas combinados (curativos y preventivos) de los centros de salud son preferibles a los programas solamente preventivos.

Entre los trabajos de importancia secundaria emprendidos con el fin de determinar la medida en que el establecimiento de centros de salud produce una mejora de la situación sanitaria, cabe mencionar el realizado en 1950 en Kenia⁵⁷ y el estudio de un programa para un centro de sanidad rural establecido en una provincia de Tailandia.^a Otros trabajos en marcha o en preparación son el estudio de los centros modelo de salud que se están estableciendo en Kenia²⁸ y los proyectos que la OMS lleva a cabo en la República de Corea^b, en Colombia^c y en Túnez^d. Por último, hay que mencionar la evaluación de servicios sanitarios generales, inclusive las actividades de planificación de la familia, en la región de Narangwal, de la India.^e

EVALUACION BASADA EN LOS COSTOS

La evaluación de un programa de establecimiento de servicios de salud puede realizarse también basándose en el costo.¹ Es cierto que esa evaluación no revela la eficacia del programa, pero en cambio permite conocer su rendimiento en relación con los servicios que comprenda.

Desgraciadamente, en el presente estudio, basado en publicaciones y otras fuentes de información, no se ha encontrado ningún trabajo relativo específicamente al costo de los centros de salud en los países en desa-

^a Thambiah R. W. C. (1957) *Final report on Rural Health Unit, Chiangmai* (documento inédito de la OMS, SEA/RH/8).

^b Ferrand, G. J. A. (1969) *Korea-0025: Field visit report* (documento inédito de la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 15 de julio de 1969).

^c Organización Mundial de la Salud (1971) *Proposal for an interregional project in comprehensive health planning* (documento inédito RECS/71.7).

^d Organización Mundial de la Salud (1969) *Analyse économique et sociale des modèles de services de santé: étude pilote en Tunisie* (documento inédito RECS/69.1).

^e Johns Hopkins University, Department of International Health (1970) *Progress report on the population study at Narangwal, India* (documento inédito).

rollo. No obstante, en un informe de la OMS sobre los centros establecidos en Etiopía ^a se afirma que el costo por visita es mucho mayor en los centros de salud de zonas muy apartadas que en los de zonas muy pobladas, posiblemente a causa de la diferencia en el número de personas atendidas; ese costo oscila entre \$0,68 y \$12,07 y, en el caso de las clínicas de asistencia maternoinfantil, entre \$4,31 y \$10,07.¹

En la Unión Soviética se ha estudiado el costo de los servicios ambulatorios, estableciendo como unidad básica la visita, de un promedio de 12 minutos, a un médico de policlínica. En el cálculo entran todos los gastos de personal y de otra índole, con ciertas variaciones según las especialidades clínicas de que se trate.⁶¹ Otros servicios se calculan como múltiplos de esa unidad básica. El estudio de costos realizado en un distrito rural de Rumania reveló que los sueldos del personal de salud representaban el 74,1% de esos costos, los medicamentos el 18,2% y los demás suministros el 3,9%.³

De esas informaciones y de otros datos disponibles puede deducirse que el costo de las operaciones de un centro de salud está en relación directa con la cuantía de los sueldos del personal, y que, como es obvio, los gastos se reducirán utilizando, en la mayor medida posible, personal sanitario auxiliar, puesto que éste tiene sueldos más bajos. El hecho de que los centros de salud permitan, como ya se ha señalado anteriormente, reducir el número de hospitalizaciones, tiene también una repercusión evidente sobre los costos puesto que la asistencia en instituciones es siempre más cara que la ambulatoria. Ahora bien, para saber si el rendimiento de los servicios es mayor o menor según su coste, se necesitan investigaciones mucho más amplias.

^a Chang, W. P. (1967) *Assignment report: Supervisory Team for Health Centres in the Empire of Ethiopia, October 1962-1969* (documento inédito de la OMS, EM/PHA/115).

INVESTIGACIONES RECOMENDADAS

OBJETIVOS

El principal objetivo consiste en evaluar los centros de salud primarios como medio de proteger y mejorar la salud en los países en desarrollo. Para esa evaluación es necesario estudiar los siguientes extremos:

- 1) posibles métodos de prestación de servicios de salud primarios en las zonas rurales;
- 2) dotación de personal y reglamentación de las operaciones de los centros de salud; y
- 3) determinación de la medida en que ha mejorado la salud pública gracias a las actividades de esos centros.

Por lo que respecta al primero de esos puntos, se parte del supuesto de que todos los países en cuestión cuentan con un personal de salud organizado, que percibe un sueldo y cuyos servicios están al alcance de la población. En un estudio así no se pueden tener en cuenta, como variantes posibles, ni un sistema basado en la libre elección de un médico particular ni un sistema de asistencia en un dispensario de hospital. En efecto, la libre elección de médico sería inaplicable en las zonas rurales de los países en desarrollo, y la asistencia en un dispensario de hospital se ha de considerar como un complemento indispensable de los centros de salud primarios, ya que ha de consistir en servicios especializados y no en los servicios preventivos y curativos que constituyen la principal esfera de actividad de esos centros (véase la página 11).

Las diferencias en la estructura y en las actividades de los distintos centros de salud primarios responden principalmente a la organización del personal y a la reglamentación de las operaciones. El examen de la documentación existente revela, sin ningún género de dudas, que hay diferencias considerables en la organización del personal de esos centros, según los países. Sin embargo, se carece prácticamente de datos sobre las ventajas relativas de las diferentes combinaciones en la composición

del personal, e incluso sobre extremos tan fundamentales como la utilidad de los médicos en relación con la del personal sanitario auxiliar. Deben por tanto emprenderse investigaciones con el fin de determinar las ventajas de las distintas combinaciones de personal y de los distintos tipos de organización de las operaciones. Para mayor facilidad, en la presente publicación se indican solamente las combinaciones y los sistemas de uso más frecuente.

La determinación de las mejoras de la situación sanitaria, que es el tercero de los objetivos antes mencionados, representa el único medio seguro para conocer la utilidad que tienen los centros de salud en los países en desarrollo. Al evaluar el sistema de organización de la asistencia médica en Londres, París o Nueva York, estaría justificado partir de determinados supuestos sobre las ventajas del « contacto con el médico », de manera que el simple estudio del promedio de utilización de servicios permitiría llegar a ciertas conclusiones. Así, cabe suponer que una tasa elevada de « contactos con el médico » en una población dada, probablemente reporta mayores ventajas en el orden sanitario que una tasa reducida. (Huelga decir que algunos especialistas pondrían en tela de juicio ese supuesto, inclusive aplicándolo a ciudades tan importantes como las mencionadas.)

Sin embargo, sería muy arriesgado suponer que en una zona rural de un país en desarrollo, el simple « contacto con el centro de salud » o la prestación de determinado tipo de asistencia produce una mejora de la situación sanitaria. Así lo demuestran los erróneos resultados de algunos de los estudios mencionados anteriormente. Para conocer a ciencia cierta los beneficios que reporta determinado tipo de organización, es preciso, por tanto, determinar la medida en que ha provocado un mejoramiento de la salud.

PLAN DE INVESTIGACION

Existen varias obras sobre los métodos de investigación que se pueden escoger para resolver problemas de salud pública.⁷⁰ La evaluación de programas es una forma de investigación sanitaria, y se ha de enfocar con la misma cautela que un problema puramente teórico en el sector de la biología.⁸² En estas páginas se indican únicamente las características esenciales de un plan para la realización de las investigaciones recomendadas.

- 1) *El estudio básico debe cubrir varias zonas geográficas (quizás de tres a cinco) donde la población y las condiciones del medio sean análogas en todos los aspectos, excepto en lo que se refiere al insumo de servicios de los centros de salud primarios.*

Se recomienda, en consecuencia, que el experimento básico se realice en zonas geográficas comparables del mismo país y no en un grupo de países. Este último sistema complicaría la interpretación de los resultados, ya que en ellos podrían influir las diferencias entre las poblaciones y las condiciones del medio de los países incluidos en el estudio, en vez de las diferencias en la organización de los servicios de salud correspondientes.

2) *Se debe repetir el estudio entero en dos o tres países.*

En la investigación científica pueden deslizarse tantos errores y puede haber tantos supuestos desconocidos para el investigador que siempre es prudente realizar estudios suplementarios que confirmen o desmientan los resultados iniciales. Así, el plan básico que se ensaye en un país debe ensayarse también en los demás.

3) *En las poblaciones y las zonas incluidas en el estudio ha de haber una clara diferencia en el insumo de servicios de los centros de salud.*

Cada una de las zonas incluidas en el estudio debe tener una población de 10 000 a 20 000 habitantes, es decir, lo bastante pequeña para acusar el impacto de un programa de instalación de centros de salud primarios en una zona rural y lo bastante grande para garantizar la validez estadística de los resultados. En todas las zonas debe encontrarse aproximadamente a la misma distancia el hospital de distrito al que los centros primarios hayan de remitir los casos urgentes, cuando sea oportuno. De ser posible, el estudio comprenderá zonas de los cinco tipos que a continuación se mencionan, o por lo menos de tres de ellos:

a) Zona dotada de un centro de salud primario provisto de un médico, un grupo de enfermeras y ayudantes de enfermería, un educador sanitario, un dispensador de medicamentos, un técnico de laboratorio, un técnico de saneamiento y personal administrativo o de otra índole.

b) Zona con un centro de salud primario atendido únicamente por personal auxiliar, es decir, que no tenga médico, dispensador de medicamentos, ni técnico de laboratorio.

c) Zona donde no exista ningún centro de salud primario.

d) Zona de condiciones idénticas a las señaladas en el punto a), con la diferencia de que el programa integrado del centro no comprenda servicios ordinarios de asistencia materno-infantil.

e) Zona de condiciones idénticas a las señaladas en b) pero sin servicios ordinarios de asistencia materno-infantil, como se ha indicado en d). La inclusión en el estudio de las zonas d) y e) permitirá comprobar la exactitud de uno de los supuestos de que se parte con más frecuencia en salud pública y revelará si el tiempo que se dedica al examen médico de niños sanos (procedimiento que en general se considera eficaz) estaría

o no mejor empleado en la asistencia a niños y adultos con síntomas evidentes de enfermedad.⁸³

Aunque esas investigaciones se refieren principalmente a las mejoras de la situación sanitaria que son atribuibles a los centros de salud primarios, es de suponer que las poblaciones interesadas dispongan también de otros servicios, en particular los de los hospitales de distrito antes mencionados, con sus correspondientes dispensarios. Para que los resultados sean comparables, la importancia de esos servicios debe ser análoga en todas las zonas estudiadas.

4) *Los criterios aplicados para la determinación de las mejoras de la situación sanitaria se deben especificar con claridad y se han de basar en datos ciertos.*

Esos datos pueden ser, entre otros, los siguientes:

- a) tasas de mortalidad de lactantes;
- b) tasas de mortalidad de niños de uno a cuatro años;
- c) tasas de mortalidad de la población de cinco a 19 años y de 20 en adelante;
- d) resultados de los análisis de sangre para localización de casos de anemia (análisis de hemoglobina), sífilis y, cuando sea oportuno, paludismo;
- e) resultados de los análisis de heces, para localización de huevos y parásitos;
- f) resultados de los reconocimientos de la superficie del cuerpo, practicados para localización de dermatosis u otras afecciones;
- g) temperatura corporal;
- h) resultados de los exámenes oftalmológicos;
- i) resultados de los exámenes fotorradiográficos para la localización de casos de tuberculosis u otras enfermedades del tórax; y
- j) resultados de otras pruebas o análisis de laboratorio que proceda realizar en el país de que se trate.

Para la obtención de esos datos hay que disponer de un sistema de registro de nacimientos y defunciones, así como de instalaciones para los exámenes médicos apropiados. En cambio, no es preciso hacer fichas clínicas ni tampoco realizar encuestas a domicilio que, de todos modos, son poco fidedignas cuando se trata de poblaciones con un grado de educación insuficiente. Al terminar el primer año, y en los años sucesivos, se ha de efectuar el cálculo prospectivo de las tasas de mortalidad. Los demás datos se deben obtener primero al comenzar el estudio, para que sirvan de base, y luego a intervalos adecuados.

La determinación de la incidencia de enfermedades durante el periodo experimental puede ser útil, aunque, para que merezca alguna confianza, será necesario hacer periódicamente (por ejemplo cada mes) visitas a domicilio que permitan conocer el número de casos de enfermedad o de traumatismo. Ahora bien, esas operaciones resultarían demasiado onerosas, dada la información que permitirían obtener. En general se estima que los índices objetivos antes indicados son más fidedignos y menos costosos.

5) *En las zonas que abarque el estudio debe establecerse un sistema especial de registro de nacimientos y defunciones.*

Teniendo en cuenta que a veces los sistemas oficiales ordinarios son muy insuficientes para la obtención de todos los datos demográficos necesarios, es indispensable organizar un sistema especial de acopio de información. Un miembro del equipo de investigación, asignado a cada una de las zonas del estudio, se encargará de recoger la información necesaria durante todo el año. Se investigarán todas las defunciones para determinar la causa con la mayor exactitud posible, porque pueden ser muchos los casos en que los enfermos no hayan sido atendidos por ningún médico. Es especialmente importante que las defunciones se registren en el lugar de residencia, y no en el de fallecimiento (como se hace a menudo en los países en desarrollo).

Es también aconsejable disponer de un buen sistema de registro de los servicios prestados en cada centro de salud primario. Son varios los sistemas de esa índole que se han establecido hasta ahora.^a Aunque esos datos no entren directamente en la evaluación de las mejoras conseguidas, como aquí se aconseja, revelarán el uso que se ha hecho de los servicios, y esta información podrá ser de utilidad para interpretar los resultados del estudio.

6) *Para determinar las mejoras conseguidas en la situación sanitaria, el programa debe haber estado en ejecución durante tres años como mínimo en todas las zonas a que se refiere el estudio.*

No pueden apreciarse las consecuencias de la creación de los centros de salud primarios mientras estos centros no hayan estado en funcionamiento durante tres años por lo menos, e incluso ese periodo es demasiado corto. En efecto, suponiendo que se tarde un año más en obtener la información básica necesaria y otro en hacer el análisis final, hay que calcular un mínimo de cinco años.

7) *Para que el coste de la investigación no exceda del presupuesto establecido, tanto la información básica como la complementaria deben*

^a Charles, E. (1962) *Out-patient records and reports in primary health centres; reorganization of rural health records and reports, Lucknow, Uttar Pradesh, India* (documento inédito de la OMS, SEA/VHS/49).

obtenerse en muestras de la población de que se trate. Ahora bien, la toma de muestras debe hacerse a base de grupos de población, por ejemplo aldeas, y no a base de familias dentro de cada lugar poblado.

En algunas de las evaluaciones antes mencionadas ha habido dificultades resultantes de la elección de ciertas familias y la omisión de otras dentro de un mismo poblado. Esas dificultades se pueden soslayar examinando toda la población de una aldea, lo que además permite conseguir economías logísticas en la ejecución de las operaciones necesarias.

8) *Las consignaciones presupuestarias y la dotación de personal han de ser suficientes.*

Son innumerables los estudios de salud pública que resultan inútiles porque se pretende encontrar respuesta a cuestiones complejas, es decir, cuestiones en las que intervienen muchas variables, sin contar con el personal ni el tiempo suficientes. No se puede esperar que el personal encargado de la ejecución de un programa realice al mismo tiempo trabajos de investigación, aunque, desde luego, puede colaborar en el acopio de datos.

EVALUACION RETROSPECTIVA DE CENTROS DE SALUD

La evaluación de los centros de salud primarios puede ser también retrospectiva, en lugar de prospectiva. Para ello hay que buscar en uno o varios países situaciones *actuales* que correspondan a los criterios enunciados en el párrafo 3). Las zonas comprendidas en el estudio deben ser esencialmente idénticas en todos los aspectos, excepto en cuanto a la estructura de los servicios de salud. Además, su grado de desarrollo social debe haber sido aproximadamente el mismo durante, poco más o menos, los tres años anteriores a la iniciación del estudio.

Si se dan esas condiciones, los datos enumerados en el párrafo 4) se podrán obtener, en las zonas seleccionadas para el estudio, en el transcurso de un año. Teóricamente, al comparar los resultados se obtendrán las mismas respuestas que en el caso de la evaluación prospectiva antes expuesta. El costo será bastante inferior pero, como es bien sabido que ocurre en la investigación sobre cuestiones sociales, es más grande el riesgo de que las zonas comprendidas en el estudio no sean comparables.

La cuestión de la utilidad de los centros de salud primarios, por los que se aboga en todo el mundo, parece lo bastante importante para que se inviertan fondos considerables en su estudio. La insuficiencia de las asignaciones puede dar al traste con todo el esfuerzo realizado, mientras que una investigación bien concebida y financiada puede facilitar la respuesta a esa importante cuestión.

BIBLIOGRAFIA

1. Abel-Smith, B. (1969) *Estudio internacional de los gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud pública*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (*Cuadernos de Salud Pública*, N° 32)
2. American Friends of Greece (1944) *Health centres for Greece*, Nueva York, American Friends of Greece
3. Ancusa, M. y cols. (1968) Budget expenditure in five rural medical subdistricts, *Igiena*, **17**, 743-748
4. Ashworth, H. W. (1959) The failure of health centres, *J. Coll. gen. Practit.*, **2**, 357-364.
5. Awar, A. H. (1969) *The systems of local health services in rural Pakistan*, Lahore. Public Health Association of Pakistan
6. Balfe, B. E. y McNamara, M. E. (1968) *Survey of medical groups in the United States, 1965*, Chicago, American Medical Association
7. Bellin, S. S., Geiger H. J. y Gibson, C. D. (1969) Impact of ambulatory health-care services on the demand for hospital beds, *New Engl. J. Med.*, **280**, 808-812
8. Belmans, L. J. (1968) Le centre de santé: institution de médecine préventive, *Hospitalia (Brux.)*, **12**, 169-174
9. Bravo, A. L. (1958) Development of medical care services in Latin America, *Amer. J. publ. Hlth*, **48**, 434-447
10. British Medical Association (1970) Report of the Working Party on Primary Medical Care, London (*Planning Unit Report N° 4*), pág. 66
11. Bresh, S. (1956) *The health centre: its philosophy and function*, Jerusalén, Ministerio de Sanidad
12. Burma (1962) *Guide to rural health centre work in Burma*, Rangún, Government Printing and Stationery
13. Butler, W. P. (1969) Cuba's revolutionary medicine, *Ramparts (Menlo Park)*, 6-14
14. Byer, M. A., Dyer, H., Gourlay, R. J. y Standard, K. L. (1966) The role of the health centre in an integrated health programme in a developing country, *Med. Care*, **4**, 26-29
15. Central Treaty Organization, Economic Committee, Subcommittee on Health (1962) *Report of the Conference on Teaching Health Centres*, Ankara
16. Chapman, A. L., Norton, J. W. R. y Springborn, E. E. (1955) Utilization of local health centers in 25 North Carolina counties, *Publ. Hlth Rep. (Wash.)*, **70**, 101-106
17. Chellappah, S. F. y Jacocks, W. P. (1949) *A guide to health unit procedure in Ceylon*, 2ª ed., Colombo, Ceylon Government Printing Office
18. Clute, K. F. (1963) *A study of medical education and practice in Ontario and Nova Scotia*, Toronto, University of Toronto Press

19. Colombia, Ministerio de Salud y Asociación Colombiana de Escuelas de Medicina (1967) *Conferencia internacional sobre recursos de personal de salud y enseñanza de la medicina, Macaray, Venezuela, 19-23 de junio de 1967*, Washington, Oficina Sanitaria Panamericana.
20. Curwen, M. y Brookes, B. (1969) Health centres: facts and figures, *Lancet*, **2**, 945-948
21. Davis, M. M. y Warner, A. R. (1918) *Dispensaries: their management and development*, Nueva York, Macmillan
22. Dodd, S. C. (1934) *A controlled experiment on rural hygiene in Syria*, Beirut, American Press
23. Dutt, P. R. (1963) *Rural health service in India; primary health centre*, Nueva Delhi, Central Health Education Bureau
24. England and Wales, Ministry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services (1920) *Interim report on the future of medical and allied services*, Londres, H. M. Stationery Office
25. England and Wales, Ministry of Health (1970) *The future structure of the National Health Service*, Londres, H. M. Stationery Office (Green Paper)
26. Union des syndicats de médecins de centres de santé (1964) *Evolution des centres de santé et organisation sociale de la médecine — III Congrès national des médecins de centres de santé (Soins et prévention)*, Paris, 1963, París (suplemento de *Centres de Santé*, abril, 1964)
27. Fendall, N. R. E. (1960) Health centres in Kenya, *E. Afr. med. J.*, **37**, 171-185
28. Fendall, N. R. E., Killen, O. H. y Southgate, B. A. (1963) A national reference centre for Kenya, *E. Afr. med. J.*, **40**, 118-123
29. Field, M. G. (1967) *Soviet socialized medicine*, Nueva York, The Free Press
30. Fülöp, T. (1971) Integrated epidemiological surveys: rural population of Hungary, *Milbank mem. Fd Quart.*, **19**, 59-92
31. Gibson, C., Jr (1968) The neighborhood health center: the primary unit of health care, *Amer. J. publ. Hlth*, **58**, 1188-1191
32. Grant, J. B. (1953) Health centers and regionalization, *Amer. J. publ. Hlth*, **43**, 9-13
33. Handley, E. (1948) *Health center buildings*, Nueva York, Commonwealth Fund
34. Hodakoski, E. V. y Filipjuk, T. N. (1967) The use of medical screening data in health administration, *Sovetsk, Zdravookh.*, **26**, 54-56
35. India, Department of Community Development (1960) *Primary health centre, Faridabad*
36. India, Directorate of Health Services (1966) *Primary health centre, Trivandrum*
37. India, Health Survey and Development Committee (1946), *Report*, Delhi, Manager of Publications
38. India, Rural Health Training Centre, Najafgarh (1964) *The services from a primary health centre*
39. Japón, Instituto de Salud Pública (1954) *El centro de salud Takatsu, terreno de prácticas para los alumnos del Instituto de Salud Pública*, Tokio
40. Japón, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1952) *Breve resumen de la organización y la situación actual de los centros de salud*, Tokio
41. Jayesuria, L. W. (1967) *A review of the rural health services in West Malaysia*, Kuala Lumpur, Ministerio de Salud
42. Jordan, E. P. (1958) *The physician and group practice*, Chicago, Yearbook Publishers
43. King M., ed. (1966) *Medical care in developing countries (A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere)*, Nairobi, Oxford University Press
44. Laurie, A. (1969) Health centre development, *Hlth Bull. (Edinb.)*, **27**, 46-51

45. Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, Conferencia Europea sobre Higiene Rural (1931) *Recommendations on the principles governing the organization of medical assistance, the public health services and sanitation in rural districts*, Ginebra
46. Lembcke, P. A. (1969) Evolution of the medical audit, *J. Amer. med. Assoc.*, **199**, 543-550
47. Comité de défense et de liaison des centres de santé (1969) Les centres de santé en péril, *Centres de Santé*, **15**, Nº 119, pág. 25
48. Lindsey, A. (1962) *Socialized medicine in England and Wales*, Chapel Hill, University of North Carolina Press
49. Mann, K. J. (1966) The role of the family and community health center, *Bull. N. Y. Acad. Med.*, **42**, 742-755
50. Medical Practitioners Union (1967) *Design for family doctoring*, Londres, Medical World
51. Mejía Vanegas, A. (1959) *Centro de salud: programa de salud pública*, Sogamoso, Colombia, Ministerio de Salud Pública
52. Mitchell, M. y Chikakuda, J. (1969) Progress report on the pilot health centre scheme, *Malawi med. Bull.*, **3**, 107-111
53. Miyasaka, T. y cols. (1962) *An evaluation of a demonstration project in public health in a rural area of Japan: Chiyoda-Mura Health Project*, Tokio, Dai-ichi Mutual Life Insurance Company
54. Peterson, O. L., Andrews, L. P., Spain, R. S. y Greenberg, B. G. (1965) An analytical study of North Carolina general practice, 1953-1954, *J. med. Educ.*, **31**, Nº 12, Parte 2, 1-165
55. Pomeroy, J. L. (1929) Health center development in Los Angeles County, *J. Amer. med. Assoc.*, **93**, 1546-1550
56. Ranganna, M. G., Prasad, B. G. y Phatnagar, J. K. (1968) A study of medical care services provided by the primary health center, Sarojini Nagar, Lucknow, India, *Med. Care*, **6**, 412-419
57. Roberts, J. (1960) Rural health projects in North Nyanza, *E. Afr. med. J.*, **37**, 204-215
58. Roemer, M. I. (1971) Evaluation of health service programs and levels of measurement, *HSMHA Hlth Rep.*, **86**, 839-848
59. Roemer, M. I. (1963) *Medical care in Latin America*, Washington, Unión Panamericana
60. Roemer, M. I. y Friedman, J. W. (1971) *Doctors in hospitals: medical staff organization and hospital performance*, Baltimore, Johns Hopkins University Press
61. Rojzman, M. P., Lunskaja, L. L. y Setjukova, L. V. (1968) Calculating the cost of out-patient services, *Sovetsk. Zdravookh.*, **27**, 32-35
62. Sand, R. (1952) *The advance to social medicine*, Londres, Staples Press
63. Sangrain, J. (1967) Centres de santé en Ethiopie, *Méd. trop.*, **27**, 387-395
64. Seal, S. C., Patnaik, K. C., San, P. C. y Bhattacharji, L. M. (1966) *Report of the resurvey of the Singur Health Unit area, 1957-58*, Calcuta, All-India Institute of Hygiene and Public Health
65. Sigerist, H. E. (1938) *Socialized medicine in the Soviet Union*, Nueva York, Norton
66. Smithsonian Institution (1951) *A cross-cultural anthropological analysis of a technical aid program*, Washington, D.C., Smithsonian Institution
67. Souvah, A. (1968) Health centres to serve rural Africa, *Wld Hosp.*, **4**, 63-64
68. Spruyt, D. J. y cols. (1967) Ethiopia's health center program: its impact on community health, *Ethiop. med. J.*, **5**, Nº 3 (Conference Supplement, 2nd Annual Meeting Ethiopian Medical Association, May 1967), págs. 4-87
69. Stoeckle, J. D. y Candib, L. M. (1969) The neighbourhood health center: reform ideas of yesterday and today, *New Engl. J. Med.*, **280**, 1385-1391

70. Suchman, E. A. (1967) *Evaluative research: principles and practice in public service and social action programs*, Nueva York, Russell Sage Foundation
 71. Takulia, H. S., Taylor, C. E., Sangal, S. P. y Alter, J. D. (1967) *The health center doctor in India*, Baltimore, Johns Hopkins University Press
 72. Taylor, S. (1954) *Good general practice: a report of a survey*, Londres, G. Cumberlege, Oxford University Press
 73. Terris, M. (1946) Herman Biggs' contribution to the modern concept of the health center, *Bull. Hist. Med.*, **20**, 387-412
 74. Thomson, W. (1970) Four Scottish hospital-attached health centers, *Med. Offr.*, **124**, 69-71
 75. Titmuss, R. M., Abel-Smith, B., MacDonald, G. Williams, A. W. y Wood, C. H. (1964) *The health services of Tanganyika*, Londres, Pitman
 76. U.S. National Center for Health Statistics (1957-) *National health survey*, Washington, Public Health Service
 77. Weinerman, E. R. (1969) *Social medicine in Eastern Europe*, Cambridge, Mass., Harvard University Press
 78. Weir, J. M. y cols. (1952) An evaluation of health and sanitation in Egyptian villages, *J. Egypt. publ. Hlth Ass.*, **27**, 55-122
 79. Wickremesinghe, W. G. (1951) *The premier health unit in Ceylon*, Colombo
 80. White, K. L. y cols. (1967) International comparisons of medical care utilization, *New Engl. J. Med.*, **277**, 516-522
 81. Williamson, G. S. y Pearse, I. H. (1951) *The passing of Peckham*, Londres, Pioneer Health Centre
 82. Oficina Regional de la OMS para Europa (1968) *Methods of evaluating public health programme* (informe de un simposio, Kiel, 14-17 de noviembre de 1967), Copenhague
 83. Yankauer, A. (1961) Prospectus for a child health service built around paediatric clinics, *J. trop. Pediat.*, **6**, 122-128
 84. Tseghe, A. Y., Spruyt, D. J. y Prince, J. S. (1963) *Application of modern principles of public health practice to the solution of health problems in Ethiopia*, Nueva York, Naciones Unidas (Conferencia sobre aplicación de la ciencia y la tecnología en beneficio de las regiones menos desarrolladas (E/Conf. 39/F/37))
 85. Zaghoul, A. Z. (1965) A proposed community health centre at Hadara, Alexandria, *J. Egypt. publ. Hlth Ass.*, **40**, 325-341
 86. Zykov, A. E. (1969) Estimating rural outpatient surgical requirements, *Sovetsk. Zdravookh.*, **28**, 22-28
-