

Capítulo 3. Características de los Centros de Salud

Características de los niveles de atención

Existen tres niveles reconocidos en los sistemas de atención médica. El nivel I se refiere a la instalaciones médicas para la atención de poca complejidad, que cubren el 70% de los problemas de salud en una comunidad (Centro de Salud, Clínica Rural o Suburbana, Unidad de Medicina Familiar); el nivel II corresponde a la atención de problemas transferidos del nivel I y capacidad para resolver el 12% de los problemas quirúrgicos, el control y vigilancia de los problemas ambientales y epidemiológicos, y una operación administrativa de tipo regional (Hospitales Generales, Centros de Administración de Salud); en el nivel III se resuelve el 8% restante de la demanda total de consultas y la hospitalización de alta especialidad que se presenta en la población, y requiere de servicios muy complejos para un área de influencia amplia (Hospitales especializados, Institutos de especialidades).

En inmuebles del primer nivel de complejidad es posible identificar instalaciones para urgencias, sala de operaciones y divisiones de especialidades básicas: consultorio dental, otorrinolaringologías, oftalmología y dermatología. Adicionalmente, se encuentran servicios de apoyo como lavandería, cocinas, farmacia, almacén de medicamentos, almacén de materiales y equipos básicos, equipos de transporte y áreas de estacionamiento y oficinas. Este inventario de recursos materiales corresponde aproximadamente a núcleos demográficos no mayores de 50,000 usuarios.

Es posible encontrarse con unidades médicas regionales más pequeñas para población dispersa, que se apoyen en otra unidad más amplia de primer o segundo nivel.¹

Centros de Salud y Puestos de Salud

Los Centros y Puestos de Salud son instalaciones de nivel primario y básico de atención de la salud y sus roles de acuerdo a las nuevas tendencias de la política del sector salud es la de programación (educación y prevención de salud), rehabilitación y recuperación de la salud (consulta ambulatoria); en centros de mediana complejidad cuentan con ayuda del diagnóstico (rayos X, y laboratorio) y en algunos casos con hospitalización para maternidad, recuperación y casos de emergencia para derivación a hospitales locales o intermedios.

Los puestos y centros de salud conforman una red de establecimientos debidamente jerarquizados sobre el ámbito, regional o barrio de 15.000 a 40.000 habitantes (dispersas o concentradas), en donde el centro de salud es la cabeza del módulo de atención o sub-sistema, que de acuerdo a un plan de salud territorial pretende satisfacer la demanda de salud de esta población y promover su desarrollo.²

Características predominantes

- Infraestructura física sencilla, generalmente de una sola planta o de dos niveles.
- Cuentan equipamiento básico y el que existe no es de gran tecnología.
- Generalmente no cuentan con camas, ya que su función primordial es la de diagnóstico y atención de salud ambulatoria.

¹ CEPAL, Impacto Económico de los Desastres Naturales en la Infraestructura de Salud, LC/MEX/L.291, 1996

² Chinen Kanashiro, Carlos. Diseño Arquitectónico de Centros de salud y postas médicas en Zonas de alta y mediana Densidad Poblacional y Médicamente Pobladas, Seminario Internacional de planeamiento, diseño, reparación y administración de hospitales en zonas sísmicas, 1989, CISMID.

- Cuando cuentan con camas, las mismas son muy escasas, solo para observación y tratamientos de baja complejidad.
- No cuentan con una organización orgánica como el hospital, tales como Administración, mantenimiento, etc.
- Algunos de los funcionarios del centro de salud asumen algunas de dichas funciones.
- Algunas veces los centros de salud, no tienen destacado a personal médico a tiempo completo y son visitados esporádicamente por médicos, mientras dichos lapsos las atenciones son realizadas por otros profesionales de la salud.

Establecimientos de salud en situaciones de emergencia

La distinción jerárquica de los establecimientos de salud del sistema público según un orden creciente de capacidad y complejidad de resolución van desde el Puesto de salud, pasando por los Centros de Salud, policlínicos urbano periféricos, hasta los hospitales departamentales, regionales y nacionales ha significado históricamente el apoyo a las comunidades con una capacidad de resolución de las patologías más frecuentes en atención primaria en las unidades territoriales.³

El rol que tiene cada uno de estos establecimientos identificados y descritos anteriormente prestan un apoyo indispensable el cual varío su atención con el apoyo de estos servicios en situaciones de emergencias es primordial por encontrarse en áreas geográficamente diseminadas en todo el territorio, lo que ha llevado a la OPS a considerar la vulnerabilidad de los establecimientos de menor complejidad como los Centros de Salud, que prestan atención a las comunidades con los servicios básicos que son vitales en situación de emergencia y desastres, para evitar el colapso de las redes de servicios de salud

Es necesario la evaluación de su infraestructura y tomar las medidas de reducción de su vulnerabilidad, considerando que es la base para prevención de la atención primaria en salud y la vigilancia epidemiológica, así como apoyar a la red de servicios de salud con la referencia de pacientes que al ser destruidas por un desastre quedaría desarticulada la red de servicios en el área afectada.

El diseño de la infraestructura de salud teniendo en cuenta las amenazas naturales, es una responsabilidad compartida entre planificador de salud, administradores, así como la arquitectura y la ingeniería. Muy particularmente, es necesario enfatizar lo que se comparte en cuanto a las relaciones físicas entre las formas arquitectónicas y los sistemas estructurales o constructivas, y sería ideal que la comprensión de estas relaciones estuviera presente en cada diseñador que trabaja en zonas de riesgo.

³ MINSA-Perú, Proyecto fortalecimiento de salud, estudio de redimensionamiento de la red hospitalaria de Tacna, 1998- INTERSALUD

Tipos de establecimiento en Perú

Puestos de salud Perú

Cuadro 3.1 Su descripción tipología, alcances de atención y territorio

Puesto de salud	Es el establecimiento de primer nivel de atención, desarrolla actividades de atención integral de la salud de baja complejidad con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales, constituyéndose en el referente espacial de su ámbito de responsabilidades
Puesto de salud I	Con médico, enfermera u otro profesional de salud. La jornada laboral es de 6 a 12 horas.
Puesto de salud II	Es el que cuenta con técnico de enfermería, o técnico sanitario, la jornada de laboral es de 6 horas
Los objetivos	Contribuir a la solución integral de las poblaciones de salud del ámbito de su responsabilidad
	Promover la participación de todos los actores sociales de la comunidad para la concertación, coordinación, programación gestión, control y evaluación de las acciones de salud
	Ejecutar acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de baja complejidad, dando prioridad a las acciones preventivo-provisionales.
	Coordinación las acciones intersectoriales y de la comunidad para utilizar los recursos disponibles a fin de mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura y solucionar los problemas de salud de acuerdo a las necesidades de la población

Fuente: ⁴

Centro de salud Perú

Centro de salud	Es el establecimiento de primer nivel de atención de salud y de complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de Promoción, Prevención y Recuperación Brinda consulta externa médico ambulatoria diferenciada en consultorios de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Odontología
Centro de salud Tipo I	Centro de Salud sin unidad de internamiento y con unidad de ayuda al diagnóstico
Centro de salud Tipo II	Centro de Salud con unidad de internamiento y con unidad de centro obstétrico y quirúrgico con énfasis en la atención Madre-Niño
Unidad de servicio	Administrativa, Consulta externa, ayuda al diagnóstico y tratamiento, Internamiento, centro Obstétrico y/o Quirúrgico, Servicios Generales, vivienda.

Fuente: R.M. N° 708-94-SA/DM, Normas Técnicas para elaboración de Proyectos arquitectónicos de Centros de Salud.

⁴ MINSA / Perú, Resolución Ministerial Mayo 1994

Tipos de establecimiento en Venezuela

Ambulatorios rurales

Ambulatorio Rurales	Prestan atención medica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización.
Ubicación	Se encuentra ubicados en poblaciones menores de diez mil (10.000) habitantes.
Características	Se encuentran ubicados en áreas rurales de población dispersa
Ambulatorio rural Tipo I	Se encuentra ubicados en áreas rurales de población dispersa menores de un mil (1.000) habitantes.
	Son atendidos por un auxiliar de medicina simplificada, bajo la supervisión medica y de enfermería.
	Dependen de la dirección del distrito sanitario.
Ambulatorio rural Tipo II	Se encuentra ubicados en áreas rurales de población concentradas o dispersa con mas de mil (1.000) habitantes.
	Son atendidos por médicos generales.
	Dentro su organización puede contar con camas de observación y servicio de odontología.
	Dependen técnicamente y administrativamente de la dirección del distrito sanitario

Fuente: Gaceta Oficial de la Republica de Venezuela, enero 1983, Numero 32.650

Ambulatorios Urbanos

Ambulatorio Urbanos	Prestan atención medica integral de carácter ambulatorio no disponen de hospitalización.
Ubicación	Se encuentra ubicados en poblaciones de mas de diez mil (10.000) habitantes.
Características	Se encuentran ubicados en áreas rurales de población dispersa
Ambulatorio urbano Tipo I	Prestan atención medica de nivel primario.
	Son atendidos por medico generales y familiares.
	Dentro su organización puede contar con servicio de odontología y psico-social.
	Dependen administrativa y técnicamente del distrito sanitario correspondiente.
Ambulatorio urbano Tipo II	Prestan atención medica integral de nivel primario.
	Son atendidos por medico generales con experiencia en administración de salud publica, quien podrá realizar funciones docentes de pre y post-grado.
	Pueden contar con servicios básicos de laboratorio, radiología y emergencia permanentemente, además de los servicios del Ambulatorio Tipo I.
	Dependen técnicamente y administrativa del hospital de su jurisdicción.
Ambulatorio urbano Tipo III	Prestan atención medica integral de nivel primario o secundario o ambos.
	Son dirigidos por un medico de clínicas sanitarias.
	Son organizados para prestar, además de atención medica general, servicios de: medicina general, gineco-obstétrica y pediatría, servicios de dermatología, cardiología y emergencia.
	Dependen técnicamente y administrativa del hospital de su jurisdicción.

*Fuente:*⁵

Función de las instalaciones de salud y su vinculación al resto de la red hospitalaria

Las instalaciones de salud juegan un papel muy importante y significativo en la respuesta de desastres debido a su particular función en el tratamiento de heridos y enfermedades.

⁵ Gaceta Oficial de la Republica de Venezuela, enero 1983, Numero 32.650

El papel fundamental de los puestos de salud es la vigilancia de los eventos (enfermedades y de los factores de riesgo). Evidencias históricas han demostrado que la aparición descontrolada de enfermedades transmisibles después de un desastre natural ha sido la excepción y no la regla. La Organización Panamericana de la salud (OPS) ha identificado algunos mitos y creencias erróneas que se asocian ampliamente con el impacto de los desastres en la salud pública, todos los planificadores y ejecutores de desastres deben estar familiarizados con ellos⁶

Mitos y Realidad

Mito 1 Se necesita voluntarios médicos extranjeros con cualquier tipo de entrenamiento médico.

Realidad La población local casi siempre cubre las necesidades inmediatas para salvar vidas. Solamente se necesita personal médico con habilidades especiales que no se encuentre disponible en el país afectado.

Mito 2 Se necesita cualquier tipo de ayuda internacional.....y se necesita ahora!

Realidad Una respuesta apresurada que no este basada en una evaluación imparcial, únicamente contribuye al caos. Es mejor esperar hasta que se hayan establecido las necesidades verdaderas. De hecho, la mayoría de las necesidades son atendidas por las víctimas mismas, su gobierno y sus agencias locales y no por intervenciones foráneas

Mito 3 Las epidemias y las plagas son inevitables después de un desastre

Realidad Las epidemias no ocurren espontáneamente después de un desastre y los cadáveres no conllevan epidemias catastróficas de enfermedades exóticas. La clave para prevenirlas es mejorar las condiciones sanitarias y educar al público

Mito 4 Los desastres sacan a relucir lo peor del comportamiento humano (por ejemplo, los saqueos y los amotinamientos.)

Realidad Aunque existan caos aislados de comportamientos antisociales, la mayor parte de la gente responde espontáneamente y generosamente

Mito 5 La población afectada esta muy golpeada y es incapaz de tomar la responsabilidad de su propia supervivencia.

Realidad Por el contrario, mucha gente renueva su fuerza durante una emergencia, como lo han evidenciado miles de voluntarios que espontáneamente se unieron en la búsqueda de víctimas entre los escombros después del terremoto de Ciudad de México en 1985.

Mito 6 Los desastres son asesinos al azar.

Realidad Los desastres golpean mas fuertemente a los grupos mas vulnerables, los pobres, especialmente, las mujeres, los niños y los ancianos.

Mito 7 La mejor alternativa es ubicar las víctimas de los desastres en alojamientos temporales

Realidad Esa debe ser la ultima alternativa. Muchas agencias usan fondos normalmente gastados en carpas, para la compra de materiales de construcción, herramientas y otros insumos de construcción en el país afectado.

Mitos 8 Siempre se requiere la ayuda alimentaria en los desastres naturales.

⁶ de Ville de Goyet C. The role of WHO in disaster management: relief, rehabilitation and reconstruction. Genova: World Health Organization, 1991.

Realidad Los desastres naturales solo raramente causan perdidas de las cosechas. Por consiguiente, las victimas no requieren asistencia masiva de alimentos

Mito 9 Siempre se necesita ropa para las victimas de los desastres.

Realidad Casi nunca se necesita ropa usada, casi siempre es culturalmente inapropiada y, aunque las victimas de los desastres la aceptan, no la usan.

Mito 10 Las cosas retornarán a la normalidad en pocas semanas

Realidad Los efectos de un desastre duran mucho tiempo. Los países afectados por un desastre reducen mucho sus fuentes financieras y recursos materiales en la fase inmediata post-impacto. Los programas de ayuda exitosos son los que orientan sus operaciones teniendo en cuenta que el interés internacional disminuye cuando las necesidades y la escasez se tornan más urgentes

Algunos puestos y centros de salud están equipados para tratar con personas heridas leves, lo cual es extremadamente útil para reducir la congestión y remisión hacia los hospitales e instalaciones de mayor complejidad. Una de las características de las población es que la mayor demanda va a los hospitales, teniendo los centros de salud la capacidad de atender a la población en situaciones post desastre.

Nadie cuestiona la importancia que los centros asistenciales tienen en condiciones normales; si a ello adicionamos una situación de emergencia o desastre donde la demanda de servicios generada exige una respuesta mayor en corto periodo de tiempo, es evidente que se requiere entonces de un análisis profundo de aquellos considerándose que determinen condiciones especiales de las instituciones de salud: Complejidad, ocupación y dependencia de los servicios públicos y a suministros críticos, razones que exigen un analisis de la situacion que le dan prioridad a la intervención de la vulnerabilidad.

La demanda potencial por desastres de origen natural o antrópico puede generar frecuentemente modificaciones en el funcionamiento de los sistemas de salud. Estos cambios deben ser específicos para cada evento (tipo, magnitud, intensidad y duración), lugar, población e infraestructura expuesta; aspectos que indudablemente deben relacionarse con la información epidemiológica, morbilidad, mortalidad y en general con el diagnostico de salud de la región. Esta sobre posición de información debe confrontarse con la capacidad de ofrecer servicios de salud obteniendo una relación demanda / oferta potencial en el caso de ocurrencia de un desastre. Este análisis es de gran importancia para identificar las variables que influyen negativamente, a fin de intervenirlas ⁷

Redes de servicios de salud

Se denomina un conjunto de unidades productoras de servicios de salud de variados niveles de complejidad (centros de salud, policlínicos, puestos de salud etc), con la capacidad de resolución y costos de operación, articulados funcional y administrativamente para brindar atención integral al individuo, la familia y la comunidad, con oportunidad, calidad y calidez en proporción a la complejidad y magnitud de la demanda en un ámbito geográfico poblacional determinado, con mecanismos de interacción definidos, donde el principio de complementariedad regula las relaciones de atención de la salud en la población asignada.

⁷ OPS/OMS. Aspectos administrativos de Salud, volumen II, Mitigación de Desastres en las instalaciones de la salud, 1993

Concepto general

Una red es el conjunto de unidades productoras de servicios de salud priorizados, relacionadas entre sí por una integración geográfica y vial, de forma tal que en conjunto posean la capacidad suficiente para solucionar con eficiencia y calidad los problemas de morbilidad de la población a su cargo

Su objetivo es utilizar en forma racional y eficiente los recursos físicos, humanos, financieros y equipamiento a fin de brindar una atención acorde con las necesidades del usuario y en función a su nivel resolutivo.

En primer término el concepto de las Redes o Micro Redes, no son estructuras fijas sino más bien dinámicas o funcionales con un sistema de apoyo mutuo entre las unidades productivas de servicios de salud que la conforman y en estricta correlación de actividades con los otros estamentos de la Región, llámese Hospital o la Región misma.

El otro concepto importante que debe tenerse en cuenta en un sistema de redes, es que todos los recursos, sean físicos, humanos, financieros, y el equipamiento médico pertenecen a la Red, y no al Centro Asistencial asignado, de manera tal que pueden reubicarlos según los requerimientos de la Demanda.

En resumen, es un sistema organizado, que posee flujos bilaterales de comunicación y soporte interrelacionados entre sí, considerando que los Recursos están a disposición y al servicio de los usuarios de la jurisdicción, incorporando dos resultados a favor de la red en situaciones de emergencia:

Contar con profesionales especializados, en localidades donde no se contaba con ellas, pues su demanda no ameritaba contar con dichos profesionales en situación de normalidad.

Es decir que tenemos flujos en ambos sentidos, en el primero, los profesionales se desplazan desde los centros de mayor complejidad resolutiva hacia los de menor resolución (Servicios Itinerantes), mientras que los usuarios se movilizan en el sentido contrario en la búsqueda de equipos de mayor tecnología y que coadyuven a su diagnóstico o tratamiento.

Los Centros de salud deberán contar con el equipamiento adecuado para la demanda solo de este centro asistencial en situaciones normales y contar con un respaldo de materiales en para afrontar situaciones excepcionales de desastres siendo estos establecimientos priorizados dentro de su ubicación geográfica ⁸

Referencia y contrarreferencia de pacientes

En el proceso de la atención de la población en una situación de desastre es importante contar con el manejo de pacientes de referencia y contrarreferencia que se denomina un conjunto de procedimientos médico-administrativos en los establecimientos de salud que permiten brindar atención al paciente cuyo cuadro clínico, quirúrgico o procedimiento de ayuda diagnóstica debe resolverse en un centro asistencial de mayor capacidad resolutiva, para la atención del paciente después de estabilizarlo y darle la primera atención con los recursos en cuanto a la planta física, instrumental y equipamiento, tipo de formación del personal del establecimiento.

⁸ Proyecto de Redimensionamiento de la Red Hospitalaria, MINSA-BID Tacna / Arequipa, Perú 1998

Rol de los centros y puestos de salud

Los centros de salud en situaciones de desastres naturales juegan un rol preponderante como fuente de información que se necesita en el mismo sitio de la catástrofe, probablemente antes de que se haya iniciado ningún proceso estadístico.

Las catástrofes pueden tener una influencia negativa indirecta en la salud por la forma en que alteran el medio ambiente. Aunque no siempre aumentara la frecuencia de las enfermedades, las inundaciones son catástrofes que entrañan la posibilidad de que aparezcan brotes de enfermedades transmisibles.

Los centros de salud tienen una importante actividad extramural en casos de desastre como la recolección de información en el área de saneamiento ambiental, epidemiología etc. que fortalecerá los parámetros de incidencia del desastre en el área geográfica donde están ubicados y de ahí la importancia de la vulnerabilidad funcional como soporte inicial del abordaje del manejo de los desastres.

Por lo tanto si los servicios de salud están a cargo de médicos, enfermeros o auxiliares, siempre hay un "informe diario" o registro de asistencia donde se consignan algunos datos (como el nombre, edad, diagnóstico y tratamiento) de los pacientes atendidos durante el día. En la mayoría de estos países este informe sirve de base al informe mensual del centro, que comprende el número de casos tratados, por diagnóstico y, a menudo, por grupo etarios. Estos informes mensuales se remiten después a un nivel administrativo más alto, donde se procesan junto con los correspondientes a otros centros.

Desde allí pasan todavía a otro nivel superior y, en definitiva, constituyen los datos básicos de los informes del Ministerio de salud sobre la situación de la salud en el país. Generalmente se prepara también un informe mensual sobre las tendencias de ciertas enfermedades transmisibles, que se basa asimismo en el registro de los casos diarios.

Los informes mensuales se pueden utilizar para calcular cuantos casos de enfermedad a investigar de la lista preparada en relación con el número total de pacientes tratados y del número de habitantes cubiertos por el centro, si se conoce. Se debe tener en cuenta que en las cifras del área de captación pueden estar incluidas personas protegidas por un servicio más pequeño.

Las tasas de morbilidad o, cuando esas tasas no se pueden calcular, el porcentaje de casos tratados al principio del desastre, se deben comparar con las cifras correspondientes al mismo periodo del año anterior. Si las condiciones de atención fuesen muy distintas (por ejemplo, si antes no había médico y ahora sí cuenta con uno), el equipo tendrá que comparar las nuevas cifras con las correspondientes a los meses anteriores del desastre.⁹

Planificación para la construcción de establecimientos de salud seguros

Uno de los principales obstáculos para la construcción de establecimientos de salud resistentes a desastres son los supuestos costos de inversión y ubicación. Pero es importante subrayar que los costos para la construcción de establecimientos de salud seguros en aumentar su resistencia estructural es del 1 al 2 por ciento más de los gastos totales de inversión, cantidad que se amortizara en cuatro o cinco años. Sin embargo, se podrá beneficiar de una decisión semejante de incorporar medidas de mitigación

⁹ OPS/OMS, Evaluación de Necesidades en el Sector Salud con Posterioridad a Inundaciones y Huracanes, 1989, Cuaderno técnico N°11

de la vulnerabilidad, durante todos los años que se utilice la infraestructura de salud, siendo la vida útil estimada de un establecimiento entre 25 a 40 años.¹⁰

Este monto no sólo resulta claramente compatible con el beneficio de prevenir la pérdida de vidas humanas, sino que seguramente reeditaría en economías de mayor magnitud durante los daños que se sucederían a la ocurrencia de un eventual desastre.¹¹

Las consideraciones de la agencia federal de los estados unidos para el manejo de emergencias (FEMA) y utilizadas por varios investigadores que "el incremento promedio del costo de las instalaciones de salud debería ser menos del 1,5% del costo de construcción del edificio, el cual, por supuesto, es sólo una parte del costo total del proyecto". El costo de proteger un hospital (establecimiento de salud) contra vientos huracanados generalmente es menor que el de protegerlo contra terremotos.¹²

Las autoridades encargadas de la planificación y elaboración de presupuestos de inversión para establecimientos de salud, deberán preguntarse cuál es la probabilidad de que en este periodo ocurra una catástrofe natural grave, es decir, cuantas veces podrían servir como punto de atención a los damnificados del área donde se ubican en durante los años de vida útil del establecimiento. Solo entonces pueden tomar una decisión lógica y coherente sobre la inversión a realizarse en la infraestructura resistente a los desastres

Elección de políticas

Las autoridades responsables de la aplicación de las políticas para proteger a los establecimientos de salud de los efectos de los desastres naturales deben tener en cuenta los siguientes factores que condicionan la buena ejecución del proyecto de inversión

- Cuantos establecimientos de salud se encuentran en zonas vulnerables,
- Que clase de posible desastres hay en esas zonas,
- Cuales pueden ser las consecuencias potenciales de un desastre en el sistema de salud,
- Como calcular los costos y beneficios para que los establecimientos resistan a desastres

Una vez tenido las respuestas en cuanto a estas interrogantes mencionadas, las autoridades podrán decidir si construir o no un establecimiento de salud resistente a desastres naturales y proporcionar la atención de salud en el momento mas necesitado de su población.

¹⁰ EsSalud, Proyectos de Policlínicos y Hospitales 40 camas, 1999

¹¹ Lecciones Aprendidas en América Latina de Mitigación de Desastres en Instalaciones de la Salud, 1997, (OPS)

¹² Seismic Considerations-Health Care Facilities, FEMA 150.