



Atelier Régional

Du système d'information sanitaire à l'intelligence collective

Recentrer le district sanitaire sur la population grâce aux TICs

Background Paper N° 1

Le district de santé en Afrique sub-saharienne Caractéristiques et éléments fonctionnels clés

Basile Keugoung et Bruno Meessen

Avec le soutien de nos partenaires :



Résumé

Ce *background paper* a été rédigé comme document préparatoire pour la prochaine conférence de la Communauté de Pratique « Prestation des Services de Santé » qui sera consacrée à la place des technologies de l'information et de la communication dans la mise en place d'un système d'intelligence collective au niveau des systèmes locaux de santé.

Dans ce document, nous passons en revue l'origine de la stratégie du district sanitaire. Nous revenons ensuite sur sa mise en œuvre en Afrique sub-Saharienne et apprécions sa validité actuelle. Nous présentons les composantes et les fonctions du district de santé et enfin proposons un cadre global d'évaluation d'un district de santé.

Ce travail repose sur une revue historique non systématique des documents clés portant sur le district de santé et les soins de santé primaires (SSP). Les documents consultés sont disponibles auprès de l'auteur.

1. Origine du concept du district

Le district de santé tire son origine dans le constat de l'échec relatif à la mise en place de la politique des soins de santé primaires (SSP), qui avait été adoptée en 1978 à Alma Ata. Vers le milieu des années 80, il devenait patent que l'insuffisance du financement, la focalisation sur quelques problèmes de santé spécifiques (SSP sélectifs) et l'utilisation d'un personnel peu qualifié (des agents de santé communautaire) pour délivrer les soins et services de santé ne conduiraient pas à « la santé pour tous en 2000 », comme fixé à Alma Ata [1]. A la 39^e Assemblée Mondiale de la Santé de 1986, suite à l'évaluation faite par les pays, la nécessité de faire des réformes pour accélérer les progrès s'est imposée. Dans son allocution, le Directeur général de l'OMS, Dr Mahler, avait souligné que [2]:

"For the delivery of primary health care, countries have to be divided into manageable units. By that I mean geographical areas small enough to be managed without sinking in the mud of central bureaucracy, yet large enough to make it feasible to include most of the ingredients required for self-reliant health care... The best way I can describe such a manageable unit is one that has primary health care facilities in communities and possibly for groups of communities, that has a referral hospital, laboratory facilities inside or outside the hospital, and a district health office with a full time health officer; or in other words a more or less self-contained segment of the national health system. I shall call that unit a district, but of course it could have many different names in different countries."

C'est en phase avec ce constat qu'en 1987, une région interrégionale a été organisée par l'OMS et les pays ont adopté la Déclaration de Harare sur le "Renforcement des systèmes de santé de district basés sur les soins de santé primaires" [3]. Pareillement, dans la Région OMS Panaméricaine, les pays ont adopté en 1988 le concept de 'système local de santé' (SLS) et ont proposé le développement et le renforcement du *système local de santé* comme un moyen pour orienter la transformation du système national de santé vers l'atteinte de l'objectif de santé pour tous en l'an 2000 [4].

2. Déclaration de Harare (Annexe 1)

La Déclaration est reprise en annexe à ce document. On notera en particulier les points suivants :

- Les faiblesses dans la mise en œuvre des SSP en termes de planification, d'organisation et de gestion y sont réitérées [3].

- Elle avance que l'offre des SSP efficaces dépend d'actions globales basées sur des systèmes de santé de district bien organisés.
- Il y est mentionné que le district offrirait de meilleures opportunités pour identifier les plus vulnérables et pour intégrer toutes les interventions de santé indispensables pour l'amélioration de la santé de la population.
- Le *district de santé* y est défini comme 'un segment du système de santé, qui comprend une population bien définie, vivant dans zone administrative et géographique, et toutes les institutions et secteurs dont les activités contribuent à l'amélioration de la santé'.
- La Déclaration prône une logique où tous les secteurs, y compris celui de la santé, devraient s'associer pour le renforcement effectif des districts de santé à travers la mise en œuvre de douze points d'action. Parmi ces points, on peut citer la décentralisation, le développement d'un processus de planification au niveau du district et l'utilisation de la recherche sur les systèmes de santé.
- Les valeurs prônées par la Déclaration de Hararé sont essentiellement l'équité (*the district provides the best opportunities for identifying the underserved*), l'efficacité (*making better use of the available resources*) et l'autonomie.

3. WHO PAHO : Document CD33/14 (Annexe 2)

Dans la Région OMS Panaméricaine, on a plutôt utilisé le concept de 'système local de santé' ; celui-ci a été adopté officiellement en 1988 [4]. En termes de définition, les SLS :

"... constitute a set of interrelated health resources that are organized by geographical and population criteria into urban or rural areas, being based on the population's needs as defined in terms of risks. They assume responsibility for providing care to individuals, families, social groups, and the environment, and they have the capacity to coordinate the resources available from within and outside the health sector, to facilitate social participation, and to contribute to the development of the national health system, giving it vitality and new direction".

On note que les deux concepts 'district de santé' et 'SLS' sont proches à travers les notions de territoire, de population de responsabilité et de mise en œuvre des SSP. Dans le SLS, la notion d'intersectorialité, de décentralisation et de participation des acteurs locaux est plus forte.

4. Mise en œuvre de la Déclaration de Harare

Les pays d'Afrique sub-saharienne ont progressivement mené des réformes pour adopter et mettre en œuvre la politique d'organisation du système de santé en districts sanitaires. Ceci a permis de renforcer la couverture géographique des populations en services de santé. Toutefois, de nombreux problèmes ont limité la mise en œuvre optimale de l'approche district.

En effet, la mauvaise gouvernance a entraîné l'orientation des fonds des bailleurs vers les programmes verticaux au détriment du système général de santé. La Banque Mondiale avait d'ailleurs recommandé aux gouvernements et autres bailleurs d'allouer les financements à des interventions efficaces, notamment les programmes de lutte contre la maladie [5]. De plus, la crise économique des années 90 et les programmes d'ajustement structurels qui ont suivi se sont traduits par une forte baisse des budgets alloués aux secteurs sociaux y compris la santé. L'introduction des paiements directs (Initiative de Bamako) a accentué les inégalités d'accès aux soins entre les riches et les pauvres.

Depuis les années 2000, on assiste à l'émergence des Initiatives Globales de Santé (Fonds Mondial, Roll-Back Malaria, Stop TB Partnership) et des Fondations qui mobilisent d'importantes ressources pour la santé mais orientées prioritairement vers des maladies spécifiques [6,7]. Il y a donc une tendance à se focaliser sur les maladies au détriment du renforcement des systèmes de santé en général et des districts de santé en particulier. Une des résultantes est que les systèmes

de santé restent faibles en Afrique sub-saharienne, avec pour conséquence une forte morbidité et mortalité évitables et une incapacité d'atteindre les objectifs globaux de santé tels que les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

5. Enrichissements conceptuels récents

Dans les pays à faible revenu, plusieurs auteurs ont noté que la faiblesse des systèmes de santé limitait l'atteinte des objectifs globaux de santé. Ce constat a fait raviver un regain d'intérêt pour les systèmes de santé et les SSP.

Ainsi, en 2000, le Rapport OMS sur la santé dans le monde était consacré à la performance des systèmes de santé [8]. Celui de 2008, célébrant les 30 ans de la Déclaration d'Alma Ata, a remis en exergue les SSP. Il a notamment souligné la fragmentation de l'offre de soins à cause de la verticalisation et la prédominance des soins curatifs et a recommandé que des réformes soient mises en œuvre pour réorganiser les services de santé, afin qu'ils couvrent les besoins et les attentes des populations dans un monde en perpétuel changement. En outre, il a argumenté que pour qu'un système de santé réponde aux besoins des populations, l'accent doit être mis sur la capacitation du niveau opérationnel [9]. L'OMS a d'ailleurs recommandé de renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats de santé [10]. Plus récemment, en 2013, les participants à la Conférence de Dakar sur les 25 ans du district sanitaire en Afrique sub-saharienne, ont souligné que les SLS forts sont requis pour l'atteinte des objectifs de santé [11]. Il convient de signaler qu'en dépit de l'introduction du renforcement des systèmes de santé dans l'agenda de la plupart des acteurs en santé mondiale, les systèmes de santé restent faibles dans les pays à faible revenu en général et en Afrique sub-saharienne en particulier. Les acteurs ont diverses visions et parfois des positions idéologiques, qui ne cadrent pas avec la réalité empirique et limitent la construction d'une intelligence collective autour de l'objectif de renforcement des districts de santé basés sur les SSP, adopté à Harare en 1987. Nous pensons également que les valeurs prônées par la Déclaration de Harare restent d'actualité aujourd'hui. En effet, les pays ont adopté l'objectif d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux soins et services de santé de qualité dont elle a besoin à travers l'équité, l'offre de soins de qualité et la protection financière des usagers [12]. Cet objectif est en phase avec les points d'action de la Déclaration de Harare car il requiert un niveau opérationnel robuste.

Ainsi, s'investir dans les SLS n'est donc pas une position idéologique ou une fidélité à une déclaration, mais plutôt une priorité si l'on veut progresser vers la CSU ou atteindre les futurs objectifs de développement durable. Mais en dépit des différents appels, le niveau district est encore négligé par trop d'acteurs.

6. Les composantes du district de santé

Le district de santé doit répondre aux objectifs du système de santé qui, depuis le Rapport de l'OMS sur la Santé dans le Monde de 2000, ont été formulés comme étant d'améliorer la santé, assurer une protection sociale et financière et répondre aux attentes des populations. Par conséquent, il doit offrir un accès universel aux soins et services de santé de qualité qui répondent aux besoins des populations [13]. Pour Chatora et Tumusiime, le district inclut les éléments interconnectés qui contribuent à la santé à domicile, dans les institutions de formation, les lieux de travail, les places publiques et les communautés, et dans l'environnement psychosocial et physique [14].

- **Caractéristiques**

Plusieurs décennies de mise en œuvre (y compris avant la Conférence de Harare) ont permis d'établir un corpus de principes et règles pour qu'un district de santé soit réellement opérationnel :

- Être assez large pour justifier les coûts investis pour la création et la gestion des services de santé, en particulier les hôpitaux.
- Être assez petit pour tenir compte de la situation démographique et socioéconomique spécifique.
- Avoir des approches de planification de 'bas en haut' et de 'haut en bas' en tant qu'interface entre le niveau local et les échelons supérieurs.
- Assurer la communication avec la population cible ainsi que sa participation dans la planification et la mise en œuvre des activités.
- Garantir une gestion (supervision par exemple) transparente et adaptée.
- Réaliser la coordination entre les différents services et programmes de santé.
- Développer la collaboration intersectorielle avec d'autres secteurs dont les interventions ont un impact sur la santé (agriculture, éducation, eau, hygiène et assainissement et habitat...) peut être plus opérationnelle.

- **Structure**

Le district de santé doit être compris comme comportant (Figure 1):

- une équipe de gestion du district ('*district health management team*') pour assurer une offre globale de soins promotionnels, préventifs, curatifs et de réhabilitation ;
- des formations sanitaires publiques et privées à but lucratif et non lucratif (missions et ONG): les centres de santé qui offrent le premier niveau de soins soit dans la formation sanitaire ou dans la communauté (poste de santé) ; et l'hôpital qui assure la prise en charge des cas référés par les centres de santé [15] ;
- la communauté et les ménages ;
- les services d'appui (éducation, agriculture, routes, eau, hygiène...) dont les interventions ont un impact sur la santé [14].

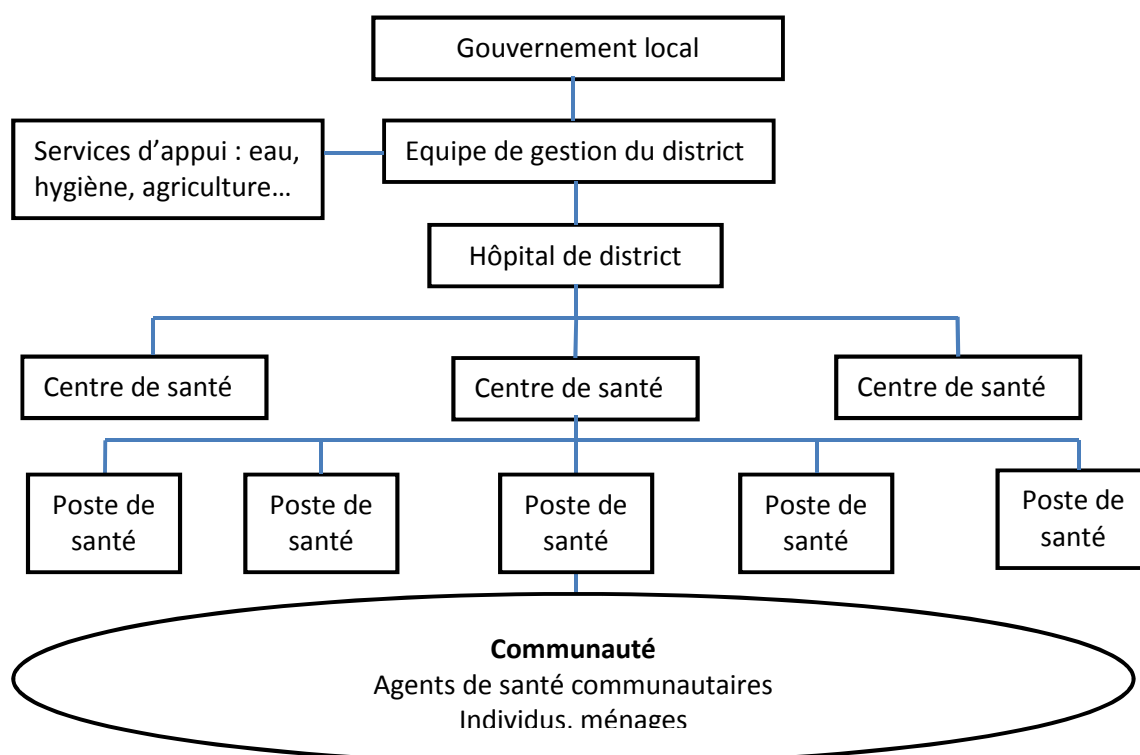


Figure 1 : Structure du district de santé

- **Fonctions essentielles du SLS**

Pour réaliser sa mission, il a été recommandé que le district repose sur 3 piliers essentiels :

- Le développement des services de santé primaires (qui inclut l'hôpital de référence)
- La participation communautaire et des autres acteurs dans la planification et l'organisation des soins et services de santé
- La mise en œuvre des actions dans les secteurs sociaux et économiques pour prendre en compte les déterminants qui affectent le développement de la santé [16].

L'équipe de gestion du district occupe une place centrale dans le modèle d'organisation du système de santé en districts. En effet, elle est censée assurer le *stewardship* pour le développement de toutes les composantes du district. Cette équipe doit être capable de mettre en place les plateformes regroupant tous les acteurs –santé et non santé- dont les interventions concourent à l'amélioration de la santé. Enfin, elle doit développer des capacités pour délivrer des soins et services de santé de qualité à sa population de manière à couvrir ses besoins exprimés ou non. Des fonctions essentielles requis pour un district ont été largement décrits par des auteurs [16-19]. Nous avons résumé ces fonctions essentielles du district en 10 points (Encadré 1).

Encadré 1 : 10 Fonctions essentielles du district de santé

1. Diagnostic et investigation des problèmes de santé et leurs déterminants au sein de la communauté
2. Développement des politiques et des plans pour appuyer les efforts individuels et communautaires en matière de santé
3. Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et médicaments
4. Régulation de l'offre de soins pour protéger la santé et assurer la sécurité (normes et standards)
5. Conduite de la recherche en santé pour identifier des solutions innovantes
6. Offre des soins et services de santé de qualité
7. Mobilisation des partenaires (communautaires, autres secteurs, ONG et bailleurs) pour la collaboration sectorielle et multisectorielle
8. Suivi (monitoring) des activités et de l'état de santé des populations
9. Coordination des activités
10. Organisation de la supervision

La mise en œuvre de ces fonctions exige la participation effective et cohérente des différents acteurs sus cités. Pour cela, les flux informationnels doivent être fluides pour permettre d'avoir les données nécessaires à la prise de décision en temps réel.

7. Grille d'évaluation du district de santé

Sambo *et al.* ont proposé une grille d'évaluation de l'opérationnalité du district de santé. Elle comporte la revue de l'organisation et de la gestion (management) du système de santé en termes de structures, de processus managériaux, de mise en œuvre des activités prioritaires de santé, de participation communautaire, ainsi que de disponibilité et de gestion des ressources. Ils ont souligné que cette évaluation devrait relever de la responsabilité de l'équipe de gestion du district et devrait être conduite tous les 3 ans [20]. Pour Sambo *et al.*, l'évaluation de l'opérationnalité du district de santé n'inclut par l'évaluation de la performance et a pour objectifs de :

- Identifier les forces et les faiblesses des structures organisationnelles, des processus managériaux, de l'offre de soins et services de santé prioritaires, de la participation communautaire et de leur capacitation (*empowerment*), de la gestion des ressources dans le district de santé.
- Développer un plan d'action pour améliorer la fonctionnalité du district sur la base du résultat de l'évaluation.
- Renforcer les capacités de l'équipe de gestion du district à travers le processus d'auto-évaluation.

Nous pensons que des indicateurs de performance devraient être inclus dans une grille d'évaluation d'un district pour analyser dans quelle mesure le district, en tant que unité opérationnelle du système de santé, atteint ses propres objectifs. Barry *et al.* ont proposé un modèle d'évaluation de la performance des districts qui analyse i) les intrants –légaux, organisationnels et les ressources ; ii) les processus –stewardship, formulation des politiques, régulations, planification stratégique, gestion des ressources ; iii) les résultats (ouputs) – adéquation des stratégies avec les besoins locaux, coalitions d'acteurs, redevabilité ; et enfin iv) l'impact (outcomes) –accès, qualité, efficience, utilisation des services [21].

Les deux cadres pour l'évaluation de l'opérationnalité et de la performance ne sont pas mutuellement exclusifs. Des éléments tels que la disponibilité des ressources (intrants), les processus se retrouvent dans les deux cadres. Nous avons proposé un cadre qui fait la synthèse des deux approches (Encadré 2). Ce processus d'évaluation guiderait le niveau central à développer les politiques, planifier et allouer les ressources pour renforcer le district. Il permettrait également au niveau district d'identifier les différents goulots d'étranglement, en particulier internes, qui freinent le développement du district. Il s'agirait alors de répondre à deux principales questions :

- Quels sont les composantes, les activités, les compétences et les capacités du district?
- Comment sont offerts les services de santé essentiels aux populations ?

Au-delà des normes établies pour le district, nous pensons aujourd'hui que le modèle du district sanitaire a été trop prescriptif en Afrique sub-saharienne et n'a jamais réellement fonctionné de manière adéquate. Par ailleurs, il repose largement sur les professionnels de santé en général et surtout sur le secteur public en particulier. Le Rapport de la Conférence de Dakar note que *"le modèle du district avait été conceptualisé dans les années 1980, à une époque où les concepts comme le 'stewardship' et la gouvernance, les arrangements institutionnels et les incitants ne faisaient pas partie du corpus théorique disponible"* [19]. De plus, l'offre de soins était dominée par le secteur public. L'une des 12 priorités du district, issues de cette conférence, était *d'encourager toutes les organisations œuvrant dans le développement des SLS à adopter le modèle d'une organisation apprenante, afin d'être capables de s'adapter avec souplesse à leur environnement complexe*. Comme acteurs des SLS, les participants à la Conférence de Dakar ont cité, en plus des établissements de santé (publics, privés à but lucratif et non lucratif), les individus, les ménages, les communautés, les agents de santé communautaires et les acteurs des autres secteurs (éducation, agriculture, environnement, finances...). L'intelligence collective doit être construite avec tous ces acteurs. Par conséquent, nous pensons que le SLS exige :

- une vision commune et partagée par tous les acteurs pour la santé individuelle et collective, ainsi que la formulation des politiques et des stratégies pour atteindre les objectifs fixés ;
- des flux informationnels entre les différents acteurs pour les aider à prendre des décisions informées et à adapter leurs interventions aux besoins changeants ;
- une équipe (cadre de district) de gestion du district qui va au-delà des seuls représentants des professionnels de santé ;
- une mobilisation et une utilisation rationnelle des ressources (matérielles, financières, logistiques, réglementaires...) pour non seulement guider les acteurs, mais aussi pour les aider à atteindre leurs objectifs spécifiques relatifs à la santé ;

- des cadres de concertation, de coordination et d'évaluation régulières des politiques, des stratégies, des interventions et des résultats obtenus pour adapter régulièrement le SLS afin qu'il réponde effectivement aux attentes des bénéficiaires.

Encadré 2 : Grille d'évaluation du district de santé

Intrants

- Cadre légal et réglementaire
 - Dispositifs de régulation
 - Directives, normes et standards
 - Politiques
- Disponibilité des ressources locales pour la santé
 - Finances
 - Ressources humaines
 - Equipement, médicaments et logistique
- Organisation
 - Leadership
 - Système logistique

Processus

- Arrangements institutionnels entre les acteurs
- Plateformes de gestion des flux informationnels
- Forums et cadres de concertation des acteurs
- Processus de gestion établis
 - Gestion des ressources (budgétisation, recrutement, formation, approvisionnement en intrants)
 - Plans opérationnels
 - Activités de supervision, suivi et évaluation
- Fonctionnement des structures de gestion du district
 - Equipe cadre de district
 - Equipe de gestion du district

Résultats (outputs)

- Activités des formations sanitaires
 - Interventions de santé publique
 - Soins de santé essentiels
 - Autres interventions de promotion de la santé
- Initiatives communautaires de santé
 - Structures communautaires fonctionnelles
 - Activités communautaires
 - Fonds communautaires
 - Redevabilité

Impact

- Accès
- Qualité
- Efficience
- Utilisation des services

Adapté de Sambo *et al.* et Barry *et al.*

8. Conclusion

Aujourd'hui de nouveaux outils de l'information et de la communication ont été développés. Le défi est de les utiliser à bon escient pour recentrer le district de santé sur les populations, en passant du système d'information sanitaire traditionnel à l'intelligence collective.

En effet, certaines des fonctions clés du district telles que la gestion des ressources, la collaboration sectorielle et multisectorielle, la coordination des activités peuvent être soutenues par les TIC. La documentation des expériences d'utilisation des TIC au niveau du district est importante pour diffuser ces expériences et aider d'autres systèmes de santé à accélérer le renforcement de leurs SLS. Au-delà des TIC, une réflexion plus globale porterait sur l'importance et les processus de développement de l'intelligence collective et les interconnexions nécessaires pour apprécier les flux informationnels.

References

1. Van Lerberghe W: **Les politiques de santé africaines: continuités et ruptures.** *Bull Scienc Acad R Sci Outre-Mer* 1994, **39**: 205-230.
2. Mahler H. **Address br Dr H. Mahler, Director-general of the World Health Organization in presenting his report for 1984 and 1985 to the thirty-nine World Health Assembly. Geneva. 6 May 1986.** 1986. 6-5-1986. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162308/1/WHA39_Div-4_eng.pdf.
3. WHO. **Declaration on strengthening district health systems based on primary health care.** 1987. Harare, WHO.
4. PAHO. **Development and strengthening of local health systems in the transformation of national health systems.** 1988. Washington, PAHO. disponible sur: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6822/25092.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. World Bank. **World Development Report 1993: Investing in Health.** 1993. 1993. Oxford, Oxford University Press.
6. Oliveira CV, McPake B: **Global Health Initiatives and aid effectiveness: insights from a Ugandan case study.** *Global Health* 2011, **7**.
7. OCDE. **Aid to health.** 2011. OCDE.
8. OMS. **Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant.** 2000. Genève, OMS.
9. WHO. **The World Health Report 2008: Primary health care-now more than ever.** 2008. Geneva, WHO.
10. WHO. **Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.** 2007. Geneva, WHO.
11. Meessen B, Malanda B: **No universal health coverage without strong local health systems.** *Bull World Health Organ* 2014, **92**: 78-78A.
12. OMS. **Financement de la santé et couverture universelle.** http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/ . 2015.

13. van Olmen J, Criel B, Van Damme W, Marchal B, Van Belle S, Van Dormael M *et al.*: **Analysing health systems to make them stronger**. Edited by Van Lerberghe W, Kegels G, De Brouwere V. Antwerp: ITG Press; 2010:1-98: Studies in Health Services Organisation & Policy].
14. Chatora R, Tumusiime P. **Health sector reform and district health systems**. In **District health management team training modules N° 1**. 2004. Brazzaville, WHO Afro.
15. McCoy D: **The role of the district hospital in the DHS**. *Kwik-Skwiz* 1998, **9**: 1-4.
16. Segall M: **District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas**. *International Journal of Health Planning and Management* 2003, **18**: S5-S26.
17. Gorgen H, Schmidt-Ehry B: **The concept of the district health system (DHS)**. In *The district health system, experiences and prospects in Africa: Manual for public health practitioners*. 2nd edition. Edited by Gorgen H, Kirsch-Woik T, Schmidt-Ehry B. Wiesbaden: GTZ; 2004:27-50.
18. NACCHO. **Local public health system assessment at a glance**. <http://www.naccho.org/topics/infrastructure/mapp/upload/lphsa.pdf> . 2015.
19. Communauté de Pratique Prestation des Services de Santé. **Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la couverture sanitaire en Afrique**. Rapport de la Conférence régionale "Les district sanitaires en Afrique: Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare". 21-23 octobre 2013, Dakar-Sénégal. 2013.
20. Sambo LG, Chatora RR, Goosen ESM. **Tools for assessing the operationality of district health systems: guidelines**. 2015. Brazzaville, WHO Afro.
21. Barry SP, Bakeera S, Kirigia JM, Sambo LG: **A rapid assessment of district health systems in six countries of the WHO African Region**. *East African Medical Journal* 2009, **86**: S13-S24.

HARARE DECLARATION

WHO/SHS/DHS

[See WHO/SHS/DHS/87.13,
pp. 26 - 27]

INTERREGIONAL MEETING ON STRENGTHENING DISTRICT HEALTH SYSTEMS

Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987

Declaration on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care

Harare, Zimbabwe

7 August 1987



World Health Organization

Declaration of the Harare Conference on Strengthening District Health Systems based on Primary Health Care

At our meeting here in Harare a mere twelve years before AD 2000, the date set for achieving the goal of Health for All, we strongly reaffirm the primary health care approach as the means to achieve that goal.

Despite impressive progress in implementing primary health care in many countries, weakness in planning, organization and management, particularly in districts, represents one of the greatest obstacles impeding health development. This fact emerged from an evaluation conducted by 90 percent of WHO Member States.

We are convinced that effective intensification of primary health care depends on comprehensive action based in well-organized district health systems, as called for by the 1986 World Health Assembly. With increasing concern to ensure equity and the sustainability of the impact of accelerated programmes on primary health problems, we are convinced that the district provides the best opportunities for identifying the underserved and for integrating all health interventions needed to improve the health of the entire population.

A district health system is taken to mean a more or less self-contained segment of the national health system which comprises a well-defined population living within a clearly defined administrative and geographical area, either rural or urban, and all institutions and sectors whose activities contribute to improved health.

We believe that the community and all sectors, including the health sector, need to come together for the effective strengthening of district health systems, through vigorous implementation of the following points for action:

Adopt National Policies

which provide for necessary support to districts.

Decentralize

financial and manpower management as appropriate to encourage flexibility within districts in adapting national policies for resource use according to local priorities.

Develop a District Planning Process

to define objectives and set targets in each district with emphasis on those families and communities most at risk on the basis of a health information system to monitor health problems and resource utilization.

Strengthen Community Involvement

by creating appropriate mechanisms for providing support and increasing self-reliance by strengthening the knowledge and skills of communities in solving health and development problems.

Promote Intersectoral Action

by creating mechanisms to give health concerns higher priority on the agenda of district development and helping each sector define its role in health activities.

Develop District Leadership

for primary health care through orientation, training and continuing education of key individuals from all walks of life.

Mobilize all Possible Resources

for health development, exploring further the role of financing through user-charges, social security and pre-paid schemes, and making better use of resources available from communities and non-governmental groups.

Ensure Sustainability

by integrating all programmes into the district health system and improving the basic management skills of health personnel.

Redefine the Role and Functioning of Hospitals

within a district as integral parts of the district health system.

Use Health Systems Research

as a tool for solving problems of the district health system, including financing and resource allocation and to answer the need for health development networks to conduct situational analyses and field studies.

Ensure Equity Between Districts

by allocation of national resources on the basis of need.

Although communities and nations will naturally take responsibility for the above action, we would also:

Encourage the Mobilization of International, Multilateral and Bilateral Resources

in support of the implementation of district health systems based on primary health care, action research and development, and exchange and dissemination of information. National, regional and global collaboration in this effort, through appropriate coordination mechanisms, will avoid wasteful duplication and ensure that support is provided for priority areas. Such support should promote national capabilities.

Annexe 2 : WHO PAHO-Document CD33/14



directing council

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.
September-October 1988

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XL Meeting



INDEXED

Provisional Agenda Item 5.6

CD33/14 (Eng.)

4 August 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

DEVELOPMENT AND STRENGTHENING OF LOCAL HEALTH SYSTEMS IN THE TRANSFORMATION OF NATIONAL HEALTH SYSTEMS

It has been approximately 10 years since the countries of the Region of the Americas assumed the commitment of attaining health for all by the year 2000, defining as a basic strategy the development of primary care and its principal components.

Despite the important efforts made, it is possible to affirm today the persistence in the Region of situations of inequity and poverty that keep broad sectors of the population from leading a socially and economically productive life.

In the countries of Latin America and the Caribbean area, some 700,000 deaths occur each year that could be prevented through the timely and appropriate application of existing knowledge about public health, prevention, and medical care. Approximately 130 million of the total population of 423 million do not have regular access to health services.

This situation, which is the result of various political, economic, and social factors, was aggravated at the beginning of the present decade as a consequence of the economic crisis facing the countries of the Region, especially the problems related to the external debt and the limitations of their productive systems. Within this context, resources for health care have suffered the effects of the adjustment measures taken and the economic constraints imposed on the social sectors.

Thus there arises the need to revise the tactics adopted to implement the political commitment of attaining health for all by the year 2000 and its basic strategy of primary health care, along with the need to work within the processes of democratization and social justice that are under way in the countries.

The programming priorities defined by the XXII Pan American Sanitary Conference in its Resolution XXI establish the need to transform the national health systems through the development of the health services infrastructure with emphasis on primary health care, on addressing the priority health problems of vulnerable human groups through specific programs implemented under the health services system, and on the process of administration of the knowledge needed to carry out the two preceding activities.

Along this same line, concrete activities have been identified in most of the countries of the Region to accelerate these processes of change vis-à-vis the development and strengthening of the local health system as a means of orienting the transformation of national health systems. Thus the health for all goal and the strategy of primary health care are reinforced through this concrete operational tactic as a crucial approach for implementing all health programs and priorities.

Based on the foregoing, the proposal to develop local health systems does not mean merely a division of the health sector's administrative tasks or a simple redefinition of the responsibility for health resources. Rather, within the context of structural and democratic changes in the countries, local health systems should favor the development of new forms of action to set up health care networks in coordination with effective community representation and participation in order to transform them into structures that are more sensitive to the population's needs.

From the point of view of the health sector, local health systems constitute a set of interrelated health resources that are organized by geographical and population criteria into urban or rural areas, being based on the population's needs as defined in terms of risks. They assume responsibility for providing care to individuals, families, social groups, and the environment, and they have the capacity to coordinate the resources available from within and outside the health sector, to facilitate social participation, and to contribute to the development of the national health system, giving it vitality and new direction.

With this background the need to accelerate the process towards HFA by the year 2000 was discussed fully at the 101st Meeting of the Executive Committee. It was accepted that local health systems already exist in most of the countries but they have problems of coordination and efficacy in the use of resources. Activities in operation were presented as examples of conceptual and methodological development and as a way to identify constraints and possible solutions. It was agreed that the proposal to strengthen local health systems is an important operational tactic to improve equity, efficacy and efficiency of health services, especially those oriented towards more vulnerable groups. Thus the concept of local health systems is inextricably linked to the primary health care strategy and the HFA goal.

Some important requisites were considered for the development of local health systems such as proper financing, organization, decentralization and social participation, as well as the development of new approaches in the development of health personnel.

Also mentioned was the need to achieve a balance between the development of health systems and the programs to be delivered. Local health systems could provide the organizational framework for adequate continuity of health programs.

Local health systems can be viewed also as a means to achieve cooperation with other sectors, such as public works (drinking water and sanitation), education, and agriculture, and as a means for providing special relevance to health promotion.

Some areas identified for further development were:

- a) The need to consider new financing mechanisms other than State funds provided through general revenue and social security;
- b) The need to study ways for development of administrative and managerial capacities at local level; and to meet the associated costs;
- c) The importance of national and regional guidelines for local health systems and to avoid atomization of resources;
- d) The role of external financing vis-à-vis national resources;
- e) The need to take into consideration different sociocultural realities;
- f) The importance of social participation and the role of women in the delivery of health care and leadership in health.

Based on the discussion by the Executive Committee, changes have been introduced in the original document in order to reflect Member Country experiences.

The Directing Council is asked to review the proposed approach and to consider the resolution recommended by the Executive Committee in Resolution X, presented below:

THE 101st MEETING OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having seen Document CE101/25, "Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems," and Resolution WHA41.34 of the World Health Assembly,

RESOLVES:

To recommend to the XXXIII Meeting of the Directing Council the adoption of a resolution along the following lines:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD33/14, "Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems," Resolution WHA41.34 of the World Health Assembly, and the observations of the 101st Meeting of the Executive Committee;

Taking into account Resolution CSP22.R21 of the XXII Pan American Sanitary Conference, which defined the orientation and programming priorities of PAHO for the quadrennium 1987-1990;

Recognizing the urgent need to accelerate the transformation of the national health systems in order to promote application of the primary health care strategy and to attain the goal of health for all by the year 2000;

Concerned about the constraints on the proper development of health care imposed by the present economic crisis and by limitations within the health sector itself;

Convinced that the challenge of improving the health of the neediest populations should be met, despite the crisis, with innovative measures for the structuring and administration of available resources;

Cognizant of the exercises already under way in most of the countries for transformation of the national health systems based on the development of local health systems as part of national decentralization and deconcentration processes; and

Agreeing that it is at the local level that policies and strategies for social development and health care can be implemented on the basis of social participation, intersectoral action, coordination of financial sources, and integration of programs,

RESOLVES:

1. To thank the Director for Document CD33/14, "Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems."

2. To urge Member Governments:

- a) To continue and strengthen their work of defining policies, strategies, programs, and activities for the transformation of national health systems through the development of local health systems;
- b) To ensure coordinated participation in the strengthening of local health systems by all government institutions responsible for the delivery of services, especially the social security administrations, and the international cooperation agencies;
- c) To place special emphasis on the provision of resources and decentralization to strengthen the operating capacity of local health systems, and on specific programs for dealing with priority health problems;
- d) To give special attention to the aspects cited in Section IV of Document CD33/14 as a response by the sector for the attainment of greater equity, efficiency, effectiveness, and participation;
- e) To define and apply suitable indicators and processes for evaluating the development of local health systems and the progress made;
- f) To promote research on health system services at the local level.

3. To request the Director:

- a) To strengthen technical cooperation to the Member Countries so that resources will be mobilized for activities to transform national health systems and support priority programs through the development of local health systems and, particularly, to develop the planning process and information systems, administration, community participation, the leadership of the sector, and personnel training.

- b) To encourage exchanges of experiences between countries and groups of countries as a form of technical cooperation among countries, and to disseminate among governments and local organizations the available information on advances in the development of local health systems and the transformation of national health systems;
- c) To promote the coordinated participation of all health-related agencies, including those providing services, training human resources and pursuing research, and those for international cooperation;
- d) To disseminate to the governments and their ministries and agencies the information available on methodological aspects and advances in the development of local health systems and the transformation of national health systems;
- e) To support the monitoring of the evaluation of progress in the countries, and to include this topic in his annual reports during the present quadrennium (1987-1990).

Annex