

---

---

# ATENCION MEDICA

INDEXED

*Bases para la formulación  
de una política continental*



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
Washington 6, D.C., E.U.A.  
1962

---

---

# ATENCION MEDICA

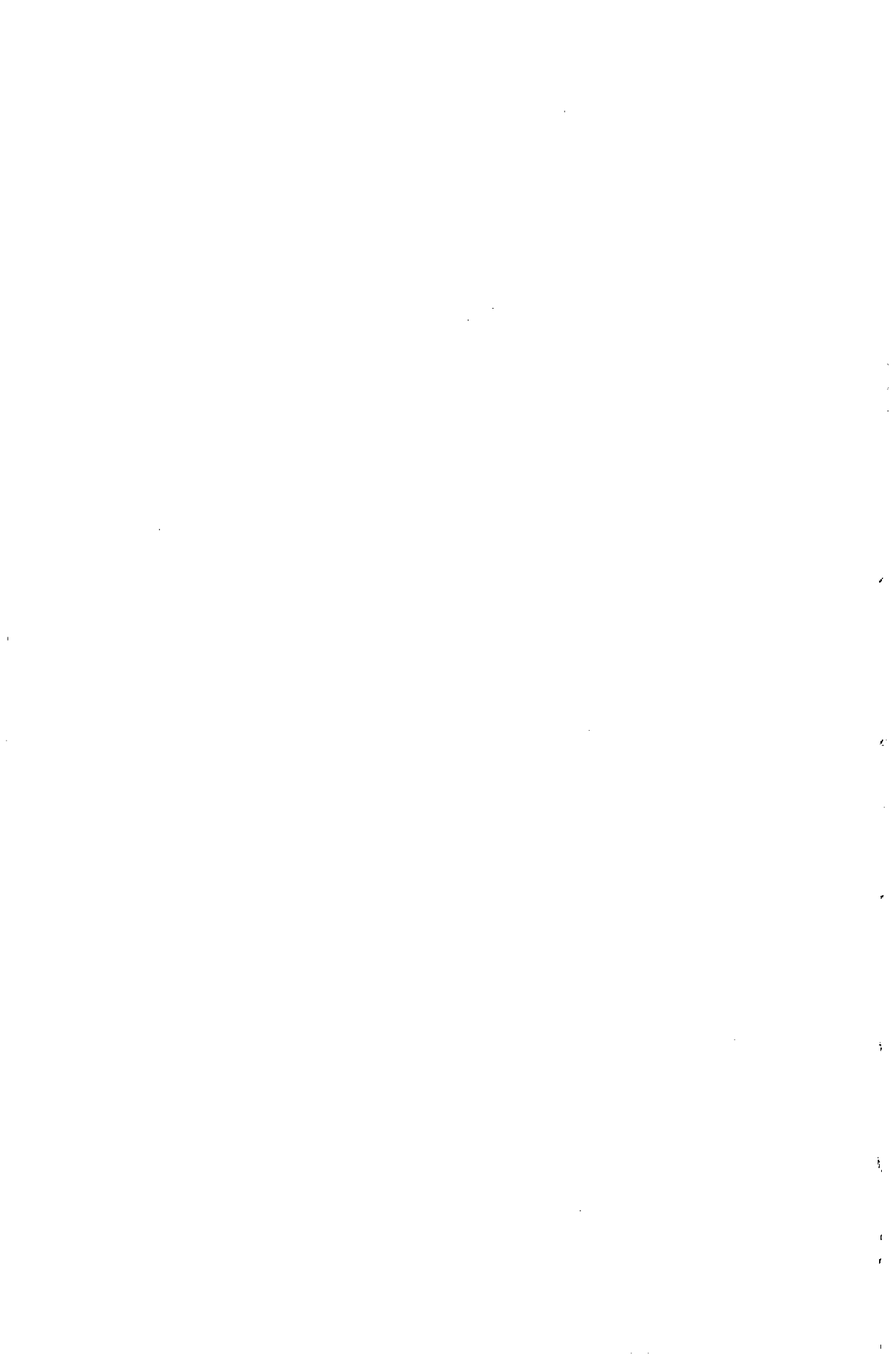
*Bases para la formulación  
de una política continental*



Publicaciones Científicas No. 70

Noviembre de 1962

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
1501 New Hampshire Avenue, N.W.  
Washington 6, D.C., E.U.A.



## NOTA EDITORIAL

Durante los últimos dos años la Oficina Sanitaria Panamericana ha venido considerando algunos aspectos importantes en relación con la atención médica.

Comenzó su labor recogiendo, por medio de sus Oficinas de Zona, la información básica necesaria sobre el estado presente de la atención médica en los países de la América Latina. Convocó la reunión de un Grupo Asesor en Atención Médica que tuvo lugar del 7 al 9 de marzo de 1962, y en junio del mismo año obtuvo recomendaciones precisas del Comité Asesor en Investigaciones Médicas, el cual destacó la alta prioridad que se debe dar a la atención médica.

Por último, siguiendo el mandato del Consejo Directivo en su XIII Reunión (octubre, 1961), las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Minneapolis, Minnesota, del 21 de agosto al 3 de septiembre de 1962, se dedicaron a discutir el siguiente tema: "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud".

La documentación relativa a estas reuniones se ha compilado en su forma original en la presente monografía, cuyo objeto es servir de base a la planificación de la atención médica dentro de una política integradora.

Cada uno de los documentos va identificado en la presente publicación por medio del número, título y epígrafe correspondiente, para destacar más sus características principales.



## SUMARIO DE MATERIAS

### DOCUMENTOS DE LA REUNION DEL GRUPO ASESOR EN ATENCION MEDICA

	<i>Página</i>
1. HACIA LA FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA— <i>Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana</i> .....	3
2. LA ATENCIÓN MÉDICA EN LOS PLANES NACIONALES DE SALUD.....	9
3. INFORME FINAL .....	29

### DOCUMENTOS DE LAS DISCUSIONES TECNICAS, XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

4. SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN BÁSICA DISPONIBLE— <i>Dr. René García Valenzuela</i> .....	51
5. ALGUNOS ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS AMÉRICAS— <i>Dr. A. Peter Ruderman</i> .....	63
6. UTILIZACIÓN EFECTIVA DE LOS RECURSOS DESTINADOS A SALUD (Resumen)— <i>Dr. John B. Grant</i> .....	75
7. UTILIZACIÓN EFECTIVA DE LOS RECURSOS DESTINADOS A SALUD (Texto completo)— <i>Dr. John B. Grant</i> .....	80
8. INFORME DEL RELATOR.....	100

**DOCUMENTOS DE LA REUNION DEL  
GRUPO ASESOR EN ATENCION MEDICA**





## HACIA LA FORMULACION DE UNA POLITICA DE ATENCION MEDICA

*Con ocasión de reunirse en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud (Washington, D.C.) el Grupo Asesor en Atención Médica (7 a 9 de marzo de 1962), el Director, Dr. Abraham Horwitz, en su discurso inicial para constituir el Grupo, hizo algunas consideraciones preliminares para orientar los debates. A manera de prólogo se incluye el texto de este discurso por estimarse que en él figuran los principales lineamientos para la formulación de una política de atención médica.*

Quiero agradecer especialmente vuestra presencia en nuestra Sede para analizar un problema indudablemente trascendental. Nos parece del caso precisar los contornos de dicha presencia.

Entre las resoluciones que resumen la histórica Carta de Punta del Este, con la definición de los objetivos y métodos de la Alianza para el Progreso hay una, introducida a indicación del Gobierno de los Estados Unidos de América, referente a los Grupos de Estudio, traducción de las *Task Forces* allí establecidas. En esta resolución se le encomienda a la Oficina Sanitaria Panamericana la organización de estos Grupos de Estudio para cumplir los objetivos de la Carta de Punta del Este en materia de salud. Conviene destacar que nuestra Organización es el único organismo específicamente mencionado para la constitución de tales Grupos, en relación con la planificación y la programación de la salud continental en el próximo decenio.

En la resolución correspondiente a la salud, se detallan las áreas fundamentales relacionadas con los problemas prevalentes en las Américas, entre ellos los de atención médica en su más amplio sentido.

Desde el comienzo nos pareció que, dada la gran diversificación de las funciones de la salud en la sociedad moderna, no era aconsejable encomendarle a un solo grupo de personas un análisis en profundidad de

los objetivos, funciones, métodos, personal, investigación científica y otros elementos que habitualmente forman parte de un programa de salud. No podía un solo grupo de expertos pronunciarse en materias tan complejas como el control o la erradicación de las enfermedades transmisibles, la atención médica, la educación médica, el saneamiento, la planificación en general, para citar sólo algunas de las áreas que constituyen un todo único para los expertos en salud.

Por eso resolvimos recurrir a la buena voluntad de los técnicos del Continente en las diversas disciplinas. En los dos últimos meses nos han acompañado expertos en saneamiento, en nutrición, en planificación, en educación médica y, hoy, en atención médica. Por otra parte, miembros de nuestro personal o algunos consultores especializados han colaborado o están colaborando en la preparación de los documentos respectivos para cada uno de los restantes problemas. Pensamos reunir dicha documentación en un estudio de conjunto para señalar los caminos de acción inmediata y a largo plazo, los recursos actuales, los déficit y la participación del mercado internacional de capitales para complementar los recursos propios de cada Gobierno. El material así reunido deberá someterse a la consideración del Consejo Interamericano Económico y Social, en su próxima reunión, dando cuenta

de lo que se ha hecho para cumplir los propósitos de la Carta de Punta del Este, tanto en el plano del desarrollo económico puro como en el de las inversiones indispensables para realizar un mayor progreso social en el Continente.

Con esta síntesis hemos procurado situar vuestra presencia entre nosotros. Estamos interesados en obtener un consejo, fundado en la sólida experiencia, con respecto al problema continental de la atención médica. ¿En qué momento nos encontramos? ¿Cuáles son las lagunas mayores en el conocimiento y en la aplicación? ¿Qué significado tiene para la economía general de los países? ¿Cómo debieran proceder los Gobiernos para utilizar mejor los recursos con que cuentan y para obtener los fondos necesarios para progresar?

Quisiéramos hacer algunas consideraciones de carácter general alrededor de estas cuestiones, que sirvan de introducción a vuestros debates, con especial referencia a la América Latina, hacia la cual se están concentrando los mayores esfuerzos.

La atención médica es la función más antigua de la salud, la más permanente, ineludible y costosa. Ha existido y seguirá existiendo. Está cambiando, más bien de forma que de fondo, y requiere la movilización de todas las fuerzas vivas de cada país para poderla cumplir racionalmente. Concordamos ampliamente con las expresiones del Dr. William H. Stewart (aquí presente), en su excelente artículo del *American Journal of Public Health* \* de febrero pasado, en el cual se pregunta, con referencia a los Estados Unidos de América, por qué la atención médica es de importancia para los organismos oficiales de salud. Después de acucioso análisis, centrandó su respuesta en tres hechos fundamentales, señala con el tercero que el nivel de atención médica de una comunidad es una de las mayores determinantes del nivel de salud de dicha comunidad.

\* Stewart, William H.: "Why Is Medical Care of Importance to Official Health Agencies?" *Amer J Public Health* 52: 217-222, 1962.

Por razones diversas de carácter histórico, biológico, político, económico y social, cumplen esta función instituciones públicas y privadas, individuos, grupos, asociaciones, comunidades, etc., en su totalidad. En la América Latina constituye hoy en día una función de carácter predominantemente gubernamental. Lo fue desde su origen; lo sigue siendo por razones diversas entre las cuales nos parece que la de mayor peso reside en el costo creciente de los servicios, en relación con el poder adquisitivo de las personas. Porque es indudable que el ingreso promedio por persona en el Continente no sólo no ha aumentado sino que ha permanecido estático o ha ido disminuyendo, particularmente en los últimos años, en circunstancias en que el costo de la atención médica ha ido creciendo como para obligar a los Gobiernos a participar más y más en la organización y administración de los servicios.

Dicho sea de paso, estamos convencidos, por experiencia personal, que en la organización de la atención médica desde los Gobiernos, el grupo sacrificado es el de los médicos. Citamos un hecho; no lo justificamos. Transformados en individuos a salario van perdiendo progresivamente oportunidades para obtener los ingresos necesarios o aquellos que requiere su cultura. A nuestro juicio el problema no tiene solución, porque es de interés de los individuos, de las sociedades y de los Gobiernos, mantener una energía humana de buena calidad. Con todo lo que los economistas sostengan en contrario, el progreso social lo hacen los técnicos bien adiestrados, los individuos bien formados por las universidades. No lo hacen los capitales. Si la experiencia no fuera tan trágica, se podría demostrar cómo una invasión violenta de capitales, en cualquiera de los países en desarrollo, sin la presencia de técnicos que los sepan emplear, termina produciendo resultados negativos, casi catastróficos. En el campo de la medicina y en el de la atención médica, el progreso es de la responsabilidad de los médicos bien formados y si en los países en desarrollo las

comunidades no tienen poder adquisitivo para poder cuidar de su salud, no ha habido y no hay, en nuestro sentir, otra solución que la intervención del estado. Y este es uno de los problemas con respecto al cual necesitamos consejo: ¿cuál es la fórmula más adecuada para proteger, por un lado, a una profesión digna y, por el otro, para asegurar que el servicio se preste, en forma eficiente y oportuna, en bien de la sociedad?

La participación de la seguridad social y de los seguros sociales es otro de los fenómenos que crece en la América Latina. Hay que considerarla con toda precisión. Está contribuyendo también a convertir a la atención médica en una función cada vez más gubernamental y menos privada.

Pensamos que hay urgencia en revisar el concepto de atención médica, su metodología y definir, por lo tanto, las formas más adecuadas para prestar los servicios en el momento oportuno, al menor costo y con la mejor calidad posible. No nos parece del caso, cualquiera que sea la participación de los organismos públicos o privados, seguir discutiendo si las funciones de protección y de fomento de la salud deben ejercerse disociadas de las de atención médica. Basta estudiar la historia de las enfermedades para convencerse que en la naturaleza no hay separación de lo preventivo y de lo curativo. Este es un proceso continuo, permanente, en el que los seres vivos reaccionan a los estímulos del ambiente de acuerdo con su experiencia personal y con lo que la historia ha dejado en su especie. Si no existe esta disociación en la naturaleza, difícil resulta entender que exista en la esfera administrativa, y que se siga observando en nuestro Continente, cualquiera que sea el origen de los fondos y el método, público o privado, que los servicios de curación de las enfermedades procedan tan separados de los preventivos. Si el hecho es valedero, debiera servir de punto de partida para revisar el concepto de atención médica, para definir su esfera de acción, de tal suerte que esta definición sirva de base a una expresión metodológica.

Analizando el concepto, valdría la pena discutir la magnitud del problema. Es penoso observar que en este momento no haya datos precisos sobre el número de camas de hospital existentes en la América Latina. Es un hecho casi increíble, pero la verdad es que la información no tiene la exactitud deseable. Tampoco hay datos con respecto a la distribución de los servicios de atención médica por especialidad, ni un conocimiento exacto sobre la influencia real de los consultorios externos y de la atención domiciliaria. En síntesis: no se sabe cuál es la magnitud del problema y, por lo tanto, no estamos en condiciones, por insuficiencia de antecedentes, para prever el futuro inmediato, lo que preocupa a tantos en este momento en las Américas.

La carencia de datos hace más difícil el poder analizar los métodos que hoy día se emplean y sus rendimientos probables. La tendencia natural de los políticos es a construir camas. Hay razones de todo orden para ello. Se encontraría un campo precioso de investigación si se analiza cómo se construyen las camas de hospital en nuestro Continente, cómo se inauguran y lo que después sucede, para ver como estas camas se construyen sin tomar en consideración su costo real. Es curioso observar como en los presupuestos de nuestros Gobiernos, los gastos para el mantenimiento de los nuevos edificios, o no existen, o son tan exiguos que el tiempo se encarga de mostrar rápidamente el trágico error cometido. En resumen: queda mucho por conocer.

Es nuestra obligación moral—y para cumplirla nos sentimos respaldados por vuestra experiencia—recomendar a los Gobiernos alguna política definida de atención médica.

Les serán de positiva utilidad algunos lineamientos para establecer los recursos con que cuentan, cómo aprovecharlos mejor y cómo determinar las necesidades actuales. Es indudable que faltan camas. Cualquiera que sea el índice que se adopte como meta—dudamos que un mismo índice sea útil para todos los países—hay experiencia suficiente

para asegurar que con las que existen hoy día se puede atender a mayor número de enfermos si se mejora la organización y la administración de los servicios y si se forma adecuadamente el personal.

Una muy breve mención al peso que esta función representa en la economía de cada país. La verdad es que las cifras son impresionantes. Hasta donde llegan nuestros datos, el promedio del costo actual en el Continente de construcción de una cama fluctúa alrededor de EUA\$10.000,00. El déficit actual compromete cifras de muchos ceros. Si el problema se plantea crudamente a los Gobiernos, no vamos a estimular su interés. Si el problema, en cambio, se plantea demostrando que con lo que existe se puede obtener más y que lo que hay que construir puede costar menos, tenemos mejores posibilidades de concitar el interés creciente de los Gobiernos. Esta forma de mirar el problema se podría sintetizar con una aspiración que figura a lo largo de toda la Carta de Punta del Este, que es hoy día la voz de orden entre todos aquellos, gobernantes y gobernados, que tienen algo que ver con la Carta de Punta del Este y con el crecimiento social: la planificación.

Estamos convencidos de la ausencia de planificación en el campo de la atención médica. Si la ha habido, se ha manifestado en forma muy limitada. En la mayoría de los países no ha existido ni planificación nacional, ni planificación a largo plazo. En la mayoría de ellos no se cuenta con una ordenación de necesidades, de prioridades, de recursos, con una expresión de objetivos definidos y con el financiamiento para cumplirlos. Ha llegado el momento de hacerla. Por eso quisiéramos una opinión sobre la planificación, como método a largo plazo, para abordar el problema y la forma de realizarla. El Dr. Stewart cita una frase de Lewis Mumford en su libro *The Culture of Cities* en la cual se define la planificación en forma elegante, casi romántica. En nuestra América no es común hablar de propósitos humanitarios. Parece del pasado. Es tal el peso de los valores económicos en

nuestra sociedad actual que casi se olvidan los seres humanos. ¡Y hay que tenerlos en cuenta! Estamos ciertos que el Grupo Asesor trabajará con la visión de los seres humanos y sus sentimientos.

La planificación constituye una solución a largo plazo. Es obvio que no es un fin en sí misma y que nuestro interés se distribuye entre las medidas inmediatas y de plazo intermedio y lo que debieran hacer los Gobiernos frente a este problema mientras preparan sus planes de atención médica como parte de los planes nacionales de salud, para incorporarlos al proceso general del desarrollo económico, que es el mandato de la Carta de Punta del Este.

Con el análisis de los recursos, el papel de los técnicos surge de inmediato. Estamos observando, con profunda preocupación, el escaso interés de los médicos por la administración de la atención médica, tanto en el seno de los hospitales como en el de la comunidad. Si lo miramos desde el ángulo de nuestra Oficina tenemos que reconocer serias dificultades para conseguir los consultores que los países están pidiendo en forma creciente. Es un problema respecto al cual queremos soluciones. ¿Será del caso insistir en la administración de los programas de atención médica a cargo de un médico o deberíamos recurrir a funcionarios no médicos, si bien profesionales universitarios? Digamos que la profesión médica en la América Latina se muestra poco inclinada a esta manera de ver. Sólo acepta a uno de los suyos. No mira con simpatía a quienes considera extraños, si es para entregarles la autoridad de organizar y administrar. Bueno sería analizar cuidadosamente el asunto y rendirse a la evidencia si no hay otra salida; sin dejar de reconocer que es más fácil la administración de los servicios de atención médica por un médico. Las relaciones son más gratas cuando éste es capaz de comprender el proceso general de la atención médica y las inquietudes de los distintos clínicos generales y especialistas.

Y así llegamos al problema de las auxiliares. Si sólo las relacionamos con el campo

de la enfermería, habrá que convenir que, en nuestra generación, los problemas de la atención médica no podrán ser realizados exclusivamente por enfermeras profesionales. Hay que utilizar auxiliares cada vez mejor adiestradas. Según datos que obran en nuestro poder, hay alrededor de 100.000 auxiliares, la mayoría de las cuales no ha tenido la formación deseable. Se subentiende que estas 100.000 auxiliares están muy lejos, en número, para cubrir las necesidades propias de su función y de su técnica.

El campo de las estadísticas de hospitales es otro en el cual hay aguda carencia de técnicos, desde todo punto de vista. Una opinión del Grupo en este campo, al igual que en los otros, nos será de grande utilidad.

Como ocurre en otras esferas de la salud, entendida como un todo, es muy posible que muchos de los métodos que hoy se aplican no sean los más adecuados y que hay un enorme campo por investigar. Baste pensar que no conocemos los efectos de los servicios de atención médica en los países.

Un atrayente campo de investigación sociológica es la actitud de las comunidades respecto a los servicios que reciben y aquellos a los cuales ellas piensan tener derecho. No nos olvidemos que la seguridad social y, en general, los sistemas de seguros, cualquiera su esquema, públicos o privados, crean en las personas la convicción de que el monto de su contribución alcanza para subvenir los costos de los servicios que reciben. En los medios asalariados y en el de personas de bajo poder adquisitivo, esta falsa imagen es mucho más grave. Sería interesante conversar con los obreros que abandonan los hospitales, afortunadamente sanos, y preguntarles qué concepto se han formado de los servicios recibidos en relación con el costo real de dichos servicios y con lo que ellos aportan al régimen de seguridad social. Es probable que estudios de este orden permitan modificar en mucho la conducta de los sindicatos y otras asociaciones obreras con respecto a los servicios dispensados por el estado o las instituciones

privadas. Hay un enorme campo de investigación sociológica y de ciencias de la conducta de las actitudes en esta esfera. Para qué hablar de los estudios relacionados con financiamiento y costo de la atención médica. Si bien se han realizado en forma limitada en algunos países, distan mucho de ser frecuentes aun cuando hoy día han llegado a ser indispensables.

He aquí unas pocas ideas insinuadas al pasar con la esperanza de que el asunto sea discutido y se establezcan los puntos que deberían ser abordados. Ocurre, por fortuna, que nuestra Organización está en este momento impulsando un programa de investigación científica para las Américas. Tenemos un convenio con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, particularmente con los Institutos Nacionales de Higiene. Se ha organizado una Oficina de Coordinación para trabajar en estrecha relación con el programa de investigaciones científicas de la Organización Mundial de la Salud. Estamos reuniendo los antecedentes para ofrecer una nómina de proyectos fundamentalmente referentes a problemas que sean de interés para más de un país.

Entre tanto ya está en marcha uno de los primeros proyectos aprobados: un programa interamericano sobre estadísticas de mortalidad. En nueve países del Continente se está reuniendo una muestra seleccionada de certificados de defunción que serán analizados exhaustivamente desde todo punto de vista: clínico, epidemiológico, anatómopatológico, etc., con el ánimo de llegar al mejor diagnóstico posible. En el curso de los dos a tres próximos años se espera reunir una muestra de alrededor de 40.000 certificados de defunción del Continente de cuyo análisis evidentemente surgirán diferencias en la distribución de las enfermedades de estos nueve países, estudio que mostrará la necesidad de nuevas investigaciones. Lo anterior se menciona muy sucintamente, para señalar un tipo de programa de proyección internacional. Quisiéramos ideas

del mismo orden para ser desarrolladas en el vasto campo de la atención médica.

Los propósitos fundamentales de la Carta de Punta del Este se refieren a la acción de los Gobiernos. Los Grupos de Estudio que nosotros hemos invitado y de cuya gentileza estamos muy agradecidos, deberían referirse esencialmente al problema desde el ángulo gubernamental. Estamos tomando la expresión gubernamental desde el ángulo nacional, como parte de lo internacional. Es hacia los Gobiernos donde todas estas recomendaciones van a ir para ser tamizadas según sus propias condiciones y características y llevadas a la práctica en la medida conveniente. Nos permitimos destacar el hecho para que se tenga presente durante el curso del debate. No se trata de determinar sólo lo que la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otros organismos internacionales pueden hacer en el campo de la atención médica, sino lo que convendría hacer para resolver este problema y seguir progresando.

Valdría la pena subrayar que aun cuando parezca elevado el aporte de capitales para realizar la Alianza para el Progreso, a juicio de los entendidos no cubrirá más del 10% de lo necesario. Lo esencial está en el seno de los países, en sus propias fuerzas y capacidades y en el interés y la devoción de sus técnicos. Por eso confiamos en que opiniones versadas como las que aquí se recogerán, tendrán más valor que cualquier aporte de capitales. Por otra parte, creada ya la costumbre en nuestro Continente, la colaboración internacional deberá jugar un papel, lo que hace deseable un cuerpo de recomendaciones también para las organizaciones internacionales, sobre cómo proceder una vez que se hayan determinado las líneas para avanzar en el problema de la atención médica. Las recibiremos con atención y, al igual que los Gobiernos, veremos la manera de poderlas realizar hasta donde las condiciones propias de nuestro trabajo lo permitan. No estamos hablando a nombre de las demás organizaciones internacionales. Sería vana pretensión. Sí estamos seña-

lando nuestro decidido propósito de distribuir entre todas ellas el respectivo documento y concitar su interés para realizar una acción conjunta. Convencidos estamos que no podemos seguir alentando sentimientos de preeminencia y que lo que procede hoy día, tanto en lo nacional como en lo internacional, es reunir esfuerzos y volcarlos dentro de los caminos que la experiencia indique como más aconsejables.

Para terminar, deseamos sintetizar lo que esperamos del Grupo Asesor: un análisis del concepto moderno de atención médica; si fuera posible una declaración de principios aplicable en el Continente. Una revisión de la magnitud del problema a la luz de los antecedentes que existen hasta este momento, destacando en esta revisión aquellas áreas que debieran ser objeto de estudios más exhaustivos, con el propósito, por un lado, de mejorar los conocimientos y por el otro, los rendimientos. Una expresión de las vías de solución en este problema para acelerar el progreso. Para seguir los dictámenes de la Carta de Punta del Este, la diferenciación de dichas vías de solución entre las de largo y corto plazo, o de acción inmediata. El papel que debiera corresponder a los Gobiernos e instituciones privadas en toda esta proyección. Además, la definición de lo que pudiera aportar la investigación científica al propósito general de mejoramiento de la atención médica en el Continente. En igual sentido, el problema de la formación de técnicos indispensables y sus diversas categorías para el mismo problema. Por último, lo que debieran hacer o seguir haciendo las organizaciones internacionales.

Parece demasiada tarea para tan corto plazo. Os ruego considerar a ésta como vuestra casa para permanecer en ella el tiempo necesario. Convencidos estamos que el documento que emane de esta reunión va a ser de gran valor. Procuraremos hacerlo conocer por el mayor número de personas interesadas. Os reiteramos nuestro agradecimiento y esperamos con interés el resultado de vuestras deliberaciones.

## LA ATENCION MEDICA EN LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

*Documento de trabajo preparado por la Secretaría de la Oficina Sanitaria Panamericana como su aporte a la reunión del Grupo Asesor en Atención Médica, que se llevó a cabo en la Sede (Washington, D. C., 7-9 de marzo de 1962).*

### La atención médica en relación con recientes eventos internacionales

*Tres ideas parecen sintetizar el pensamiento dominante hoy en las Américas; acelerar el crecimiento económico y simultáneamente promover el bienestar social; establecer prioridades en los problemas con el fin de invertir los recursos en aquellos que son prevalentes, lo que equivale a planificar y programar; integrar, en el seno de cada país, las acciones destinadas a darle a cada ser humano mejores condiciones de vida y oportunidades más adecuadas para su capacidad de crear, de producir y de consumir.*

*(De la intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en Punta del Este).*

Conocidos son los acontecimientos que se han venido sucediendo con insospechada rapidez en menos de tres años. Los jalones de Buenos Aires, Bogotá y Punta del Este así lo demuestran. El progreso conceptual es evidente en este aspecto. La tímida y un tanto forzada resolución de Buenos Aires, en abril de 1959, se ha tornado, al abrigo de una prédica perseverante, en una verdad que ya nadie discute en las altas esferas de la cooperación internacional. La salud es un componente del desarrollo económico y del progreso social. Las íntimas y recíprocas relaciones que ligan la salud de los hombres a su condición, han pasado a ser un lema que está humanizando a las ciencias económicas y sociales.

Verdad es que en tiempos no lejanos los economistas expresaron en más de alguna oportunidad la idea de que un aumento en

el nivel y la diversificación de la actividad económica redundan necesariamente en mejoramiento de las condiciones de salud. Por fortuna un grupo de expertos manifestó recientemente que "el mejoramiento de las condiciones de salud, no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte esencial de los programas de desarrollo de la región".

Tal fue el criterio que prevaleció en la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, de la Organización de los Estados Americanos, celebrada en Uruguay del 5 al 17 de agosto de 1961 y que se refleja en cada uno de los párrafos de la Carta de Punta del Este.

Es explícita la Declaración a los Pueblos de América en el sentido de "acelerar el desarrollo económico y social, a fin de conseguir un aumento sustancial y sostenido del ingreso por habitante, para acercar, en el menor tiempo posible, el nivel de vida de los países latinoamericanos al de los países industrializados".

Es igualmente explícita cuando recomienda "desarrollar programas de salubridad e higiene, con miras a prevenir las enfermedades, luchar contra las epidemias y defender, en suma, el potencial humano".

Por otra parte, el octavo objetivo de la Alianza para el Progreso no deja dudas cuando se propone "aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer,

y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades”.

Lo anterior explica que una resolución especial incluyera los principios fundamentales de un Plan Decenal de Salud Pública dentro de la Alianza para el Progreso, recomendando a los Gobiernos algunas medidas de realización inmediata y otras a largo plazo para la prevención de las enfermedades y la defensa y recuperación de la salud, con un aumento en cinco años de la esperanza de vida al nacer como meta general para cada individuo.

Como toda la Carta de Punta del Este respira un lenguaje técnico al abordar temas de carácter especializado que requieren acucioso estudio por parte de expertos, se adoptó un acuerdo encaminado a organizar Grupos de Estudio para Tareas de Programación. Como las tareas referentes a salud cayeron en buena parte bajo la órbita de influencia de la Oficina Sanitaria Panamericana, se pidió a ésta organizar el correspondiente Grupo de Estudio para evaluar los problemas predominantes y sugerir líneas generales de acción de efecto inmediato para la erradicación o control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento,

la disminución de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la nutrición, el adiestramiento de personal y el mejoramiento de los servicios de salud.

En esta forma, la Resolución VII de Buenos Aires (1959), se ha hecho realidad al incluirse los programas de salud pública, que son esenciales y complementarios de los económicos, dentro de los programas de desarrollo, tarea en la cual la Oficina Sanitaria Panamericana ha estado permanentemente empeñada.

En lo que respecta a la atención médica —cometido primordial del presente documento de trabajo— las claras alusiones incluídas en el Acta de Bogotá han cobrado mayor énfasis en la Carta de Punta del Este. Además de las ya mencionadas en las líneas anteriores, se enumeran a continuación los acuerdos de mayor atingencia, con el comentario correspondiente que los aclara en sus relaciones con el cuidado de los enfermos:

1. Preparar planes nacionales para el próximo decenio. Ninguna actividad necesita de mayor planificación en los años venideros que la atención médica, aprovechando para ello la creación de unidades de planificación y evaluación, en los ministerios de salud.

2. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias, como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud. No sólo en tales aspectos sino en muchos otros la estadística administrativa y médica es fundamental para el correcto funcionamiento de los servicios de atención médica.

3. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso: a) determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión; b) capacitar en el servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable; c) ampliar o crear los cen-



tros educativos necesarios. En cada uno de los anteriores aspectos existen requerimientos ineludibles en lo que a atención médica se refiere.

4. Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades. Muchos de los hechos que más adelante se ordenarán están íntimamente relacionados con tales objetivos propuestos.

5. Adoptar las disposiciones legales e institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, turismo y otros. Disposiciones legales y coordinación institucional para las acciones de la medicina individual son requerimientos cada vez más imperativos de la atención médica del presente y del futuro.

6. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica, para la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En lo que respecta a investigación aplicada, en problemas de atención médica, tanto en lo que se refiere a diagnóstico y tratamiento cuanto en lo que toca los grandes problemas de la administración superior, hay una enorme tarea que cumplir.

7. Dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutrición, la atención médica, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria y otros destinados a la defensa de la salud, reconociendo la debida prioridad a los programas de emergencia de determinados países. Enfermedades transmisibles, tales como las entéricas y la tuberculosis, la atención maternal e infantil y otras,

guardan estrecha relación con problemas de atención médica, sea en la consulta externa, en el hospital o en el domicilio.

8. Finalmente, procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud, es objetivo específico, directo e imperativo del presente documento de trabajo.

En resumen, las líneas precedentes esbozan la trayectoria de una acción doctrinaria tendiente a la inclusión de una política superior de salud como parte integrante de un programa continental de desarrollo; precisan las recomendaciones contenidas en la Carta de Punta del Este, como compromiso de los Gobiernos, a ser cumplidas dentro de las disposiciones contractuales de la Alianza para el Progreso; fijan la responsabilidad de la Organización Panamericana de la Salud como coordinadora delegada de una parte importante del esfuerzo técnico y como la sede de los Grupos de Estudio para Tareas de Programación en materia de salud.

El presente documento de trabajo no tiene otro espíritu que el de facilitar la labor del Grupo de Expertos a quienes se convocó para el estudio del vasto tema de la atención médica. Para mayor comodidad sus lineamientos generales siguen, en lo posible, el programa provisional de temas ya enviado a los Expertos.

### **El concepto moderno de atención médica**

Es indudable que el campo de mayor atracción vocacional para el médico es el cuidado del enfermo. Está íntimamente relacionado con la disciplina científica que eligió, más para curar al que sufre que para sostener al sano. Esta división es la que ha ido situando al médico clínico frente al administrador en una posición no siempre deferente. A mayor abundamiento el vocablo "administrar" no tiene el mismo significado entre anglosajones y latinos.

Por ésta y muchas otras razones, el médico miró siempre con mayor simpatía el campo de la atención médica, abandonando a otros técnicos el de la salud pública. Con el correr del tiempo ha debido reconocer su error y considerar que la salud y la enfermedad son estados de un mismo proceso vital y que sólo por el camino de la integración será posible salvar una antinomia aparente entre términos que se complementan y caben dentro del concepto de salud como afirmación.

Lo expresó el Doctor H. B. Turbott al inaugurar, como Presidente, la 13ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud:

“... la Organización Mundial de la Salud podría interesarse más en los problemas de la medicina social y marcar la ruta hacia la integración de los servicios preventivos y curativos... Cuanto mejor combinen sus esfuerzos el médico general, el médico de hospital y el médico encargado de los servicios preventivos y más cooperen para el logro de unos objetivos comunes aceptados por ellos, antes se alcanzará para todos los pueblos el grado más alto de salud posible”.\*

Por eso se está de acuerdo hoy día en considerar este imperativo ético-social como el conjunto de planes, objetivos, procedimientos y acciones destinados a suministrar a la colectividad un servicio completo de salud en el que se concilien y coordinen, bajo la tuición rectora de una autoridad competente, legalmente constituida, las acciones de fomento, protección y reparación y todos los servicios básicos encargados de dispensarlas mancomunadamente.

En esta forma, la atención médica se convierte en uno de los servicios básicos de un programa integrado de salud. Para cumplir sus objetivos es indispensable que cumpla

con un mínimo de requisitos que podrían ordenarse como sigue:

1. Administración central con atribuciones suficientes para organizar, supervigilar y coordinar actividades.

2. Acceso a sus servicios del mayor número de personas tanto en el medio urbano como en el rural.

3. Constitución de un “sistema” articulado que asegure el máximo aprovechamiento de todos los recursos con que se cuente.

4. Diagnóstico clínico precoz a través del examen sistemático con obligado uso de los institutos auxiliares.

5. Tratamiento oportuno, completo y restaurador (rehabilitación).

6. Control sistemático alejado.

7. Atención organizada y jerarquizada en servicios de consulta externa, internación hospitalaria y atención domiciliaria.

8. Coordinación de la actividad profesional del cuerpo médico institucional y privado.

9. Acciones individuales de promoción y protección dentro de programas sistemáticos debidamente coordinados.

10. Preparación de los estudiantes de medicina y de enfermería aprovechando todos sus servicios.

11. Recolección y elaboración de los datos para la investigación aplicada y la evaluación de los servicios prestados.

Así delimitada, no hay inconveniente para considerar la atención médica como el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familias, los recursos del diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno, completo y restaurador y del control alejado. Tales recursos son dispensados a través de la medicina institucional y privada. El servicio básico de atención médica contribuye, asimismo, a la educación y a la investigación, e indirecta, individual y secundariamente a las acciones

\* *Crónica de la Organización Mundial de la Salud* 47: 277, 1960.

de promoción y protección, dentro de programas sistemáticos y coordinados.

Lo expresado para la atención médica vale también para su organismo más arquetípico: el hospital, como empresa de salud, a través de una evolución histórica de las más interesantes hasta alcanzar el sitio que actualmente ocupa.

El hospital es, con mayor precisión, uno de los institutos integrantes de la organización médica y social. Está destinado a proporcionar a la población el servicio básico de atención médica. Coadyuva directa o indirectamente, según su tamaño y ubicación, en acciones complementarias e individuales de promoción y protección de la salud. Dispensa sus servicios a través del tratamiento institucional, de la atención ambulatoria, del servicio domiciliario y de las facilidades que sea capaz de brindar a la profesión privada. Es, también, dentro de su órbita de influencia, un organismo de formación y adiestramiento de personal y de investigación médicosocial.

Le son aplicables, por consiguiente, los requisitos ya enumerados para la atención médica a los que convendría agregar su dirección técnica por un administrador de salud capaz de comprender en todo su valor las necesidades de proyección extramural de la empresa a su cargo.

### **La magnitud de los problemas de atención médica en las Américas**

No resulta fácil abordar tan interesante problema en el presente documento. La larga trayectoria histórica que el cuidado del enfermo exhibe en los países de la América Latina, desde la época de la conquista y aun antes, permitiría suponer que tal experiencia ha sido capaz de reunir la información indispensable para proyectar sobre base segura la posibilidad que abre la plena vigencia de la Alianza para el Progreso. Desgraciadamente no es así. Son numerosas las incógnitas que habrán de ser despejadas en un futuro próximo.

Con el objeto de fijar alguna orientación previa en los principales problemas de la atención médica, la Organización Panamericana de la Salud ha venido efectuando algunas consultas que por lo menos permitieran precisar las necesidades más urgentes. Por este camino se ha logrado obtener alguna información preliminar, que si no basta para fijar los requerimientos por país, constituye una orientación altamente ilustrativa sobre los hechos dominantes y sus tendencias más acusadas.

En lo que se refiere a organización general, hay dos países que carecen de un ministerio de salud independiente y cinco en los que buena parte de las acciones de salud escapan a su tuición. En 19, otros ministerios administran concurrentemente importantes problemas de salud. Sólo en ocho hay un servicio jurídicamente establecido para abordar la totalidad de las acciones; en 12 existe una dirección general de salud o su equivalente, pero en 16 muchas de tales acciones se llevan a cabo al margen de un régimen efectivo de coordinación.

No llega a un tercio el número de los países donde hay un programa integrado o efectivamente coordinado, con descentralización administrativa como para permitir el manejo de presupuesto y personal, en el que el nivel local tenga acceso a la programación de su presupuesto y en el que la comunidad colabore activa y eficazmente. En menos de la mitad existe, diferenciada, la función de planificación.

En cuanto a actividades de promoción y protección de la salud y a los servicios básicos encargados de cumplirlas, en las tres cuartas partes de los países se registran acciones concitadas para saneamiento ambiental, nutrición y alimentación, educación para la salud y laboratorios de salud pública; en la mitad, para enfermedades transmisibles, protección maternoinfantil, salud mental, salud dental, estadística, enfermería y servicio social; sólo en tres se desenvuelven tales actividades coordinadamente.

En 14, hay un departamento de medicina preventiva en las facultades de medicina; en seis hay constituida, o en vías de constitución, una escuela o más, de salubridad.

La profesión médica se distribuye muy desigualmente, en perjuicio de las áreas rurales, en la gran mayoría de las naciones; en cinco hay una proporción significativa de especialistas en detrimento del médico general; sólo cinco han dictado un estatuto que reconozca o haga atractiva la carrera del administrador de salud pública o de atención médica.

Lo anterior para resumir algunos aspectos generales de la organización de la salud en las Américas y poner de manifiesto las necesidades de reforzar las estructuras centrales determinativas, los organismos planificadores y la descentralización ejecutiva. Salta a la vista la ausencia de integración, o cuando menos, de coordinación efectiva. En los aspectos de promoción y protección se comprueban también claros vacíos así como en la formación del médico, su distribución y las relaciones del estado y los profesionales en el desempeño de una función que cada día asume mayores características de utilidad pública.

En lo que respecta al servicio básico de atención médica, como uno de los más importantes de un programa integrado de salud, las deficiencias son iguales o mayores.

Aun cuando en 18 países el estado controla buena parte de los institutos dedicados al cuidado del enfermo, nada más que en ocho hay, en el nivel superior, un organismo especialmente destinado a fijar una política general de atención médica; en siete, supervigila a los que en una u otra forma dispensan servicios similares; en 15, la atención médica se considera una acción independiente; en 15 hay uno o varios organismos de seguridad social para cubrir el riesgo de enfermedad.

Los institutos de atención médica están organizados como un "sistema" articulado y jerarquizado en dos países; están coordinados entre sí o con los restantes organismos dispensadores de salud en tres; en

seis, las normas dictadas en el nivel administrativo superior son obligatorias para los demás; en unos pocos (la tercera parte) existe una coordinación administrativa para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

Uno de los países distribuye racionalmente sus camas en el medio urbano y rural y en ocho por lo menos en alguna región. No alcanza a la cuarta parte los que exhiben una tasa aceptable de camas por mil habitantes. En 12, hay camas para enfermedades transmisibles y en dos, para convalecientes. En los hospitales pequeños de cuatro países no hay camas para cirugía general y en 11 se carece de camas para pediatría.

En tres países, los hospitales están dirigidos, como política general, por especialistas entrenados; en los 17 restantes, están administrados por médicos no especialistas en administración o por personas sin título profesional médico.

En tres, los hospitales se construyen siguiendo un plan general nacional; se programan después de recogida la información indispensable y de una atenta consideración del área en que van a ser construidos, en cuatro; se proyectan arquitectónicamente una vez elaborado un programa funcional escrito suficientemente detallado, en seis; se cuenta con un departamento de arquitectura a cargo de profesionales especializados, en siete.

Existe una reglamentación normativa para la administración de hospitales, en seis y un departamento administrativo suficientemente individualizado, en 14. Hay contaduría, en 12; estadística administrativa, en nueve; estadística médica, en seis; servicio de mantenimiento, conservación y reparaciones menores, en cinco; rol del personal, en 10.

Con los datos actuales, es posible establecer costos de hospitalización y consulta externa, en cuatro; censo diario de camas y personas hospitalizadas, en siete; estada media de los enfermos hospitalizados y datos de altas, en 10; índice ocupacional, en

nueve. Hay correcto archivo de la historia clínica, en seis.

El cuerpo médico está aceptablemente organizado, en 11; hay por lo menos un servicio de enfermería profesional para funciones de jefatura y supervisión, en 10; laboratorio de patología, en 11; servicio de dietética, en 11; servicio social de colaboración médica, en 13, y una organización elemental de auditoría médica, en siete.

Hay servicios de consulta externa racionalmente organizados, en 11; dichos servicios contribuyen de una u otra manera a las acciones preventivas, en 10; existe atención domiciliaria, en cinco; los servicios de atención médica (hospitales y consultorios externos) colaboran efectiva y coordinadamente a los programas generales de salud sólo en dos.

Una vez más se estima útil advertir que los hechos anteriores son el trasunto de una exploración cualitativa de servicios nacionales de salud para apreciar generalidades, tendencias y caminos de perfeccionamiento, pero salvando de antemano todo error de generalización.

Hay, desde luego, un hecho que salta a la vista: la necesidad de investigación aplicada que permita una planificación con sentido realista y económico ya que lo ingente de los gastos curativos es un hecho de sobra conocido como se verá más adelante.

De los requisitos mínimos fijados anteriormente como básicos de una buena política general de atención médica, pocos son los que aparecen cumpliéndose en el resumen anterior. Por lo menos hay graves insuficiencias que salvar en cuanto a administración central, extensión de los servicios a la población, constitución de un "sistema", organización de la consulta externa y la atención domiciliaria, colaboración de la profesión médica, integración de las acciones curativas con las preventivas, dirección de la "empresa atención médica" por técnicos calificados.

El presente capítulo no quedaría completo sin abordar el aspecto económico de

la atención médica, uno de los problemas de más difícil solución.

El auge y las realizaciones de las ciencias del hombre han contribuido a proclamar la salud como un derecho inalienable con especial énfasis en el respeto de la persona enferma. Y para obtener que los cuidados médicos lleguen a todos aquellos que los necesitan es indispensable contar con recursos muy superiores a los habitualmente provistos. Es más, los actuales costos irán en continuo aumento, en relación directa con los progresos de la medicina científica.

En principio, debería destinarse a salud la totalidad de los recursos que un estudio afinado fije como aconsejables. Por desgracia, no todas las iniciativas médicas son igualmente eficientes. Hay experiencia para afirmar que, por tradición, rutina o falta de un criterio económico, se incurre en gastos que pudieron evitarse para dar paso a otros que tenían una mejor justificación.

La "economía médica" carece todavía de experiencia. En lo que respecta al presente documento, ninguna estimación sobre el costo real de la atención médica será concluyente en tanto no se hayan convenido normas precisas para llevarla a cabo. Tal se desprende de un reciente estudio emprendido por la Organización Mundial de la Salud sobre costos de salud en seis países diferentes, en que salta a la vista la necesidad de uniformar criterios para poder obtener resultados comparables y orientadores.\*

Hablar, pues, de costos de atención médica entraña buena dosis de elaboración. Lo indirecto de los caminos para alcanzar una estimación aproximativa revela los grandes vacíos que están por llenarse en esta materia.

En el estudio ya citado figura entre los países en que se llevó a cabo una encuesta, uno que, por pertenecer a la América Latina, por poseer un servicio nacional de

\* Organización Mundial de la Salud: The Cost and Means of Financing Medical Care Services. (Documento mimeografiado.) Ginebra, 1961.

salud en que están integradas las acciones de fomento, protección y reparación y por estar experimentando un "sistema estatal" satisfactorio, puede ofrecer algunos índices aplicables a una estimación de la magnitud del problema en su conjunto.

Dicho país tenía en 1959 (fecha del estudio) una población de 7.298.000 habitantes (de la cual el 75%, aproximadamente, es atendida por el servicio) y un ingreso *per capita* de EUA\$344. Hizo el servicio la atención con 28.074 camas y 1,22 consulta-habitante-año. El costo diario de la cama fue de EUA\$4,94 y el de la consulta de EUA\$2,00 (proporcionalmente establecida).

Hechos los cálculos correspondientes pueden ordenarse los siguientes guarismos:

Población total en 1959.....	7.298.000
Población atendida .....	5.473.500
Ingreso <i>per capita</i> .....	EUA\$ 344,00
Camas disponibles (5,12 por mil habitantes para la población atendida y 3,84 para la población total) .....	28.074
Días-cama totales al año.....	10.247.010
Costo de operación de las camas	EUA\$50.620.299,00
6.682.917 consultas anuales a	
EUA\$2,00 cada una.....	EUA\$13.365.834,00
Gasto global en atención médica .....	EUA\$63.986.133,00
Gasto por habitante en atención médica .....	EUA\$ 11,69
% del ingreso anual <i>per capita</i> .....	3,4

Pudiera ser de conveniencia corregir tales datos a la luz de algunas publicaciones posteriores del propio servicio. Se prefiere dejarlos sin variación ya que se los está usando con fines de argumentación cualitativa, más que cuantitativa, por si ellos fueran de utilidad para redefinir la política de atención médica del futuro.

En cambio, es posible completar la información suministrada con algunos hechos de importancia en cuanto a costos de hospitalización, el más ingente epígrafe de la

atención médica. El siguiente cuadro ilustra sobre este particular.

	1952	1960
Población total .....	5.933.000	7.341.000
Camas del servicio.....	24.182	28.119
Camas por mil habitantes para el país.....	4	3,8
Número de casos atendidos..	360.879	604.636
Promedio de días de estada..	19	13,8
Índice ocupacional .....	80,1%	77,6%

Lo digno de resalte en este cuadro es el descenso del promedio de días de estada (a pesar de la inclusión de las camas para crónicos) de 19 a 13,8 días y el aumento del número de casos atendidos de 360.879 a 604.636, con lo que se pudo salvar el mayor requerimiento de atención médica por crecimiento de la población sin elevación proporcional del número de camas por mil habitantes.

En términos de costos estos hechos pueden expresarse así:

Año	No. de casos atendidos	Estada media	Costo total	Costo por persona
1952 .	360.879	19	EUA\$33.872.102,94	EUA\$93,85
1960 .	604.636	13,8	41.219.177,22	68,17*

Sirve lo anterior para poner de relieve la influencia que habrían tenido estos estudios en la formulación de una política de atención médica si los países hubieran contado con la información indispensable, lo que, como ya ha quedado expresado, no ocurre en la mayoría de ellos.

Porque tal vez el mayor obstáculo para abordar en la América Latina la atención médica dentro de las líneas que han ido quedando bosquejadas en el presente estudio es que, por razones de carácter histórico, el hospital y la cama siguen teniendo un arraigo tradicional. Se continúa pensando en el viejo hospital-hospedería sin considerar los elevados costos del hospital moderno como parte de una vasta empresa de salud.

Se tiene la tendencia a resolver los pro-

\* La cifra oficial es todavía menor. Con fines de comparabilidad se ha usado la obtenida con nuestros cálculos.

blemas de la atención médica con una política de construcción de nuevas camas, que nadie discute como una necesidad global para casi todos los países, pero que ofrece importantes reservas en cuanto a tasas realistas y realizables. En este aspecto hay hechos importantes que considerar. Mientras la profesión privada atiende de preferencia a sus enfermos en la consulta y en el domicilio, la medicina pública lo hace en la cama de hospital. Si se comparan los índices de atención "cerrada" en uno y otro sector se comprueban diferencias más que significativas.

Por otra parte, la necesidad de mayor número de camas para enfrentar la atención "cerrada" se aborda parcialmente, sin sentido de generalidad, para considerar la organización de un "sistema" integrado y sólo en la primera etapa de una edificación "monumental" en la concepción arquitectónica. Se olvidan las posteriores necesidades de habilitación, funcionamiento y mayor requerimiento de personal. No es raro ver hospitales terminados a costa de grandes esfuerzos financieros que permanecen inactivos porque los dineros no alcanzaron para

la habilitación y menos para un funcionamiento regular a través de los años.

La más reciente información que se tiene en cuanto a población, número de camas y tasa por mil habitantes va en el cuadro adjunto. Para mayor comodidad los países han sido agrupados según nuestra distribución zonal. Hay que advertir, sin embargo, que los datos varían constantemente con una movilidad que aconseja un censo cuidadoso entre los estudios preliminares que habrán de emprenderse en un futuro cercano.

Por el momento, estas cifras sólo tienen el carácter de una información de conjunto y deben ser conjugadas con lo ya consignado anteriormente con respecto a distribución, administración superior y otras calidades.

Pero en el deseo de adelantar un poco más el presente estudio se ha tomado al azar a uno de los países, como muestra para analizar teóricamente sus necesidades en el campo de la atención médica a la luz de los recursos de que actualmente dispone.

En el ejemplo se ha considerado la población actual y el número de camas con que se hace frente al cuidado de los enfermos.

<i>País</i>	<i>Población</i>	<i>Camas</i>	<i>Tasa por mil habitantes</i>
Venezuela .....	6.709.000	26.029	3,9
Haití .....	4.247.000	2.442	0,6
México .....	34.626.000	51.300	1,5
República Dominicana .....	3.014.000	8.024	2,7
Cuba .....	6.797.000	18.000	2,6
El Salvador .....	2.612.000	5.064	1,9
Costa Rica .....	1.171.000	4.919	4,2
Guatemala .....	3.765.000	8.900	2,4
Honduras .....	1.953.000	3.813	2,0
Nicaragua .....	1.477.000	2.738	1,9
Panamá .....	1.055.000	4.008	3,8
Bolivia .....	3.462.000	5.600	1,6
Colombia .....	14.132.000	41.794	3,0
Ecuador .....	4.298.000	7.145	1,7
Perú .....	10.857.000	22.000	2,0
Brasil .....	65.743.000	223.543	3,4
Argentina .....	20.956.000	125.358	6,0
Chile .....	7.628.000	28.339	3,7
Uruguay .....	2.827.000	16.000	5,7
Paraguay .....	1.768.000	5.000	2,8

Se desea corregir con un plan decenal de atención médica el actual déficit asistencial de camas hasta alcanzar una tasa de 4,5 camas por mil habitantes y hacer frente al aumento de población que se producirá en el decenio al ritmo de un 2,5% anual.

El déficit actual es de 16.669 camas y las nuevas necesidades en el decenio deberán atenderse con 5.352 camas hacia fines del año 1971. El total de camas a construir es de 22.011, lo que entraña una obligación de 2.200 camas por año. Se complementa la atención "cerrada" con una consulta-habitante-año.

Se construye a razón de EUA\$8.000 camas, se habilita cada una con EUA\$1.200, se la hace funcionar con EUA\$8,00 diarios y se estima unitariamente la consulta externa en EUA\$1,6. El presupuesto de operación comienza a regir dos años después de iniciada la construcción de las primeras camas pero se lo mantiene, por tal razón, hasta 1973, año en que alcanza su régimen. El costo total considera estas partidas sólo en el precio neto de la inversión y operación durante el decenio 1962-1971.

El programa así resumido vale EUA \$561.112.302. Cabe advertir en este sitio que los valores usados tienen características promediales de las obtenidas en aquellos países que exhiben estudios de costos en la materia. Por otra parte, la razón de una consulta-habitante-año en ningún caso puede ser considerada como excesiva. Habrá de aumentar en los años venideros cuando se organicen mejor los servicios de consulta externa.

Las 22.000 camas significan una inversión de 202 millones de dólares (construcción y habilitación) y una operación de 231 millones (funcionamiento progresivo). Pero si se compara la inversión con la operación en un régimen normal y continuado, resulta que a una inversión de 202 millones corresponde un gasto de operación de aproximadamente 720, o sea más del triple. Por otra parte, cesados los gastos de construcción y habilitación, los de operación siguen representando, a permanencia, algo más de la

tercera parte de los primitivos de inversión; circunstancias ambas que raramente se toman en consideración en un plan de conjunto a largo plazo.

Las 2.200 camas que se construyen cada año rinden 803.000 días de estada teóricos. Un índice ocupacional del 75% los reduce a 602.250 días-cama útiles. Con una estada media de 20 días se pueden atender 30.113 casos, pero con una estada media de 10 se atiende, con el mismo número de camas, exactamente el doble (60.226).

Aplicando el mismo criterio, una cama rinde 365 días-cama teóricos en un año y 274 útiles con 75% de ocupación; sirve a una población de 222 personas; da una disponibilidad de 1,23 días-cama por individuo. Con una estada media de 20 días, se atienden 13,7 casos; pero con una de 10 días el número de casos atendidos se duplica.

Ello no es imposible. Todo consiste en organizar una consulta externa que dispense una medicina curativa "precoz", controle las hospitalizaciones y su duración, vigile el alta oportuna y su decurso posterior, vaya al domicilio del enfermo cuando éste no pueda llegar hasta la consulta externa; en una palabra, cuando el consultorio externo llegue a ser el eje de la atención médica y la atención ambulatoria, cerrada y domiciliaria, tres funciones coordinadas del mismo. Se prescinde, por el momento, de la consideración de recursos asistenciales corolarios como la atención progresiva, de convalecientes, de casos geriátricos, de internación discontinua (sanatorios diurnos o nocturnos) que responden, en general, a la misma línea de pensamiento.

Una mejor organización de la atención ambulatoria y de la consulta externa y domiciliaria podría rebajar el costo de la atención cerrada. En el ejemplo teórico que se está usando, la reducción a la mitad de la inversión y operación de camas, compensada con la provisión de dos consultas-año-persona, rebajaría en 318 millones de dólares la partida de atención cerrada y elevaría en 95 millones la de consultas, con lo



que se produciría de todas maneras una economía de 223 millones en el decenio.

Formuladas las consideraciones anteriores que apuntan simultáneamente a lo cuantitativo y cualitativo, podría intentarse trasladarlas al problema continental para darle una más vívida expresión.

Los antecedentes recogidos—acredores por su importancia a una cuidadosa revisión—hacen subir la población de las 20 repúblicas latinoamericanas a 203.658.000 habitantes, previéndose para el año 1971 un incremento de 63.056.000, con lo que se llegaría a 266.714.000 habitantes.

Se dispone en el momento actual de 580.425 camas, lo que se traduce en una tasa de 2,85 camas por mil habitantes. El déficit actual para alcanzar la tasa prudente de 4,5 por mil es de 336.036. Para hacer frente al inminente aumento de población del decenio se necesitarían 283.352 más, lo que hace un total de 619,388. En un plan decenal habría que considerar la construcción de 62.000 camas anuales, en cifras redondas.

Trasladando el procedimiento, ya aplicado a uno de los países, a las necesidades de la región, se obtiene un presupuesto total de aproximadamente 16 mil millones de dólares distribuidos como sigue:

Construcción de 620.000 camas a EUA\$8.000 cada una.....	EUA\$ 4.960.000.000
Habilitación de dichas camas a EUA\$1.200 cada una.....	744.000.000
Operación progresiva de ellas a un costo diario de EUA\$8,00	6.508.800.000
Consultas una-habitante-año a EUA\$1,6 cada una.....	3.813.420.160
<b>TOTAL .....</b>	<b>EUA\$16.026.220.160</b>

En otras palabras, el gasto decenal se eleva a 16 mil millones de dólares lo que significa un compromiso de 1.600 millones por año.

Una vez más se insiste en que las cifras elaboradas sólo persiguen cuantificar aproximadamente el problema de la atención médica en la América Latina. El cálculo ofrecido no guarda relación con el anterior, porque la tasa de camas a cubrir es apre-

ciablemente menor que la del ejemplo. Las cifras no son exageradas, porque en el estudio no se han considerado las necesidades de remodelación de las camas existentes, el incremento que deberían experimentar los gastos actuales de operación y la corrección de múltiples deficiencias como las antes insinuadas. Por otra parte, la atención médica no puede calificarse de cara o barata, sino de buena o mala.

Téngase presente, además, que las anteriores consideraciones toman base en la tasa generalmente aceptada de 4,5 camas por 1.000 habitantes. Se la ha usado como un índice de comparación sin desconocer la verdad que encierra el dictamen final de un reciente Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud al recomendar no sujetarse a una proporción fija ya que ella varía según la situación geográfica y las condiciones demográficas, sociales y económicas.\* Variará todavía más según cual sea el criterio que finalmente se adopte para fijar una política que no desmerezca con los imperativos de la época.

Los nuevos derroteros de la atención médica necesitan de un personal seleccionado, formado y orientado a las finalidades que se ven aflorar. El administrador, los jefes de unidades técnicas, el médico clínico, los profesionales colaboradores y auxiliares han de ser reorientados hacia una política cooperativa y no competitiva de salud. Calidad y cantidad son insuficiencias de sobra conocidas. Se menciona el problema muy en general a sabiendas que ya fue abordado en profundidad por otro grupo especializado de técnicos.

Pero a título simplemente informativo, sobre la base de los actuales efectivos, las necesidades para salvar el déficit existente y las demandas creadas por los inevitables aumentos de población durante el decenio, serían de 166.000 médicos, 41.000 enfermeras y 251.000 auxiliares de enfermería, a

\* Organización Mundial de la Salud: *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. (Serie de Informes Técnicos No. 122. Pág. 31. Ginebra, 1957.)

razón de 10 médicos, 3 enfermeras y 13 auxiliares por cada 10.000 habitantes.\*

La atención médica exhibe componentes psico-sociológicos que precisan ser investigados a fondo como base de una mejor concepción, planificación y realización del "sistema" para sensibilizar también el apoyo y la comprensión de la comunidad beneficiaria y del cuerpo profesional encargado de atenderla. Cualquiera que sea el procedimiento usado la atención médica siempre seguirá reposando en la relación inmovible médico-enfermo. Hasta hoy ha predominado la opinión técnica del que dispensa sobre la del que recibe. Hay todo un programa de investigación aplicada que satisfacer.

Si bien es cierto que la atención médica actúa para recuperar la salud perdida cuando el daño ya está producido, aun así tiene un importante papel que jugar en el desarrollo y progreso de una nación. Es su misión devolver al enfermo a su calidad de individuo productor y consumidor en el más breve plazo, al más bajo costo y con el menor daño residual posible. Producida una incapacidad permanente, le corresponde además rehabilitarlo y aprovechar su capacidad residual de trabajo para evitar transformarlo en un elemento pasivo. El peso de la invalidez, por enfermedad, tecnopatía o accidente, es otro de los grandes problemas de la atención médica, influido desfavorablemente por el proceso de la industrialización.

Pero el más trascendental de los problemas reside en la incógnita de cómo incorporar efectivamente la atención médica dentro de un programa nacional de salud ahora que ya nadie discute la salud como un componente del desarrollo económico y social. Mientras se siga por el camino de la falta de coordinación y de integración, pobres y discutibles serán los progresos que se obtengan. La búsqueda de una nueva ter-

minología o la reactualización de viejas definiciones, no bastan ni logran crear la nueva actitud mental y profesional que se necesita.

Es urgente operar la ansiada síntesis entre medicina preventiva y medicina curativa, entre salud pública y atención médica, habilitando los puentes que salven el abismo conceptual. Y uno de ellos, si no el más importante, por lo menos el más hacedero, es la crítica constructiva que se viene de formular.

### Vías de solución a corto y largo plazo

El Plan Decenal de Salud de la Alianza para el Progreso formuló una serie de recomendaciones a los Gobiernos, algunas de realización inmediata y otras a más largo plazo. Se subentiende que ambas son concurrentes y que en muchos aspectos se superponen. Fueron detalladas al comienzo del presente documento con miras a expresar su generalidad. Se las ordena en este capítulo sólo en lo referente a atención médica, razón por la cual su transcripción no puede ser textual. Su solo enunciado basta para poner de manifiesto el enlace con otros servicios básicos, de donde la necesidad de una coordinación efectiva.

1. Dar término a los proyectos en ejecución sobre atención médica.
2. Intensificar el cuidado médico de la madre y el niño y de las enfermedades transmisibles.
3. Atender cada vez mejor al mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros.
4. Perfeccionar la organización y administración de los servicios; integrar las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de atención médica; crear progresivamente los que sean indispensables; asegurar la accesibilidad económica a los nuevos agentes terapéuticos.

\* Organización Panamericana de la Salud: *Hechos sobre problemas de salud*. (Publicaciones Varias No. 63. Págs. 45-50. Washington, D.C., 1961.)

5. Adoptar disposiciones legales e institucionales para asegurar el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva.

6. Hacer mejor uso de los conocimientos derivados de la investigación científica para el tratamiento de las enfermedades.

7. Preparar planes para el próximo decenio; crear en los ministerios de salud unidades de planificación y evaluación y asegurar su acceso a los organismos nacionales y generales de planificación.

8. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas para las actividades de planificación y evaluación.

9. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de curación de las enfermedades, determinando el número de técnicos, adiestrando en el servicio y ampliando o creando los centros educativos necesarios.

Tal como se han ido sucediendo los acontecimientos, la Carta de Punta del Este ha situado la salud dentro del molde de una política económica y social, a ser desarrollada por los Gobiernos con el concurso de una planificación progresiva; ha organizado los Grupos de Estudio para evaluar los problemas predominantes y se propone entregar los resultados a los Gobiernos en un primer esfuerzo de cooperación técnica internacional.

En esta forma la Carta de Punta del Este constituye un compromiso previo de los Gobiernos. A su tenor deben ser consideradas por los Grupos de Estudio las acciones futuras a serle recomendadas. Sin perjuicio de este objetivo fundamental, la Organización, al reunir un grupo de técnicos de alto nivel, desea obtener su opinión ilustrada para la formulación de sus propias normas en pro de la eficiencia de sus acciones futuras.

De acuerdo con los antecedentes ya resumidos en los capítulos precedentes, los siguientes puntos esbozan las hipótesis de trabajo que la Organización desearía ver

aclaradas y enriquecidas con una deliberación orientadora:

#### ASPECTOS GENERALES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

Ellos tienen importancia si se considera que en la Carta de Punta del Este la atención médica figura constantemente mencionada como parte integrante de un plan de salud.

1. Creación de la cartera especializada de salud en aquellos países en que todavía no figura como un ministerio independiente.

2. Aptitud jurídica de los ministerios de salud para regir los problemas más importantes que le son pertinentes.

3. Coordinación interministerial para los problemas de salud que así la precisen; coordinación en el respectivo ministerio de salud de aquellos problemas técnicos específicos que, por razones constitucionales, escapan a su tuición directa así como de las acciones de atención médica que dispensen otros servicios estatales, semi-estatales o privados (seguridad social, beneficencias, particulares, etc.).

4. Fortalecimiento, en lo posible, de todos los organismos del nivel de administración técnica superior a fin de darles mayor estabilidad en sus acciones y hacer atractivo su desempeño.

5. Constitución legal de una dirección general de salud, integrada, con atribuciones suficientes para conducir coordinadamente las acciones de promoción, protección y reparación de la salud, reforzada con la autoridad jurídica emanada de un código de salud.

6. Centralización de normas directivas en el nivel superior y descentralización de las acciones ejecutivas en el nivel regional y local.

7. Creación, en el nivel determinativo, de los departamentos técnicos indispensables, efectivamente coordinados para fijar las normas de los principales servicios básicos, el de atención médica entre ellos.

8. Regionalización de todos los servicios

de salud dentro de un "sistema estatal" articulado. Dentro de la concepción que se está imponiendo, no basta regionalizar los hospitales o los institutos de atención médica; es indispensable generalizar esta norma a todos los servicios estatales de salud.

#### ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Como ya ha quedado expresado en otro sitio, los problemas que la atención médica ofrece al administrador de salud son importantes y numerosos. En honor a la brevedad, se postulan sólo aquellos que mejor se avienen con el propósito del presente documento de trabajo.

Una vez más se advierte que el sentido afirmativo de las cuestiones insinuadas en cada punto sólo buscan una presentación ordenada y esquemática de problemas conexos, para facilitar su consideración y el debate orientador que cada una de ellas pudiera promover con miras a la realización de los compromisos contraídos por los Gobiernos con la firma de la Carta de Punta del Este.

1. Integración del servicio básico de atención médica dentro de los programas nacionales y locales de salud. Estrecha coordinación de todos los servicios de atención médica entre sí, con los aspectos curativos de otros como enfermedades transmisibles, atención maternal, atención pediátrica, salud mental, salud ocupacional, accidentes del trabajo, etc. y con las restantes actividades de salud.

2. Fijación de una política de atención médica en el nivel superior buscando los resortes jurídicos para hacerla extensiva a todos los organismos que de una u otra manera dispensan cuidados a enfermos. Promulgación de un estatuto mínimo para todos los servicios de atención médica, respaldado por un código de salud.

3. Revisión crítica de los problemas de la atención médica dentro de las nuevas perspectivas que ofrecen la coordinación es-

trecha de las acciones preventivas y curativas y la intensificación de la atención ambulatoria y domiciliaria.

4. Consideración cuidadosa de los costos crecientes de la atención médica. Estudio comparativo de la atención ambulatoria, domiciliaria y cerrada (hospitalaria). Ubicación de cada una de estas funciones dentro de una política general de salud y especial de atención médica.

5. Organización progresiva de un "sistema" de atención médica en estrecha relación con un "sistema" nacional de servicios de salud. Distribución y jerarquización de los servicios, de preferencia en las áreas más abandonadas. Complementación de los pequeños institutos de atención cerrada con consultorios externos encargados de acciones individuales de promoción y protección y de los centros primarios de salud con camas de mayor o menor diferenciación según su estructura y gradación dentro del "sistema".

6. Fijación de una política para la remodelación y construcción de camas, dentro de índices realistas. Formulación previa de un régimen de prioridades, de estudios geográficos y demográficos acabados. Formulación de un programa funcional—con especial énfasis en los servicios de consulta externa—arquitectónicamente realizado por profesionales calificados, sin perjuicio de aprovechar los locales para el desempeño eficiente y desahogado de otras actividades de promoción y protección de la salud.

7. Investigación aplicada, en lo técnico y en lo administrativo, muy especialmente en lo que se refiere a los aspectos psico-sociológicos de la atención médica en sus relaciones con la comunidad y la profesión médica. Encuestas preliminares para el mejor conocimiento de los hechos fundamentales.

8. Administración de los servicios de atención médica por técnicos calificados, con el entrenamiento indispensable para regir los institutos no sólo en lo que se refiere al cuidado del enfermo sino para orientarlos como una empresa de salud también extramural.

9. Organización racional de los servicios administrativos, en especial de las facilidades contables, de la estadística administrativa para el mejor aprovechamiento de los recursos (índice ocupacional, estada media, costo de los diferentes servicios) y de la estadística médica y archivo de la historia clínica única para asegurar la mejor atención y para servir fines de supervisión y auditoría.

10. Diferenciación y departamentalización progresiva de los servicios técnicos, asegurando a cada instituto la autosuficiencia relativa que necesita para cumplir la función que le haya sido encomendada dentro del "sistema". Trabajo en equipo de servicios y profesionales. Organización del cuerpo médico y de enfermería como los fundamentales en esta materia.

11. Selección, formación y orientación del personal hacia las finalidades que se proyectan. El administrador, los jefes de servicios técnicos, el médico clínico, las profesiones de colaboración, los técnicos laborantes y auxiliares, han de ser reorientados y "sensibilizados" para una política solidaria de salud. Cantidad y calidad son insuficiencias de sobra conocidas en el momento actual.

Los principios anteriores se han sistematizado según su similitud y no según sus posibilidades de realización inmediata o a largo plazo, ya que el grado de evolución y las posibilidades de acción cambian de uno a otro país. Cada uno de ellos podrá situarse dentro del esquema ofrecido según cual sea el grado de su organización estructural, para dar término a las labores en que se encuentre empeñado y emprender simultáneamente la próxima etapa, mejor informado con un mayor sentido de futuro.

Y es en este aspecto donde el esquema anterior cabe adecuadamente en la idea de planificación de la atención médica.

#### PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Si se estudia a fondo la Carta de Punta del Este, se encuentran repetidas recomen-

daciones que apuntan sin equívocos hacia la planificación. La Alianza para el Progreso no es otra cosa que la planificación del desarrollo económico y social en la América Latina.

El procedimiento establecido para regular la ayuda financiera adicional está basado en la designación de un comité de nueve expertos de alto nivel que, en compañía de otros designados por la Organización de los Estados Americanos a propuesta de los países interesados, informarán acerca de los programas de desarrollo de cada país sobre la base de la compatibilidad del programa con los principios del Acta de Bogotá y los de la Carta de Punta del Este, tomando en consideración los elementos del Apéndice incluido en la documentación de esta última.

Dichos elementos son, resumidamente, los siguientes: 1) El establecimiento de metas compatibles para aumentar la capacidad de producción y mejorar las condiciones de vida. 2) La asignación de prelación y la descripción de métodos, para alcanzar los fines que se persiguen, incluso medidas específicas y proyectos principales. 3) Las medidas para dirigir las operaciones del sector público y estimular la acción privada en apoyo del programa de desarrollo. 4) El costo estimado en moneda nacional y extranjera, año a año, durante el período que abarque el programa. 5) Los recursos nacionales, públicos y privados, para ejecutar el programa. 6) El financiamiento externo, público y privado, que se estime indispensable. 7) El mecanismo de la administración pública, incluyendo relaciones con los gobiernos locales, organismos descentralizados y organizaciones no gubernamentales.

Todo lo anterior para expresar que si los programas de atención médica nacionales, que representan un volumen apreciable de los presupuestos de salud, desean aprovechar los beneficios de la planificación integral, tendrán que cumplir las indicaciones anteriores como parte integrante de los programas nacionales de desarrollo.

Para este propósito las vías de solución

insinuadas anteriormente necesitarían ser reagrupadas con el propósito de esbozar un plan decenal de atención médica para la América Latina que no puede entrar en grandes detalles por las adaptaciones que cada país necesita hacerle, pero que no se aparte grandemente de los principios generales establecidos en la Carta de Punta del Este para caer con facilidad dentro del régimen de ayuda de la Alianza para el Progreso. Naturalmente que los rubros que a continuación se indican deben ser preferentemente desarrollados en relación con los problemas de atención médica:

1. Información básica preliminar.
2. Los grandes problemas.
3. Necesidades para el decenio.
4. Satisfacción de las necesidades en cada período anual.
5. Posibilidades de financiamiento interno.
6. Estimación de la ayuda exterior indispensable.

Dos comentarios aclaratorios necesita la pauta anterior:

a. Caben en dicha pauta los elementos principales del Apéndice de la Carta de Punta del Este, y

b. Para llenarla conviene definir previamente una política general de atención médica y completar una información básica que todavía adolece de grandes vacíos.

En cuanto a metodología, el presente documento se remite al Informe del Grupo Asesor en Planificación de Salud.

### **Investigación**

Para la solución de cualquier problema, trátase de empresas públicas o privadas, cuatro son los caminos principales: programación, organización y administración, adiestramiento de personal e investigación científica. Pueden ser considerados como permanentes y deben ser adaptados a cada situación en particular.

En lo que se refiere a la salud, existen

técnicas y procedimientos específicos, pero dentro de la norma general su aplicación tendrá efectos tanto más duraderos cuanto mayor importancia se atribuya a los instrumentos ya mencionados.

En las secciones anteriores se han ordenado los antecedentes fundamentales para programación, organización y administración y formación del personal. A mayor abundamiento, dos grupos asesores se han preocupado en detalle de los dos últimos aspectos. Resta hacer algunas sumarias consideraciones sobre la investigación como el medio para determinar las técnicas y procedimientos más adecuados, de acuerdo con los conocimientos científicos existentes, y las características del medio social, en lo que se refiere al tema en estudio.

En el terreno de la investigación, aplicada a los problemas de la atención médica, todo está por hacer, no sólo en su realización sino también en su programación y organización.

En las secciones precedentes, ha quedado expresado lo poco que se sabe en el momento actual sobre problemas fundamentales. La experiencia enseña como en otros aspectos, la información básica, prolijamente recogida, ha constituido la orientación indispensable para emprender acciones definidas y eficaces.

El inventario presente de los servicios de atención médica ni siquiera permite saber el número de camas con que cuentan los institutos hospitalarios. Hay motivos de sobra para dudar de su exactitud cuando se comprueban, en las propias informaciones oficiales, importantes variaciones de uno a otro año y de uno a otro documento. Falta, enseguida, información sobre su distribución geográfica o por especialidades; sobre estada media, índice ocupacional y tantos otros datos, indispensables para una planificación consecuente.

En muchos de estos y otros aspectos será indispensable, en los años venideros, la investigación aplicada, sin que con ello se pretenda desconocer la importancia de la

investigación pura en los problemas epidemiológicos, etiológicos, terapéuticos, etc., de una patología que, en los países latinoamericanos, reconoce la importante implicancia de los factores económicos y sociales.

Los siguientes temas de investigación aplicada, entre otros, pudieran ser sugeridos a título de simples ejemplos:

1. Recolección acuciosa de la información básica para completar la encuesta cualitativa ya emprendida. Estudio comparado de dicha información e interpretación de la atención médica en la región (modalidades y tendencias). Formulación de una encuesta cuantitativa mínima inicial.

2. Los posibles "sistemas" de servicios integrados de salud. Ubicación de los institutos de atención médica dentro de ellos. Clasificación regional y nacional de los servicios de atención médica.

3. Organización integrada de los servicios de consulta externa, de internación y de atención domiciliaria. Atención progresiva. Atención discontinua. Atención geriátrica. Atención de crónicos. Atención de convalecientes.

4. Organización de los servicios de estadística hospitalaria. Contabilidad de costos. Biblioteca de historias clínicas. Historia clínica única. Principios elementales de auditoría técnica y administrativa.

5. El costo de los servicios de atención médica dentro del presupuesto nacional y del presupuesto de los servicios de salud. Aprovechamiento de los recursos. Economías posibles para emprender nuevas acciones.

6. Aspectos psicosociológicos de la atención médica. La importancia del médico general en su relación con la unidad familiar. Las aspiraciones de la comunidad en materia de atención médica. La medicina colectiva y la persona enferma.

7. Actitud de la profesión médica organizada en su relación con los diferentes sistemas de atención médica. Como obtener su colaboración desinteresada en los múltiples

problemas de integración, campañas de salud, mejoramiento de la formación profesional, estadísticas de morbilidad, etc. Sistemas contractuales de remuneración.

8. Relaciones de la atención médica con los seguros sociales y mutuales de enfermedad. Relación con otros organismos estatales, semiestatales o privados.

9. El problema de la invalidez y la rehabilitación en sus diferentes grados. La atención médica y los seguros de invalidez (enfermedades, accidentes del trabajo y tecnopatías). Atención médica, salud ocupacional e industrialización.

Los ejemplos anteriores podrían multiplicarse, lo que está indicando promisoras perspectivas en la materia.

Se ha sostenido repetidamente—y con razón—que la salud es un problema local. En lo que se relaciona con la atención médica el aforismo cobra un especial relieve. El poder de compra de atención médica varía de un sitio a otro, así como los métodos tradicionales para dispensarla. No es fácil trasplantar estos últimos de un ambiente a otro sin incurrir en los peligros de una generalización inconveniente. Los índices y tasas deberían ser revisados y conjugados con las características de cada localidad. De aquí la importancia de la investigación y la necesidad de aplicarla a cada realidad económica y social.

### **La colaboración internacional**

*El mandato conferido a la Organización.*  
Con el correr del tiempo, la colaboración internacional (cooperación técnica como se ha resuelto denominarla en el seno de las Naciones Unidas) se ha ido haciendo más compleja en razón de la diversidad de los problemas para cuya solución los Gobiernos solicitan su asistencia.

A fin de precisar las acciones pertinentes en materia de salud, la Carta de Punta del Este, en los incisos 4 y 5 de la Resolución

A.2, formuló las siguientes dos recomendaciones:

4. Recomendar a los Gobiernos que, cuando lo estimen conveniente, utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud) en la preparación y ejecución de estos planes. Igualmente, apoyar los proyectos de dicho organismo para establecer sistemas de planificación en salud en los países de América Latina.

5. Recomendar asimismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bilateral, que están a disposición de los países de este Continente.

De lo anterior se deduce que, en materia de planes y acciones, los Gobiernos habrán de solicitar la asesoría de la Oficina u otras agencias, circunstancia que conviene tener presente en cuanto a coordinación de esfuerzos y futuros requerimientos.

En este último aspecto, el presente documento considera la posibilidad de contar con la opinión del Grupo Asesor, para lo cual se pasan en rápida revista los servicios habituales y sus perspectivas.

*Asesoramiento a los Gobiernos.* Se espera un incremento de este servicio con la sola aplicación de los principios de la Carta de Punta del Este. No se olvide que por dicho documento se encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana la constitución de los Grupos de Estudio para sugerir las líneas generales de un mejoramiento de todos los servicios de salud.

Tampoco conviene olvidar que lo principal de la asesoría técnica deberá concentrarse en actividades de planeamiento que intensifiquen la movilización de los recursos internos de cada país, complementada con la ayuda financiera exterior.

Las ideas expuestas a lo largo del presente documento de trabajo llevan a concluir que el futuro de la atención médica reside primordialmente en una planificación racional sobre la base de considerar la salud como componente del desarrollo, la atención médica como uno de sus servicios básicos y la consideración de sus costos de inversión

y operación como fuente de mayor eficiencia y calidad.

*Formación y adiestramiento.* Son conocidas las necesidades de personal en la América Latina, no sólo en cantidad sino también en calidad. Será indispensable la elaboración de un programa cuidadoso en esta materia. Es requisito urgente a llenar la obtención de buenos administradores de salud, capaces de impregnar la atención médica de los principios de integración. Otro tanto puede expresarse con respecto a los más elevados niveles de los cuerpos profesionales encargados de la dirección de las unidades técnicas, de la atención ambulatoria, de la enfermería y, en general, de la buena relación entre las actividades preventivas y curativas.

Becas, seminarios, cursos especiales, adiestramiento en servicio y otros son los medios habituales. Resta recoger las opiniones sobre su mejor aprovechamiento dentro de las finalidades antedichas.

*Suministros.* Los progresos experimentados por los servicios al cuidado del enfermo han ido complicando progresivamente el suministro en medios materiales, instrumentos, etc., con un costo no despreciable. De aquí la necesidad de establecer "sistemas" escalonados para la mejor distribución y aprovechamiento de tales recursos.

También en esta materia es menester considerar las facilidades que puede ofrecer la colaboración internacional.

*Promoción del servicio básico de atención médica.* Las ideas programáticas planteadas a lo largo del presente documento revelan todas las numerosas acciones que sería indispensable emprender para colocar a la atención médica en vías de aceptable realización.

Se impone encontrar el mejor camino a través del cual fomentar el desarrollo de un servicio básico que, a pesar de su arraigo tradicional y tal vez por eso, ha sido conducido con sujeción a viejos moldes, sin acumular siquiera la experiencia indispensable para su propio y ordenado perfeccionamiento y expansión



Son múltiples las incógnitas que es previo despejar: ¿Cómo obtener que las escuelas y otros organismos docentes formen el personal de atención médica, especialmente aquél que actúa en sus más altos niveles, con la orientación y eficiencia requeridas? ¿Cómo recoger la numerosa información básica que se necesita? ¿Cómo establecer la conexión indispensable entre los servicios de salud pública y atención médica dentro de un régimen de equilibrio y armonía? ¿Cómo concebir, dirigir y realizar la investigación aplicada para recibir el apoyo del gobierno, de la comunidad beneficiaria y de los grupos profesionales organizados? ¿Cómo planificar la atención médica sin perder de vista su inclusión primero, dentro de los programas de salud y, enseguida, de los programas de desarrollo? ¿Cómo aconsejar a los países sobre las grandes líneas de solución y el mejor aprovechamiento de sus actuales recursos?

Muchas otras interrogantes podrían formularse. Se piensa que las anteriores bastan para establecer las dificultades de una acción inicial compleja que, por tal razón, no conviene fraccionar para no restarle la unidad con que debe ser conducida.

Para salvar estas dificultades, se ha estado pensando en la posibilidad de promover ordenadamente, como función, el servicio básico de atención médica, sin apartarse de los caminos clásicos que mejor pueden llevar a una solución del problema:

a. Planificación de la atención médica, sin olvidar los pasos previos para recoger la información básica y crear o mejorar los servicios de estadística indispensables.

b. Organización y administración superior de "sistemas" de servicios integrados, creando el o los campos de aplicación inicial y de práctica.

c. Adiestramiento del personal, especialmente de aquél que actúa en los cargos claves.

d. Investigación aplicada a los rubros de mayor interés.

Este planteamiento inicial—se insiste especialmente en ésto—se refiere preferentemente a la iniciación de la acción promotora en lo funcional, sin entrar todavía en el aspecto puramente estructural. Si la idea se estimara factible habría que considerar el segundo paso de cómo llevarla a cabo, si a través de un organismo único o uno diversificado. Para la primera alternativa sería indispensable encontrar un Gobierno Miembro que quisiera acogerlo y prestarle apoyo financiero, asesorado por una colaboración internacional coordinada, anexo a una facultad de medicina permeable a las nuevas ideas y conectado con una escuela de salud dispuesta a no seguir haciendo distinciones artificiales entre administración de salud pública y atención médica. Denominaciones y otros detalles pueden esperar.

Se solicita una deliberación preferente de este problema y ojalá una conclusión precisa.

### Recapitulación

En el presente documento de trabajo se han delineado algunas ideas sobre el sitio que debería ocupar la atención médica dentro de los planes nacionales de salud. Su propósito fundamental ha sido ofrecer al Grupo Asesor una contribución preliminar que facilite sus deliberaciones. Para ello ha ordenado algunos antecedentes al tenor del sumario de materias propuesto. Un breve resumen de los puntos de vista desarrollados pudiera permitir una mayor claridad de su fondo.

Inquieta a los gobernantes y a los técnicos la interdependencia cada vez más evidente de lo social y lo económico. Han atribuido la importancia debida a los factores de dicha relación. Se ha resuelto considerarlos dentro de un régimen de solidaridad continental y reconocer que el desarrollo económico y el crecimiento social son factores consubstanciales de estabilidad y bienestar.

A fin de hacer efectivo este Tratado de

Alianza para el Progreso, los Gobiernos suscribieron, como base jurídica de sus relaciones futuras, la Carta de Punta del Este. Dicho documento envuelve un compromiso previo para los Gobiernos, al mismo tiempo que un plan de acción. Contiene los mecanismos para acrecentar el monto y rédito de los recursos internos y concitar la ayuda exterior, pero en el entendido de planificar durante el próximo decenio la totalidad de su propio progreso y crecimiento.

Dentro de esta idea de incorporar las partes al todo, la salud es considerada como uno de los componentes del desarrollo económico y social. De acuerdo con las nuevas concepciones se la postula como una afirmación y un todo único e indivisible. Son claras las recomendaciones de conducir integrada, paralela y armónicamente, dentro de una política superior de salud, todas las acciones y servicios básicos que las impulsan. En esta forma la atención médica se convierte en uno de los componentes del desarrollo. Sus posibilidades de perfeccionamiento y de progreso quedan subordinadas al cumplimiento de los compromisos ya

firmados y de los requisitos subsidiarios que envuelve cualquier idea de planificación.

La atención médica exhibe flagrantes insuficiencias y vacíos. Necesita ser revisada a fondo. Sus costos crecientes imponen la formulación de una política que permita aprovechar mejor los recursos existentes y aquellos otros nuevos con que podría ser perfeccionada para hacerla llegar al mayor número de enfermos. Objetivos, procedimientos y acciones han de ser motivo de una consideración cuidadosa.

Tal como están planteadas las cosas en el momento actual, los Gobiernos se han comprometido a intensificar y extender la atención médica en sus múltiples campos de aplicación, firmemente incorporada dentro de los planes nacionales de salud. Las líneas generales han quedado fijadas en la Carta de Punta del Este. Resta encontrar los métodos más adecuados. Los administradores del tratado han entregado esta responsabilidad a la Oficina Sanitaria Panamericana y ésta ha estimado prudente consultar con expertos de alto nivel antes de aconsejar a los Gobiernos sobre los caminos más conducentes.

## INFORME FINAL DEL GRUPO ASESOR EN ATENCION MEDICA

*Presentado al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana como resultado de la Reunión celebrada en Washington, D.C., del 7 al 9 de marzo de 1962. Se incluye al final del Informe una nómina de los participantes, observadores y funcionarios de la Oficina. (Traducción del texto original en inglés.)*

### Introducción

El Grupo Asesor en Atención Médica se reunió en Washington, D.C., del 7 al 9 de marzo de 1962, para tratar de la atención médica en los programas nacionales de salud.

El Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, inauguró la reunión. El Dr. Guillermo Arbona fue elegido Presidente, y el Dr. Guillermo Almenara y el Dr. Solomon Axelrod, Vicepresidente y Relator, respectivamente.

#### LA ALIANZA PARA EL PROGRESO

De conformidad con el Acta de Bogotá, la Carta de Punta del Este, que establece una Alianza para el Progreso, declara que el objetivo fundamental de esta Alianza consiste en "aunar todas las energías de los pueblos y Gobiernos de las Repúblicas americanas, para realizar un gran esfuerzo cooperativo que acelere el desarrollo económico y social de los países participantes . . . a fin de que puedan alcanzar un grado máximo de bienestar con iguales oportunidades para todos, en sociedades democráticas que se adapten a sus propios deseos y necesidades".

En el Título Primero de la Carta, "Objetivos de la Alianza para el Progreso", se enumeran las metas principales que habrán de ser alcanzadas en los próximos 10 años. Entre estos objetivos figuran los de la salud,

que se expresan en el párrafo 8 del mencionado Título, en los siguientes términos:

"Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades".

En las resoluciones para el cumplimiento de lo acordado en la Carta en materia de desarrollo económico y social está incluida la Resolución A. 2., titulada "Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso". Esta resolución hace referencia a la declaración del Grupo de Expertos de la Organización de los Estados Americanos sobre Planificación del Desarrollo Económico y Social en la América Latina, en el

sentido de "que el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región". Además, se menciona la recomendación formulada por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos de que los Gobiernos, al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, incluyan los programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos, y que utilicen los servicios técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de tales programas.

La Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, celebrada en Punta del Este, acordó con respecto al Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso los siguientes puntos:

"1. Recomendar a los Gobiernos las siguientes medidas a largo plazo para la prevención de las enfermedades y la defensa y recuperación de la salud.

a. Preparar planes nacionales para el próximo decenio.

b. Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación, con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación general del desarrollo económico y del progreso social, para la correspondiente coordinación.

c. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud.

d. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso:

1) Determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión;

2) Capacitar en servicio a los funciona-

rios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y

3) Ampliar o crear los centros educativos necesarios.

e. Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades.

f. Adoptar las disposiciones legales e institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, turismo y otros.

g. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

2. Recomendar a los Gobiernos la ejecución de las siguientes medidas de efectos inmediatos:

a. Dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el sancamiento, la nutrición, la atención médica, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria y otros destinados a la defensa de la salud, reconociendo la debida prioridad a los programas de emergencia de determinados países.

b. Formular, para su ejecución progresiva, proyectos destinados a:

1) Suministrar agua potable y servicios de alcantarillado por lo menos al 70 por ciento de la población urbana y al 50 por ciento de la población rural en el próximo decenio, como mínimo;

2) Reducir la mortalidad de los menores de 5 años de edad a la mitad de las tasas actuales;

3) Erradicar del Continente el paludismo

y la viruela e intensificar el control de otras enfermedades infecciosas frecuentes, tales como las entéricas y la tuberculosis;

4) Mejorar sustancialmente la alimentación y la nutrición de los grupos más vulnerables de la población, aumentando la ingestión de proteínas de origen animal o vegetal, y

5) Procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud.

3. Establecer como meta general de los programas de salud en el próximo decenio un aumento de cinco años en la esperanza de vida de cada persona al nacer.

4. Recomendar a los Gobiernos que, cuando lo estimen conveniente, utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud) en la preparación y ejecución de estos planes. Igualmente, apoyar los proyectos de dicho organismo para establecer sistemas de planificación en salud en los países de América Latina.

5. Recomendar asimismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bilateral, que están a disposición de los países de este Continente".

La Organización Panamericana de la Salud proyecta convocar una Conferencia de Ministros de Salud en abril de 1962 con el fin de examinar los medios de alcanzar los objetivos de la Carta de Punta del Este relativos a la salud. Para asegurar el éxito de esta Conferencia, se han organizado una serie de reuniones de grupos asesores con el propósito de considerar los siguientes temas: planes nacionales de salud, educación profesional, nutrición, saneamiento del medio, atención médica e investigaciones. Cada grupo asesor se hizo cargo del examen de problemas específicos de su campo de especialidad y de formular programas para su posterior incorporación a un programa nacional general de salud.

LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA ALIANZA PARA EL PROGRESO

En las resoluciones mencionadas, se hace referencia directa o indirectamente (véase "Conceptos modernos de la atención médica", pág. 38, en relación con los diversos usos de la expresión "atención médica"), como se indica a continuación:

1. Medidas a largo plazo para la prevención de enfermedades y protección y restablecimiento de la salud:

a. Preparar los planes nacionales para el próximo decenio;

b. Crear unidades de planificación y evaluación en los ministerios de salud, y coordinar los planes generales de progreso económico y social;

c. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias, como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud;

d. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las actividades relacionadas con la prevención y curación de las enfermedades;

e. Perfeccionar la organización y administración de los servicios nacionales y locales de salud, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de atención médica; crear los servicios necesarios; asegurar la accesibilidad económica a los agentes terapéuticos y a los medios para prevenir las enfermedades.

2. Medidas inmediatas:

a. Dar término a los proyectos en ejecución, entre ellos los relativos a la atención médica.

b. Formular proyectos para que se atienda cada vez mejor a un mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud.

Dada la importancia de la atención médica en los planes nacionales de salud y su ejecución especificados en la Carta de

Punta del Este, se convocó una reunión de un Grupo Asesor en Atención Médica, con las atribuciones siguientes:

1. Analizar el papel que desempeña la salud en el desarrollo económico y social de acuerdo con el Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este, señalando la correlación que existe entre la salud y otros componentes del desarrollo económico y social.

2. Examinar la necesidad de desarrollar programas nacionales de salud como medio de abordar problemas de solución a largo plazo, y las medidas que deben adoptar los Gobiernos para llevar a cabo los programas nacionales de salud.

3. Subrayar la necesidad de que los Gobiernos adopten medidas sanitarias adecuadas en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación y otros contenidos en los programas nacionales de desarrollo económico y social.

4. Estudiar en su conjunto los problemas de salud en el Continente, los recursos y las prioridades, y medidas que deben adoptarse para obtener resultados inmediatos y a largo plazo.

5. Examinar la manera en que se vienen alcanzando los objetivos propuestos en la Carta de Punta del Este en lo que se refiere a la salud.

6. Considerar con qué asesoramiento técnico y financiamiento internacional pueden contar los Gobiernos para el desarrollo y ejecución de programas nacionales de salud.

En esta reunión, el Grupo Asesor en Atención Médica examinó el documento de trabajo, preparado por la Secretaría de la Oficina Sanitaria Panamericana, titulado "La atención médica en los programas nacionales de salud" (véanse págs. 9-28). Después de tratar de los problemas de la atención médica en las Américas, el Grupo Asesor llegó a un acuerdo sobre los conceptos modernos de la atención médica y formuló una serie de recomendaciones relativas a seis aspectos distintos: planificación, recursos, organización y utilización

de los servicios, financiamiento, investigaciones y colaboración internacional en el campo de la atención médica.

### Magnitud del problema

Los problemas de la atención médica en las Américas se dividieron en cinco categorías.

1. Organización y administración.
2. Personal.
3. Instalaciones.
4. Financiamiento.
5. Aspectos psicosociales de la atención médica.

#### ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

En relación con la organización general, hay dos países que carecen de un ministerio de salud independiente, y cinco en que muchas funciones relativas a la salud están a cargo de otras dependencias gubernamentales. En 19 países, otros ministerios que no son los de salud administran por lo menos algunos importantes programas de salud. Sólo en ocho países existe una estructura administrativa establecida por disposición legal, que se ocupa de todas las funciones referentes a la salud, y en 12 hay una dirección de salud u organismo equivalente. Sin embargo, en 16 de los mencionados 20 países, las funciones generales de salud distan mucho de ser desempeñadas de una manera eficaz y coordinada.

Son menos de una tercera parte los países que cuentan con un programa integrado o eficazmente coordinado, con administración de presupuesto y personal propios, participación a nivel local en la preparación del programa y presupuesto y colaboración activa con la colectividad local. En menos de la mitad de los países, las actividades de planificación se llevan por separado.

Por lo que respecta a las actividades de fomento y protección de la salud y los servicios básicos para llevarlas a cabo, tres cuartas partes de los países informan de programas de saneamiento ambiental, nu-

trición, educación sanitaria y laboratorios de salud pública; la mitad comunican programas relativos a enfermedades transmisibles, higiene maternoinfantil, higiene mental, higiene dental, estadística, enfermería y servicio social. Sólo en tres países estas actividades se llevan a cabo de una manera coordinada.

En cuanto a los servicios de atención médica, uno de los aspectos más importantes de un programa integrado de salud, se observan también deficiencias en la organización y administración. Aun en los 18 países en que gran parte de las instituciones para el cuidado de los enfermos dependen del estado, no hay más de ocho que cuentan con un organismo normativo independiente de categoría nacional. En siete países, el Estado se ocupa en parte de la supervisión. En 15, la atención médica se considera como una función independiente. En 15, las prestaciones de atención médica son dispensadas por uno o varios organismos de seguro social. En dos países existen programas nacionales, bien organizados y bien concebidos, de atención médica. En seis, las disposiciones promulgadas en el nivel administrativo superior, obligan a los demás organismos de salud. Sólo unos pocos países poseen una coordinación administrativa encaminada a la mejor utilización de los recursos existentes.

Quizás el problema más importante en el campo de la organización y de la administración es incluir la atención médica dentro de un programa nacional de salud, y la integración de la medicina preventiva y curativa; la solución de este problema exigirá un esfuerzo cooperativo considerable.

#### PERSONAL

En el campo de la salud es indispensable contar con personal profesional y auxiliar debidamente capacitado, pero en cada categoría de personal de salud se encuentran deficiencias en lo que se refiere al número de este personal y a la calidad de su formación. En la actualidad son bastantes los

estudiantes que no completan la enseñanza primaria y secundaria, y es excesivamente reducido el número de los que poseen la debida preparación para recibir adiestramiento en actividades de salud y en otros campos tales como la educación, las ciencias y la industria.

*Médicos:* La proporción recomendada de médicos por habitante varía según la carga que representa la enfermedad, la organización nacional del sistema de atención médica, el número de enfermeras y de auxiliares de enfermería disponibles y los factores socioeconómicos que en cada país influyen en la utilización de los servicios del médico.

Al presente, hay en la América Latina 100.000 médicos. No obstante, son muchos más los que se necesitan tanto para la medicina preventiva como para la curativa.

Sobre la base de la proporción de 10 médicos por 10.000 habitantes, que representa un término medio entre los requerimientos de países como los Estados Unidos de América y las reducidas tasas existentes en muchos países, se ha hecho un cálculo de los médicos que se necesitan actualmente y los que serán precisos en 1980. Se estima que hoy se necesitan unos 203.000 médicos, o sea el doble de los existentes. En 1980, se requerirán, según los cálculos, unos 350.000 médicos, o sea tres y media veces el número de lo que hay en la actualidad.

En 1957, sólo tres países contaban con 10 médicos por 10.000 habitantes. En seis países, la proporción no llegaba a tres médicos por 10.000 habitantes.

En la mayoría de los países, no hay una distribución uniforme de médicos con respecto a la población. Los médicos se concentran en las ciudades; en cambio, son sumamente escasos en las zonas rurales.

*Dentistas:* El número y la utilización de los dentistas existentes están íntimamente relacionados con las condiciones socioeconómicas de los países. En la América Latina, la proporción de dentistas con respecto a la población es muy baja: 1,9 dentistas por 10.000 habitantes. La proporción por

países oscila entre 0,4 y 6,1 por 10.000 habitantes. Sólo en dos países hay 5,0 ó más por 10.000 habitantes, y ocho no llegan a 1,0 por 10.000 habitantes. En total, los dentistas de Latinoamérica ascienden a 38.000 correspondiendo el 87% de los mismos a Sudamérica. Los dentistas, como los médicos y demás personal de salud, tienden a concentrarse en las grandes ciudades y, en consecuencia, la proporción correspondiente a las zonas fuera de las ciudades es mucho menor que la que indican las cifras mencionadas.

La falta de medios e instalaciones y de programas para el adiestramiento de ayudantes dentales constituye un problema especial. La utilización de este personal permite a los dentistas prestar cuidados dentales a una población más numerosa y a un costo considerablemente reducido.

*Personal de enfermería:* El personal de salud que de manera más apremiante se necesita en las Américas son las enfermeras y auxiliares de enfermería debidamente preparadas. Por lo general, el personal de enfermería disponible desempeña funciones para las que no ha recibido preparación. Además, en las zonas rurales, donde los médicos son muy escasos, la enfermera ha de asumir responsabilidades médicas, lo cual viene a aumentar sus actividades en campos para los que no está preparada.

En la actualidad hay unas 37.000 enfermeras en la América Latina. De acuerdo con las normas mínimas recomendadas para el personal de enfermería sobre la base de que una enfermera puede supervisar cuatro o cinco auxiliares, y teniendo en cuenta las camas de hospital existentes, se necesitan actualmente 60.000 enfermeras, o sea 3,0 por 10.000 habitantes. El número de enfermeras para todos los servicios de salud en los países de las Américas oscila entre 0,3 y 5,8 por 10.000 habitantes. En 14 de los 20 países latinoamericanos, la proporción es menor de 3,0 por 10.000 habitantes, que es el mínimo recomendado para atender a los centros de salud y a las actuales instalaciones hospitalarias.

En la actualidad hay en la América Latina unas 94.000 auxiliares de enfermería, que en gran parte trabajan en hospitales y servicios de salud, pero la mayoría de ellas no ha recibido adiestramiento. Estas auxiliares, y muchas más si estuvieran debidamente adiestradas, prestarían valiosos servicios relevando de esta suerte a las enfermeras graduadas que podrían reservarse para ocupar puestos administrativos y dedicarse a la enseñanza de otro personal de enfermería.

Sobre la base de las proporciones recomendadas en la dotación de personal de los actuales hospitales y centros de salud, en la actualidad se podrían utilizar eficientemente 263.000 auxiliares de enfermería debidamente adiestradas, o sea 13,0 por 10.000 habitantes. En todos los países latinoamericanos, con excepción de tres, las proporciones existentes no llegan a la mitad de esa cifra.

En varios países se están preparando auxiliares de enfermería en cursos de seis a nueve meses, con resultados muy satisfactorios. Estos cursos van seguidos de un constante adiestramiento en el servicio. Este método podría extenderse a todos los países.

Las auxiliares de enfermería, bajo la supervisión de enfermeras, pueden ser adiestradas satisfactoriamente para hacerse cargo de toda la atención directa del paciente y sus familiares. En cambio, las enfermeras, además de poseer esta preparación, están en condiciones de enseñar a otro personal de enfermería y de administrar servicios de enfermería.

*Otro personal de salud:* Muchos de los especialistas necesarios para las modernas actividades de salud poseen una formación académica ajena a los campos de la salud. Por ejemplo, el personal de laboratorio, los inspectores sanitarios, los estadísticos y los administradores ingresan en las actividades de la salud con una formación básica que debe incrementarse mediante la experiencia bajo supervisión, y en muchos casos es también conveniente mejorar su prepara-



ción básica por medio del adiestramiento especializado en escuelas de salud pública u otras instituciones de enseñanza universitaria.

Los estadísticos son indispensables en los servicios de salud y en las escuelas de medicina y salud pública de Latinoamérica.

Otro personal que recibe adiestramiento en instituciones de enseñanza universitaria son los técnicos de laboratorio, especializados en microbiología, parasitología, virología e inmunología, los administradores de servicios de salud y de hospitales y los nutricionistas. Algunos de ellos asisten a escuelas de salud pública de los Estados Unidos de América; otros, a las de Latinoamérica. La escuela internacional de Puerto Rico ofrece también un curso para personal de laboratorio.

INSTALACIONES

Muchos factores, entre ellos las condiciones socioeconómicas, los problemas sanitarios específicos, el número de médicos existentes y la disponibilidad y uso de

hospitales, determinan el número conveniente de camas de hospital general. La calidad de la atención médica de un país está en proporción directa con la disponibilidad de camas de hospital, las instalaciones para diagnóstico y la distribución de estas instalaciones.

Son frecuentes los hospitales de la América Latina de propiedad de las autoridades públicas, incluidas las instituciones del seguro social; estas mismas autoridades administran su funcionamiento. El número de camas de hospital disponible varía considerablemente de un país a otro, como lo indica el cuadro que figura a continuación.

El número de camas de hospitales generales por 1.000 habitantes varía en las proporciones siguientes: seis países contaban con menos de dos camas por 1.000 habitantes; seis poseían de 2,0 a 2,9 por 1.000 habitantes y ocho disponían de 3,0 o más camas por 1.000 habitantes.

En dicho cuadro se presenta la información más reciente sobre el número actual de camas de hospital, por grupos de países correspondientes a las Oficinas de Zona.

<i>País</i>	<i>Población</i>	<i>Camas</i>	<i>Camas por 1.000 habitantes</i>
Venezuela .....	6.709.000	26.029	3,9
Haití .....	4.247.000	2.442	0,6
México .....	34.626.000	51.300	1,5
República Dominicana .....	3.014.000	8.024	2,7
Cuba .....	6.797.000	18.000	2,6
El Salvador .....	2.612.000	5.064	1,9
Costa Rica .....	1.171.000	4.919	4,2
Guatemala .....	3.765.000	8.900	2,4
Honduras .....	1.953.000	3.913	2,0
Nicaragua .....	1.477.000	2.738	1,9
Panamá .....	1.055.000	4.008	3,8
Bolivia .....	3.462.000	5.600	1,6
Colombia .....	14.132.000	41.794	3,0
Ecuador .....	4.298.000	7.145	1,7
Perú .....	10.857.000	22.000	2,0
Brasil .....	65.743.000	223.543	3,4
Argentina .....	20.956.000	125.358	6,0
Chile .....	7.628.000	28.339	3,7
Uruguay .....	2.827.000	16.000	5,7
Paraguay .....	1.768.000	5.000	2,8

Al examinar la cuestión de las camas de hospital, debe tenerse presente que resulta más económico evitar las enfermedades que tratarlas en el hospital. Por ejemplo, podrían evitarse casos de fiebre tifoidea, difteria y tos ferina, que ahora requieren numerosas camas de hospital. Las nuevas drogas administradas en consultorios y servicios de enfermería permiten a muchos pacientes de tuberculosis recibir tratamiento sin abandonar el hogar. Los gastos de hospitalización de pacientes de enfermedades debidas a deficiencias nutricionales son considerables puesto que suponen una permanencia normalmente prolongada en el hospital. Así pues, en la planificación a largo plazo de los servicios médicos, conviene recordar que la prevención de las enfermedades no sólo es mejor sino también más económica que su curación.

Otro factor que hay que tener en cuenta en la planificación relativa a las camas de hospital, es la necesidad de utilizar plenamente las instalaciones. Con una buena administración, el índice de ocupación se mantiene en un buen nivel, y el promedio de permanencia de los pacientes puede reducirse al período que requieren los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

En los siete países latinoamericanos sobre los que se dispone de datos, el promedio de permanencia en hospitales generales (hospitalización a corto plazo) era de unos 13 días, cifra que de un país a otro oscilaba entre siete y casi 18 días. Probablemente, con medidas adecuadas en materia de vivienda y asistencia social el promedio de permanencia en muchos hospitales podría reducirse de siete a ocho días, con lo cual las camas disponibles ascenderían al doble. La atención hospitalaria puede integrarse eficazmente con la atención ambulatoria y domiciliaria de los programas de salud; esto equivaldría a otra reducción en la necesidad de camas de hospital.

El informe de las Discusiones Técnicas celebradas durante la VIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Pana-

mericana de la Salud en 1955, sobre la atención médica en el medio rural,\* hace hincapié en la organización de la atención, curativa y preventiva, en los centros rurales de salud, en una estructura de salud coordinada, con una sola red de instituciones sobre una base regional, de manera que los habitantes de las localidades rurales dispongan de servicios médicos del mismo nivel que el que se trata de obtener para las poblaciones urbanas.

Sólo en tres países se encuentran los hospitales bajo la dirección de especialistas debidamente adiestrados. En los restantes 17 países, la administración de esas instituciones está a cargo de médicos que no poseen formación especializada en materia de administración, o bien por personal no médico que, con frecuencia, no ha recibido adiestramiento en administración de hospitales.

Son también sólo tres los países en que los hospitales están construidos de conformidad con un plan nacional general. En cuatro países, los hospitales se planearon después de reunir la información necesaria y de estudiar minuciosamente la zona en que se construirían.

Seis países cuentan con planes plenamente desarrollados para construir hospitales basados en diseños adecuados desde el punto de vista funcional y arquitectónico. Por último, en siete países existe un departamento de arquitectura dirigido por profesionales.

#### FINANCIAMIENTO

Los progresos tecnológicos de la medicina moderna y su aplicación a una proporción cada vez mayor de habitantes, se traducen en un aumento de los costos de la atención médica. Los gastos de hospital, en particular, tanto para las construcciones de nuevas instalaciones como para el funcionamiento y conservación de las existentes, van aumentando constantemente y todo induce a suponer que esta tendencia continuará.

\* Documento Oficial de la OPS 13: 117, 1955.

Desgraciadamente, la información sobre los gastos de la atención médica y de las diversas clases de ese servicio dista mucho de ser adecuada. Un reciente estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud sobre el costo de la atención médica en seis países, pone claramente de manifiesto la necesidad de uniformar las definiciones y de estandarizar el acopio de datos a fin de obtener información comparable y útil ("The Cost and Means of Financing Medical Care Services. A Study of Health Costs, 1961"). La falta de esos datos fundamentales plantea un problema para la adecuada planificación de la atención médica.

La información sobre el costo de la atención médica y de los servicios de salud obtenida sobre un país latinoamericano puede servir, en el presente estudio, de ilustración sobre la clase y cantidad de servicios prestados. Hay que señalar, sin embargo, que ese país, uno de los más diferenciados en materia de atención médica y de servicios preventivos, no constituye en modo alguno un ejemplo típico. En los gastos presentados no está incluido el pago de honorarios a médicos particulares; pero son datos relativamente completos, puesto que más del 90% de los médicos trabajan a tiempo completo o parcial en instituciones públicas. Estos datos ponen de relieve el importante papel del Gobierno en la provisión de servicios de salud en el mencionado país y, a pesar de la singular organización de la salud en el país, pueden servir de indicación de lo que cabría esperar a este respecto en otras repúblicas latinoamericanas.

En el país estudiado, el total de gastos de todos los servicios de salud equivalía a EUA\$10 anuales por persona. Sólo un 2% no correspondía a gastos públicos. La atención hospitalaria representaba aproximadamente la mitad de los gastos. Otro 23% se dedicaba a la atención médica ambulatoria (consultorios). Los gastos correspondientes a la atención domiciliaria eran reducidos, ya que no llegaban a un 2%. A los servicios de prevención y fomento de

la salud les correspondía el 18% del total de gastos conocidos. Los fondos asignados al tratamiento de enfermedades eran aproximadamente cuatro veces mayores que los dedicados a la prevención. Es muy probable que en ese país, como en cualquier otro, la ampliación de los servicios de prevención y fomento de la salud redujera, proporcionalmente, los considerables gastos de la atención médica de casos de enfermedades evitables ofrecida en hospitales y clínicas.

El hecho de que los gastos de atención hospitalaria constituya la parte más costosa de la atención médica, revela su importancia. En el país antes mencionado, los gastos de atención hospitalaria aumentaron de EUA\$33.872.000 en 1952 a EUA\$41.219.000, en 1960. No obstante, al reducirse el promedio de permanencia en el hospital de 19 días, en 1952, a 13,8 días, en 1960, se pudo hospitalizar a casi el doble de casos, con una disminución en el promedio de costo por caso de EUA\$93,85 en 1952, a EUA\$68,17, en 1960. Conviene señalar también que, durante ese período, la causa del crecimiento de la población disminuyó en realidad el número de camas disponibles, que de cuatro camas por 1.000 personas pasó a 3,8 camas por 1.000 personas.

Con excesiva frecuencia se habla de la necesidad de un mayor número de camas de hospital sin tener en cuenta las ventajas que se obtendrían reduciendo el promedio de permanencia en el hospital y prestando adecuados servicios de consulta externa como alternativa a la atención del paciente internado. Además, al proyectar la construcción de hospitales no siempre se tienen en cuenta las necesidades de financiar el mantenimiento y funcionamiento de la institución, así como el personal necesario para servirla.

A los efectos de analizar las necesidades relativas a camas de hospital, considerando los recursos financieros nacionales, se mencionan a título de ejemplo los datos correspondientes a un país. En dicho país, el plan de construcción de hospitales reque-

rirá remediar la actual falta de camas durante un período de 10 años hasta alcanzar la proporción de 4,5 camas de hospital general por 1.000 habitantes. Durante este período, el país experimentará un aumento anual de población de 2,5%.

En el presente ejemplo, el déficit actual es de 16.669 camas. El aumento de población calculado en los 10 años requeriría 5.352 camas más. Por consiguiente, durante los 10 años habría que añadir otras 22.011 camas, o sea 2.000 camas por año. Suponiendo que los costos de construcción fueran a razón de EUA\$8.000 por cama, más EUA\$1.300 por cama para gastos de equipo y EUA\$8,00 diarios para los gastos de funcionamiento, el programa representaría un total de gastos de EUA\$561.112.000, incluido el costo de la atención de pacientes externos.

Las 22.000 camas representan una inversión de unos \$205 millones de dólares para construcción y equipo. Pero, además, el costo de funcionamiento representa un poco más de la tercera parte de los gastos iniciales de construcción y equipo.

Una mejor organización de la atención de pacientes ambulatorios y externos, así como de los cuidados domiciliarios, reduciría los gastos de la atención de pacientes internos. En el caso del mencionado ejemplo teórico, una reducción de la mitad de la inversión inicial y gastos sucesivos de funcionamiento de las camas, compensada por dos consultas externas por persona al año, reduciría en EUA\$318 millones los gastos de atención a pacientes internos. El costo de los servicios de pacientes externos aumentaría en EUA\$95 millones, pero durante los 10 años se economizaría un total neto de EUA\$223 millones.

Según los datos actualmente disponibles, la población de las 20 repúblicas latinoamericanas asciende a 203.658.000 habitantes. Se prevé que para el año 1971 se habrá producido un aumento de 63.056.000 habitantes, con lo cual la población total ascenderá a 266.714.000. En la actualidad hay 580.425 camas, o sea, 2,85 camas por 1.000 habitantes. El déficit hasta llegar a un

nivel discrecional de 4,5 camas por 1.000 habitantes es de 336.036. Para hacer frente al aumento de población calculado durante el decenio, se necesitan otras 283,352 camas, con lo cual el total ascendería a 619.788. Por consiguiente, para llegar al mencionado nivel en un plan de 10 años, hay que calcular la instalación de unas 62,000 camas anuales.

#### ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Por último, entre los problemas que hay que abordar en la planificación y desarrollo de un programa de atención médica en las Américas se encuentra el de la escasa atención que se dedica a las necesidades psicológicas y sociales del paciente, en relación tanto con su trabajo como con su familia, y la poca importancia que se atribuye a la reducción, por medio de medidas adecuadas para la rehabilitación física, social y profesional, del gravamen que representan la incapacidad física y la dependencia económica.

#### Conceptos modernos de la atención médica

Al examinar el concepto moderno de atención médica, el Grupo Asesor reconoció los problemas que plantea la definición y el diverso empleo de términos tales como "atención médica", "asistencia médica" o "servicios médicos", "prestaciones médicas", como las utilizadas en los planes de seguro social contra enfermedad, "servicios de salud", etc. El empleo del término más generalmente utilizado, "atención médica", plantea el problema de que, por un lado, se utilice para significar exclusivamente la atención del individuo enfermo y, por otro lado, se incluyan en estos servicios ciertas medidas encaminadas al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades, que es el criterio adoptado por el Comité de Expertos de la OMS en Organización de la Asistencia Médica. Así, por ejemplo, los

consejos en materia de salud, las inmunizaciones y los exámenes profilácticos se consideran parte de la atención médica según este último punto de vista.

Con el objeto de aclarar las diversas definiciones y empleos de la expresión "atención médica", se presentó el siguiente esquema de conceptos que fue aceptado por el Grupo Asesor:

CONCEPTO FUNDAMENTAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Según este concepto, desarrollado por el Comité de Expertos de la OMS en Organización de la Asistencia Médica, la atención médica es un programa de servicios que debe poner a la disposición del individuo y, en consecuencia, de la colectividad, todos

Actividad	I	II	III	IV	V
Foco	Colectividad	Personas sanas	Personas sanas	Enfermos	Personas incapacitadas y que dependen de otros
Clase	Control del medio	Protección de la salud	Fomento de la salud	Atención médica	Protección social (bienestar social)
Ejemplos	Saneamiento ambiental, vivienda	Control de enfermedades transmisibles, inmunizaciones, descubrimiento de enfermedades asintomáticas	Higiene maternoinfantil, higiene mental, nutrición, educación sanitaria	Atención a cargo del médico, atención hospitalaria, programas especiales de atención médica para la tuberculosis y enfermedades mentales	Rehabilitación profesional, protección social y económica de los incapacitados e indigentes

En el criterio tradicional, la división entre "salud pública" y "atención médica" está representada por una separación administrativa entre las actividades incluidas en las columnas I, II y III, por un lado, y las que figuran en la columna IV, por otro. Un concepto más amplio y moderno de la atención médica es el que se refiere a las actividades indicadas en las columnas II, III, IV y V, incluidas en el campo de la atención médica. Así pues, desde este punto de vista, la atención médica abarca tanto los servicios personales preventivos (columnas II y III) como ciertas medidas de protección social (columna V), por ejemplo, la rehabilitación. Los servicios preventivos al nivel de la colectividad (columna I) quedan excluidos de la atención médica, aunque sin duda son un importante elemento de los servicios de salud pública.

los recursos de las ciencias médicas y otras ciencias afines que sean necesarios para el fomento y conservación de la salud mental y física. Este programa debe tener en cuenta el medio físico, social y familiar, con la mira puesta en la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de la salud y el alivio de las incapacidades. La amplitud de los servicios para llevar a cabo un programa de esa naturaleza variará de acuerdo con las condiciones locales.

INTERPRETACIÓN DEL CONCEPTO SEGÚN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

El concepto moderno de la atención médica requiere que se cumplan las condiciones que a continuación se exponen: *Todas* las personas, sean cuales fueren sus ingresos o fuentes financieras, su lugar de residencia y

su raza, religión o convicciones políticas, deben recibir atención médica inmediata y apropiada. Se les facilitarán cualesquiera servicios profesionales que necesiten: de médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras y demás personal de salud. Estos servicios serán ofrecidos ya sea en los respectivos hogares, en un centro de pacientes ambulatorios o en una institución de pacientes internos; comprenderán todos los cuidados que la ciencia pueda ofrecer para la prevención, tratamiento y restablecimiento de cualquier enfermedad, física o mental, breve o prolongada, y asimismo de los accidentes que sufran dichas personas; se prestarán por el tiempo que sea necesario y en cantidad y calidad adecuadas, y funcionarán con continuidad y con la debida comprensión del estado físico y psicológico del paciente, de su adaptación social en el trabajo y de su situación familiar. Por último, se procurará lograr la máxima economía y coordinación entre los servicios técnicos prestados.

#### REALIZACIÓN DEL CONCEPTO

Para realizar las finalidades que abarca este concepto moderno de la atención médica, el Grupo Asesor aceptó que debían organizarse amplios servicios de salud personal para proteger, fomentar y restablecer la salud del individuo y, en consecuencia, de la colectividad.

Estos servicios podrían agruparse de la manera siguiente:

1. Protección de la salud:
  - Control o erradicación de enfermedades transmisibles y de otra naturaleza.
  - Inmunizaciones y otras medidas afines.
  - Descubrimiento de casos desconocidos de enfermedades.
2. Fomento de la salud:
  - Higiene materno-infantil.
  - Educación sanitaria.
  - Nutrición.
  - Higiene mental.
  - Higiene del trabajo.
  - Promoción de la salud de los ancianos.

#### 3. Servicios de atención médica:

Cuidados ambulatorios.

Cuidados domiciliarios.

Cuidados en instituciones (hospitales generales y especiales para tuberculosis y enfermedades mentales, y otras instituciones para pacientes de permanencia prolongada; instituciones intermedias, tales como casas de convalecientes, "centros de readaptación", hospitales diurnos, etc.).

#### 4. Servicios de rehabilitación:

Rehabilitación física.

Rehabilitación psicológica y social.

Adiestramiento vocacional.

El Grupo Asesor en Atención Médica consideró que dentro del ámbito de los servicios de salud, estos servicios amplios de salud personal están estrechamente relacionados, por un lado, con los servicios de saneamiento ambiental indispensables para el control y erradicación de ciertas enfermedades y, por otro, con los de protección social y educación, necesarios para el ajuste del individuo al medio social y cultural que le rodea; sin embargo, teniendo en cuenta que otros grupos asesores habían ya examinado las actividades de fomento y protección de la salud, decidió concentrar su discusión en la atención médica y en ciertos aspectos de los servicios de rehabilitación (párrafos 3 y 4).

#### Planificación

Entre los importantes objetivos establecidos por la Carta de Punta del Este figura la preparación de planes nacionales para los próximos 10 años en relación con programas destinados a la prevención de las enfermedades y protección y restablecimiento de la salud. Dada la importancia de la planificación en el cumplimiento de lo dispuesto en la Carta, la Oficina Sanitaria Panamericana reunió a un Grupo Asesor en Planificación de Salud, cuyo informe debe consultarse para mejor conocimiento de la materia.

El Grupo Asesor en Atención Médica trató de la planificación en relación con el

mejoramiento de los recursos y de la organización y utilización de los servicios (véanse las secciones sobre "Mejoramiento de los recursos" y "Mejoramiento de la organización y utilización de los servicios", págs. 41-44). Además, formuló una serie de recomendaciones inspiradas en ciertos principios generales de planificación como base para el desarrollo de un programa de atención médica dentro del plan nacional de salud. Son las siguientes:

1. *Plan unificado.* En cada país, el organismo nacional de salud debería desarrollar un plan unificado general de atención médica, como parte del programa general de salud. Este plan ha de fundarse en datos adecuados sobre las necesidades y recursos de la nación. Asimismo, debe existir una coordinación con los planes de otros organismos que se ocupan del desarrollo social y económico. Los grupos interesados, como las profesiones de la salud, la industria y el trabajo, deben participar en el desenvolvimiento de la planificación.

2. *Cobertura total.* El objetivo del plan de atención médica consistirá en dotar a toda la población de amplios servicios personales de salud, teniendo debidamente en consideración las condiciones geográficas, demográficas, sociales y económicas de cada país.

3. *Planificación centralizada y prestación descentralizada de servicios.* La planificación debe considerarse como función centralizada (nacional). A este nivel deberán establecerse las normas \* y determinar los criterios a seguir. No obstante, la ejecución del plan debe descentralizarse al nivel local en que hayan de prestarse los servicios.

\* A los efectos de administración y organización, puede considerarse que el "nivel central" del gobierno es el organismo nacional en un régimen de gobierno unitario, como el de Chile, o bien el organismo federal o estatal en el caso de un gobierno federal, como el del Brasil. Para los fines de planificación, se considerará "nivel central" el organismo nacional, tanto si la forma de gobierno es federal como si es unitaria, ya que el objetivo consiste en obtener un plan de atención médica unificado y general.

4. *Integración de los servicios preventivos y curativos.* En la planificación hay que tener en cuenta el concepto fundamental de integración de los servicios preventivos y curativos.

5. *Necesidades totales a atender.* La prestación de servicios al paciente debe planearse de conformidad con sus necesidades en la profesión, en el hogar o en una institución, y considerando al paciente como individuo y como miembro de una unidad familiar.

6. *Establecimiento de un orden de prioridades.* La planificación debe comprender objetivos inmediatos a corto plazo así como objetivos a largo plazo. En la planificación, hay que especificar un orden de prioridades para alcanzar estos objetivos.

7. *Evaluación.* La planificación es un proceso dinámico que requiere una evaluación constante y los necesarios reajustes durante la fase de ejecución. Para alcanzar estos fines es preciso disponer continuamente de información exacta.

### Mejoramiento de los recursos

El anterior estudio de los problemas de la atención médica en las Américas reveló deficiencias en una serie de campos, entre ellas el número insuficiente y la inadecuada distribución de médicos y otro personal de salud, y asimismo de los hospitales y otras instalaciones afines para la prestación de servicios de atención médica. También se tomó nota de las deficiencias existentes en otra importante clase de recursos: los instrumentos para una eficaz administración y dirección de los servicios de salud. Para remediar estos inconvenientes, el Grupo Asesor en Atención Médica formuló recomendaciones relativas a tres grandes categorías de recursos: personal, instalaciones y suministros y prácticas administrativas.

#### PERSONAL

a. Debería llevarse a cabo una encuesta inicial para determinar el número y clases

de funcionarios de salud disponibles en cada país.

b. Habría que determinar, además, el número y clases de personal adicional de salud necesario. En esta determinación deberían estar comprendidos los médicos, dentistas, enfermeras, técnicos y el personal administrativo y auxiliar, de conformidad con las necesidades de cada país. Hay que realizar más investigaciones para definir las necesidades de cada país en materia de personal, según las condiciones socioeconómicas y pautas de la atención médica en él existentes, en lugar de seguir normas arbitrarias y fijas impuestas desde el exterior, con respecto a estas necesidades. Asimismo, dichas necesidades deben atenderse teniendo en cuenta la utilización más apropiada del personal de cada país.

c. Deberían establecerse programas de educación y adiestramiento de personal de salud destinado a servicios y a la administración. En muchos países, dada la grave escasez de personal, convendría estudiar el modo de adiestrar personal auxiliar de todas categorías y personal supervisor, de suerte que los auxiliares trabajen bajo la debida supervisión. Debería estudiarse asimismo la posibilidad de elaborar programas de adiestramiento acelerado de cierta clase de personal, como el encargado de los registros médicos de hospitales a fin de poder disponer de los datos básicos sobre la atención médica.

d. Habría que determinar la necesaria distribución del personal de salud en los aspectos geográfico y de los servicios.

#### INSTALACIONES Y SUMINISTROS

a. Convendría llevar a cabo una encuesta inicial para determinar el número y clases de las instalaciones existentes y la idoneidad de las mismas y del equipo.

b. Habría que determinar en cada país las necesidades relativas a *las instalaciones de pacientes hospitalizados y servicios afines*: hospitales generales y especiales y servicios de atención de crónicos; y las relativas a servicios de atención ambulatoria incluidos los departamentos hospitalarios

de consulta externa, policlínicas independientes y centros de salud de distintos tipos. Las necesidades relativas a las instalaciones deben determinarse de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de cada país y los sistemas de atención médica, y teniendo debidamente en cuenta la utilización más apropiada de las instalaciones del país de que se trate. Se necesitan más investigaciones para establecer los requisitos óptimos de cada país.

c. Al aumentar las instalaciones, hay que tener en consideración la renovación de las instalaciones existentes, siempre que sea procedente, así como la construcción de otras nuevas.

d. La construcción de nuevas instalaciones debe emprenderse de conformidad con una distribución geográfica adecuada y las necesidades de la población, y hay que establecer también niveles mínimos en materia de construcción y equipo.

e. Hay que tomar las medidas pertinentes para un adecuado suministro y distribución de los medicamentos, materiales y equipo de laboratorio y de diagnóstico necesarios.

#### PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS

Hay que mejorar las prácticas administrativas en lo que se refiere al aprovechamiento del personal y de las instalaciones. Deberían aplicarse métodos modernos de administración de personal y fiscal, y de manejo de suministros y equipo.

#### Mejoramiento de la organización y utilización de los servicios

Como se indicó anteriormente, uno de los problemas más importantes de la atención médica en las Américas estriba en la organización y utilización eficiente de los servicios de salud.

El mejoramiento del servicio de atención médica aspira a poner al alcance del mayor número de personas los beneficios de los actuales conocimientos científicos mediante la utilización más eficaz y eficiente de los recursos de cada país. Se ha demostrado



que la mejor manera de alcanzar esta finalidad es la organización de los servicios con arreglo a una pauta que comprenda por lo menos tres niveles: nacional, intermedio y local.

En general, existen en Latinoamérica dos sistemas principales y paralelos de salud: los ministerios, con sus servicios organizados de protección y promoción de la salud, y las instituciones del seguro social, que prestan servicios de atención médica. Ambos sistemas aportan una importante contribución al mejoramiento de la salud.

La extensión de los beneficios de atención médica ofrecida por el seguro social se presenta en el cuadro que figura a continuación, preparado por la Unidad de Seguridad Social de la Unión Panamericana. Como se observará, los sistemas de seguridad social en 17 países proporcionan servicios de atención médica como parte de la atención maternal; en 14 países, estos servicios se

prestan en relación con el seguro general de enfermedad. Sólo en cinco de estos 14 países (República Dominicana, Nicaragua, Perú, Chile y Paraguay), el seguro de enfermedad depende del Ministerio de Salud. Es característico que los beneficios de atención médica se encuentren bajo la jurisdicción administrativa del Ministerio de Trabajo.

El concepto de integración esencial de medicina preventiva y curativa, y su traducción a normas de organización, va recibiendo una atención cada vez mayor. La fragmentación de la atención médica dentro de un país, que se produce cuando gran parte de ella depende del seguro social, al paso que los servicios organizados de fomento y protección de la salud se hallan bajo el patrocinio del ministerio de salud, puede constituir un grave obstáculo para la organización del servicio.

Prestaciones del seguro social de maternidad y enfermedad y su administración:

País	Servicios de maternidad			Servicios de enfermedad			Ministerio encargado	
	Prestaciones en metálico	Prestaciones en especie	Extensión a la familia*	Prestaciones en metálico	Prestaciones en especie	Extensión a la familia*	Salud	Trabajo
Venezuela	X	X	X	X	X	X		X
Haití								
México	X	X	X	X	X	X		X
República Dominicana	X	X	X	X	X		X	
Cuba	X	X	(1)				X	(2)
El Salvador	X	X	X	X	X			X
Costa Rica	X	X		X	X	X		X
Guatemala	X	X	X					
Honduras								
Nicaragua	X	X	X	X	X		X	
Panamá	X	X			X			(3)
Bolivia	X	X	X	X	X	X		X
Colombia	X	X	X	X	X			
Ecuador	X	X			X			X
Perú	X	X	(4)	X	X		X	
Brasil	X	X	X	X	X	X		X
Argentina	X							X
Chile	X	X	X	X	X	X	X	
Uruguay	X	X						
Paraguay	X	X	X	X	X	X	X	

\* Incluidos los familiares dependientes.

(1) Subsidio por esposa, 25 pesos.

(2) Pagos en efectivo por el Ministerio de Trabajo.

(3) Ministerio de Hacienda.

(4) Únicamente en el sistema para asalariados.

Después de examinar estos problemas de organización, el Grupo Asesor formuló algunos principios generales relacionados con los modelos de organización de la atención médica. Estos principios están incorporados a las recomendaciones que figuran a continuación:

#### NIVELES DE ORGANIZACIÓN

a. *Nivel nacional.* Debería existir un organismo centralizado de salud, a nivel central, encargado de planificar, establecer normas y coordinar o administrar todos los servicios de salud del país. Esto significa que dicho organismo abarcaría el ministerio de salud, el seguro social y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la atención médica. La coordinación comprende la "coordinación horizontal", es decir, entre los organismos homónimos a nivel nacional; y la "coordinación vertical", o sea, dentro del organismo, el nivel nacional y los demás niveles gubernamentales.

b. *Nivel intermedio.* Las funciones en el nivel intermedio son las de dirección, supervisión, servicios de cooperación y otras funciones que corresponden a tal nivel o que le han sido delegadas por el organismo nacional. La estructura administrativa concreta variará según las características geográficas y políticas de cada país.

c. *Nivel local.* A este nivel, deberían prestarse servicios de suerte que, dondequiera que resida la población, pueda disponer de servicios de salud amplios e integrados. Esto puede lograrse mediante un proceso de regionalización que supone una afluencia de pacientes desde la periferia al centro, y una afluencia de servicios desde el centro a la periferia.

A nivel comunal los servicios deberían ser prestados sobre la base de la más estrecha integración de los programas de carácter preventivo y curativo, de la coordinación de personal especializado de todas clases, inclusive la supervisión adecuada del personal auxiliar, y de la más estrecha coor-

dinación de las instalaciones y servicios de todas clases, tomando en consideración las necesidades del individuo y las de su familia.

#### LA UNIDAD DE SALUD INTEGRADA

Una unidad de salud integrada, que incluya camas de hospital, servicios de atención ambulatoria e instalaciones para los servicios de medicina preventiva, debería servir de centro orgánico para la prestación de servicios. Este aspecto es particularmente importante en las zonas rurales que experimentan una grave escasez de instalaciones y de personal profesional. Para lograr un servicio integrado mediante esta clase de unidad de salud, tal vez se requieran innovaciones uniendo diferentes organismos y diversos servicios. En esta unidad de salud integrada, el hospital tendrá que modificar su función actual y convertirse en una institución que además de atender a pacientes internos, preste servicios preventivos, ambulatorios y de atención domiciliaria.

#### Financiamiento

Al formular las recomendaciones para el financiamiento de la atención médica dentro de un programa nacional de salud, el Grupo Asesor en Atención Médica tuvo presentes los resultados del reciente estudio patrocinado por la OMS sobre el costo y los medios para el financiamiento de los servicios de salud. Ese estudio señala que es muy poca la información disponible que permita a un determinado país examinar sus gastos para las actividades de salud en relación con los de otros países, y en qué forma estos gastos se distribuyen entre las diferentes clases de servicios de salud. No se puede comparar con seguridad la información publicada en un país con la publicada en otro, porque la nomenclatura utilizada para describir los servicios de salud varía de un país a otro y no son uniformes las denominaciones de los gastos.

El Grupo Asesor en Atención Médica formuló a este respecto las recomendaciones siguientes:

1. Debe existir un plan nacional general para el financiamiento de la atención médica, aunque los fondos procedan de fuentes múltiples: ingresos públicos, cuotas del seguro social y donaciones de carácter filantrópico y privadas.

2. El adecuado financiamiento de la atención médica requiere la asignación de fondos para la conservación y funcionamiento de las instalaciones, así como para su renovación y para la construcción de otras nuevas.

3. Los gastos para la atención médica deberían ajustarse a un plan nacional de salud, en lugar de obedecer a los conductos separados e independientes de los cuales proceden los fondos.

4. Habría que aumentar los fondos dedicados a la atención médica, de suerte que representen una proporción creciente del total de las fuentes económicas nacionales de cada país, hasta alcanzar un nivel razonablemente adecuado.

### Investigación

La investigación en materia de atención médica requiere además la investigación sistemática de la organización y administración de las instalaciones, personal y servicios de atención médica respecto a su distribución, idoneidad y costo. La finalidad de estas investigaciones está destinada a ampliar los conocimientos y utilizar los resultados obtenidos para mejorar las prácticas administrativas. Se hizo hincapié en la investigación aplicada, orientada hacia la administración, más bien que en la investigación básica, de laboratorio, orientada en un sentido biológico o clínico, que en general es mejor comprendida y recibe más apoyo.

En el curso de los debates, se señaló como problema importante la falta de datos adecuados con respecto al personal, instala-

ciones, organización y utilización de los servicios y al financiamiento. Se reconoció la necesidad de disponer de estos datos para la debida planificación y evaluación de los programas. Estos datos deben ser recopilados con una estructura debidamente organizada y con un propósito definido. Igualmente, deben establecerse y aplicarse definiciones estandarizadas, incluso de índices tan comúnmente utilizados como hospital, día de hospital o consulta médica. Se llamó la atención sobre la utilidad y economía de los procedimientos de muestreo, particularmente para los estudios de morbilidad, y sobre la importancia de distinguir entre los datos recogidos circunstancialmente o mediante estudios especiales y los datos que deben ser reunidos de manera habitual.

Puede considerarse que las investigaciones relativas a la atención médica se dividen en tres categorías principales, que se relacionan entre sí pero que se concentran en aspectos distintos. La primera se refiere principalmente a la población a la que va destinado este programa de atención médica, es decir, *los receptores del servicio*; la segunda, a *los que prestan el servicio*, y la tercera, a los problemas derivados de la *organización y administración de los programas de atención médica*. Ejemplos de cada clase de investigación son los siguientes:

1. Relacionada con los que reciben los servicios:

a. Estudios de morbilidad.

b. Estudios sobre la cantidad y clase de atención médica que requieren los grupos de población de edad, sexo y características socioeconómicas especificadas.

c. Estudios de las diferencias en el descubrimiento de las enfermedades; para qué clase de enfermedades se recurre a la atención médica y en qué fase de la enfermedad.

d. Características y actitudes de los "receptores" que afectan el grado en que se utilizan los servicios disponibles.

2. Relacionadas con los que prestan el servicio:

a. Estudios sobre la cantidad y distribución del personal y de las instalaciones; necesidades a este respecto según los distintos sistemas de organización.

b. Estudios de la calidad de la atención médica; desarrollo de medidas prácticas, inspección profesional, normas para la prestación de los servicios.

c. Efectos de las diferentes formas de satisfacer el pago de los honorarios médicos y de las distintas clases de reembolso en relación con el hospital.

d. Análisis de los servicios prestados por personal profesional y demás personal auxiliar afín.

3. Relacionadas con el programa:

a. Estudios sobre la cantidad y clase de atención médica prestada (estudios de la utilización); determinación de si el servicio es suficiente, excesivo o adecuado.

b. Estudios sobre el costo de todos los elementos integrantes de la atención médica; variaciones en el costo según los diferentes sistemas de organización.

c. Evaluación de las pautas de organización (regionalización, programas de atención domiciliaria, etc.) desde los puntos de vista financiero, administrativo y del servicio.

d. Estudios de la eficacia de los controles administrativos en los diversos tipos de atención (hospitalización, prescripción de medicamentos, etc.).

El Grupo Asesor en Atención Médica formuló las siguientes recomendaciones con respecto a la investigación relativa a la atención médica:

1. Habría que establecer en cada ministerio de salud, una unidad de investigación encargada de reunir los datos básicos necesarios para la planificación y evaluación de programas. Esta unidad debería contar con personal y recursos financieros adecuados.

2. La unidad de investigaciones tendría que prestar especial atención a los estudios orientados en sentido administrativo. Debería proceder a un inventario de las necesidades y recursos y determinar el personal e instalaciones que se requieren, teniendo debidamente en cuenta las condiciones locales.

3. Habría que realizar proyectos piloto para poner a prueba los diferentes sistemas de organización de la atención médica, inclusive la integración de los servicios preventivos y curativos, la regionalización, los distintos conceptos de los centros de salud y el empleo de personal auxiliar. Estos proyectos pilotos deberían ser considerados como experimentos y evaluados minuciosamente. Convendría utilizarlos como "laboratorios" en las investigaciones sobre la atención médica y como centros de adiestramiento en esas investigaciones.

### Colaboración internacional

La Carta de Punta del Este, en la Resolución A. 2, párrafos 4 y 5 establece la base de la colaboración internacional en los siguientes términos:

4. Recomendar a los Gobiernos que, cuando lo estimen conveniente, utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en la preparación y ejecución de estos planes. Igualmente, apoyar los proyectos de dicho organismo para establecer sistemas de planificación en salud en los países de América Latina.

5. Recomendar asimismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bilateral, que están a disposición de los países de este Continente.

Dadas estas recomendaciones, se prevé que se recurrirá cada vez más a la Oficina Sanitaria Panamericana para que colabore en la planificación para llevar a cabo el programa establecido en la Carta.

Al tratar de la colaboración internacional, el Grupo Asesor en Atención Médica

indicó la necesidad de establecer una coordinación entre todos los programas nacionales de desarrollo económico y social y entre los diversos organismos que apoyan dichos programas. Se sugirió que correspondía a los organismos internacionales una función colaboradora en la ejecución de encuestas para determinar las necesidades y recursos (encuestas en que debería participar el correspondiente organismo nacional); en la colaboración en los planes de salud y en el adiestramiento de personal para esta planificación; en el fomento de la investigación administrativa por personal nacional y en el adiestramiento de este personal de investigación, y en el desarrollo de proyectos piloto en materia de pautas administrativas de la atención médica.

A este respecto se formularon las siguientes recomendaciones:

1. La Organización Panamericana de la Salud debe asumir la responsabilidad de ofrecer colaboración a los países en la planificación de programas de atención médica en los planes nacionales de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en la Carta de Punta del Este.

2. A fin de desempeñar estas funciones suplementarias de prestar colaboración con respecto a la planificación de la atención médica, la Oficina Sanitaria Panamericana debería tomar las medidas necesarias para ampliar y fortalecer sus servicios de consulta y asesoramiento en materia de atención médica.

---

**LISTA DE PARTICIPANTES, OBSERVADORES Y FUNCIONARIOS**

**PARTICIPANTES**

Dr. Guillermo I. Almenara  
Francia 874, Miraflores  
Lima, Perú

Dr. Guillermo Arbona  
Secretario de Salud Pública  
Departamento de Salud  
San Juan, Puerto Rico

Dr. Solomon Axelrod  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Michigan  
Ann Arbor, Michigan, E.U.A.

Dr. Edwin Crosby  
Vicepresidente Ejecutivo  
Asociación Americana de Hospitales  
840 North Lake Shore Drive  
Chicago, Illinois, E.U.A.

Dr. Alfredo Leonardo Bravo  
Jefe del Departamento Técnico  
Servicio Nacional de Salud  
Casilla 41-D  
Santiago, Chile

Dr. Odair Pedroso  
Profesor Catedrático  
Facultad de Higiene  
São Paulo, Brasil

Dr. Milton I. Roemer  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de California  
Los Angeles 24, California, E.U.A.

**OBSERVADORES**

Dr. Beryl Frank  
Jefe del Programa de Seguridad Social  
Organización de los Estados Americanos  
Unión Panamericana  
Washington, D. C., E.U.A.

Dr. José González

Director del Programa Internacional de  
Hospitales  
Asociación Americana de Hospitales  
1 Farragut Square South  
Washington 6, D. C., E.U.A.

Dr. William H. Stewart

Jefe, División de Servicios de Salud de la  
Colectividad

Servicio de Salud Pública

Secretaría de Salud, Educación y Bienestar  
Washington 25, D. C., E.U.A.

Dr. Lester Sawyer

Agencia para el Desarrollo Internacional  
Room 2906, Department of State  
Washington 25, D. C., E.U.A.

FUNCIONARIOS DE LA OSP/OMS

Dr. Abraham Horwitz, Director  
Oficina Sanitaria Panamericana  
Washington, D. C., E.U.A.

Dr. S. Btsh

Organización Mundial de la Salud  
Ginebra, Suiza

Dr. Abraham Drobny

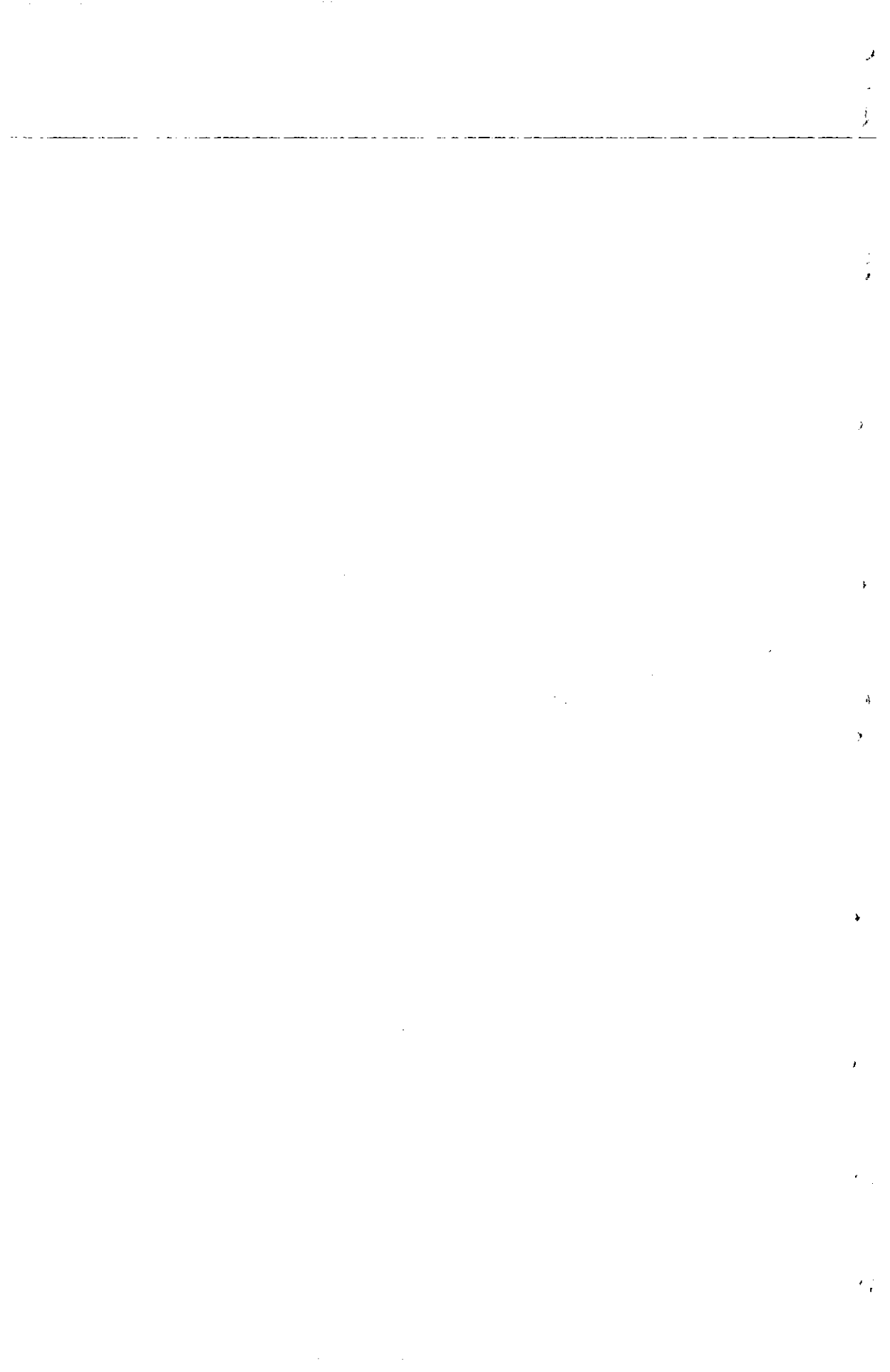
Oficina Sanitaria Panamericana  
Washington, D. C., E.U.A.

Dr. René García Valenzuela

Oficina Sanitaria Panamericana  
Washington, D. C., E.U.A.

**DOCUMENTOS DE TRABAJO DE LAS  
DISCUSIONES TECNICAS  
XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA**

**“Estudio del estado actual de la atención médica  
en las Américas, con miras a su incorporación  
como servicio básico de programas  
integrados de salud”**





## SINTESIS DE LA INFORMACION BASICA DISPONIBLE

*La XIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud acordó incluir como tema único de las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana el que figura en la página anterior. Este es el primer documento de trabajo, preparado por el Dr. René García Valenzuela (Oficina Sanitaria Panamericana) para las Discusiones Técnicas, celebradas el 30 de agosto de 1962.*

### Antecedentes indispensables

La atención médica, a pesar de su importancia, de su ya larga trayectoria histórica y de su gravitación preponderante sobre los presupuestos de salud, no había sido hasta hoy motivo especial de discusión en las reuniones conjuntas de la Organización Panamericana de la Salud, salvo en aspectos restringidos de su organización rural.

Lo anterior explica las razones que tuvo en vista la XIII Reunión del Consejo Directivo, en su Resolución XXXI, para destinar las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana a la consideración exclusiva del tema.

La longitud del título está en directa relación con su vastedad y con el deseo de fijar su delimitación conceptual con la mayor precisión posible: "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud". En otras palabras, se ha deseado postular desde un comienzo el principio de que la atención médica es uno de los servicios básicos de cualquier programa nacional o local de salud; como tal debe ser incorporado, junto a los otros, en todo intento de planificación.

La amplitud del tema hizo recomendable dividirlo en tres grandes capítulos, cada uno de ellos motivo de un documento de tra-

bajo, para mayor facilidad y orientación del debate:

a) Síntesis de la información básica disponible, con algunas consideraciones sobre la política general actualmente existente en las Américas.

b) Aspectos económicos y financieros, para un mejor conocimiento del origen de los fondos y de las instituciones que los proveen.

c) Perspectivas futuras, con especial referencia a la mejor utilización de los recursos, a través de la formulación de una política superior de atención médica.

Se ha hecho un considerable esfuerzo para desarrollar los tres documentos básicos dentro de un criterio que facilite su interpretación concordante. Como es el tercer capítulo el que primordialmente avanza hacia el futuro, se ha considerado su pauta, hasta donde fue posible, como el esquema más adecuado para desarrollar las materias del presente documento. Ello explica un ordenamiento que, a primera vista, pudiera parecer arbitrario.

Es del conocimiento de los Gobiernos que la Organización, para completar el marco de sus actividades, se ha venido empeñando en los últimos tiempos en abordar los principales problemas de la atención médica. Verdad es que antes lo fueron, pero en forma esporádica, subsidiaria y tangencial. Aun en el momento presente no se ha de-

seado formular ningún principio de acción que no responda a una observación cuidadosa y a la voluntad decidida de los Gobiernos.

Es en tal sentido que la Organización ha emprendido algunas acciones preliminares y reunido los antecedentes disponibles para suministrar al tema la fundamentación indispensable.

Prolongando y perfeccionando los jalones de Buenos Aires (1959) y de Bogotá (1960) la Organización consolidó en Punta del Este (1961) su doctrina anterior: la salud como componente del desarrollo económico y social. En lo que a la atención médica se refiere, logró la recomendación explícita de "procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud".

En marzo del presente año convocó, en su sede en Washington, la reunión de un Grupo Especial Asesor en Atención Médica, cuyo informe final ha sido considerado en la redacción del presente documento (véanse págs. 29-48). En lo que respecta a la reunión del Comité Asesor en Investigaciones Médicas, en relación con la atención médica, también se han incluido sus aportes para desarrollar este primer capítulo.

Con la ayuda de sus seis Zonas, la Organización recogió y escrutó los resultados de una encuesta cualitativa para precisar las necesidades más urgentes en lo que respecta a la organización general de los servicios de salud y al sitio que, dentro de éstos, ocupa la atención médica.

He aquí lo principal de las acciones preliminares desarrolladas durante los dos últimos años por la Organización, para las que se tuvo permanentemente en vista la inminencia de la presente reunión. La documentación recogida fundamenta el tema.

### **Definiciones y principios**

La Organización Panamericana de la Salud entiende la atención médica, sin per-

juicio de otras definiciones complementarias, como el conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor número de personas los recursos del diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno, completo y restaurador y de la observación subsecuente. Tales recursos son dispensados por la medicina institucional o privada. La atención médica, como uno de los servicios básicos de un plan integrado de salud contribuye, asimismo, a la educación y a la investigación. Indirecta e individualmente, colabora en las acciones de protección y promoción de la salud, dentro de programas sistemáticos, coordinados y coherentes.

Desde el punto de vista del enfermo, beneficiario principal de este tipo de servicio, la atención médica debe llenar los siguientes requisitos fundamentales:

a) Accesibilidad para toda persona, cualquiera que sea su nivel de ingresos y el soporte financiero del beneficio, sin distinción de su ubicación geográfica, al margen de toda contingencia de raza, credo religioso u opiniones políticas.

b) Todo individuo tiene derecho al cuidado médico oportuno, del tipo apropiado, sea de médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras u otro personal, dispensado en su propia casa, en un centro ambulatorio o en un servicio de internación, para la prevención, tratamiento o rehabilitación de enfermedades y accidentes, físicos o mentales, de corta o larga duración, con la ayuda de los recursos que la ciencia es capaz de suministrar.

c) Tales servicios deben ser dispensados en cantidad y calidad adecuadas, durante el tiempo que sea necesario, con la continuidad y solidaridad social correspondiente al estado físico y psicológico del paciente y a su condición, con la máxima economía y coordinación de los servicios técnicos ofrecidos.

Por todo lo anterior, la atención médica, como función social, interesa cada vez más a las personas públicas o privadas, a los beneficiarios y a sus grupos, a las corpora-

ciones profesionales y al estado. Por su complejidad, volumen, costo creciente y expansión ha ido impetrandó, en aumento, la responsabilidad gubernamental.

A lo anterior hay que agregar la activa incorporación de la seguridad social y de sus institutos, fenómeno creciente en la América Latina, que ha contribuido a señalar la atención médica como una función preferentemente estatal en el terreno de la justicia social.

Esta manera de ver ha repercutido hondamente en la profesión médica y en el arte de curar. La historia demuestra que la medicina, a través de sus tendencias, siempre se esforzó en llegar a la totalidad de la población. Pero dar cuidados integrales a todos exige sacrificios crecientes al médico, con explicable aprensión de los profesionales y sus asociaciones. Cualquiera que sea la interpretación, el hecho existe como una de las características más acusadas de la atención médica del presente y como uno de los factores controversiales de los que no conviene prescindir cuando se mira a su progreso a través de un mejor conocimiento e información.

Sea cual fuere la ubicación de la atención médica dentro de un plan de desarrollo económico y social, o de un plan integrado de salud, no se justifica seguir discutiendo si las funciones individuales de protección y promoción deben ejercerse independientemente del cuidado del enfermo. El estudio de salud y enfermedad ilustra sobre la unidad del proceso biológico, razón suficiente para rechazar cualquier diversificación estructural entre servicios preventivos y curativos.

Este solo hecho basta, como punto de partida, para revisar a fondo los conceptos en que debe basarse la atención médica del futuro para definir su esfera de acción y para revisar su metodología.

En más de una oportunidad las denominaciones propuestas para designar las funciones de la "atención médica" han perdido en riqueza conceptual por barreras idiomáticas y/o tradicionales, ello como reflejo de

arraigados prejuicios y de controversias aún no terminadas.

Presumiendo que las definiciones y conceptos aclaratorios anteriores no hubieran sido suficientes para poner de acuerdo la diferente terminología usada en uno u otro documento, originalmente redactados en distinto idioma, se ha considerado pertinente consignar en un breve párrafo sinónimas y diferencias, si es que existen.

El presente aporte entiende como equivalente los términos de "cuidados del enfermo", "cuidados médicos", "asistencia médica", y "atención médica". Y los entiende delimitados por la definición y los requisitos fundamentales ya expresados al comienzo del presente capítulo.

En otro de los aportes se ha querido ir más allá del término inglés de *medical care* con el de *health care* para incorporar dentro de él funciones de promoción de salud; prevención de enfermedades; diagnóstico y tratamiento temprano de las mismas y rehabilitación social. El término *health care* pretende poner de manifiesto la necesidad de integración de todos los servicios a los que el conocimiento científico ha dado vida.

Se lo entiende como equivalente al de atención médica usado en el texto en castellano del presente aporte, por lo menos en el terreno de los conceptos, de las tendencias modernas y del título del tema. La única diferencia pudiera residir en el hecho que el texto en español del presente aporte acepta las funciones de promoción y prevención individuales, en relación con atenciones, al paso que en el otro trabajo se da a éstas una significación más colectiva.

### **Generalidades sobre la atención médica en las Américas**

El presente capítulo tiene como objetivo fundamental hacer un breve análisis de la información disponible. La tarea es extraordinariamente compleja, porque cuesta dar una idea de conjunto sobre el panorama continental. Es de confiar que la convocatoria y el conocimiento previo de los docu-

mentos básicos de Secretaría constituyan un incentivo para que los diferentes Países Miembros, en el curso de los debates, complementen en el presente estudio, que hace valer su excusa inicial por vacíos que reconoce de antemano.

Pero aun con el conocimiento de cada realidad nacional, no será fácil visualizar la realidad actual habida consideración a las peculiaridades de la atención médica en los diferentes países. Los escollos producidos por la multiplicidad de organismos autónomos, con la natural repetición de servicios y el consiguiente dispendio de recursos, constituyen la causa y el efecto de las más variadas y complejas soluciones.

Los servicios de atención médica en la América Latina reconocen la autoridad administrativa de diferentes propietarios. Cualquier esquema de sistematización queda expuesto, desde un comienzo, a la justa crítica de una generalización inconveniente. El que a continuación se ofrece, sólo pretende dar una idea de la multiplicidad de instituciones que deberían ser puestas de acuerdo para cualquier acción coordinada.

a) Gobierno central: servicio estatal de salud; autoridades provinciales o estatales (estados); fuerzas armadas y policías; universidades del estado; beneficencias absorbidas por el estado.

b) Gobierno local: consejos locales; municipalidades; consejos distritales o regionales; juntas locales de beneficencia.

c) Seguros sociales y mutuales: cajas de seguro obligatorio (empleados y obreros); mutualidades.

d) Organizaciones voluntarias: agrupaciones no gubernamentales (juntas, consejos, universidades privadas, instituciones religiosas, beneficencias privadas, etc.) sin fines de lucro.

e) Organizaciones particulares: clínicas; sanatorios; institutos de diagnóstico, con fines lucrativos.

La sola enumeración anterior basta para insinuar la combinación de variables que cada organización nacional, en su conjunto,

es capaz de ofrecer. Si a ello se agregan las diferencias de organización política (sistema unitario, federal o mixto); del gobierno comunal (municipalidad autónoma o dependiente del gobierno central); de la administración superior y agrupación de los ministerios y sus servicios dependientes; de las universidades del estado (dependientes o con régimen de autonomía universitaria); de las beneficencias (estatales, semi-estatales o tradicionalmente independientes para administrar su patrimonio); de los seguros sociales (dependientes del gobierno o relativamente autónomos) se tendrá una visión de los distintos esquemas existentes en lo que a la atención médica se refiere. Y a veces hay obstáculos legales que no son fáciles de salvar. La tradición jurídica de la América Latina reposa esencialmente sobre el derecho escrito. Constitución, leyes constitucionales, leyes administrativas, decretos-leyes, reglamentos legales, cambian a este respecto de uno a otro país.

No es fácil, por lo tanto, recoger la información básica indispensable, con miras a conocer la realidad asistencial de cada país. Es más difícil aún establecer su relación con los restantes servicios de salud, dentro del panorama socioeconómico, para dar satisfacción a las iniciativas de planificación del desarrollo integral, en aquellos países que así lo han de menester.

Ojalá los Gobiernos adopten una posición solidaria para salvar esta dificultad. Lo anterior cobra especial relieve para dar cumplimiento a una recomendación del Grupo Especial Asesor en Atención Médica, recientemente reunido en Washington, en orden a obtener esta información indispensable, con la precaución previa de precisar y uniformar las definiciones e índices pertinentes a un estudio de salud comparada en las Américas.

En otro sitio se consignó que la Organización, con la ayuda de sus Oficinas de Zona, emprendió en los países un estudio preliminar para apreciar, en sus generalidades, la situación existente con respecto a los problemas de salud, en general, y a los de aten-

ción médica, en particular. Por este camino se logró alguna información que si bien no basta para fijar los requerimientos por país, constituye una orientación aprovechable sobre hechos y tendencias dominantes para fundamentar mejor algunos de los ya expuestos en el párrafo anterior.

Se advierte una vez más que la ordenación de los antecedentes recogidos en esta "Consulta Preliminar", intenta concordar con el documento de trabajo que formulará las más premiosas recomendaciones para el mejor aprovechamiento de los recursos de que actualmente se dispone.

En lo que se refiere a organización general, hay dos países que todavía carecen de un ministerio de salud. En cinco, buena parte de las acciones de salud escapan a la tuición de los ministerios especializados. En la casi totalidad de los países (19) otros ministerios, no especializados, administran, concurrentemente, importantes programas de salud. En relación con lo anterior hay que tener en consideración que en 14 países hay regímenes de seguridad social, a cargo del estado, que cubren, en una u otra forma, el riesgo de enfermedad con las prestaciones correspondientes. Sólo en cinco de ellos tales prestaciones caen bajo la órbita de influencia del ministerio de salud. En los nueve restantes, las prestaciones médicas del seguro social son regidas por el ministerio del trabajo (y de previsión social) cuando tales funciones ministeriales no están contenidas en el ministerio de salud correspondiente.

En ocho países las acciones de salud (promoción, protección y reparación) reposan sobre un régimen con respaldo jurídico para abordarlas conjunta e integradamente. Los servicios de salud están fragmentados y laxamente coordinados en 12. Consideradas las acciones de salud en su conjunto (estatales y no estatales) ellas se desarrollan al margen de un régimen de coordinación en 16.

El ministro de salud, junto con fijar la política superior de salud, la administra directamente o por delegación en el nivel ministerial (subsecretario u otro funciona-

rio superior) en 17 jurisdicciones nacionales. En 12 existe una jefatura con la designación de director de salud o su equivalente, con atribuciones suficientes para administrar. Tales atribuciones determinativas (no sólo consultivas) son compartidas por el director con un organismo colegiado co-administrador en cuatro países.

Lo anterior para resumir algunos aspectos generales de la organización de la salud en las Américas y poner de manifiesto la necesidad de reforzar las estructuras centrales determinativas (creación de un ministerio de salud donde no exista; aptitud jurídica de los ministerios de salud para regir los programas más importantes que le son pertinentes; coordinación interministerial para los problemas de salud).

Si dentro de las generalidades anteriores, se hace un intento para situar los servicios preferentemente destinados a cubrir el servicio básico de atención médica, la siguiente es la tendencia predominante:

En 15 países existen disposiciones jurídicas o tradicionales que dan a la atención médica un cierto grado de autonomía en la conducción de sus propias acciones. En dichos países se tiene la tendencia a considerar la atención médica como una acción independiente.

En ocho países hay un organismo en el nivel superior especialmente encargado de perfilar una política de atención médica. Sólo en tres existe un organismo colegiado asesor o consultivo para los programas de atención médica.

Los hospitales, según su propietario, existen en los diferentes países según la siguiente enumeración:

<i>Propietario</i>	<i>No. de países</i>
Gubernamentales	20
Provinciales	7
Municipales	9
Militares	18
Seguro social	16
Universitarios	10
Beneficencia privada	16
Mutualidades	7
Particulares	16

Sólo en siete países el estado tiene la supervigilancia de todos los institutos en los que, de una u otra manera, se dispensa atención médica. Las normas dictadas en el nivel determinativo del gobierno son obligatorias para todos estos institutos sólo en seis países. Están coordinados entre sí en tres; están coordinados con los restantes organismos dispensadores de salud en tres; forman un "sistema" mancomunado y jerarquizado en dos.

Los sumarios antecedentes anteriores bastan para formarse una opinión sobre las posibilidades actuales de integración y coordinación.

### Costos y financiamiento

Quedó expresado en otra parte que la atención médica debe ser accesible a toda persona, que constituye uno de sus derechos inalienables y que debe serle dispensada en cantidad y calidad adecuadas. Sabido es, por otra parte, que tales requisitos se cumplen muy parcialmente en los diferentes países de la América Latina. Conviene agregar que los adelantos tecnológicos son motivo de un costo creciente. Finalmente son conocidas las insuficiencias del presupuesto destinado por los países a la atención médica y las necesidades que habría que satisfacer para alcanzar niveles aceptables siempre y cuando se haga un mejor uso de los recursos existentes, lo que es imposible obtener sin la formulación de una política superior de salud, en ella incluida la atención médica.

La "economía médica" carece todavía de experiencia. En lo que respecta al presente documento, ninguna estimación sobre el costo real de la atención médica, y por consiguiente de su financiamiento, podrá ser concluyente en tanto no se hayan convenido normas precisas para llevarla a cabo. Tal se desprende de un reciente estudio emprendido por la Organización Mundial de la Salud sobre costos de salud en seis países diferentes. Salta a la vista, como re-

sultado final de dicho estudio, la necesidad de uniformar criterios para poder obtener resultados comparables y orientadores.

Hablar, pues, de costos de atención médica entraña buena dosis de elaboración. Lo indirecto de los caminos, para alcanzar una estimación aproximada, revela los grandes vacíos que están por llenarse en esta materia. Y sin el conocimiento de los costos es problemática toda apreciación sobre financiamiento.

Uno de los índices más usados para apreciar la deseable cobertura del riesgo de enfermedad y el cumplimiento de las acciones de recuperación de la salud, es la consideración de la tasa de camas de hospital por cada 1.000 habitantes. No hay seguridad, ni experiencia, para afirmar que una tasa determinada sea valedera para todos los países, para sus distintas regiones y para su presente realidad socioeconómica.

Dentro del marco de la elaboración indirecta, no obstante, conviene tener presente que seis de ellos no alcanzan al 2 por mil; otros seis entre 2 y 2,9 por mil y sólo ocho por encima del 3 por mil. Sea dicho de paso que las informaciones oficiales registran variaciones de un año a otro en un grado que no logran explicar las informaciones complementarias (construcción, remodelación o cierre de camas).

Sea como fuere, es indudable que en algunos países faltan camas, aun cuando hay experiencia suficiente para asegurar que con las que hoy día existen se podría atender a un mayor número de enfermos con sólo mejorar su organización y administración. La construcción de camas gravita en la economía de cada país. Las cifras son impresionantes. Cualquiera que sea la circunspección para apreciar el déficit actualmente existente, compromete cifras de muchos ceros.

Definida una política sobre este particular, aceptada la necesidad de construir cualquier número de camas, hay que pensar de inmediato en los gastos que demanda su habilitación y, lo que es más importante, su operación a través del tiempo. A esto hay

que agregar que muchas de las existentes son acreedoras a una política de remodelación, tanto en lo que se refiere a edificios, cuanto en lo que toca a equipos y a presupuesto de funcionamiento. En algunas partes hay índices ocupacionales bajos no porque haya exceso de camas, sino porque prejuicios y calidad retraen al beneficiario a ingresar a ellas, lo que es demostración de financiamiento insuficiente. Hay costos, aproximadamente establecidos (no todos los institutos están en condiciones de exhibirlos), que demuestran a las claras tal defecto.

Gobierno, seguro social y beneficencias son, entre otras, las tres fuentes más importantes de financiamiento. Si se lograra ponerlas de acuerdo para la constitución de un fondo común, es indudable que también por esta vía sería posible un mejor aprovechamiento de los recursos y con ello un aumento de la eficiencia.

Desgraciadamente, los prejuicios institucionales, el interés creado, el deseo de autonomía, la propia convicción de mayor idoneidad y tantos otros factores, se oponen a un entendimiento en aras del interés común y de la técnica.

Por otra parte, hay países que no aceptan terminar con su régimen de gratuidad absoluta, para permitir que el beneficiario de la atención médica contribuya, a la medida de su condición, al financiamiento de una parte o el todo de la prestación que recibe. Hay experiencia suficiente para asegurar que una investigación médico-social previa, a cargo de personal convenientemente adiestrado, puede equilibrar el interés del paciente y de la institución que le presta asistencia.

Salta a la vista la necesidad de hacer intervenir a la comunidad en este tipo de problemas, porque ilustrada e interesada en los requerimientos de la técnica moderna, difícil es que se niegue a servirse a sí misma en éste y en otros aspectos. Recuérdese a este respecto que sólo en un tercio de los países la comunidad colabora en mayor o menor grado en sus propios programas locales de salud.

## Personal y equipo

En el análisis para medir recursos y necesidades, el papel de los técnicos surge de inmediato. A cargo de ellos queda el progreso social, más que de los capitales invertidos. Una invasión violenta de capitales, en cualquiera de los países en desarrollo, sin la presencia de técnicos que los sepan emplear, podría producir resultados imprevisibles por lo catastróficos. Los nuevos derroteros de la atención médica necesitan de este personal seleccionado, formado y orientado a las necesidades que se ven aflorar. El administrador de "cuidados para la salud", los jefes de unidades técnicas, el médico clínico para conjurar la patología individual y social, las profesiones de colaboración médica y sus auxiliares, deberían ser reorientados hacia una política cooperativa y no competitiva de salud. Calidad y cantidad son insuficiencias de sobra conocidas. A continuación se ordenan aquellos antecedentes de mayor importancia.

Una tasa recomendable de médicos-población, varía según el peso de la enfermedad, la organización del "sistema", el número de enfermeras y auxiliares disponibles, los factores socioeconómicos y la demanda habitual de servicios médicos.

Una tasa de 10 médicos por cada 10.000 habitantes pudiera servir de intermedia entre niveles elevados y bajos, actuales y necesarios para los próximos 20 años. De esta manera las necesidades del presente se satisfacen con 203.000 médicos, doble cantidad de la actualmente existente. Se calcula que para 1980 se necesitarán unos 350.000 médicos, esto es, tres y media veces más que la existencia actual.

En 1957 la tasa más arriba indicada (10 médicos por cada 10.000 habitantes) sólo había sido lograda por tres países. En seis había menos de tres médicos por cada 10.000 habitantes.

La profesión médica se distribuye muy desigualmente, en perjuicio de las áreas rurales, en buena parte de los países; en cinco de ellos se registra una proporción

significativa de especialistas en detrimento del médico general; sólo cinco han dictado un estatuto que reconozca o haga atractiva la carrera para el médico funcionario que cumple labores estatales de atención médica. Valen las mismas consideraciones para la atención dental.

Sólo en seis países están constituidas o en vías de constituirse una o más escuelas de salubridad, pero la mayoría sigue formando separadamente al administrador de salud pública y al administrador de atención médica. Decece el interés de los médicos por adquirir una capacidad especial para administrar servicios de salud. En tres países es habitual la dirección de hospitales por personal especialmente adiestrado. En la mayoría (17) la dirección está en manos de médicos no especialistas para administrar empresas de salud. En algunos (3) la dirección puede ser ejercida por personal no médico. Unos pocos están formando administradores de hospital (no médicos) pero con requisitos adecuados de ingreso a los estudios especiales. Es un problema para las organizaciones internacionales encontrar consultores estables o transitorios para asesorar a los Gobiernos en la organización de servicios de atención médica.

Idénticas o mayores dificultades se comprueban en el campo de la enfermería profesional. Se calcula que en el momento actual existen unas 37.000 enfermeras en la América Latina. Si se considera aceptable la capacidad de supervisión de 4 ó 5 auxiliares de enfermería por una enfermera, menester es reconocer que se necesitarían unas 60.000 enfermeras o tres de ellas por cada 10.000 habitantes, en circunstancias en que el rango fluctúa en la América Latina entre 0,3 y 5,8 por 10.000 habitantes. En 14 el número de enfermeras está por debajo de 3 por 10.000 habitantes, tasa que podría ser considerada como el *mínimum* aceptable.

Cerca de 94.000 auxiliares de enfermería trabajan en la América Latina en hospitales y centros de salud. Hay que reconocer que

su adiestramiento deja mucho que desear y que su solo mejoramiento bastaría para solucionar numerosos vacíos, uno de ellos el de alivianar la enfermería profesional para funciones docentes.

La experiencia recomienda una tasa de 13 auxiliares por cada 10.000 habitantes para la operación normal de hospitales y centros de salud. Esto significa contar con 263.000 auxiliares de enfermería, convenientemente adiestradas. La tasa ya indicada sólo se cumple en tres países, lo que basta para resaltar el esfuerzo de formación y entrenamiento en servicio que es menester desarrollar.

La tónica social que comienza a vivir la salud como componente del desarrollo, la consideración permanente de los factores sociales, el apoyo *de y a* la colectividad, hacen recomendable tener presente un grupo profesional del que hasta ahora se ha prescindido no poco: la asistente, visitadora o trabajadora social.

Lo ya expresado para médicos, odontólogos, asistentes sociales, enfermeras y auxiliares de enfermería vale también para otros trabajadores de salud. Laborantes, inspectores sanitarios, estadísticos, necesitan ser reclutados o perfeccionados en su entrenamiento anterior.

No se olvide, sin embargo, que los requerimientos de personal no se resuelven sólo con establecer índices y medir necesidades, si tales programas no se emprenden con atenta consideración de las condiciones socioeconómicas de una colectividad y la traducción lógica de su potencialidad de empleo. La posibilidad de servicios voluntarios como el aporte de la colectividad es solución no desdeñable siempre que se cuente con el medio adecuado de formación, adiestramiento y supervisión.

Numerosos factores, entre los cuales no conviene olvidar las condiciones socioeconómicas, el número de profesionales y la disponibilidad y aprovechamiento de hospitales y centros de salud, determina el número deseable de camas. Con respecto a este punto ya se han adelantado algunos



antecedentes. Sólo resta dar algunas informaciones complementarias.

La más reciente información de que se dispone permite ordenar el inventario de camas como sigue (por orden alfabético):

bución se cumple por lo menos en una región. Existe una reglamentación normativa para los institutos hospitalarios en seis y un departamento administrativo suficientemente individualizado en 14. Hay conta-

<i>País</i>	<i>Población</i>	<i>Camas</i>	<i>Tasa por mil habitantes</i>
Argentina .....	20.956.000	125.358	6,0
Bolivia .....	3.462.000	5.600	1,6
Brasil .....	65.743.000	223.543	3,4
Colombia .....	14.132.000	41.794	3,0
Costa Rica .....	1.171.000	4.919	4,2
Cuba .....	6.797.000	18.000	2,6
Chile .....	7.628.000	28.339	3,7
Ecuador .....	4.298.000	7.145	1,7
El Salvador .....	2.612.000	5.064	1,9
Guatemala .....	3.765.000	8.900	2,4
Haití .....	4.247.000	2.442	0,6
Honduras .....	1.953.000	3.913	2,0
México .....	34.626.000	51.300	1,5
Nicaragua .....	1.477.000	2.738	1,9
Panamá .....	1.055.000	4.008	3,8
Paraguay .....	1.768.000	5.000	2,8
Perú .....	10.857.000	22.000	2,0
República Dominicana .....	3.014.000	8.024	2,7
Uruguay .....	2.827.000	16.000	5,7
Venezuela .....	6.709.000	26.029	3,9

Se ofrece la tabla anterior como una información de conjunto, sujeta a todas las correcciones que una investigación más prolija sea capaz de suministrar. Se la da como uno de los índices de la atención médica y como el balance de necesidades aún no cumplidas y que es menester tener presente para cualquier planificación posterior. Esto último justifica algunos comentarios agregados.

Los hospitales se construyen siguiendo un plan nacional en tres países; se programan después de recogida la información indispensable y de considerar el área que van a servir en cuatro; se proyectan arquitectónicamente, una vez elaborado un programa funcional escrito y suficientemente detallado, en seis; existe un departamento de arquitectura a cargo de profesionales especializados en construcciones hospitalarias en siete. Sólo en uno parece aceptable la distribución de camas urbanas y rurales en toda la jurisdicción; en ocho tal distri-

duría en 12; estadística administrativa en nueve; estadística médica en seis; servicio de mantenimiento y conservación y reparaciones menores en cinco; rol del personal en 10.

Una vez más se estima útil advertir que los hechos anteriores son el trasunto de una exploración cualitativa de servicios nacionales de salud para apreciar generalidades, tendencias y caminos de perfeccionamiento, pero salvando de antemano todo error de generalización.

Otros defectos de organización y administración que es premioso obviar en más de la mitad de los países (y en algunos aspectos hasta en los dos tercios de ellos) se refieren a lo siguiente:

Costos de hospitalización y de consulta externa;

Censo diario de camas y de personas hospitalizadas;

Estada media de los enfermos y datos sobre alta;

**Índice ocupacional;**

Correcto archivo y aprovechamiento de la historia clínica;

Organización del cuerpo médico;

Enfermería profesional, por lo menos de supervisión, y

Auditoría médica.

En el mismo orden de ideas, en lo que se refiere a aprovechamiento de los recursos existentes y a la importancia de conocer costos reales, con miras a fijar una política racional de atención médica, se da a título de simple ejemplo, el siguiente:

En uno de los países los gastos de hospitalización subieron de EUA\$33.872.000 (en 1952) a EUA\$41.219.000 (en 1960). Pero con el solo recurso de disminuir la estada media de 19 a 13,8 días en el mismo período fue posible aumentar el número de casos atendidos de 360.879 a 604.636 con lo que el costo por caso descendió de EUA\$93,85 a EUA\$68,17. Nótese que en tal período la tasa de camas (por 1.000 habitantes) había descendido de 4 a 3,8.

Recuérdese que a menudo se discute la construcción de nuevas camas—cuya magnitud de inversión ya fue advertida—sólo sobre la base de índices que, por venir de ambientes y condiciones socioeconómicas diferentes, deberían ser cuidadosamente adaptados a cada realidad nacional y a los múltiples factores que la configuran. La organización de buenos servicios de consulta externa como eje de la atención médica es una vía de solución que si no cabe dentro del marco del presente documento, aparece justificada como una insinuación que otros habrán de considerar.

En lo que respecta al punto anterior y a posibilidades de coordinación y de integración conviene anotar que hay servicios habituales de consulta externa en 11; dichos servicios contribuyen, de una u otra manera, a las acciones preventivas en 10; existe atención domiciliaria en cinco; los servicios de atención médica (hospitales y consultorios externos) colaboran efectiva y coordinadamente en los programas generales de salud sólo en dos.

**Posibilidades de integración**

El título que la XIII Reunión del Consejo Directivo eligió para el tema único de sus próximas Discusiones Técnicas es—como ya se hizo notar al comienzo del presente documento de trabajo—lo suficientemente explícito como para fijar una tendencia: la incorporación de la atención médica a los programas integrados de salud.

La información suministrada en los párrafos anteriores ha hecho lo posible por dar una idea de lo que es, en el momento presente, la atención médica en nuestro Continente, y sus principales características en los niveles de dirección central y ejecución local.

La perspectiva de incorporar una parte al todo necesita, para la real consideración de posibilidades, de un conocimiento suplementario de lo que es ese todo en el que se piensa integrar la atención médica. Las observaciones que siguen van encaminadas a enjuiciar la salud como un todo único e indivisible, sin adjetivos limitantes por consiguiente.

En el nivel de la administración superior y en lo que se refiere al cumplimiento por parte del estado de su obligación de dispensar salud, existen, en la mitad de los países, los departamentos técnicos suficientes, el de atención médica entre ellos. Hay división de las funciones de planificación, normalización y ejecución en cinco y una aceptable organización de las líneas de autoridad y dependencia en nueve.

En poco más de la mitad de los países hay una descentralización de los servicios pero sólo en cuatro existe un programa integrado o efectivamente coordinado de salud. Esta proporción vale para medir el acceso que el nivel local tiene en la consideración y manejo de su presupuesto y en la conducción de su política de personal.

Si se estudia con cuidado la Carta de Punta del Este, se encuentran en ella repetidas recomendaciones que apuntan sin

equivocos hacia la planificación. Bien mirada, la Alianza para el Progreso no es otra cosa que la planificación del desarrollo económico y social en la América Latina. El procedimiento allí establecido para estimular la ayuda financiera exterior establece el pie forzado de una planificación en extensión y profundidad. En esta forma, para mover programas de fomento de la atención médica ("procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud") es requisito insorteable valerse del conducto de programas nacionales de salud, así como éstos sólo tienen posibilidades de ayuda exterior a través de planes nacionales de desarrollo.

Por eso el más trascendental de los problemas reside en cómo incorporar efectivamente la atención médica dentro de un procedimiento programático como el ya expresado. Mientras se siga por el camino en que falta coordinación y en el que hay desintegración, pobres y discutibles serán los resultados.

Es urgente operar la síntesis entre medicina preventiva y curativa, entre salud pública y atención médica, entre hospital y centro de salud, entre consultorio externo y servicios de internación, entre instituciones, servicios y ejecutores. En otras palabras, incorporar la atención médica dentro de los programas integrados de salud.

Se sostiene—y con razón—que cuatro son los caminos para la solución de cualquier problema: programación, organización y administración, personal e investigación. Se subentiende que información básica y planificación quedan comprendidos en el primero, y financiamiento en administración. Pero tales caminos, coincidentes para la misma finalidad, ponen de manifiesto las múltiples acciones que sería indispensable emprender simultáneamente para situar la atención médica y la salud en vías de aceptable realización. Y resumen las in-

cógnitas que es menester despejar para encontrar la solución conducente:

¿Cómo recoger la información básica que se necesita para planificar consecuentemente la atención médica?

¿Cómo organizar y administrar correctamente los cuidados de salud para establecer la conexión indispensable entre los servicios de salud pública y atención médica dentro de un régimen de equilibrio y armonía; cómo establecer los campos adecuados de experimentación y adiestramiento en el servicio?

¿Cómo obtener que las escuelas y otros organismos docentes formen el personal de atención médica, especialmente aquél que actúa en sus más altos niveles, con la orientación y eficiencia requeridas?

¿Cómo concebir, dirigir y realizar la investigación aplicada para recibir el apoyo de los Gobiernos, de las comunidades y de los grupos profesionales organizados?

¿Cómo, en fin, desarrollar estas cuatro funciones paralelamente y sin desmedro de la una sobre las otras?

Indudablemente que el problema es complejo y que para resolverlo es necesario una acción conjunta. Se ha estado pensando en la conveniencia de promover, como función, el servicio básico de atención médica, sin apartarse de la doctrina de integración que conduzca a una solución aceptable y progresiva.

Para ello es indispensable impulsar paralelamente la planificación de los cuidados para la salud; la organización y administración superior de "sistemas" de servicios integrados de salud como proyectos piloto y campos de experimentación, de aplicación práctica y de investigación; adiestrar al personal, especialmente aquél que actúa en los cargos de responsabilidad y hasta en la asesoría internacional e investigar los rubros de mayor interés, para cerrar el círculo de su expansión progresiva.

Definida la función y aceptada la practicabilidad de la idea, hay que crear la estructura, en un organismo único o diversi-

ficado, internacional o nacional, que encuentre el financiamiento adecuado, la asesoría bilateral o multilateral, el patrocinio de una escuela de medicina que avizore su utilidad y el alero de una escuela de salud que no desee seguir haciendo la inútil distinción entre administración de salud pública y administración de atención médica.

Existe la experiencia para revelar que

otros institutos o centros regionales o interpaíses han sido eficientes para alentar la solución de problemas tan diversos como los de nutrición, de zoonosis, de estadísticas de mortalidad, etc. Cuando se considera el peso de los gastos de la atención médica sobre cualquier presupuesto nacional, la iniciativa adquiere los contornos de una inversión altamente productiva.

---

## ALGUNOS ASPECTOS ECONOMICOS DE LA ATENCION MEDICA EN LAS AMERICAS

*El trabajo que se reproduce a continuación corresponde al segundo documento de trabajo, preparado por el Dr. A. Peter Ruderman (Oficina Sanitaria Panamericana), y presentado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, el 30 de agosto de 1962. (Traducción del texto original en inglés.)*

### Introducción

Desde el punto de vista económico, la atención médica difiere de otros aspectos de las actividades de salud. El suministro de agua potable, por ejemplo, se financia a corto plazo pidiendo prestado sobre la base de que con las tarifas de agua pagadas por los consumidores, los préstamos serán amortizados a largo plazo y se cubrirán los gastos de operación corrientes. En el caso de operaciones colectivas, como la erradicación de la malaria, se suele confiar en la ayuda externa, como la proporcionada en las Américas por la OPS/OMS, el UNICEF y la AID. En cambio, la atención médica depende principalmente de los ingresos corrientes del país interesado, aunque los fondos afluyan a través del sistema de impuestos a los ministerios de salud, mediante el sistema de seguridad social, o directamente desde el beneficiario a la institución gubernamental que facilita atención médica, a la clínica privada o al médico particular.

El economista sueco Gunnar Myrdal, cuando estaba al frente de la Comisión Económica para Europa (Naciones Unidas), expresó ante la 5ª Asamblea Mundial de la Salud en 1952 que "el éxito de un programa de salud será completamente diferente si está integrado en un proceso social de desarrollo económico o si se aplica

a un estado de estancamiento económico".\*

Esto es particularmente cierto en el caso de la atención médica, teniendo en cuenta sus fuentes de financiamiento. A corto plazo—como se señala en la página 81—es posible ampliar los servicios de atención médica mediante la organización y administración racionales de los recursos existentes. Sin embargo, una vez alcanzado un nivel óptimo de administración, no puede efectuarse la ulterior expansión de los servicios de atención médica si no se cuenta con los mayores recursos proporcionados por una economía en expansión.

Por último, cabe hacer notar que en el presente documento no se ha tenido la intención de reiterar la proposición de que la salud puede aportar una contribución vital al desarrollo económico, o de que la planificación de salud debe integrarse en el planeamiento general del desarrollo económico y social de las Américas. Estos conceptos se expresaron en forma muy persuasiva en el curso de las Discusiones Técnicas celebradas durante la XIII Reunión del Consejo Directivo en 1961.† El presente trabajo parte de las conclusiones a que se llegó en 1961 y da por sentado no sólo que existe una íntima relación entre salud y

\* Myrdal, G.: "Los aspectos económicos de la salud". *Crónica de la Organización Mundial de la Salud* 6: 45-61, 1952.

† *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* LII: 25-64, 1962.

desarrollo económico, sino que este criterio es ahora tan ampliamente compartido por economistas y personal de salud en todas las Américas que no es necesario ni conveniente apoyarlo una vez más.

### Naturaleza de la economía de salud

La economía de salud es una nueva preocupación para la Oficina Sanitaria Panamericana, y en el Informe Cuadrienal del Director para los años 1958-1961, presentado a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,\* se observa con toda razón que el tema está todavía en su infancia. Tal vez el documento más significativo sobre la materia, publicado en 1958, sea el estudio exploratorio titulado simplemente "Hacia una definición de economía de salud".† En fecha reciente, en junio del año en curso, el profesor Abel-Smith en su introducción al estudio preliminar, patrocinado por la OMS, acerca del costo y financiamiento de la atención médica en seis países, indicó que "se dispone de muy poca información que permita a cada país examinar sus gastos en relación con los de otros o la distribución de los gastos entre los diferentes campos de los servicios de salud. . . . No existe todavía un idioma internacional para expresar el financiamiento del servicio de salud".‡

Se puede considerar que la economía de salud tiene dos componentes principales: el estudio de la organización interna de servicios de salud y el estudio de las relaciones entre servicios de salud y otras actividades económicas. El primero de esos campos es con mucho el mejor desarrollado. Los administradores médicos y ajenos a la profesión médica se han preocupado durante

años por obtener el máximo rendimiento de los recursos a su disposición.

A continuación se reproducen algunas de las conclusiones formuladas por el Grupo Asesor en Atención Médica, de la OPS, relativas a organización interna: ". . . Con excesiva frecuencia se habla de la necesidad de un mayor número de camas de hospital sin tener en cuenta las ventajas que se obtendrían reduciendo el promedio de permanencia en el hospital. . . Una mejor organización de la atención de pacientes ambulatorios y externos reduciría los gastos de la atención de pacientes internos. . . Hay que mejorar las prácticas administrativas en lo que se refiere al aprovechamiento del personal y de las instalaciones. . . . Los gastos para la atención médica deberían ajustarse a un plan nacional de salud, en lugar de obedecer a los conductos separados e independientes de los cuales proceden los fondos. . ."§

Desde la década de 1950 en particular, el logro de eficiencia y economía a través de una organización mejor se ha visto facilitado por multitud de estudios econométricos de la atención médica en el Canadá, los Estados Unidos de América, Venezuela y otros países de las Américas. La econometría se define como la aplicación de las matemáticas y la estadística a la economía, y huelga decir que las fórmulas matemáticas no son de mucha ayuda a menos que las estadísticas básicas sean de gran calidad.

Un elemento popular de análisis que está adquiriendo cada vez más actualidad en estudios econométricos de la atención médica es el cuadro o "matriz" de insumo-producto como puede verse en el cuadro 1. En el ejemplo indicado, los servicios de salud de una colectividad se ordenan en columnas e hileras en un cuadro. La columna e hilera número 1 representa el servicio de pacientes externos; la 2 corresponde a camas para pacientes internos; la 3 representa atención domiciliaria, etc., hasta enumerar todos los servicios de salud. X denota cual-

\* Documento Oficial de la OPS 43, 1962.

† Mushkin, S.: "Toward a Definition of Health Economics." *Public Health Reports* 73: 785-793, 1958.

‡ Organización Mundial de la Salud: *The Cost and Means of Financing Medical Care Services*. (Documento mimeografiado MHO/PA/77.62.) Ginebra, 1962.

§ Véanse págs. 37, 38, 42 y 45.

Cuadro 1—Ejemplo de análisis de insumo-producto aplicado a servicios de salud en una localidad

INSUMOS

PRODUCTOS	1	2	3	4	5	6	7	Total	
	1. Servicio de pacientes externos	---	X <sub>12</sub>	X <sub>13</sub>	X <sub>14</sub>	X <sub>15</sub>	X <sub>16</sub>	X <sub>17</sub>	Suma de los productos de X <sub>1</sub>
	2. Camas de pacientes internos	X <sub>21</sub>	---	X <sub>23</sub>	X <sub>24</sub>	X <sub>25</sub>	X <sub>26</sub>	X <sub>27</sub>	Suma de los productos de X <sub>2</sub>
	3. Atención domiciliaria	X <sub>31</sub>	X <sub>32</sub>	---	X <sub>34</sub>	X <sub>35</sub>	X <sub>36</sub>	X <sub>37</sub>	Suma de los productos de X <sub>3</sub>
	4. Servicio de laboratorio	X <sub>41</sub>	X <sub>42</sub>	X <sub>43</sub>	---	X <sub>45</sub>	X <sub>46</sub>	X <sub>47</sub>	Suma de los productos de X <sub>4</sub>
	5. Servicio de rayos X	X <sub>51</sub>	X <sub>52</sub>	X <sub>53</sub>	X <sub>54</sub>	---	X <sub>56</sub>	X <sub>57</sub>	Suma de los productos de X <sub>5</sub>
	6. Saneamiento del medio	X <sub>61</sub>	X <sub>62</sub>	X <sub>63</sub>	X <sub>64</sub>	X <sub>65</sub>	---	X <sub>67</sub>	Suma de los productos de X <sub>6</sub>
	7. . . . etc. . . .	X <sub>71</sub>	X <sub>72</sub>	X <sub>73</sub>	X <sub>74</sub>	X <sub>75</sub>	X <sub>76</sub>	---	Suma de los productos de X <sub>7</sub>
Total	Suma de insumos a X <sub>1</sub>	Suma de insumos a X <sub>2</sub>	Suma de insumos a X <sub>3</sub>	Suma de insumos a X <sub>4</sub>	Suma de insumos a X <sub>5</sub>	Suma de insumos a X <sub>6</sub>	Suma de insumos a X <sub>7</sub>	Suma de productos = suma de insumos	

Nota: Si se asignan valores monetarios a X, la suma de todos los insumos = la suma de todos los productos = todos los gastos corrientes por concepto de salud en la localidad. En los casos en que todas las columnas e hileras pudieran expresarse en unidades no monetarias (por ejemplo día-cama o unidad de servicio), la suma de todos los insumos = la suma de todos los productos = la suma de días-camas, servicios, etc.

quier valor. El primer número bajo la letra denota un producto y el segundo un insumo, de modo que  $X_{12}$  representa un producto del servicio de pacientes externos y un insumo en camas destinadas a pacientes internos (por ejemplo, un caso enviado para su tratamiento como paciente interno desde el servicio de pacientes externos). Del mismo modo,  $X_{23}$  podría representar un caso dado de alta por el servicio de pacientes internos para que reciba atención domiciliaria durante la convalecencia;  $X_{41}$ , el examen de laboratorio de un espécimen del servicio de pacientes externos;  $X_{46}$ , el examen de laboratorio de una muestra de alimento enviada por un inspector de mercados;  $X_{47}$ , el servicio de laboratorio proporcionado a algún otro departamento. En algunos casos se obtendría el valor cero si un departamento no desempeñara algún servicio para otro.

Aun sin recurrir al análisis matemático, el cuadro de insumo-producto constituye una manera conveniente de representar visualmente la organización interna de los servicios de salud. Además, cuando el administrador trata de asignar valores reales (cifras de costo o unidades de servicio) a cada  $X$  de la matriz, esto revela los sectores donde existen estadísticas suficientes y aquéllos donde aún falta reunir datos.

Otra finalidad del análisis del insumo-producto es la de establecer entre los diferentes departamentos o servicios, relaciones funcionales que puedan servir de base para el control de operaciones y la planificación futura. Si mediante el examen de datos sobre servicios de laboratorios prestados al departamento de pacientes externos, al servicio de pacientes internos, etc., se obtienen cifras estándar, éstas pueden utilizarse más adelante para pronosticar la necesidad de conseguir más técnicos de laboratorio si se proyecta ampliar el servicio de pacientes externos, o las repercusiones sobre el laboratorio de un cambio en cualquier otro servicio; en forma similar puede analizarse la interacción mutua de todos los servicios. Para fines de control, las rela-

ciones habituales mostrarán al administrador cuándo se ha hecho uso extraordinario de algún servicio. Por ejemplo, si los servicios de laboratorio a los pacientes que reciben atención domiciliaria aumentaron considerablemente, esto podría tener consecuencias administrativas o epidemiológicas.

Así como el análisis de insumo-producto (cuadro 1) representa "la contabilidad económica" en el microcosmo de un servicio de salud pública, es posible también construir cuadros más amplios de insumo-producto para el macrocosmo de la economía nacional. El curso de planificación para funcionarios de salud, que se ofrecerá en Santiago de Chile en cooperación con la CEPAL en el último trimestre de 1962, permitirá, entre otras cosas, familiarizar a dichos funcionarios con las técnicas del análisis del insumo-producto.

Otra forma de "contabilidad económica" de interés y aplicación muy corriente es el análisis del ingreso, producto y egreso nacionales, en función del sistema uniforme de cuentas nacionales de las Naciones Unidas. En el cuadro 2 se esbozan algunos de los conceptos comunes de contabilidad nacional. Los subtítulos en la parte superior del cuadro indican lo que se denomina "participación distributiva" del ingreso nacional según se paga a los beneficiarios. Esa participación merece ser estudiada con más detenimiento ya que constituye la fuente de la mayor parte de los fondos para atención médica.

Se obtienen ingresos por concepto de sueldos y salarios (remuneración de empleados) o de rentas, intereses o utilidades comerciales. Las personas con ingresos suficientemente elevados suelen ser los clientes del sector privado de la atención médica. En muchos países, parte de la remuneración de los empleados se deduce en forma de cotizaciones del seguro social y se utiliza para financiar instituciones de atención médica o proporcionar beneficios en efectivo por enfermedad, principalmente para obreros y empleados urbanos. Finalmente, los particulares y empresas comerciales pagan



*Cuadro 2*—Esbozo esquemático de algunos  
conceptos de contabilidad nacional

**REMUNERACION DE ASALARIADOS:** Salarios, sueldos y suplementos, en efectivo o especie, pagaderos a empleados de empresas públicas y privadas y a personal militar, antes de deducir impuestos directos y cotizaciones de seguridad social.

**INGRESO NETO DE EMPRESAS DE RESPONSABILIDAD ILIMITADA:** Ingreso en efectivo o en especie de propietarios o socios de empresas de responsabilidad limitada (incluso granjas) y profesionales independientes.

**RENTAS:** Ingreso neto de posesión de tierras y edificios, patentes y derechos de autor.

**INTERESES:** Pagos recibidos por familias e instituciones privadas sin fines de lucro.

**DIVIDENDOS:** Pagos recibidos por familias e instituciones privadas sin fines de lucro.

**UTILIDADES SIN DISTRIBUIR:** Ingreso de sociedades que queda después de pagar impuestos directos y dividendos.

**IMPUESTOS DE SOCIEDADES:** Impuestos directos de sociedades y cooperativas sobre las utilidades, el capital o el valor neto.

= INGRESO  
NACIONAL

**INGRESO NACIONAL:** Según definición anterior.

**IMPUESTOS INDIRECTOS NETOS (DEDUCIDOS LOS SUBSIDIOS):** Impuestos a la venta, importación, exportación y derechos de consumo, etc., menos los subsidios.

**DEPRECIACION:** Reserva para sustitución de bienes de capital.

= PRODUCTO NA-  
CIONAL BRUTO

**PRODUCTO NACIONAL BRUTO:** Según definición anterior.

**TRANSFERENCIAS NETAS Y PRESTAMOS DEL EXTERIOR:** Ingresos recibidos de fuentes extranjeras y fondos obtenidos en préstamo de fuentes extranjeras.

= EGRESO NACIO-  
NAL BRUTO

Fuente: Adaptado del Documento de la OMS: MHO/PA/77.62, *op. cit.*

directamente a los gobiernos impuestos directos sobre ingresos o utilidades, y estos gravámenes son la principal fuente de fondos para atención médica como asimismo para las demás actividades del estado.

El concepto siguiente en el cuadro 2, el de producto nacional bruto, representa, como su nombre lo indica, el valor de todo lo que se produce en un país. Sin embargo, no todo el valor de la producción se paga como participación distributiva. Cuando los consumidores compran artículos, se pagan al gobierno impuestos a la venta y sobre consumo que no forman parte del ingreso del comerciante o del productor. Estos impuestos contribuyen también a los ingresos del gobierno. En cambio, el gobierno puede pagar subsidios a ciertos grupos. Esta es práctica común en la agricultura, donde el gobierno paga a menudo parte del costo de artículos de primera necesidad, de modo que los productores obtienen precios superiores sin aumento en los que paga el consumidor. Los subsidios se deducen como una especie de "impuestos a la venta en sentido inverso". Además, una parte del valor de la producción se reserva para substituir edificios, máquinas y otros artículos deteriorados, y esta suma para depreciación, si bien forma parte del producto nacional, no se paga como ingreso.

Por último, es de particular importancia para los países de América Latina el concepto de egreso nacional bruto. Algunos países gastan más que el valor de lo que producen, y la diferencia se cubre con subvenciones o préstamos de fuentes extranjeras y, en unos pocos casos, con utilidades de inversiones en el extranjero. En las Américas, las subvenciones de fuentes extranjeras suelen facilitar las campañas de erradicación colectiva y de control de enfermedades; en cambio, son corrientes los préstamos para obras de abastecimiento de agua y otras actividades de saneamiento del medio, aunque—como se señaló antes—esas fuentes de fondos son menos importantes en la esfera de la atención médica. Algunos países, sin embargo, gastan menos que el valor de lo que producen, y la dife-

rencia representa pagos de beneficios a inversionistas extranjeros y otros pagos efectuados en el exterior.

La razón de que se expongan estos conceptos en el presente estudio, es que el ingreso y producto nacional son los índices básicos del crecimiento y desarrollo económico. Aunque las limitaciones de datos suelen restringir la contabilidad nacional a estimaciones burdas de afluencia de dinero—la corriente de salarios de empleadores a empleados, de ingreso personal y de sociedades al gobierno mediante impuestos, etc.—los países con estadísticas más perfeccionadas pueden también identificar el sector de salud y estudiar su singular carácter dual de consumo de inversión.

Normalmente, el consumo y la inversión son muy distintos. El pan es un artículo de consumo mientras que el horno del panadero representa una inversión en la producción de pan. Ahora bien, ¿qué sucede con la atención médica? Examinemos el caso de un aprendiz de carpintero que sufre un desmayo en el trabajo, es llevado al hospital donde se diagnostica una meningitis meningocócica y regresa apto para el trabajo un mes después. El tiempo del médico que hizo el diagnóstico y del personal del hospital que atendió al paciente, la ocupación de la cama y algunas medicinas, se han consumido en igual forma que el pan dado al paciente. Pero también han sucedido otras cosas. Se ha impedido la pérdida de una inversión en varios años de escolaridad y aprendizaje. Se ha efectuado también una nueva inversión, porque el costo de curar al paciente también ha sido una inversión en mano de obra, que ha proporcionado, según el promedio de expectativa de vida del país respectivo, entre 20 y 40 años-hombre de carpintería en lo futuro. Las publicaciones actuales sobre economía comprenden algunos estudios sobre esta inversión en "capital humano" o "recursos humanos" mediante la salud y la educación.\*

\*Schultz, T. W.: "Investment in Human Capital." *American Economic Review* LII: 1-17, 1961.

En coyuntura, el comentario del señor Myrdal sobre desarrollo y estancamiento puede ilustrarse. Si la vida salvada hubiera sido la de un analfabeto, la de un joven sin preparación alguna en una economía estacionaria, donde la mitad de la fuerza de trabajo está desempleada o crónicamente subempleada, se habrían consumido del mismo modo los medicamentos, atención profesional y días de cama, pero la inversión no hubiera producido utilidades para la sociedad. Si el joven en referencia viviera algunos años más y continuara consumiendo alimentos y ropa sin desempeñar jamás un empleo productivo, el rendimiento de la inversión podría en realidad ser negativo. En cambio, en una economía en vigoroso desarrollo donde hay gran falta de aptitudes manuales y en la que una crítica escasez de carpinteros adiestrados pone obstáculos a la construcción de fábricas que a su vez facilitaría empleos en otras ocupaciones y produciría más bienes, el rendimiento de esta inversión en atención médica sería extremadamente elevado.

Los economistas se consideran como realistas y, por cierto, no creen que un cálculo económico sea lo único a considerar para decidir respecto a la ampliación de los servicios de atención médica. Reconocen el imperativo moral que incumbe al personal de salud de promover, proteger y restaurar la salud y el derecho implícito de cada ser humano a participar en los recursos de salud que puede ofrecer la sociedad en que ha nacido. No obstante, estiman que el mayor rendimiento por inversión en salud deriva de aquellos servicios que impulsan el desarrollo económico.

Consideremos el caso hipotético de un pequeño país que emprende un ambicioso programa de desarrollo. Se establecen nuevas fábricas de muebles y de papel a base de madera que antes se exportaba. El puerto marítimo usado para transbordar la madera continúa manipulando exportaciones de café, algodón y bananas, pero su población permanece ahora estática, en 12.000 habitantes. Mientras tanto, las nuevas fábricas se agrupan en otra colectividad

cuya población crece rápidamente de 600 a 12.000 habitantes, a medida que aumenta el empleo industrial y se atraen otras actividades. El antiguo puerto marítimo tiene un centro de salud insuficiente, que no basta para atender satisfactoriamente a toda su población. En la ciudad donde están instaladas las nuevas fábricas no hay ninguno. Se dispone de fondos y de personal para establecer un nuevo centro en 1963. ¿Dónde situarlo? En la práctica, obtener información a este respecto es más difícil de lo que parece a primera vista y supone un esfuerzo considerable de investigación de los hechos.

### **Teoría y práctica de las decisiones económicas**

Los ejemplos expuestos han sido teóricos por la sola razón de que en la mayor parte de los países americanos no se cuenta con suficiente información cuantitativa que sirva de guía. Quien intente elaborar una tabla de insumo-producto para cualquier servicio de salud comunal típico, tropezará con numerosos contratiempos. ¿Cuántos servicios cumplió el departamento de rayos X por cada paciente enfermo? ¿Cuántos pacientes han sido hospitalizados por estados de deficiencia nutricional? Ni siquiera en el microcosmo de un determinado centro de salud aparecen estos datos. La dificultad para obtener información relacionada con la organización y distribución de los servicios de atención médica, ya ha sido consignada (véase pág. 56).

Por lo que respecta a la información básica general, suponiendo que dicho país hipotético tuviera una existencia real, sería difícil establecer que la población de la ciudad industrial ha crecido desde 600 hasta 12.000 en los últimos años. Si los planes de desarrollo hubieran comenzado en 1961, sería necesario aguardar hasta el censo correspondiente a 1970, de cuyos resultados, en detalle, no podría disponerse hasta 1973 o quizás 1975. Si se deseara examinar las nóminas de los empleadores de la localidad, para calcular la población a base del nú-

mero de personas que perciben salario, ante la ausencia de estadísticas publicadas con datos procedentes de los establecimientos, tal vez se objetara al investigador que los libros comerciales de un hombre de negocios son de su propiedad privada y no están a la disposición de los extraños. Quizás con la cooperación del ministerio de fomento, del de trabajo o del consejo nacional de planificación, sería posible obtener respuestas. Aun en ese caso, se precisarían estudios especiales cuyo costo distaría mucho de ser bajo.

La Carta de Punta del Este hizo una distinción entre planes a corto y a largo plazo. La razón de esta distinción es importante, en especial para los que ahora se dedican a planificar la ampliación de la atención médica. Se tuvo la sensación de que son pocos los países que han entrado en la década de 1960, con información suficiente que les permita hacer planes razonables por 10 años. Además, los nuevos planes en otros campos—planes para colonización agrícola y para desarrollo industrial—darían lugar a nuevas e imprevisibles demandas de servicios de salud. Por este motivo se pensó que las actividades a corto plazo (alrededor de dos o tres años) podían limitarse provechosamente a campos de trabajo donde fuera posible obtener resultados prácticos inmediatos en la labor referente a la salud (la erradicación de la malaria constituye un buen ejemplo), y esos años podrían también emplearse en estudios de preplanificación e investigación básica, de manera que con el tiempo se contara con una base sólida para preparar planes a largo plazo.\*

Los cambios en la distribución geográfica de la población proporcionan un ejemplo

\* En la reunión del Consejo Interamericano Económico y Social, celebrada en la Ciudad de México en octubre de 1962, se reconoció formalmente la necesidad de dar mayor énfasis a los planes y a las actividades a corto plazo, basándose para ello en la experiencia adquirida durante el primer año de la Alianza para el Progreso.

de los estudios que podrían necesitarse. Supongamos que otro país hipotético viera el número de su personal médico y paramédico, y el presupuesto para atención médica, subir en un 20% para 1972 y que la CEPAL hubiera calculado (posiblemente basándose en datos incompletos sobre natalidad y mortalidad) que la población sufrirá un incremento de un 15% en el mismo período, ¿sería posible aumentar simplemente el número de centros sanitarios en un 20% para amoldarse al ritmo de crecimiento de la población y elevar el nivel de atención médica en un 5%? Probablemente no lo sería.

Se necesitarían datos demográficos más detallados, que mostrasen si el incremento de la población se concentra en distritos rurales o urbanos o en alguna parte específica del país, así como determinar qué clase de migración, si existió, se movió entre las distintas regiones o del campo hacia la ciudad, la base de este movimiento y las posibilidades de que continúe. Sería necesario saber luego los planes que se preparan para otros sectores de la economía nacional, y su efecto sobre la distribución de la población. La reforma agraria, la apertura de nuevas tierras a la colonización, el desarrollo de ríos y puertos, la explotación de nuevas minas, las instalaciones hidroeléctricas e industrias manufactureras: todos estos factores habrían de ser estudiados. Dentro del ámbito de la salud, ¿podría la terminación satisfactoria de un plan de erradicación de la malaria dar lugar a cambios en la tasa de nacimientos, en las orientaciones de la migración o en las modalidades de la colonización y aprovechamiento de la tierra? ¿Qué reducción se produciría en la necesidad de camas hospitalarias, drogas antimaláricas y atención requerida de los médicos y enfermeras? ¿Cuál sería el efecto de un diagnóstico más precoz de la tuberculosis y de la aplicación de un tratamiento ambulatorio más eficaz? Si en los planes de desarrollo se incluye el abastecimiento de agua potable, ¿cuál sería su efecto sobre las enfermedades que se trans-

miten por el agua y sobre la higiene personal y colectiva?

Algunas de estas informaciones deben obtenerse de manera detallada. Una tejeduría que funcione con maquinaria automática bajo la dirección de 10 técnicos extranjeros, por ejemplo, tendría un conjunto de necesidades sanitarias distinto del de otra tejeduría convencional en la cual 200 operarios del país, con salarios bajos, produjera la misma cantidad de tejidos. Los técnicos extranjeros posiblemente preferirían y podrían permitirse consultar a un médico particular y acudir, cuando están enfermos, a una clínica privada. Por tanto, al planear la asistencia médica que se ha de proporcionar bajo la égida del ministerio de salud, hay que tomar en consideración la existencia de un sector privado que se dedica a cuidados de salud.

Para hallar la respuesta a estas preguntas y proporcionar la lista exhaustiva de índices demográficos, económicos y sociales, propuesta en las págs. 81-82 raras veces bastará con buscar en archivos oficiales o en bibliotecas. A menudo se requiere la investigación directa sobre el terreno. Reconociéndolo así, el Comité Asesor en Investigaciones Médicas, en su informe al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana de junio de este año dice: ". . . la investigación sobre la atención médica y sus aspectos económicos ayudaría a vincular la salud con el crecimiento y desarrollo generales de un país y a sentar las bases para constituir un repertorio general de doctrinas relativas a estas cuestiones. Este tipo de investigación encaja muy bien con el actual y oportuno interés en la planificación racional de muchos aspectos del desarrollo económico y social del Hemisferio. . . Habida cuenta de los beneficios inmediatos y a largo plazo que se espera obtener de este tipo de investigación, el Grupo Asesor le adjudicó sin vacilación un alto nivel de prioridad a la par con la investigación médica y biológica".\*

\* Documento mimeografiado RES1/18, junio de 1962.

Actualmente, el economista puede proporcionar una respuesta más cualitativa que cuantitativa al administrador de salud pública, tanto respecto a las economías que pueden obtenerse con la reorganización interna de la atención médica, como en lo que se refiere a la demanda de cuidados de salud que cabe esperar como resultante del proceso de desarrollo económico. En economía, como en matemáticas, se llega a veces a un punto en que es posible afirmar con confianza que existe una solución determinada, incluso antes de haber encontrado la respuesta precisa. Hay razones para creer que este punto ha sido alcanzado en el análisis económico de los servicios de salud y de la atención médica, y que la introducción de datos más perfectos en los modelos teóricos existentes, desembocará en resultados fecundos.

### **Investigación económica de la atención médica bajo los auspicios de la OPS/OMS**

La 5ª Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA5.73) pidió al Director General de la Organización Mundial de la Salud que se emprendieran estudios sobre las relaciones que existen entre la salud pública, la asistencia médica y la seguridad social, y el mandato de la Oficina Sanitaria Panamericana en materia de investigación sobre economía de salud se halla en las Resoluciones XVI y XXIII de la XII Reunión del Consejo Directivo (La Habana, 1960) y en la Resolución XXIII de la XIII Reunión del Consejo Directivo (Washington, 1961). En el campo específico de la atención médica, el estudio piloto en seis países de la OMS citado anteriormente, se comenzó en 1957 y ha sido completado este año. Los países comprendidos fueron Ceilán, Checoslovaquia, Israel, Suecia y, en las Américas, Chile y Estados Unidos de América. La amplia finalidad de este estudio es examinar los costos y los medios para financiar los servicios de atención médica,

así como proporcionar un conjunto de datos correspondientes al año 1959 más o menos. Constituye una observación muy interesante que la atención sanitaria personal, definida en el estudio de la OMS como aquélla que corresponde, de modo general, a las actividades curativas, preventivas y de promoción asociadas con los programas integrados de servicios de salud en las Américas, representaba más del 90% de los gastos corrientes para cuidado de la salud en los seis países estudiados, tan diferentes entre sí. Servicios similares correspondían, al parecer, a niveles semejantes de gastos, y Chile al igual que Suecia—que tenían objetivos gubernamentales muy semejantes en materia de salud—gastaban en salud el 17,2 y el 20,4%, respectivamente, de sus presupuestos oficiales, mientras que en los Estados Unidos de América, donde el papel del sector privado de los servicios de salud era proporcionalmente más grande, esa cifra era del 6,6%.

A fin de relacionar los costos hospitalarios con los niveles nacionales de vida, el estudio comparaba también el costo por cama y día en los diferentes países, con el egreso nacional (tal como se han definido en el cuadro 2) *per capita* y por día. Puede considerarse que el egreso nacional *per capita* y día representa la suma media de dinero disponible para todas las actividades económicas, y el costo por cama y día de la atención hospitalaria viene a ser tres veces superior a esa suma en Chile y Suecia, mientras que en los Estados Unidos de América es unas cinco veces el egreso *per capita*. Suecia tiene un egreso *per capita* más elevado que el de Chile (lo cual constituye otra manera de decir que su nivel de vida es superior); en consecuencia, esta comparación significa que Chile y Suecia dedican a atención hospitalaria una proporción similar de sus respectivos niveles de vida, aunque Suecia posea en realidad una suma mayor de recursos comprometidos, en tanto que los Estados Unidos de América dedica una proporción mayor de su nivel de vida, aun superior, al mismo fin. Así lo

puso de manifiesto el descubrimiento de que la importancia relativa de la atención hospitalaria, comparada con el resto de la atención a la salud, es mayor en los Estados Unidos de América.

Aunque se observaron numerosas diferencias en la importancia relativa concedida a la enseñanza e investigación dentro de los gastos de salud totales, y entre los distintos programas preventivos y curativos, se observó una tendencia generalizada a dedicar aproximadamente el 5% del producto nacional bruto a las atenciones de salud en todas sus clases (públicas y privadas) tanto en los países de ingreso elevado como en los de ingreso bajo.

Alentada por la información lograda en este estudio piloto, la OMS proyecta hacer extensiva la encuesta en 1963 a todos los países interesados, mediante un cuestionario. La Oficina Sanitaria Panamericana está preparada para colaborar con los países de las Américas que participen en la encuesta. A este respecto se espera que no habrá dificultades para la obtención de datos sobre la atención médica proporcionada por los ministerios de salud o por las entidades de seguridad social, pero se prevé que las dificultades serán mayores cuando se trate de obtener información amplia acerca de los servicios de salud prestados por otros ministerios a grupos limitados, por los patronos a sus empleados, por sociedades de beneficencia y por médicos y clínicas particulares. Aunque la información facilitada por esos grupos se limitara a datos obtenidos en encuestas de muestreo se habría conseguido en todo caso una información valiosa para el futuro planeamiento de los servicios de atención médica.

### Conclusiones

Este breve conjunto de observaciones sobre aspectos económicos de la asistencia médica, ha expuesto ciertos conceptos económicos, descrito algunos de los instrumentos de análisis empleados actualmente, e insis-

tido en la necesidad de realizar más investigaciones que proporcionen datos empíricos en consonancia con el modelo teórico de una sociedad en desarrollo, cuyas interacciones múltiples del desarrollo de salud y económico han sido estudiadas hasta ahora y en términos principalmente cualitativos.

La pregunta principal que se formula el administrador médico es de dónde viene el dinero. La ampliación de los servicios de atención médica requiere, evidentemente, un uso más racional de los recursos con los cuales se cuenta, así como un nuevo incremento de la mano de obra profesional y subprofesional, de los edificios y equipo y del dinero necesario para las inversiones de capital y asimismo para los gastos corrientes. Los fondos deben venir de rentas públicas a la disposición de los Gobiernos. Los préstamos son factibles cuando la inversión de capital pueda ser amortizada con éxito en un período de algunos años; en cambio, los destinados a hacer frente a los gastos corrientes, traen aparejado el peligro de una inflación veloz. Los esfuerzos por obtener una porción mayor de un ingreso nacional estático mediante tasas de impuestos más elevadas, no parecen muy promisorios a causa de rigideces institucionales y limitaciones de las posibilidades de pago. La fuente más fructífera de nuevos fondos destinados a la salud es, con toda claridad, la elevación del ingreso y producto nacional.

La Carta de Punta del Este contiene varias medidas ideadas para procurar este incremento del ingreso: reforma de los impuestos, reforma agraria, créditos para inversiones directamente productivas y para otras de infraestructura social en plantas eléctricas, caminos, etc., el fomento del comercio regional y el de la salud y la enseñanza como formas de inversión en capital humano.

A pesar de las esperanzas que suscitan estos programas para las Américas, el entusiasmo debería ir acompañado de cierta procedencia. Existen desacuerdos entre los economistas respecto a las ventajas rela-

tivas del crecimiento equilibrado o desequilibrado; sobre el grado de inflación tolerable de los precios, concomitante con el proceso de desarrollo; sobre la importancia relativa que ha de darse a la industrialización y al desarrollo agrícola, a las actividades que requieren una gran cantidad de mano de obra y a las que requieren mucho capital. Cada grupo de economistas esgrime argumentos convincentes, y a veces tanto los economistas profesionales como las personas ajenas a esta profesión obtienen una impresión confusa de los debates. Un punto sobre el cual se produce acuerdo general es, sin embargo, que los factores de riesgo e incertidumbre son inherentes a toda economía libre. Las poblaciones no reaccionan siempre ante los incentivos económicos en la forma prevista, sino que a menudo intervienen factores sociales y tradicionales. El adjetivo "estocástico" ha sido empleado por los economistas para referirse a situaciones en las cuales interviene en el análisis un elemento aleatorio imprevisible.

En tales circunstancias parece a menudo que el progreso es un proceso de sucesivos compromisos, aproximaciones y adaptaciones a situaciones variables, más bien que una senda clara y pronosticable. Quizás el consejo más útil que puede dar actualmente el economista al administrador médico sea el de que tenga siempre presente el objetivo concreto y a largo plazo del progreso de la atención médica, hasta lograr satisfacer todas las necesidades de todo el mundo, pero estando dispuesto al mismo tiempo a transigir cuando sea necesario y a adaptarse a los cambios de la situación. La decisión de instalar un nuevo centro de salud en una zona de desarrollo potencialmente importante y no en una región de importancia económica inferior, pero donde sea también de gran necesidad humana constituye uno de los tipos de ajuste que pueden presentarse. El establecimiento de objetivos para la educación profesional, teniendo en cuenta el número limitado de candidatos graduados en las escuelas secun-

darias y las necesidades, a veces antagónicas, de proporcionar adiestramiento en medicina, ingeniería, economía y demás profesiones y que requiere la compleja sociedad moderna, entraña la necesidad de transigir. Aun así, puede contribuirse a alcanzar la meta remota porque el actual estudiante de contabilidad o geología es el contribuyente de mañana y ayudará a crear un ingreso nacional más elevado, que financiará la ampliación de los servicios médicos así como también las restantes necesidades de la sociedad. La flexibilidad y el deseo de cooperar con otros sectores de la vida nacional en el planeamiento de un desarrollo general, ofrecen la perspectiva de resultar más productivas para las actividades de salud en las Américas, que obstinarse en planear proyectos aislados y encontrarse luego con una negativa al pedir fondos para su ejecución.

De los tres aspectos de la atención médica considerados en las Discusiones Técnicas, el económico ocupa una oportuna posición intermedia. En el primer documento de trabajo se resume la información disponible. El presente documento muestra la necesidad de la investigación para obtener datos económicos cuantitativos, que permitan analizar la atención médica en el conjunto de las economías en desarrollo de los países americanos. El aumento del ingreso nacional y de los presupuestos de salud, que es de esperar como resultado del proceso de desarrollo iniciado en Punta del Este, tiene todavía por delante algunos años y, por tanto, la contribución económica pasa a segundo plano ante el tercer documento de trabajo, que se refiere concretamente a la manera como pueden emplearse los recursos para el perfeccionamiento de la atención médica *hic et nunc*.



## UTILIZACION EFECTIVA DE LOS RECURSOS DESTINADOS A SALUD

### Resumen

*El trabajo que se reproduce a continuación corresponde a la exposición preliminar que el Consultor Especial, Dr. John B. Grant, hiciera en las Discusiones Técnicas celebradas durante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, el 30 de agosto de 1962. (Traducción del texto original en inglés.)*

En el documento titulado "Utilización efectiva de los recursos destinados a salud", se ha intentado esbozar cuáles son los requisitos para la eficaz utilización de esos recursos. Por consiguiente, parece que es preferible no dedicar tiempo a la lectura de ese trabajo, sino abrir el debate después de un breve resumen indicando sucintamente cómo se cumplen en la práctica esos requisitos.

En primer término, y a guisa de introducción al debate, se pueden considerar los puntos siguientes:

#### Exposición de principios

En el mencionado trabajo se exponen ciertos principios teóricos y prácticos, relacionados principalmente con la organización y administración de los servicios de salud; la necesidad de una estrecha integración de los servicios de medicina preventiva y curativa; la necesidad de planificar todas las actividades; los requisitos básicos de un programa de enseñanza de las profesiones vinculadas a la atención médica y, por último—aunque no menos importante—el fomento de una comprensión técnica de parte del público.

#### Encuesta nacional

Con anterioridad a la formulación de un plan nacional de salud debe procederse

a un estudio de las características individuales del país, que incluya el desarrollo social y económico, problemas y recursos en materia de salud. Al estudiar los organismos existentes y las modalidades de la atención de salud, se ha de prestar especial consideración a su organización y administración teniendo en cuenta los principios antes expuestos.

#### Financiamiento

En todo país debe existir un plan administrativo general y oficial para el financiamiento y administración de la atención de salud, aun cuando los fondos para los diferentes tipos de servicios se obtengan de fuentes diversas, como ingresos públicos, aportaciones del seguro social, donativos filantrópicos y privados.

#### Recursos humanos y materiales disponibles para salubridad

Para proceder a la planificación nacional de personal y servicios de salud conviene crear una comisión en la que estén representados los ministerios de salud y educación y las universidades. El adiestramiento de personal debe reflejar las necesidades de mano de obra del país respectivo vinculándolo a la capacidad de las agencias de servicio.

En un país de bajo nivel económico, los servicios y el personal disponibles son inevitablemente deficientes y deben complementarse con autoayuda voluntaria de parte de la colectividad local. Bajo supervisión profesional la asistencia de esos voluntarios locales puede reducir mucho el costo de un programa.

### **Organización con miras a una distribución coordinada**

Los servicios de atención de salud deben planearse y organizarse sobre una base regional, coordinando todos los organismos de medicina curativa y preventiva, de salud pública y servicio social dentro de determinada zona geográfica. En cada región debe establecerse un centro de salud regional básico que cuente con servicios para la atención de pacientes internos y externos, incluso personal clave especializado en promoción de la salud, prevención de enfermedades (diagnóstico y tratamiento) y rehabilitación, con comunicación en ambos sentidos tanto para el personal como para el cliente. La región debe poseer una población conveniente para que sea económica y profesionalmente autosuficiente. Las oficinas regionales no sólo se encargan de proporcionar servicios coordinados a la región, sino que a ellas corresponde la educación permanente en las profesiones vinculadas a la atención médica y fomentar la comprensión técnica en el público consumidor. La atención de salud debe ser parte de un programa general de desarrollo de la colectividad que comprende educación, agricultura, etc.

En segundo lugar, procede resumir algunas consideraciones acerca del aprovechamiento eficaz de recursos, a saber:

#### **Utilización efectiva de los recursos**

El tipo de organización debe ser de tal naturaleza que proporcione al mayor número de personas los beneficios de la ciencia

médica moderna. Esto puede lograrse en mejor forma si los servicios se organizan en los tres niveles coordinados siguientes:

- a) nacional;
- b) intermedio (estatal, provincial y regional), y
- c) local.

### **Integración de los servicios de salud**

La atención médica constituye un programa de servicios que promueven la salud, impiden las enfermedades, restauran la salud y alivian la invalidez. Deben estar íntimamente relacionados con los servicios de salud ambiental, por una parte, y con la protección social y servicios educativos, por otra. El núcleo de organización para el suministro periférico de atención de salud debe ser una unidad de atención de salud completamente integrada que proporcione tratamiento a pacientes internos, atención ambulatoria, y los medios que requieren los servicios preventivos y de bienestar. Las profesiones relacionadas con la salud deben reorientar su actitud a fin de lograr esa integración.

### **Adiestramiento de personal**

El futuro médico debe ser adiestrado como dirigente del grupo de salud en el ejercicio de la atención de salud en la colectividad. Para esto será necesario una correspondiente reorientación de su formación básica, dedicando creciente atención a las ciencias sociales y a la medicina preventiva. Las escuelas de medicina deben administrar sus propios centros de práctica colectiva en lo que a adiestramiento e investigación se refiere. Lo que antecede implica reorientación del plan de estudios tradicional.

### **Necesidades de investigación en atención de salud**

Las actividades de investigación encaminadas a experimentar con diversas maneras

de hacer frente a las necesidades sociales y de salud de la población son de primordial importancia. Cada ministerio de salud debiera tener su departamento de planificación e investigación. El objetivo principal de dicho departamento es estudiar la organización y administración de los servicios de atención de salud y los recursos disponibles, con objeto de mejorar las prácticas administrativas y técnicas.

### **Limitación de la construcción a las necesidades y recursos**

Se deben construir nuevos servicios de acuerdo con planes que tengan en cuenta la distribución geográfica y las necesidades de la población. La reducción del tiempo medio de internación de los pacientes, el establecimiento de adecuados servicios para pacientes externos y la extensión de los servicios preventivos y de promoción reducirán la necesidad de atención para pacientes internos. La creación de unidades locales de atención médica colectiva debe considerarse simultáneamente con la de hospitales.

### **Administración**

La administración de la atención de salud es hoy día una disciplina aparte que posee su propia tecnología y que requiere la designación exclusiva de personas especialmente calificadas para administrar servicios de atención de salud.

### **Papel que corresponde a los organismos internacionales**

A los organismos internacionales incumbe una función de colaboración en lo que a investigación, estímulo y adiestramiento se refiere. Cada país debe establecer un solo centro que coordine la colaboración internacional.

### **Discusión**

Los servicios de atención médica de la colectividad son servicios sociales y, por tanto, dependen de un ambiente nacional adecuado para su desenvolvimiento. Las leyes satisfactorias sobre tenencia de la tierra y la prohibición de la fuga de capital de un país son requisitos esenciales para el establecimiento universal de servicios de atención médica. La salud debe ser un componente coordinado de un programa multifacético de desarrollo de la colectividad.

Como ya se ha indicado, en la mayoría de los países latinoamericanos la atención médica está todavía separada de las demás actividades del servicio de salud, lo que provoca una fragmentación de los servicios de atención médica en esos países.

La inclusión de la atención médica comúnmente bajo seguridad social o "beneficencia", o ambos a la vez, es un grave obstáculo para el satisfactorio funcionamiento de los servicios de salud en todos los niveles.

Estamos firmemente convencidos de que la atención médica debe incorporarse como uno de los servicios básicos de programas integrados de salud, si se desea contar con servicios de atención de salud adecuados y convenientemente equilibrados.

No será fácil lograr esto en algunos países; antes de la integración completa de los servicios será necesario coordinarlos estrechamente. La experiencia de ciertos países muestra que se tardará algunos años en integrar completamente los servicios de salud.

En tercer lugar, cabe formular las siguientes observaciones sobre la aplicación de los principios precedentes:

La consecución, en el plano nacional, de una coordinación integrada debe ir precedida de una demostración regional. Esta demostración debe basarse en ciertas suposiciones, a saber: primero, que el ministerio de salud ya cuenta con una unidad de planificación e investigación, la que ha establecido una política fundada en los

resultados de un estudio nacional. Segundo, que hay una escuela de medicina dentro de la región propuesta. Tercero, que el estado de atención de salud de la región ha sido expresamente examinado en forma más detallada que el estudio nacional en cuanto a llevar a cabo una demostración. Cuarto, que las recomendaciones derivadas del estudio de la región se ajustan convenientemente a los principios postulados para "el aprovechamiento eficaz de los recursos en atención médica". Dichas recomendaciones deben prever dos categorías de acción. La primera se ha de referir a la organización de la administración de los servicios de atención de salud dentro de la región. La segunda, al adiestramiento y educación permanente de las diversas categorías de personal de atención de salud, pero particularmente del médico.

La población de la región no debe ser inferior a medio millón y podría incluso ser de la categoría de 2 millones. Por otra parte, la zona debe coincidir con una unidad política definida, como un distrito o una provincia. El esquema administrativo debe prever los tres niveles descritos en el trabajo en discusión. En materia de atención médica, el centro de salud periférico se encargaría de *todas* las demandas de servicios de atención médica de una unidad política local, o de unidades de esta naturaleza que atiendan a una población de 25.000 a 50.000 habitantes, de preferencia la última si los servicios de transporte garantizan que las personas atendidas no se encuentran sino a unos 30 minutos del centro en ambulancia. El esquema podría prever uno o más centros de salud intermedios que proporcionen servicios algo más amplios que los centros locales.

La oficina regional debe comprender dos unidades: administrativa y de adiestramiento en investigación. La oficina sería, por un lado, la dependencia administrativa descentralizada del ministerio de salud, y por otro, parte integrante del departamento de salud colectiva de la escuela de medicina. El hospital regional sería al mismo

tiempo el hospital universitario de la escuela de medicina. El personal de la sección de adiestramiento e investigación debe representar cada una de las disciplinas diferenciadas de atención de salud encargadas de la supervisión, mediante consultores, de las actividades de toda la región así como de la enseñanza e investigación. Este principio se aplicará por igual a los principales departamentos clínicos del hospital docente. Esto significa que el presupuesto de este último debiera ser suficiente para desempeñar estas funciones extraescolares. Es importante asegurar la protección del presupuesto establecido expresamente para la coordinación regional, a fin de que no se desvíen fondos para costear servicios corrientes o necesidades de enseñanza.

Se necesitarán probablemente cinco años por lo menos para establecer una demostración satisfactoria. Para ello será indispensable una dirección competente. La primera tarea a que deberá hacer frente la oficina regional sería de dos tipos. La coordinación de servicios requiere la preparación de manuales operacionales para facilitar la integración que se desea. Habrá también que redactar normas, por muy mínimas que sean. Esas normas serán de organización y administración y más tarde de funcionamiento. Un componente esencial de la coordinación satisfactoria es la evaluación. Esta es una empresa difícil y complicada, que recaerá, como es de suponer, sobre el departamento de salud colectiva de la escuela de medicina.

La oficina regional proporciona un tráfico en dos sentidos entre la periferia y la base. Esto atañe no sólo a los servicios profesionales sino también a los administrativos como compras centrales, farmacia, lavandería, mantenimiento, etc. A la administración regional corresponderá la importante función de fomentar la comprensión técnica en el público consumidor. Es necesario no sólo que exista un comité de salud del consumidor para cada centro periférico o intermedio, sino también que haya un consejo consultivo para la propia oficina regional

que asegure una amplia representación en toda la región. Este consejo debe contar con un pequeño comité ejecutivo que tenga atribuciones expresas para asegurar que se trata de un organismo activo y no pasivo.

### Adiestramiento e investigación

Una sección de práctica y de investigación colectiva es tan esencial para la escuela de medicina a fin de proporcionar instrucción conveniente como lo es para el hospital universitario a los efectos de que desempeñe sus funciones en medicina clínica. Esa sección de práctica investigatoria necesita con tanta urgencia de normas de adiestramiento como los hospitales que adiestran internos y residentes requieren de principios fundamentales. Conviene establecer y aplicar dichas normas en uno o más centros de salud periféricos seleccionados para adiestramiento de los estudiantes. Esos centros deben dotarse de medios adecuados para el adiestramiento por el propio alumno, con objeto de que éstos adquieran la actitud que se desea fomentar en ellos respecto a sus obligaciones futuras para con la comunidad.

Una segunda condición esencial para desarrollar actitudes satisfactorias en los médicos es la función que incumbe al hospital universitario de velar porque durante los años de estudio se incluyan en las historias de los pacientes los factores ecológicos relativos a la patología clínica que se está diagnosticando. Para satisfacer este requisito es preciso que el hospital cuente con un vigoroso departamento de servicio social, dirigido de preferencia por un médico sociólogo, a fin de que el departamento en referencia pueda llevar a cabo investigaciones en epidemiología social.

Una función integral importante de la "regionalización" es la educación perma-

nente. La escuela de medicina debe preverla de tres maneras, a saber: primero, el personal docente de la escuela debe estar a la disposición de las unidades periféricas respecto a las consultas correspondientes al circuito. Segundo, el personal de los centros periféricos debe ser regional en lugar de simplemente local; en tal calidad, tendría oportunidad de beneficiarse de algunos períodos de adiestramiento como residente en el hospital regional. Para esto es necesario que el personal regional cuente con personal sustituto para reemplazar al que está en uso de licencia con fines de adiestramiento. Tercero, el centro de adiestramiento médico debe organizar cursillos anuales de perfeccionamiento. Conviene tener presente que lo que se ha insinuado antes para el adiestramiento de médicos se aplica igualmente a cada una de las profesiones vinculadas a la salud.

### Conclusiones

Se verá, pues, que la demostración de la coordinación e integración de los servicios de atención de salud presupone que el adiestramiento de personal y la administración de servicios son el reverso y el anverso de una misma moneda. Este principio no perjudica en manera alguna la calidad del adiestramiento y la investigación, sino que sencillamente extiende sus fronteras. Sin embargo, esta empresa requiere personal, medios y actitudes que posiblemente no se encuentren en algunos países. Se podría iniciar tal labor, incluso en condiciones de máxima limitación, como esbozo de futuras actividades. Mientras mayor sea la limitación de recursos—personal, etc.—de un país, más necesitará dicho país formular planes atinados que garanticen el establecimiento de sólidos servicios en el futuro.

## UTILIZACION EFECTIVA DE LOS RECURSOS DESTINADOS A SALUD

*Tercer documento de trabajo, preparado por el Consultor Especial, Dr. John B. Grant, para las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, celebradas en Minneapolis, Minnesota, el 30 de agosto de 1962. (Traducción del texto original en inglés.)*

Este trabajo resume las secciones pertinentes de cuatro recientes informes de la OPS sobre planificación nacional, educación médica, atención médica e investigación. El tema principal del presente aporte discute la manera de cumplir sus recomendaciones, particularmente en lo relacionado con la coordinación e integración de los servicios de salud y el adiestramiento de personal.

### Introducción general

#### EXPOSICIÓN DE PRINCIPIOS

##### a. *Filosofía sanitaria*

La salud es un problema social; asimismo, si no más, es un problema puramente médico. Un programa nacional de salud debe poner al alcance de la población todos los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación necesarios.

##### b. *Administración*

1) El Ministerio Británico de Reconstrucción estableció, en 1918, el primer principio de una buena administración, expresando que "cuando se emprende una función especial, ésta debe hacerse a través de un cuerpo gubernamental para toda la comunidad que requiera ese servicio, y no a través de varios cuerpos gubernamentales para distintos sectores de la comunidad".

2) Un proceso administrativo satisfactorio deberá basarse en consideraciones financieras estables y en un presupuesto económico y práctico que se adapte al área y a la población. La ejecución, para su éxito, depende de métodos técnicos científicamente eficientes y de una económica reproducción.

3) Un procedimiento administrativo satisfactorio puede lograrse solamente con la investigación y la demostración científica de la metodología de la organización; por lo tanto, lo primero que debe hacerse al experimentar sobre las nuevas formas de ofrecer servicios de salud es investigar las operaciones.

##### c. *Organización*

1) La distribución eficiente de los servicios de salud exige que éstos estén coordinados dentro de una región determinada, en una pauta sistemática. El sistema regional deberá proveer, entre otras cosas, una continua educación del personal y una periódica evaluación del propio sistema.

2) La salud de una nación se basa en una ejecución competente al nivel local del gobierno. Aunque la dirección esté centralizada, la actividad deberá estar descentralizada y la coordinación deberá buscarse entre esferas relacionadas de servicios. La coordinación comenzada al nivel local fomenta la regionalización y es el punto de partida para una integración nacional.

3) El desarrollo satisfactorio de los servicios de salud requiere cierto nivel de desarrollo comunal integral—político, económico, social, educativo. Para tener éxito, la ejecución en salud (o en cualquier campo) depende asimismo de la coordinación horizontal con otros campos.

d. *Planificación*

1) Al preparar un programa nacional de salud, lo primero que hay que hacer es efectuar una encuesta total sobre los recursos y las necesidades existentes. Esa encuesta sería la línea básica sobre la cual establecer y evaluar una agencia de planificación continua. La factibilidad económica es la piedra angular de la planificación.

2) La planificación de propuestas a corto y largo plazo deberá reflejar una adecuada consideración de la potencialidad de desarrollo del "sistema" para atender a la salud y a los requisitos de este "sistema" de recursos humanos.

3) La planificación satisfactoria de los servicios de salud requiere una concurrente consideración de los tres componentes principales: finanzas, recursos humanos y materiales, y organización para distribuir los servicios coordinadamente.

4) Las áreas esenciales del programa deberán estar identificadas y los limitados recursos concentrados en dichas áreas. De este modo, un desarrollo desigual puede traer un cambio rápido.

5) A fin de ejecutar bien cualquier parte, y evitar errores en el esfuerzo local, deberá estudiarse todo el diseño. Cualquier esfuerzo, no importa su pequeñez y localización, puede redundar en beneficio si el diseño guarda relación con el esquema en general. Una situación ideal deberá introducirse sólo después de asegurarse de que representa un logro realizable.

e. *Integración*

1) La medicina preventiva y la medicina curativa deberán estar unidas en estrecha

coordinación. Ambas deberán introducirse al esquema del médico general, cuyas actividades deberán abarcar la labor de la medicina comunal y la de la medicina individual.

2) La primacía del enfoque preventivo deberá mantenerse mediante personas que piensen más en la salud que en la enfermedad, responsables de la planificación integral y de la dirección y asignación de los servicios comunales.

f. *Educación*

1) La educación de las profesiones dedicadas a la salud y el desarrollo de servicios para el mismo fin, forman, junto con la investigación, un conjunto inseparable.

2) Un programa educativo para estas profesiones deberá incluir planes para cubrir la necesidad de conducción, formulando un programa de fomento profesional para el personal esencial.

3) Cada centro de adiestramiento deberá tener, además de las ciencias básicas y de un hospital de enseñanza, su propia área comunal controlada de práctica de campo, con adecuadas normas educativas.

ENCUESTA NACIONAL

Las recomendaciones específicas de un plan nacional o cualquier parte de éste deberán venir precedidas de una encuesta para determinar el estado actual de la salud del país correspondiente. La encuesta sobre las necesidades sanitarias deberá analizarse sobre un marco de antecedentes de las características socioeconómicas generales del país. La encuesta también deberá analizar la organización, administración y recursos existentes, y deberá informar específicamente si éstos siguen o violan los anteriores principios. La investigación deberá incluir:

*Características del país*

I. General

a. *Geografía y clima*: Una corta descripción de las principales características geo-

gráficas (según afecten éstas los hábitos de vida de los habitantes) y la importancia de ellas en la economía nacional: área total de la superficie y clasificación de las principales regiones naturales; principales recursos naturales, y clima.

b. *Población y composición étnica*: Los datos demográficos tomados del último censo, o calculados por las agencias correspondientes. Los siguientes datos se usan generalmente en este tipo de estudio: población total; distribución a través del país; distribución por edad y en grupos; migración interna; tendencias de crecimiento de la población; densidad; distribución urbana y rural y una definición de lo que esta última significa; población empleada provechosamente, distribución por empleo; composición étnica; promedio de nacimientos, y promedio de defunciones.

c. *Gobierno, incluso local, estatal y nacional*: Estructura administrativa general del gobierno con una corta descripción de la estructura constitucional, grado de autoridad, autonomía, coordinación, etc.: gobierno central, sea éste unitario o federal; gobiernos provinciales, departamentales o estatales; municipalidades, y entidades autónomas.

d. *Normas de vida*: Factores culturales y antropológicos más importantes a considerarse en la preparación y desarrollo de programas de salud; análisis de las condiciones económicas, sociales, culturales y del medio ambiente, y específicos de grupos de población aislados o segregados, tales como grupos aborígenes, raciales, etc.

## II. Desarrollo económico y social

Un estimado de la importancia de ciertos factores económicos, sociales, y del medio ambiente a fin de evaluar la influencia de éstos sobre la salud de la población: producción bruta nacional; fuentes y distribución del ingreso; gastos de operación de los principales campos gubernamentales; fuentes de ingreso; índices de progreso económico y social; alimentación; habitación.

III. *Industria*: tanto por ciento de cesantía; evaluación de la situación actual respecto a riesgos de salud en la industria y al trabajo en general; medidas principales en vigor.

### IV. Agricultura

### V. Comunicaciones

Estado general respecto a las facilidades de comunicación y transportación, indicando las posibilidades del uso de éstas por los servicios de salud y para el suministro de éstos. La información es también necesaria para determinar la posibilidad de programas de distribución de alimentos y el grado de aislamiento de ciertas áreas, etc.

VI. *Enseñanza*: primaria; secundaria; adiestramiento vocacional; enseñanza superior.

### VII. Condiciones sanitarias

*Servicios comunales de salud*. El informe de la encuesta estaría en sí precedido de un sumario de los desarrollos históricos de la organización e instituciones—nacionales, estatales y locales. El propósito es efectuar una evaluación del estado del país con relación al alcance y la naturaleza de los problemas de salud y de los recursos utilizados para la solución de éstos, la organización y administración de los servicios de salud y las sumas presupuestarias asignadas.

1) *Naturaleza y alcance de los problemas de salud*. Identificar los problemas más graves del país, en términos de enfermedad, muerte, incapacidad, grado de desnutrición, ausentismo, etc. Un estudio de la situación deberá considerar lo siguiente: distribución por edad y sexo; distribución de los problemas en todo el país; distribución por temporada, y repercusiones en la economía del país.

2) *Recursos sanitarios*. Estimar la disponibilidad de recursos públicos y particulares para abordar los problemas sanitarios. Al redactar el plan nacional de salubridad, no es necesario hacer un inventario de



estos recursos sino un estimado general de la disponibilidad y necesidades más apremiantes, a fin de adoptar medidas inmediatas para la solución de éstas. Se sugiere que se consideren los siguientes aspectos:

**Personal:** número y calidad, por función, distribución para todo el país; medidas para el adiestramiento de dicho personal, también la formación durante el servicio; adiestramiento profesional; medidas para desarrollar la carrera de salud; aspectos administrativos de la supervisión de personal, por ejemplo, sistema de gradación, dietas, asistencia social, etc.; servicios accesibles a la población, por ejemplo, hospitales, policlínicas, unidades rurales de salud, centros de salud, laboratorios, y la distribución de éstos a través del país, calidad del servicio, deficiencias, estado de los edificios, funcionamiento.

**Equipo:** deficiencias en número y calidad.

**Equipo y materiales:** disponibilidad local de drogas, agentes terapéuticos, alimento, y materiales para los servicios; problemas de suministro.

**Transportación:** problemas y deficiencias más importantes que afectan el uso de dichos servicios por la población.

3) Organización de los servicios de salubridad. La planificación de los servicios comunales de salubridad exige la consideración de cuatro componentes principales, aunque interdependientes: finanzas; recursos humanos y facilidades; organización para la coordinada distribución y prestación de los servicios; adiestramiento de las profesiones dedicadas a la salubridad.

Obviamente, la planificación de la organización para distribuir los servicios de salubridad deberá depender de una evaluación real de los fondos disponibles.

En muchos países, la ejecución de la planificación deberá hacerse por un período de tiempo, según los objetivos específicos. Esto quedó bien demostrado en el Informe Indígena de 1946 del Comité de Encuesta y Desarrollo de la Salubridad. Se estimó

que se necesitarían 40 años para poner en práctica todas las recomendaciones, y se bosquejó entonces un corto programa de cinco años para la actividad inicial. El principio de esto es que al emprender la ejecución de partes individuales, debe tenerse en mente todo el diseño.

Análisis del presupuesto asignado a servicios oficiales y particulares de salubridad, haciendo referencia a los siguientes temas: proporción del presupuesto nacional y del ingreso nacional dedicado a salud; distribución de los fondos según los rubros principales, por ejemplo, atención médica, control o erradicación de enfermedades transmisibles, etc.; estudio comparativo de los desembolsos financieros del país dedicados a salud en relación con la eficiencia de los servicios prestados; evaluación de los recursos presentes y potenciales del sector particular, y evolución del presupuesto nacional de salud durante la última década.

#### FINANCIAMIENTO

En los países moderadamente, y también en los plenamente desarrollados, los gastos destinados a la salud constituyen del 4 al 8% del ingreso bruto nacional. En países económicamente menos desarrollados, puede haber sólo un 2% del ingreso bruto nacional disponible, cuya suma incluye gastos públicos y particulares. Los gastos públicos para atender a la salud varían ampliamente según la política socioeconómica del gobierno correspondiente, y según el nivel económico del país.

Una responsabilidad importante de los ministerios de salud es emprender la iniciativa de asegurar que los servicios de salud sean accesibles a todo ciudadano, sin barrera financiera, mediante algún tipo de plan de pago anticipado o ayuda proveniente del ingreso general por contribuciones.

Deberá existir un plan nacional integral para financiar los servicios de salud, aunque los fondos provengan de fuentes variadas,

incluso ingresos públicos, aporte del seguro social y pagos filantrópicos y particulares.

Los gastos de salud deberán hacerse de conformidad con un plan nacional de salud, y no a través de los canales separados e independientes por los cuales se han derivado los fondos.

Los fondos destinados a servicios de salud deberán aumentarse, constituyendo una creciente proporción de todos los recursos económicos nacionales de cada país, hasta alcanzar un grado razonable de suficiencia.

#### RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DISPONIBLES PARA SALUBRIDAD

Las facilidades de un país disponibles para salubridad están marcadamente afectadas por los niveles económicos y educativos existentes. Cuando estos niveles son bajos, con la consiguiente insuficiencia de personal profesional, es posible que se haga necesario el reclutamiento en cada comunidad de un gran número de ayuda mutua voluntaria local para desempeñar los servicios bajo una adecuada supervisión. La necesidad de movilizar al pueblo para que ayude a resolver sus propios problemas ha quedado satisfactoriamente demostrada en Taiwan, India y, en grado menor, en las Filipinas. En Taiwan, por ejemplo, los propios maestros y estudiantes desarrollaron el 80% de las actividades del programa de control de tracoma en las escuelas. En el programa de control de la malaria, grupos de aldeanos trabajando en ayuda mutua voluntaria bajo supervisión profesional, hicieron la rociada, lo que ayudó a reducir considerablemente el costo del programa.

En la mayoría de los países, el mejor mecanismo para emprender una planificación del personal y de los recursos de salud sería una comisión conjunta representativa de los ministerios de salud y educación y de las universidades.

Los términos de referencia para tal comisión deberán ser:

1) Un creciente reconocimiento de que el adiestramiento de personal médico y

paramédico deberá estar directamente vinculado a la necesidad de recursos humanos para administrar los servicios de salud.

2) Esa planificación incluiría, según el tamaño y la población del país, propuestas para nuevos centros médicos, y la forma en que las necesidades de personal de estos centros podrían satisfacerse adecuadamente.

3) En países más grandes, esta planificación designaría un centro instituido con personal adecuado, el cual serviría de institución principal docente para los maestros de otros centros del país. Las normas de este centro deberán ser altísimas.

A esta comisión deberá provérsele una secretaría bajo la dirección de un oficial médico competente, asistido por representantes de las otras profesiones de salud que puedan considerarse aconsejables.

Entre las funciones de la secretaría estaría la planificación del establecimiento y distribución ordenada de instituciones docentes necesarias para satisfacer las necesidades de recursos humanos. El tipo de escuelas médicas y de otra clase necesarias para el país no tiene que ser igual a los de países más adelantados.

#### ORGANIZACIÓN CON MIRAS A UNA DISTRIBUCIÓN COORDINADA

Tenemos dos grandes ejemplos de pérdida en el rendimiento del dólar médico cuando se violan los sanos principios administrativos. En casi todos los países los servicios médicos se han desarrollado categóricamente, sin una planificación o coordinación verdadera. El grado de multiplicidad de la administración autónoma, no relacionada, de hospitales, rehabilitación, asistencia social, y otros servicios de salud, varía de país a país. Esto trajo consigo una pequeña crítica al establecerse los servicios para cubrir las necesidades de número. Sin embargo, cuando se llega al punto en el que hay honda preocupación por la calidad, entonces se hace un creciente esfuerzo, quizás un poco tardío, por efectuar la coordinación

necesaria. Otro ejemplo claro de servicios no coordinados queda demostrado en Israel, Italia y otros países europeos y latinoamericanos donde los ministerios de salud y seguro social administran respectivamente servicios paralelos de salubridad. En países en desarrollo, como la India, podemos notar los comienzos de esta organización dual. Esta pérdida en el dólar médico se origina principalmente en la falta de planificación y tiene su explicación en bases históricas. En las economías agrícolas, los fondos contributivos disponibles para fines de salubridad solamente permiten un servicio de inferior calidad. Cuando el país comienza a industrializarse, el obrerismo piensa que al trabajador debe proveérsele un servicio de calidad superior a la disponible generalmente, y consiguientemente, el obrerismo desarrolla sus propios servicios. Cuando el país ya se industrializa, el seguro social llega a ser la fuerza política y económica más poderosa del país, y constituye el principal obstáculo a la coordinación de los servicios de salubridad. Aun en Checoslovaquia se necesitaron seis años para trasladar los servicios de salubridad al Ministerio de Salud.

La futura distribución de los servicios de salubridad debe planearse y organizarse sobre una base regional. Regionalizar significa organizar todas las agencias para la medicina curativa, la medicina preventiva, la salud pública, y el servicio social dentro de una determinada área geográfica, coordinadas en un solo sistema. Aunque este concepto aún no ha sido implantado en Inglaterra, el Ministerio Británico de Salud lo sometió por primera vez en 1920 en el Informe de Dawson de Penn: "Provisión Futura de los Servicios Médicos y Conexos". En un creciente número de países podemos encontrar algunos componentes de "regionalización", pero probablemente en ninguno es abarcador, excepto en Checoslovaquia.

Al presente el concepto ha trascendido más allá de la idea que encierra un sistema coordinado para prestar servicios de salud,

hasta connotar una continua educación de las profesiones dedicadas a la salud dentro del área de una región, y el desarrollo de la conciencia técnica del público consumidor.

El área a regionalizarse deberá tener una población suficientemente numerosa como para abarcar todos los elementos necesarios para sostener la provisión de todas las ramas de recursos para atender a la salud. La coordinación se efectúa estableciendo un ritmo bidireccional de servicios profesionales y administrativos entre las unidades periféricas y la base, la que preferiblemente deberá ser un centro de enseñanza médica. Esta área también deberá tener instituciones de tamaño intermedio. La oficina regional serviría como la unidad descentralizada del ministerio de salud; administrativamente, sería responsable del desarrollo y mantenimiento de normas profesionales y administrativas, y reglas de procedimientos para los servicios prestados a través del área.

Una continua educación del personal profesional y administrativo es función esencial de la oficina regional. Además de los cursos especiales ofrecidos en el centro médico básico, hay individuos calificados que viajan por el circuito, ofreciendo consultas al nivel local. También al personal sanitario del nivel local se le brinda la oportunidad de recibir en el centro médico básico períodos de formación graduada durante el servicio. Desde luego, este centro también ofrecería los usuales cursos graduados conducentes a una especialización. Un importante aspecto educacional de las regiones con base en un centro médico de adiestramiento, es la provisión, dentro del área, de una unidad comunal de práctica, la que, además de recibir crédito por el servicio, también podría recibir crédito por el adiestramiento de las profesiones sanitarias al nivel pregraduado y posgraduado.

Una tercera función esencial de la oficina regional sería la de planificar y desarrollar actividades en todos los niveles, mediante las cuales se incrementaría la conciencia

técnica del público beneficiario. Las instituciones de cada nivel tendrían beneficiarios representándoles en los consejos asesores, reuniéndose a intervalos regulares para estudiar y discutir los problemas de servicio al nivel pertinente. Además, especialmente en el nivel comunal local, varias entidades como las Damas Auxiliares, Asociación de Padres y Maestros, etc., se interesarían activamente en desarrollar sus propias instituciones sanitarias comunales.

En una organización de propósitos múltiples para el desarrollo comunal, los servicios de salud deben ser parte activa importante, más especialmente en el nivel local, pero también en los niveles intermedios y regionales, en la que estén representados los servicios en otros campos tales como el de asistencia social, educación, agricultura, cooperativas, etc. Si una organización de esta naturaleza no existiere aún, entonces es responsabilidad de la oficina regional acelerar su establecimiento.

La necesidad de regionalizar los servicios de salud es proporcional al nivel económico del país correspondiente. Un país con un alto nivel económico, como los Estados Unidos de América, puede permitirse el lujo de ignorar negligentemente la regionalización, pero ésta es esencialmente necesaria en países de bajo nivel económico, como la India, especialmente allí donde parte de los servicios de salud deberán ofrecerse sobre una base de ayuda mutua voluntaria, la que sólo es posible bajo constante supervisión profesional.

Ya han transcurrido cuatro décadas desde que el "Informe Preliminar sobre Provisión Futura de los Servicios Médicos y Conexos" fuera sometido al entonces recién establecido Ministerio de Salud de la Gran Bretaña. Este documento, como se ha señalado anteriormente, representaba el primer paso de proposiciones para coordinar la distribución de los servicios de salud dentro de un área determinada, mediante el tipo de organización comúnmente conocida en la actualidad como regionalización. Aunque el informe sólo ofrecía el bosquejo de un plan

para crear unidades primarias de salud en la periferia de un hospital base, que preferiblemente formara parte de una escuela médica, mirando retrospectivamente podemos considerar sus proposiciones como un plan proyectado hacia el futuro.

Antes de generalizar cualquiera innovación principal que envuelva un cambio básico de organización, es necesario un largo período de germinación, así como experimental y demostrativo. En el caso de la regionalización, ha habido grandes dificultades, y hasta el presente ningún país occidental ha puesto a funcionar el sistema en grande escala. Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, más y más proposiciones se han estudiado para regionalizar los servicios, un creciente número de experimentos y demostraciones se ha comenzado y en varios países ciertos aspectos del concepto de la regionalización están funcionando.

Confiamos que esta tendencia continuará, y que en las décadas venideras la organización de los servicios de salud estará cada vez más regionalizada en todo el mundo. Esta convicción se basa en parte en consideraciones económicas. Parece improbable que, a la larga, los países más ricos e industrializados estén más inclinados que las naciones en desarrollo a tolerar una pérdida inevitablemente asociada a los servicios no coordinados. La regionalización representa el marco de organización lógica para coordinar los servicios, a fin de obtener el máximo rendimiento de los recursos sanitarios disponibles.

Nuestra convicción se basa también en la realidad de que el rápido desarrollo de los conocimientos científicos del cual depende la atención de la salud, está generando una intensificación de las especializaciones y un grado mayor de complejidad, según lo demuestran la expansión de los grupos profesionales, la restricción del área de competencia de cualquier grupo de trabajadores y el aumento considerable del armamento de la medicina moderna. La importancia de racionalizar la organización de los servi-

cios de salud crece paralelamente con el aumento en la diversidad y extensión de los equipos y adiestramiento necesarios para prestar una atención de superior calidad. El médico general que ejerce solo, con su pequeño maletín negro, se ha vuelto técnicamente anticuado. Un equipo hospitalario independiente y autónomo representa hoy en día un mecanismo completamente inadecuado para abordar todos los problemas de salud de una comunidad.

Finalmente, creemos que existe un movimiento mundial hacia una planificación más consciente de los esfuerzos dirigida hacia la satisfacción de las necesidades humanas. Va implícito en ésto el creciente y más abarcador acercamiento hacia cada área específica de necesidades. En cualquier campo, sin embargo, la creciente centralización de una dirección general va casi siempre acompañada de una progresiva descentralización de actividades. Los esfuerzos locales son incapaces de evitar errores, a menos que éstos estén relacionados al esquema total, pero una vez integrados, aun el más insignificante logro contribuye al progreso. En el campo de la salud, la regionalización conserva tales esfuerzos, así como para exaltar el valor de éstos proveyendo un marco sistematizado para la salud comunal.

Las oficinas regionales deberán constituirse como para asumir la responsabilidad de coordinar la distribución y entrega de todos los servicios de salud en un área determinada. En su más amplio sentido, la planificación es elemento esencial de estas funciones, al igual que la investigación aplicada, dirigida a desarrollar métodos y procedimientos que aseguren un mayor rendimiento de los recursos dedicados a la salud. Además, la experiencia nos enseña que la oficina regional debe actuar como agente catalítico para fomentar el segundo objetivo principal de la regionalización: el desarrollo de un sistema de educación continua.

A fin de desarrollar estas funciones, la oficina regional deberá tener un presupuesto

separado ascendente al 1 ó 2% del presupuesto total de los servicios a coordinarse. Este presupuesto deberá mantenerse al margen del corrientemente opresivo control burocrático impuesto por el gobierno, y cubrir los gastos contingentes según vayan surgiendo. Del mismo modo, el personal profesional de la oficina regional no deberá estar indebidamente restringido por los rígidos emolumentos y otras condiciones tan frecuentemente asociadas al servicio civil.

El paso inicial hacia la regionalización deberá ser una encuesta general que abarque la organización y el financiamiento de los servicios existentes, los recursos disponibles para proveer los mismos, y el personal encargado, o que ha de encargarse, de ejecutarlos. La encuesta no deberá limitarse a levantar el inventario, sino que también analizará factores tales como potencialidades financieras, extensión de las necesidades de salud a ser satisfechas, y la probable oferta y demanda de personal médico y paramédico esencial. Una encuesta inicial de esta índole sirve de base y de marco esencial para efectuar cambios. También es el punto de referencia para una subsecuente evaluación.

La evaluación es aspecto primordial del proceso planificador, así como de una buena administración y supervisión. Posiblemente se torne un poco difícil en el caso de un programa de regionalización, ya que no sólo tiene que resolver la cuestión de la cantidad y calidad de la ejecución dentro de áreas específicas, sino también el impacto que una nueva forma de organización pudiera tener sobre el uso de los recursos disponibles, y medir, a través del tiempo, su repercusión sobre la salud y el bienestar del pueblo al que sirve. No obstante, tal evaluación es indispensable para fijar el límite hasta el cual se ha logrado los objetivos trazados, así como para establecer la legitimidad de un presupuesto adicional para servicios de salud y bienestar social.

Un segundo paso básico es el de organizar un programa de investigación de operaciones. La coordinación de los servicios,

especialmente en las áreas en desarrollo, deberá ir acompañada del desarrollo de un programa de investigación que facilite la innovación y experimentación con medios alternos, para cubrir las necesidades sociales y de salud.

Hay un tercer paso íntimamente ligado al anterior: la formulación de normas. Objetivo principal de la coordinación es mejorar la calidad de los servicios. En la mayoría de los casos, sin embargo, la coordinación misma no puede lograrse a menos que se tracen normas claramente definidas para la organización y administración, así como el manejo, de cada servicio. Sin esa brújula, la administración para la coordinación de los servicios marchará a ciegas. Como regla general, estas normas deberán trazarse en forma que el 40% al 50% de los servicios del área puedan observarlas.

Debemos hacer notar que se trata de dos tipos principales. Las normas de organización y administración estipulan los requisitos de personal, equipo y facilidades, así como las relaciones funcionales de un determinado servicio. Las normas de ejecución fijan la calidad y cantidad de la labor que cada unidad del programa debe realizar a fin de alcanzar el objetivo integral.

La experiencia sugiere que la formulación de normas para organización y administración puede lograrse con relativa facilidad, aunque constituya un proceso lentísimo. El desarrollo de las normas de ejecución es generalmente mucho más difícil, no solamente por la ausencia de pautas sino también porque en las áreas en desarrollo los administradores han recibido usualmente un adiestramiento profesional no adecuado a las condiciones locales. El trazar normas ajustadas a las circunstancias existentes y a sus potencialidades de cambio requiere, por lo tanto, un mayor esfuerzo creador. Una vez que éstas se han trazado, pueden prepararse manuales de procedimiento ajustados a las necesidades locales.

El proceso de evaluación y la formulación de normas implican la necesidad de un

cuarto paso básico, el desarrollo de un sistema adecuado de informes. Los informes han estado tradicionalmente centrados sobre el volumen del trabajo. Deberá trasladarse el énfasis a la obtención de información sobre el progreso en la solución y control de los problemas de salud. A fin de determinar el límite en que los objetivos se han logrado, es necesario determinar cuán adecuadamente van cumpliéndose las normas. Este sistema de informes sobre logros sirve además de base para instituir un presupuesto de operación.

Otra área de vital importancia es la que podríamos llamar de relaciones públicas. Empezar un programa de regionalización representa el medio más seguro para lograr el apoyo de varias categorías de trabajadores de salud para tal desarrollo. También deberá prestarse atención a promover la comprensión y aceptación del programa regional por otros grupos profesionales. Es esencial por otra parte que las agencias gubernamentales indicadas se mantengan informadas de los próximos pasos a seguir y de cómo éstos se relacionan con objetivos más generales.

Es igualmente importante suministrar al público, en general, de un conocimiento del programa y del progreso logrado. Esto representa definir los objetivos en términos claros y precisos, y explicar, de modo que puedan comprenderse rápidamente, los pasos dados para lograrlos. Es axiomático que, sea cual fuere la suficiencia de los servicios técnicos disponibles al nivel comunal, los amplios objetivos de un programa de regionalización no puedan alcanzarse en un área en rápido desarrollo a menos que se eduque al pueblo en el uso de tales servicios. La medicina integral no está dirigida exclusivamente hacia una integración de prevención mediante el diagnóstico, el tratamiento, y la rehabilitación; también está directamente relacionada con la educación y promoción de la salud. Cualquier contacto entre un médico o enfermera de salud y un paciente que no aumente, por un lado, el conocimiento del

trabajador de salud sobre las actitudes culturales pertinentes y, por el otro lado, la comprensión del paciente de lo que es salud y la relación de ésta con distintos modos de pensar, sentir, y actuar, constituyen, en tal sentido, pérdida de tiempo por ambas partes.

Las soluciones técnicas de los problemas de salud deben humanizarse mediante la comprensión de las culturas y subculturas existentes y de la manera como se evoluciona. El aumentar la conciencia técnica del pueblo le permitirá a éste contribuir a la solución de sus propios problemas sociales y sanitarios, por ejemplo, a través de los consejos locales de salud, cuya eficiencia ha quedado demostrada en muchos países del mundo.

### Utilización efectiva de los recursos

#### INCREMENTO EN EL USO DE LOS RECURSOS ACTUALES DE PERSONAL, EQUIPO Y SERVICIOS DE SALUBRIDAD

Uno de los problemas de salud más importantes en las Américas está en la organización de los servicios, y en la eficiente utilización de éstos. El objetivo de una mejor organización de los servicios de salud es hacer accesible al mayor número de personas los beneficios de la ciencia médica moderna mediante la más efectiva y eficiente utilización de los recursos nacionales. Se ha demostrado que este objetivo puede lograrse mejor mediante un sistema de pautas para organizar los servicios por lo menos en tres niveles: nacional, intermedio y local.

a. *Nivel nacional.* A este nivel deberá haber una agencia central de salud responsable de la planificación, el establecimiento de la política, y la coordinación, o la administración, de todos los servicios de salud del país. Se supone que éste incluya el ministerio de salud, el sistema de seguro social y otras agencias gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a salud. La

coordinación incluye la "coordinación horizontal", esto es, entre agencias en el nivel nacional; y la "coordinación vertical", esto es, dentro de la misma agencia, entre el nivel nacional y los otros niveles de gobierno.

b. *Nivel intermedio.* El nivel intermedio dirige, supervisa, provee servicios básicos, y las otras funciones delegadas al nivel intermedio por el nivel nacional. La estructura administrativa precisa varía según las características geográficas y políticas del país.

c. *Nivel local.* Los servicios deberán prestarse de modo que, sea cual fuere el lugar de residencia de la población, existan servicios de salud integrados accesibles. Esto puede lograrse mediante un proceso de regionalización que considere un flujo de pacientes de la periferia hacia el centro, y un flujo de servicios del centro hacia la periferia. Al nivel de la comunidad, deberá proveerse servicios estrechamente integrados de programas preventivos y curativos; la coordinación de personal especializado de todos los tipos, incluso la adecuada supervisión del personal auxiliar, y la más estrecha coordinación de recursos de todo tipo tomando en consideración las necesidades del individuo y las de su familia.

La fragmentación de los servicios de salud dentro de un país—con el sistema de servicios de atención médica regidos por el seguro social y los servicios para la protección y promoción de la salud organizados bajo el ala del ministerio de salud—constituye un serio obstáculo para una mejor organización de los servicios.

Los diferentes requisitos deberán establecerse tomando en consideración las condiciones socioeconómicas y las pautas de atención médica del país, y también la más adecuada utilización de los recursos de dicho país. A fin de establecer los requisitos óptimos de cada país, es necesario profundizar la investigación.

En el mejoramiento del suministro de servicios de salud deberá prestarse conside-

ración a la renovación de las facilidades existentes, cuando sea apropiado, así como a la construcción de nuevas facilidades.

La requerida distribución geográfica y de servicio del personal de salud deberá determinarse.

#### INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud constituyen un programa a ser ofrecido al individuo, así como a la comunidad, para suministrarles todos los recursos de las ciencias médicas y afines, necesarias para fomentar y mantener la salud mental y física. Este programa deberá tomar en cuenta el ambiente físico, social y familiar, con miras a promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar la incapacidad. El límite de los servicios para poner dicho plan en ejecución varía de acuerdo a las condiciones locales.

El concepto moderno de atención médica requiere que todas las personas, independientemente de sus ingresos o la fuente de sus recursos económicos, o su localización geográfica, o su raza, credo político o religioso, reciban pronta y apropiada atención médica; aproveche el arte de médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras u otro personal de salud; ofrecida en el hogar, en un centro de atención móvil, o en una institución de atención cerrada; para la prevención, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades físicas o mentales, o accidentes de corta o larga duración, que la ciencia pueda proveer; dispensada en adecuada cantidad y calidad, durante el tiempo que sea necesario; con continuidad y con sensibilidad hacia las condiciones físicas y psicológicas del paciente, considerando la condición social y la situación de la familia; y con la máxima economía y coordinación entre los servicios técnicos provistos.

Para poner en ejecución los objetivos englobados en este moderno concepto, los servicios de salud deben estar organizados para proteger, promover y restaurar la salud de los individuos y de la comunidad.

Estos servicios pueden agruparse en la forma siguiente:

1. Protección de la salud: control y/o erradicación de enfermedades transmisibles y de otra naturaleza; inmunizaciones y medidas conducentes; descubrimiento de casos inaparentes de enfermedad.

2. Promoción de la salud: higiene maternal e infantil; educación sobre la salud; nutrición; salud mental; salud ocupacional y radiaciones; promoción de la salud en los ancianos.

3. Servicios de atención médica: atención móvil; atención en el hogar; atención institucional (hospitales generales y especiales para tuberculosis, enfermedades mentales, y otras facilidades a largo plazo; instituciones intermedias tales como casas de convalecencia, "casas intermedias", hospitales diurnos, etc.).

4. Servicios de rehabilitación: rehabilitación física; rehabilitación psicológica y social; adiestramiento vocacional.

Estos servicios de tipo personal tienen estrecha relación en un extremo de la gama de los servicios de salud con los servicios de salud ambiental tan indispensables para el control y/o erradicación de ciertas enfermedades, y en el otro extremo, con aquellos servicios educacionales y de protección social tan necesarios al ajuste del individuo a su medio ambiente social y cultural.

Una unidad integrada de salud, que incluya camas para hospitalización, atención ambulatoria y domiciliaria, servicios preventivos y de asistencia social deberá servir de foco para la provisión de los servicios. El logro del servicio integrado mediante este tipo de unidad de salud puede requerir innovaciones para unir agencias distintas y recursos varios. En esta unidad integrada, el hospital tendrá que cambiar su papel actual por el de una institución que provea asistencia social, servicios preventivos y móviles, atención en el hogar, además de la atención a los pacientes internados.

Resoluciones aprobadas en reuniones sucesivas del Consejo y de esta Conferencia



deben urgir repetidamente para que se adopten las medidas para coordinar e integrar los servicios.

Existen al parecer dos razones principales para explicar lo que hasta ahora son acuerdos en "el papel" (*lip service*). La primera es la falta de una actitud positiva de parte de las profesiones de salud motivada por los malos hábitos formados durante su período de formación. La segunda es la ausencia de un ambiente apropiado durante el período de aprendizaje en el que la coordinación y la integración constituyan la rutina que el estudiante vive. El resultado final generalmente carece de consideración alguna hacia el paciente como individuo, mucho menos que como miembro de una familia o de la comunidad. El médico no está consciente de la creciente necesidad de que los servicios eficientes de salud dependan del médico trabajando como miembro de un equipo. Estos dos factores constituyen un círculo vicioso que solamente puede romperse mediante una reorientación de nuestras instituciones de enseñanza. La pauta de enseñanza generalmente en uso en la América Latina encuentra su prototipo en Francia, mientras que en Asia y África generalmente se sigue la pauta de Inglaterra y de los Estados Unidos de América.

Una singular empresa demostrativa para adiestramiento en coordinación e integración la encontramos en el Centro Nacional de Adiestramiento para la Defensa de la Salud de Taipei. El Boletín de Educación Médica (mayo, 1962) informó sobre esto en "Un sistema de educación médica en el Centro Nacional para la Salud, Taipei, Taiwan, República de China". Este Centro está basado en el principio de que cuando el número de personal con preparación académica adecuada y la cantidad de equipo necesarios para la enseñanza de personal médico están muy limitados, la forma más económica de aprovecharlos es concentrando todos los recursos disponibles en un instituto central de enseñanza. El Centro de Taiwan adiestra simultáneamente

todos los niveles de personal sanitario, bajo la premisa de que un médico que cuenta con la cooperación de un equipo compuesto de enfermeras, técnicos y otros trabajadores de colaboración puede cubrir la labor que realizan varios médicos trabajando individualmente. El nivel de adiestramiento depende de la educación previa del estudiante, y varía desde el adiestramiento de ordenanzas y adiestramiento vocacional de técnicos, hasta el adiestramiento universitario y posgraduado de enfermeras, dentistas y médicos. La centralización de la facultad y del equipo facilitan la enseñanza de todos los tipos de personal de salud a llevarse a cabo, simultáneamente, con los recursos disponibles. En Zagreb, Yugoslavia, existe un único centro de adiestramiento comparable.

#### ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

Deberá darse mayor énfasis al desarrollo de un sistema organizado de educación continua para todos los niveles del trabajador de salud. Esto implica educación continuada, por un lado, y la provisión de adiestramiento profesional adecuado por el otro. Es imperativo reconocer que en el campo de la salud, el servicio, el adiestramiento, y la investigación, son partes de un todo. La regionalización puede unirlos efectivamente, salvando la brecha que existe entre las instituciones relacionadas con el adiestramiento de personal médico, paramédico y de servicio social, y las agencias que prestan los servicios.

La brecha entre la teoría y la práctica es especialmente crítica en los países en desarrollo. En la mayoría de ellos los graduados de las escuelas de medicina son reclutados para formar parte del cuerpo de profesores y administrar centros periféricos de salud; aun así, la queja unánime es que las escuelas existentes no preparan a los estudiantes para asumir tales responsabilidades. Los países en desarrollo, desde luego, casi invariablemente, confrontan una seria escasez de médicos y, de hecho, de todas las categorías de trabajadores para la salud. Mientras que la calidad de la

educación médica no debe inmolarse a la presión del servicio, la educación médica pregradual, no específicamente orientada hacia el desempeño de las responsabilidades de la salud en el centro comunal no es, en el verdadero sentido de la palabra, una educación médica de calidad.

Típicamente, el currículo convencional de estas escuelas tiene uno o varios de los siguientes defectos: el estudiante observa al paciente en términos de un sistema de órganos; su observación no es continua; debido a tal discontinuidad, tiene poca o ninguna oportunidad de emprender medidas preventivas u observar los factores sociales y del medio ambiente asociados con la patología clínica que observa.

El médico del futuro requiere una sensibilidad mucho mayor a las ciencias sociales. Su adiestramiento debe prepararlo para la dirección del equipo de salud y para ayudar a movilizar los recursos de la comunidad a fin de cubrir sus necesidades de salud. Deberá ser capaz de proyectarse más allá del paciente individual para tratar a la familia como una unidad y a los grupos de familia que constituyen la comunidad.

La reorientación de su preparación para la prevención no se logrará rápida o fácilmente. Necesitará experiencia para proyectar el adiestramiento adquirido dentro de las murallas de la sala y del departamento de consulta externa de un hospital de enseñanza hacia la comunidad misma. Las universidades han aceptado por largo tiempo el principio de que deben controlar sus propios servicios hospitalarios docentes y de investigación. Ahora deben aplicar este mismo principio a los recursos comunales, tales como los centros primarios de salud y las unidades periféricas de salud, donde el interno y el oficial médico pueden adiestrarse a sí mismos en lo que progresivamente se tornará, bajo la divisa de la norma de regionalización, en una práctica de atención comunal de salud.

El área a la que sirve un centro de salud comunal docente deberá ajustarse a una existente unidad administrativa de gobierno

de modo que los resultados pilotos puedan duplicarse rápidamente. La población de una comunidad deberá ser lo más representativa posible de todo el estado y tener suficiente tamaño para que la operación del centro sea económica.

El centro deberá tener una junta asesora con representación de la comunidad, de los servicios y de la universidad. Asimismo deberá tener un comité directivo que represente a cada campo principal de actividad del centro, para entenderse con las rutinas administrativas y someter un presupuesto anual al comité asesor para ser transmitido a la universidad y al departamento de salud.

El centro de salud comunal docente deberá estar localizado preferiblemente cerca del centro médico docente. También se beneficiará si puede servir de laboratorio de planeamiento e investigación para la administración de los servicios de salud regionales.

Implícita es nuestra convicción de que los servicios de salud se regionalizarán más y más en la creencia de que la educación médica se orientará cada vez más hacia la prevención.

Los actuales departamentos clínicos estarán suplementados por un grupo comparable de departamentos dedicados a las ciencias de la salud en ramas como administración, epidemiología, salud maternal e infantil, etc. El adiestramiento de los profesionales graduados en las ciencias de la salud será ofrecido del mismo modo que en las ciencias básicas o en la medicina clínica, en las que los individuos, después del internado, pasarán varios años en adiestramiento como residentes. Se anticipa, desde luego, que el centro médico administrará su propio campo comunal de práctica, como administra al presente su propio hospital docente y los laboratorios de ciencias básicas.

Los cambios que con toda seguridad ocurrirán en el plan de estudios pregraduado ejercerán una decisiva influencia sobre las futuras prácticas sanitarias.

Dentro del próximo siglo, el cambio más probable en las disciplinas existentes será la extensión de las ciencias básicas como resultado del desarrollo de la medicina nuclear y su consiguiente impacto sobre las disciplinas clínicas. Parece probable que también estas últimas se vean influenciadas por los adelantos en la fisiología y patología sociales. El médico que se gradúa actualmente carece de formación en las ciencias sociales y en las humanidades, aunque en algunas escuelas se han hecho avances para corregir este vacío. El enriquecimiento de los antecedentes intelectuales del estudiante médico deberá tener favorable efecto sobre su actual desinterés por la medicina social.

Según sea el desarrollo de esta tendencia, confiamos en que ampliará el horizonte de la actual práctica de la medicina y requerirá el establecimiento en las escuelas médicas de nuevos departamentos para las ciencias de la salud. Este desarrollo será gradual, comparable al proceso mediante el cual los actuales departamentos se diferenciaron de los de fines del Siglo XVII. La diferenciación dependerá, desde luego, de la acumulación de conocimientos suficientes, pero para comienzos del próximo siglo deberá haber, por lo menos, seis o más diferentes disciplinas en las ciencias de la salud en las escuelas de medicina. Esto acarreará un impulso adicional al establecimiento de los recursos comunales, ahora bajo el control de las escuelas de medicina para ser usados en la enseñanza y la investigación. Tales recursos son importantes, no solamente como laboratorios de la comunidad para la experimentación y la investigación, sino también como centros de demostración. La validez de la institución docente para las profesiones de salud, extendiéndose hacia un área de práctica de campo bajo su propia supervisión y control administrativo, ha quedado demostrada en lugares tan diversos como el *Peking Union Medical College*, la Universidad de Filipinas, el Instituto de Higiene y Salud Pública de la India y el Instituto de Salud Pública

en Tokio. Otros ejemplos recientes de esta tendencia pueden verse en el desarrollo de centros de salud docentes como componentes orgánicos de los programas de enseñanza de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, la Universidad del Valle en Colombia, en São Paulo, Brasil y en el Instituto de Ciencias Médicas en Nueva Delhi, India.

En el campo de la salud, es esencial tener personal profesional y auxiliar adecuadamente adiestrado, pero en todas las categorías de dicho personal sanitario existen deficiencias en su número y en la calidad de su adiestramiento. Al presente, buen número de estudiantes no completan su educación primaria y secundaria; muy pocos están preparados para recibir adiestramiento especial para asumir responsabilidades de salud, lo mismo que en los campos de la educación, las ciencias y la industria.

La proporción recomendable de médicos por número de habitantes varía con la incidencia de las enfermedades, la organización del sistema de atención médica del país, el número de enfermeras y personal auxiliar disponibles, y con los factores socioeconómicos, que tanta influencia tienen sobre la utilización de los servicios médicos.

La escasez de personal más crítica en las Américas reside en las enfermeras y auxiliares de enfermeras adecuadamente preparadas. Por lo general, el personal de enfermería disponible realiza funciones para las cuales no está adiestrado. Además, en las áreas rurales, donde el número de médicos es muy limitado, se le han encomendado a la enfermera responsabilidades médicas, agregando así, en algunas áreas, actividades para las que no está preparada.

Las auxiliares de enfermería prestan servicio en gran número de hospitales y servicios de salud, pero casi ninguna de ellas está suficientemente adiestrada. Las actuales, y muchas más si se las adiestrara, podrían rendir servicios valiosos, junto con dejar libres a las enfermeras graduadas, para asumir cargos administrativos y la enseñanza de otro personal de enfermería.

Es necesario realizar investigaciones adicionales para establecer los requisitos de personal de cada país a la luz de sus condiciones socioeconómicas y normas de salud, y no a través de índices arbitrarios y fijos impuestos desde afuera. Además, los requerimientos de personal deben desarrollarse, tomando en cuenta la utilización más adecuada de personal para cada país.

Es axiomático que los profesionales para la salud se adiestren en su propio país. Un primer paso en los países donde ésto aún no se ha iniciado sería que el ministerio de salud inaugurara su propio centro de enseñanza, por lo menos para los trabajadores paramédicos. El adiestramiento en los servicios de salud no puede emprenderse sin facilidades de práctica. Por lo tanto, el ministerio organizaría concurrentemente un instituto de enseñanza en una comunidad controlada, donde las recomendaciones del departamento de planificación del ministerio puedan quedar demostradas al menos en los niveles periféricos e intermedios.

Deberán establecerse programas de educación y adiestramiento del personal de salud para servicios y administración. En muchos países, dada la grave escasez de personal, el adiestramiento del personal auxiliar en todos los rangos y el adiestramiento del personal supervisor deberán recibir especial atención a fin de que los auxiliares trabajen bajo supervisión adecuada.

Varios países preparan, con razonable éxito, auxiliares de enfermería mediante cursos de seis a nueve meses. A continuación de estos cursos se ofrece formación en el servicio. Este enfoque podría extenderse a todos los países.

Las auxiliares de enfermería pueden adiestrarse provechosamente bajo la supervisión de enfermeras para brindar toda clase de atención directa a pacientes y familias. Por otro lado, las enfermeras, además de poseer tal destreza, están preparadas para enseñar a otro personal de su misma profesión y administrar los servicios de asistencia a los enfermos.

Muchos de los especialistas necesarios para el trabajo actual en salud provienen de bases académicas foráneas. El técnico de laboratorio, el inspector sanitario, el estadístico y el administrador, por ejemplo, llegan a los servicios de salud con una educación básica que necesita ampliarse con experiencia supervisada y de preferencia en muchos casos, con adiestramiento especializado en escuelas de salud u otras instituciones.

En la América Latina, los estadísticos de salud son esenciales para los servicios de salud y para las escuelas de medicina y de salud.

También deberán considerarse programas de adiestramiento acelerado para ciertas clases de personal, como el que está a cargo de los documentos clínicos en el hospital, a fin de que los datos sobre la atención médica estén disponibles.

El problema de suministrar a una escuela de medicina suficientes miembros para su facultad, con los requisitos necesarios para desempeñar sus funciones adecuadamente, es muy complejo y encierra una serie de variados factores. En general, la enseñanza como actividad a tiempo completo no es atractiva porque ofrece escasa remuneración; a menudo ésta no es suficiente para cubrir las necesidades básicas de un profesional; y porque existe la inseguridad en el cargo, ausencia de un ambiente adecuado a la renovación de conocimientos científicos, y aislamiento cultural y científico para el investigador. La solución a estos problemas deberá alcanzarse mediante el esfuerzo de los propios países, quienes al hacerlo así, deben respetar sus innatas características culturales y tradiciones educativas. Sin embargo, la cooperación internacional puede ser factor importante para lograr el éxito en un intento de tal naturaleza.

Es opinión general que cada uno de los cuatro o cinco países más grandes que pueden costearlo, deben establecer un centro médico de enseñanza e investigación, capaz de adiestrar el personal docente y

los administradores de cada una de las profesiones de salud, así como servir de modelo para ese país en la enseñanza pre-graduada. Dicho centro serviría no sólo de "faro" al país correspondiente sino también a naciones más pequeñas que no pueden permitirse el lujo de costear dichos centros de demostración y enseñanza.

La sana planificación de la educación médica es esencial porque es sólo a través de una sistemática y continua aplicación y coordinación de las técnicas y principios de administración, economía, finanzas e investigación de la medicina social y pública que a las instituciones de enseñanza les será factible proveer adiestramiento profesional de conformidad con las necesidades y los recursos de determinado país o área geográfica.

Debemos considerar el adiestramiento de un médico como un proceso sistemático dirigido hacia objetivos específicos—parte inseparable de cualquier programa de salud —y por lo tanto debe ser objeto de una planificación cuidadosa.

Se ha sugerido que cada país tenga una agencia responsable de esta planificación, que debe estar compuesta por funcionarios de instituciones encargadas de la educación superior, atención médica y salud. Los servicios de asesoría de otras organizaciones nacionales o internacionales calificadas pueden ser usadas en caso necesario.

El objetivo principal de este cuerpo planificador será el de bosquejar un plan de salud para el país desde el triple punto de vista de profesión, servicio y adiestramiento. Con miras a formular recomendaciones y soluciones debidamente coordinadas e integradas en escala nacional, se considera aconsejable que el grupo planificador esté compuesto de funcionarios de instituciones dedicadas a la educación superior, a la atención médica y a la salud. Si fuere necesario, también podrían solicitarse los servicios asesores de otras agencias nacionales o internacionales calificadas.

El grupo planificador constituirá, al

efecto, un centro para la investigación, será responsable de bosquejar planes a corto y largo plazo, determinando las necesidades más apremiantes, los recursos disponibles y el orden de las prioridades. Debemos reconocer que un estudio de esta clase es labor compleja que requiere el conocimiento de varios factores básicos. Una encuesta sobre cuantos médicos se necesitan en un país no puede divorciarse de las demandas de salud a cubrirse, ni de los recursos que una sociedad determinada puede dedicar para educar a los médicos y mantenerlos en servicio, de conformidad con el progreso del arte y de la ciencia médica en el país correspondiente. En una investigación de esta índole, los factores que afectan la productividad, el funcionamiento, las condiciones de trabajo y el grado de satisfacción que el médico deriva de su trabajo deben estudiarse, así como las actitudes del personal auxiliar y subordinado, la relativa proporción de los varios grupos técnicos y la eficiencia de la organización administrativa de los establecimientos responsables de la salud. Tampoco debe pasarse por alto la actitud de la población hacia la salud y las enfermedades, y su forma de responder a los servicios médicos.

Hay que reconocer que la fundación de nuevas escuelas de medicina es empresa compleja que requiere una planificación y preparación minuciosas. Antes de promover cualquier intento para abrir una nueva escuela, debemos contar con la disponibilidad de personal de enseñanza y ayuda financiera suficientes para su funcionamiento; debe darse preferencia al fortalecimiento y expansión de las escuelas de medicina existentes y establecer nuevas escuelas, sólo cuando existan razones muy poderosas para hacerlo.

Es de urgente necesidad coordinar los esfuerzos hacia un mejoramiento de la calidad y de la actitud social de los médicos que hoy se gradúan en las escuelas de medicina. Es necesario, antes de revisar o modificar planes y programas de estudio,

que la facultad de una escuela de medicina llegue a un acuerdo sobre los objetivos de la educación médica. Estos objetivos se han definido en varios países de las Américas y pueden resumirse como sigue: "contribuir al adiestramiento de un médico no especializado (general o básico) cuya formación esté conforme con las necesidades sanitarias del país, la evolución de la ciencia médica y los requisitos que surgen de la naturaleza y responsabilidad de las funciones del médico y de su posición en la sociedad".

Las facultades médicas deben gastar esfuerzos para fomentar en los estudiantes la responsabilidad de su propia educación; es mediante tal experiencia que puede estimularse a un mayor conocimiento, lo que les enseñará a ser estudiantes por el resto de su vida.

Los ministerios de salud deben proporcionar ciertos servicios rurales, debidamente seleccionados, para que los estudiantes, internos y residentes, reciban adiestramiento práctico bajo continua supervisión del personal de la institución y de la facultad de la escuela. Los esfuerzos de colaboración entre las escuelas de medicina y los ministerios de salud brindarán una mejor salud a la gente de las áreas rurales. A fin de permitir que las escuelas de medicina aseguren crecientes responsabilidades a dichos servicios, los ministerios de salud deberán brindarles ayuda financiera para permitir la adición de médicos a la facultad, los que podrán supervisar la atención médica ofrecida y los programas docentes para estudiantes en los centros rurales de salud. Si los estudiantes se instruyen en las realidades de la salud rural, estas actividades ayudarán a aumentar su sentido de responsabilidad y a brindarles una perspectiva más amplia de la medicina, y posiblemente el incentivo para practicar en las áreas rurales después de graduarse o especializarse, lo que a su vez podría conducir a una mejor distribución de los médicos en todo el país.

### *Promoción de la investigación en escuelas de medicina*

Las funciones de una escuela de medicina son la enseñanza médica, la investigación, y la búsqueda de soluciones a los problemas de salud de un país. Estos objetivos están estrechamente interrelacionados y pueden alcanzarse sólo cuando la respectiva escuela se dedica a la investigación. Indudablemente, la investigación y la enseñanza son dos aspectos inseparables y característicos de toda actividad docente. Por tanto, los objetivos del adiestramiento médico sólo pueden alcanzarse facilitando una activa enseñanza del método científico, y del dominio del método por parte de los estudiantes.

La naturaleza de la investigación, el tipo de trabajo realizado por los investigadores y sus objetivos variarán de acuerdo con los problemas prevalentes y los recursos disponibles, pero la búsqueda de la verdad y la acumulación de conocimientos no pueden quedar separadas de la función docente.

En las escuelas de medicina es necesario que la facultad se interese por la investigación, lo que a su vez le ayudará a lograr la adecuada actitud mental para una mejor enseñanza. Los métodos y conceptos de la investigación, en la normalización y ejecución, son aplicables también a la planificación y a la enseñanza, ya se trate de un ejercicio de laboratorio en ciencias básicas, el estudio de un paciente en la clínica, o el estudio epidemiológico de la comunidad.

Visto bajo este aspecto, la investigación se torna en instrumento esencial de enseñanza, en un modo de pensar que todo el cuerpo docente debe compartir a fin de moldear la personalidad del estudiante, despertar su curiosidad intelectual y poder de observación, y desarrollar su habilidad para interpretar fenómenos.

### NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN DE SALUD

En las secciones anteriores se ha puesto énfasis en la necesidad de la investigación

aplicada. Sin embargo, ésta es tan importante que esta sección resumirá lo que hay de esencial en ese aspecto.

El principal objetivo de una investigación sobre salud es estudiar la organización y administración, recursos disponibles, y el cuerpo de personal y servicios de éste, con miras a establecer la distribución, eficiencia y costo de esos servicios. El objetivo principal de una investigación es diseminar y utilizar la información recopilada para mejorar las prácticas administrativas y técnicas de la salud.

Recomendamos que se organice un departamento de planificación e investigación, adjunto a cada ministerio de salud, para la compilación de la información básica necesaria para la formulación de los programas y la subsiguiente evaluación de éstos. Los departamentos requerirán financiamiento adecuado y las facilidades necesarias para desempeñar sus funciones.

Estos departamentos darán énfasis especial a los estudios que mejor sirvan de guía a la administración de salud. Por lo tanto, harán un inventario de las necesidades y recursos, y de los requisitos primordiales de personal y equipos.

En cada área administrativa se desarrollarán proyectos piloto para aportar una base sólida de los distintos esquemas de organización, incluso la integración de actividades preventivas y curativas, regionalización, organización de centros de salud, y uso de personal auxiliar. Cada proyecto piloto deberá considerarse como un expediente experimental, y por ende, deberá evaluársele cuidadosamente. Tales proyectos serán verdaderos "laboratorios" para la investigación en salubridad, y servirán como centros especiales de adiestramiento.

Los tópicos sugeridos para la investigación pueden organizarse en tres grupos principales:

a. Los que conciernen al sistema en sí; organización y administración de los servicios; costos, etc.

b. Los que conciernen a los ejecutantes,

por ejemplo, suministro y distribución de personal y facilidades, calidad de la atención, etc.

c. Los que conciernen a los beneficiarios; estudios de los estados de enfermedad, estudios sociológicos sobre las actitudes de los receptores de los servicios, etc.

#### LIMITACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN A LAS NECESIDADES Y RECURSOS

La construcción de nuevos recursos materiales deberá emprenderse según la distribución geográfica y las necesidades de la población, previa fijación de normas mínimas de construcción y equipo.

El componente económico de la planificación es más importante que cualesquiera de los componentes de personal y sus disponibilidades o la organización para la distribución de personal y recursos. En último análisis, es el nivel económico de un país el que determina la suficiencia de personal y su adiestramiento, así como su distribución. Ningún país ha alcanzado aún el óptimo en recursos humanos para la salud, aunque algunos han logrado un grado de suficiencia en personal profesional de salud.

La ejecución de la planificación en salud en un país de bajo nivel económico será inefectiva si inicialmente provee sólo para hospitales, sin establecer al mismo tiempo unidades locales de salud comunal.

Con mucha frecuencia se discute la necesidad adicional de camas de hospitales sin hacer referencia a su mejor aprovechamiento posible a través de la reducción de estada promedio, a la provisión de un adecuado servicio de consulta externa, como alternativa a la atención más costosa que significan las camas. La extensión de los servicios de prevención y promoción de la salud podría reducir probablemente en buena proporción los gastos que los hospitales destinan a enfermedades evitables. Además, la planificación para la construcción de hospitales no siempre toma en cuenta las necesidades de financiamiento

de la operación del hospital, así como de sus necesidades de personal.

Los costos de operación representan algo más que una tercera parte de los costos iniciales de construcción y equipo.

Una mejor organización de la atención ambulatoria y domiciliaria podría reducir el costo de la atención al paciente en régimen de internación.

#### ADMINISTRACIÓN

La administración ha quedado incorporada en los párrafos anteriores. Menester es reconocer que la actual administración de los servicios de salud ha evolucionado como una disciplina diferente, con su propia tecnología. Este hecho dista de haber sido reconocido universalmente. Es imprescindible hacerlo si es que las recomendaciones de los informes técnicos destinados a la presente Conferencia han de ser cumplidas. Los avances de la técnica son de tal naturaleza que ya es cosa del pasado la designación de una persona en cargos administrativos de importancia por el solo hecho de sus elevados antecedentes en alguna rama de la medicina. A fin de que los objetivos de salud de la Alianza para el Progreso puedan ser logrados es vital la designación de personas especialmente calificadas para la administración de sus servicios.

#### PAPEL QUE CORRESPONDE A LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

En la Resolución A.2, párrafos 4 y 5, la Carta de Punta del Este expresa la base para la colaboración internacional de la siguiente manera:

4. Recomendar a los Gobiernos que, cuando lo estimen conveniente, utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud) en la preparación y ejecución de estos planes. Igualmente, apoyar los proyectos de dicho organismo para establecer sistemas de planificación en salud en los países de América Latina.

5. Recomendar asimismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bi-

lateral, que están a disposición de los países de este Continente.

En vista de las anteriores recomendaciones, se anticipa que a la Oficina Sanitaria Panamericana se le exigirá más y más ayuda en la planificación para ejecutar la Carta.

Se desprende la necesidad de coordinación en un mismo país de todos los programas de desarrollo económico y social y entre los diversos organismos internacionales interesados en tales programas. Se subentiende que los organismos internacionales tienen un importante papel de colaboración al conducir encuestas sobre necesidades y recursos (y que en dichas encuestas participe su equivalente nacional); al ayudar en la planificación en salud y en el adiestramiento de personal para tal planificación; al estimular la realización de investigaciones administrativas y al adiestramiento de dicho personal de investigación; y al desarrollar proyectos piloto para modelos de organización en atención médica.

Todos los organismos internacionales interesados en servicios de salud o generalmente relacionados con tales funciones, tienen algo de significación que ofrecer en planificación de salud. En general, podemos dirigirnos a grupos internacionales de planificación para recibir: a) estímulo para el establecimiento de nuevas áreas de actividad o reorientación de prácticas más ortodoxas; b) investigación comparativa y demostrativa en la práctica administrativa; c) formulación de normas de acción o de análisis; d) desarrollo de criterios educativos y planes de estudios; e) provisión para la enseñanza y adiestramiento de trabajadores de salud dedicados a la planificación; f) desarrollo de seminarios, talleres y recursos para perspectivas expansibles; g) investigaciones en prácticas de laboratorio y de campo para producir pautas en administración y política; h) desarrollo de especificaciones para reclutamiento, tenencia, y condiciones de servicio del personal; i) indagaciones sobre las características



fiscales de los programas, con especial referencia a sus relaciones con otras funciones y objetivos gubernamentales; j) provisión de consultores, y k) intercambio de personal.

Indudablemente, los organismos internacionales pueden ofrecer otros valores, además de los enumerados anteriormente. Aun tales limitadas categorías expresan claramente, sin embargo, que estos ricos recursos en investigación, estímulo, adiestramiento y formulación de normas, traducen ayudas mayores a los gobiernos en su labor de planificación en salud.

La utilidad de esta colaboración aumentaría grandemente si cada país proveyera, a su vez, una bolsa de compensación para toda suplementación internacional de dinero, facilidades o recursos asesores técnicos o de potencial humano. A menos que se proveyera esa coordinación, la planificación en salud no estaría apropiadamente relacionada a los objetivos nacionales o internacionales. Cada país deberá determinar si la bolsa de compensación dicha ha de estar bajo la dirección de un comité o un solo funcionario, con un personal apropiado trabajando permanentemente. En cualquier caso, las demandas no coordinadas ante los organismos internacionales deberán resolverse dentro de cada país y deberán relacionarse con su política primaria.

### Discusión

John Stuart Mill, economista de Siglo XIX, escribió:

La historia nos demuestra que las grandes fuerzas económicas y sociales fluyen como la marca sobre comunidades que solo están conscientes a medias de lo que les sucede. Los estadistas preven lo que el tiempo les trae, y tratan de moldear las instituciones y los pensamientos y propósitos del hombre de acuerdo con el cambio que silenciosamente está llegando. Necios aquellos que nada aportan de constructivo al proceso, y que ponen en grave peligro el futuro de la humanidad, al dejar que las grandes cues-

tiones vengan a dilucidarse, entre el cambio ignorante de una parte, y la ignorante oposición al cambio, de la otra.

Los servicios comunales de salud son servicios sociales. Su desarrollo requiere ingeniería social y destreza en alto grado. Este documento, haciendo uso ilimitado de los informes preparatorios para esta Conferencia, ha puesto acento en las líneas básicas a seguir para promover provechosamente el desarrollo integral de los servicios de salud. Los recursos de salud necesitan estar coordinados e integrados si se los desea utilizar efectiva y eficazmente.

Se han descrito los componentes esenciales de los servicios de salud. Sin embargo, como servicios sociales que son, hay que dirigir la atención hacia dos elementos relevantes para un satisfactorio progreso. En su crecimiento, los servicios sociales dependen de un ambiente nacional adecuado. Un estado, para ofrecer bienestar y libre empresa depende, por un lado, de una equitativa tenencia de la tierra, y por el otro, de una adecuada inversión de capital.

La fuerza de las naciones deriva de y puede medirse por su clase media. La clase media no puede desarrollarse en sociedades agrícolas donde los trabajadores son predominantemente agricultores dependientes que destinan el 40% al 60% de su producción al pago del arriendo. Paralelamente, para industrializarse las naciones necesitan estar en posición de hacer inversiones anuales de capital de por lo menos del 5% al 10% de su ingreso bruto nacional. Esto no es posible si las naciones permiten evasiones de capital al extranjero.

Lo anterior implica que un desarrollo de servicios de salud requiere el prerequisite de leyes satisfactorias de tenencia de tierras, y legislación que prohíba la huida del capital. Finalmente, el logro de las metas sanitarias de la Alianza para el Progreso requiere que la salud sea componente coordinado de un programa múltiple de desarrollo comunal.

## INFORME DEL RELATOR

*El informe cuyo texto se incluye a continuación corresponde al documento presentado por el Relator de las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, con ligeras modificaciones que se le introdujeron en sesión plenaria de dicha Conferencia. Al final se incluye la resolución pertinente.*

Las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud", tuvieron lugar el 30 de agosto de 1962 bajo la presidencia del Dr. Alfredo Leonardo Bravo (Chile), Director de Debates, asistido del Relator, Dr. Guillermo Arbona (Estados Unidos de América), y del Secretario Técnico, Dr. René García Valenzuela (Oficina Sanitaria Panamericana).

El tema fue presentado por cada uno de los autores de documentos de trabajo, en sus correspondientes aspectos: 1) Síntesis de la información básica disponible, por el Dr. René García Valenzuela; 2) Algunos aspectos económicos de la atención médica en las Américas, por el Dr. A. Peter Ruderman, y 3) Utilización efectiva de los recursos destinados a salud, por el Dr. John B. Grant.

El Director inició el debate haciendo un breve resumen sobre las principales referencias bibliográficas con que se cuenta, además de los tres documentos ya individualizados y exteriorizó algunas ideas para orientar el debate alrededor de los siguientes puntos principales que ofreció como un esquema provisorio:

1. Doctrina y sus principales aspectos controversiales (denominaciones, "sistemas", coordinación, integración, aspectos

jurídicos, universalidad de cobertura, niveles, regionalización).

2. Estructuras y realización práctica (áreas, establecimientos, niveles, líneas de autoridad, manuales de procedimiento).

3. Financiamiento (presupuesto nacional, seguros sociales, presupuestos locales y semi-estatales, contribución del enfermo).

4. Necesidades de personal; formación y adiestramiento; categorías.

5. Edificios, instalaciones, equipo, aprovisionamiento.

6. Planificación y evaluación.

La discusión giró, en lo principal, alrededor de los puntos que se enumeran y resumen a continuación:

### Documentos de trabajo

Las referencias que a ellos se hicieron fueron para concordar con el cuerpo de doctrina y las recomendaciones en ellas contenidas. Sin perjuicio de opiniones especiales que se consignarán en los párrafos pertinentes, hubo acuerdo para aceptar lo referente a coordinación e integración, fortalecimiento de la autoridad de salud, perfeccionamiento de la organización y administración de los servicios, adiestramiento e incremento de personal, requerimiento de investigación aplicada y promoción de la atención médica como servicio básico integrante de cualquier programa de salud nacional o local.

### **Nomenclatura y definiciones**

Se analizaron las diferentes denominaciones a través de sus características tradicionales e idiomáticas llegándose a la conclusión de que no es el momento de propiciar cambios pero que deben entenderse como sinónimos las denominaciones de atención o asistencia médica para entender la función que, de preferencia, se preocupa del cuidado del enfermo.

En relación con el punto anterior hubo opiniones para aclarar que en la definición de atención médica no debían incluirse funciones de promoción y protección de la salud por considerarse que ellas caben dentro de una concepción más amplia de "cuidados de salud".

Se consideró, a este respecto, que debía seguir haciéndose la distinción entre hospital y centro de salud en lo que se refiere a las funciones que preferentemente cubre cada cual. Hubo acuerdo para considerar que la autoridad local de salud debe ser el organismo rector del programa local. El hospital debe integrarse y colaborar con dicho programa. Se registraron también opiniones respecto al hospital-centro de salud o centro de salud con camas de hospitalización como un camino de solución a considerar.

Con lo anterior se desea resumir y perfilar la tendencia dominante sin dejar por ello de lado la gama de opiniones divergentes en cuanto a detalle, pero coincidentes en el fondo y en la finalidad fundamental.

### **Planificación y programación**

Se reconoció la necesidad de planificar todas las actividades de salud para lo cual es previo un estudio de las características de cada país que incluya el grado de desarrollo social y económico, los problemas y recursos en materia de salud y la información básica que es habitual para tal proceso.

Junto con el estudio de los organismos existentes y la modalidad de los servicios,

hay que prestar especial consideración a su organización y administración teniendo en cuenta los principios de centralización de normas y directivas y la descentralización de acciones y realizaciones.

En lo que respecta a la planificación nacional de salud en sí, se recomendó como requisito fundamental que sea parte de un plan nacional de desarrollo económico y social.

### **Integración y coordinación**

Fue el tema principal y más debatido de las Discusiones Técnicas. Hubo acuerdo unánime para apreciar su conveniencia y necesidad pero también para señalar, con realismo, los escollos que hay que salvar para alcanzar lo que en el momento presente se plantea en el terreno de las aspiraciones.

Se reconoció que si bien es importante obtener un respaldo jurídico para fortalecer las posibilidades de acción de los ministerios de salud, ello no basta. Es menester crear la mentalidad apropiada, como una actitud permanente, en todos los ejecutores del programa, para lo cual es indispensable que el médico sea formado, desde la escuela, dentro de esta línea de pensamiento. No es fácil obtener este objetivo, razón por la cual es común tener que hacerlo con posterioridad a la obtención de su título, en forma menos profunda y más superficial. Se señaló el inconveniente de tal procedimiento, cuando la especialización se lleva a cabo en países donde no se dan las mismas condiciones de ambiente y de cultura. En lo administrativo, por otra parte, no hay que perder de vista que la formación del administrador ha de abarcar ambos aspectos, los preventivos y asistenciales, cosa que tampoco se da en la mayoría de las escuelas donde se sigue haciendo la diferencia entre administración sanitaria y hospitalaria. A este respecto, se insinuó la conveniencia de especializar en administración de salud a médicos con experiencia

clínica anterior, para evitar la burocratización que se produce cuando no se tiene presente el interés de la persona enferma.

Ampliamente reconocidas las ventajas de la integración, se analizaron las posibles vías de realización tangible. En este aspecto se manifestaron opiniones divergentes. Mientras unos apreciaron mejores posibilidades al ir de lo simple a lo complejo e iniciar una política de integración en el nivel local, otros abogaron por hacerlo desde el propio nivel ministerial. Pero la idea prevalente fue la de apreciar las ventajas de una integración inicial, en pequeña pero progresiva escala, a través de programas experimentales demostrativos, por su mayor viabilidad, arraigo en la comunidad beneficiaria y mejores posibilidades para el adiestramiento del personal.

Se hizo también presente la divergencia de los obstáculos que cada país debe vencer para alcanzar un nivel de mejor aprovechamiento de los recursos asistenciales actualmente existentes, ya que los relacionados con salud pública han estado tradicionalmente en manos del estado. En lo que a la atención médica se refiere existen dificultades para racionalizar los recursos que están en otras manos, esto es, en instituciones autónomas del estado o privadas. Se llegó a la conclusión de atraerlas a través de un proceso de coordinación obtenible por la frecuencia con que el estado subvenciona a tales instituciones.

En lo que respecta a las relaciones que existen entre planificación e integración ellas han servido para poner de manifiesto que, por su conducto, se logra una mejor y más efectiva forma de trabajo en servicios que hasta ahora han adolecido de importantes vacíos de organización. La integración viene a constituir, de esta manera, una racionalización de los servicios, asegurando un mejor aprovechamiento de los limitados recursos existentes, entre los que no conviene olvidar el debido rendimiento del día-cama que se puede obtener con la extensión de los servicios ambulatorios y domicilia-

rios, de los que pueden aprovechar tanto las acciones preventivas como curativas.

Gracias a la acción de la salud pública se ha ido produciendo un cambio en los cuadros de morbilidad, los que estarían aconsejando cambios consecuentes en la metodología de las ciencias de la salud. Las acciones tienden a hacerse más individuales con respecto a ciertas enfermedades que están disfrutando en su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las ventajas del método epidemiológico. Para hacer algo efectivo en tal frente, la salud pública no puede rehuir su contacto estrecho con la atención médica. El único camino es la integración de los servicios.

Por las consideraciones anteriores, hubo acuerdo para aceptar la conveniencia de que los servicios de salud se planeen y organicen sobre una base regional, coordinando estrechamente los organismos de medicina curativa y preventiva existentes, bajo la autoridad única de un administrador de salud. En cada una de estas regiones debe establecerse un sistema de servicios tan autosuficiente como las necesidades y las posibilidades lo indiquen; que cuente por lo menos con servicios para la atención institucional y ambulatoria; con personal clave especializado en los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación; dentro de este "sistema" debe existir comunicación en ambos sentidos, centrífuga y centrípeta, tanto para el personal como para el beneficiario. La región debe cubrir una población que justifique este esfuerzo y que sea capaz de soportar los requerimientos de recursos económicos y de personal. Deben buscarse, dentro de las posibilidades, las correspondientes vinculaciones con la comunidad beneficiaria, los grupos profesionales interesados y los centros de enseñanza. Tales servicios deben ser parte de un programa general de desarrollo de la colectividad en sus aspectos económicos y sociales.

En cuanto a estructuras administrativas, en general, sin dejar de reconocer que ellas

varían de un país a otro según su organización política y legislación, se estuvo por reconocer como válida la división propuesta en uno de los documentos de trabajo, a saber:

- a) Nivel nacional: el que formula la política, dicta las normas y supervisa.
- b) Nivel intermedio (estatal, provincial o regional): el que coordina y ofrece ciertos servicios especializados.
- c) Nivel local: el que realiza los programas.

No hubo objeción para aceptar en ambos extremos de esta gradación un nivel internacional, por las ventajas que adquiere en aspectos de información, intercambio cultural y colaboración entre Gobiernos; y un nivel individual como la máxima descentralización hacia el paciente, la familia o la comunidad, según el tipo de problema.

Hubo también acuerdo para aceptar que es un principio de buena administración en un programa de salud el de poner sus múltiples funciones bajo una administración única.

### **Financiamiento**

En todo país debe existir un plan administrativo, general y oficial, para el financiamiento de los programas de salud, aun cuando los fondos para los diferentes tipos de servicios se obtengan de fuentes diversas tales como ingresos públicos, aportes del seguro social y otros.

Se estimó como un buen índice utilizar una proporción del ingreso nacional bruto al fijar las necesidades para financiar los servicios de salud. A este respecto, se tomó nota de que, en algunos países, el 5% de tal ingreso resulta una proporción aceptable, siempre que la administración de los servicios sea eficiente.

El debate adquirió gran interés para apreciar dos aspectos directamente derivados del tema: aquél que se refiere a la obligación que tiene el estado de proteger la salud de los habitantes reconociéndoles

un derecho inalienable, lo que tiene repercusiones sobre la profesión médica, y el creciente auge, autonomía y operación de servicios médicos por parte del seguro social.

En lo que se relaciona al primer aspecto, se estimó que el estado tiene obligación hacia el necesitado y debe ofrecerle servicios de carácter integrado a través de los servicios que se agrupan bajo la denominación genérica de "utilidad pública", lo que no significa que deba administrarlos necesariamente, pudiendo delegar en parte o en su totalidad ciertas funciones.

En cuanto al segundo aspecto, se reconoció el progreso que los seguros sociales han significado para la cobertura de riesgos fisiológicos, patológicos, profesionales y sociales, pero se hicieron importantes reservas sobre los altos costos que derivan de una administración y operación independientes, sobre la discriminación que se introduce entre asegurados y no asegurados, sobre el régimen de competencia de que se vale para el reclutamiento de personal profesional y sobre la resistencia que su régimen de autonomía presenta para una efectiva coordinación o integración.

Hubo acuerdo para usar los conductos reglamentarios y legales, en el sentido de evitar o corregir los defectos ya producidos o por producirse y asignar a tales institutos o cajas la función primordial de financiamiento que deben tener en un sistema integrado de servicios de salud, ya que la responsabilidad de los servicios debe estar en el ministerio correspondiente.

### **Política de personal**

Por angustia de tiempo tal aspecto no pudo ser motivo de un análisis exhaustivo.

Empero, hubo acuerdo para considerar que el futuro médico debe ser adiestrado como dirigente del grupo en los cuidados de salud de la colectividad. Para ésto es necesario una reorientación de su formación básica, dando en los programas de estudio, creciente atención a las ciencias

sociales y a la medicina preventiva no sólo en cátedras especializadas sino que también para impregnar con tales disciplinas en todo el curso de su formación profesional sin olvidar la enseñanza práctica en los laboratorios vivos que la propia colectivi-

dad ofrece. Las escuelas de medicina deben administrar tales centros de práctica, pero recurriendo a la colaboración de los servicios de salud.

Valen idénticas consideraciones para otro personal.

---

### RESOLUCION XXXVI

#### DISCUSIONES TÉCNICAS

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Relator de las Discusiones Técnicas sobre el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud", celebradas durante la presente Conferencia; y

Considerando la importancia de obtener, para la salud en las Américas, un régimen de integración de sus servicios,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de las Discusiones Técnicas, y expresar su satisfacción por el desarrollo de las mismas.
  2. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que dé la mayor difusión posible al informe mencionado.
-