

COORDINACION DE LA ATENCIÓN MEDICA

**Informe Final y Documentos de
Trabajo de un Grupo de Estudio
(Washington, D.C., 4-8 de agosto
de 1969)**



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

1970

**GRUPO DE ESTUDIO SOBRE LA
COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA
DE LOS MINISTERIOS DE SALUD, DE LAS
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y
DE LAS UNIVERSIDADES**

Washington, D. C., 4-8 de agosto de 1969



Publicación Científica No. 201

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D. C. 20037, E.U.A.**

1970

CONTENIDO

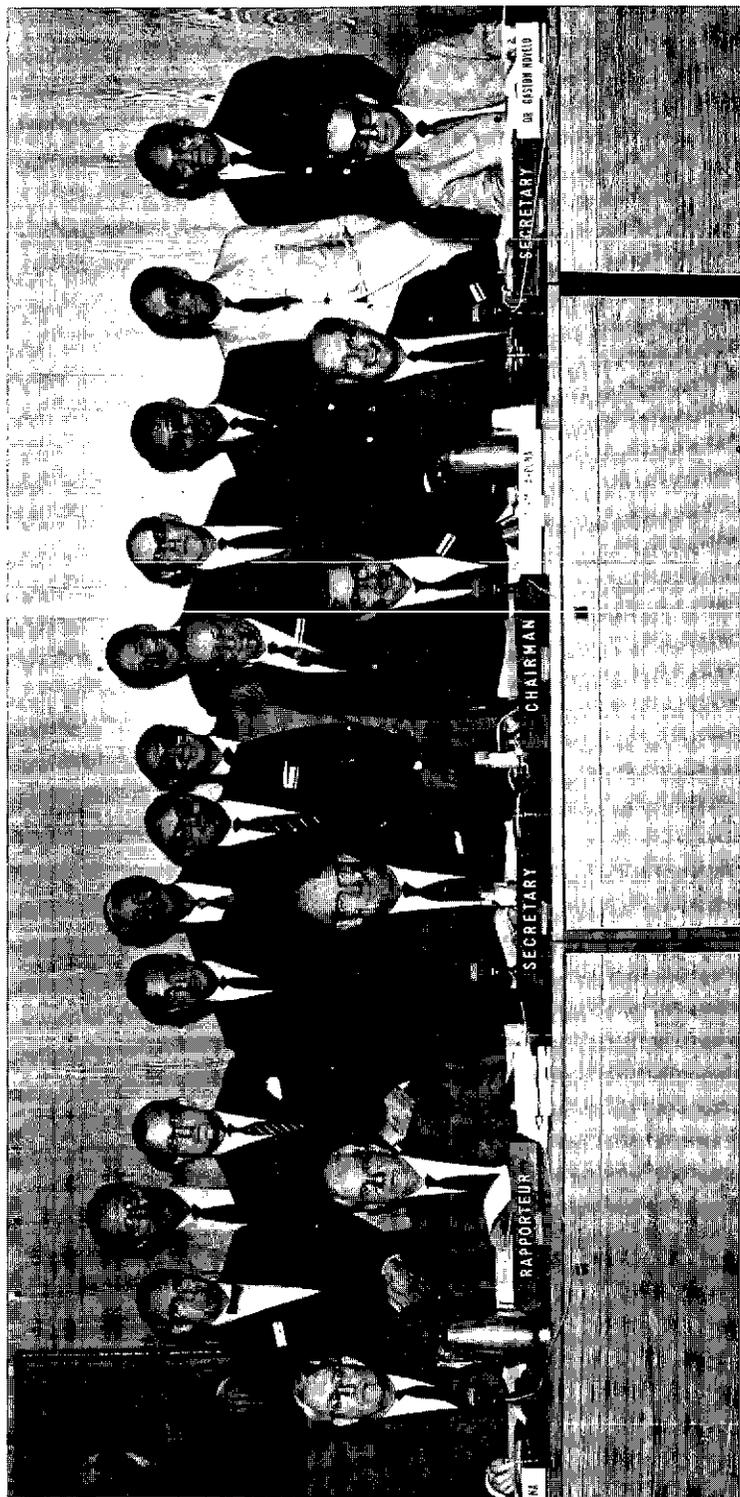
Lista de participantes.....	v
INFORME FINAL	3

Documentos de trabajo

I. COORDINACION EN LA EJECUCION DE UNA POLITICA DE SALUD.....	21
II. SISTEMAS DE ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS.....	25
1. Sistemas para la prestación de servicios médicos.....	25
2. Sistemas de remuneración a los médicos.....	31
III. REGIONALIZACION DE LOS SERVICIOS.....	33
1. Participación de médicos clínicos en problemas de medicina preventiva y social y administración de programas locales de salud.....	35
2. Administración coordinada de los hospitales.....	36
IV. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD... ..	40
1. Participación de los hospitales docentes en los programas integrados de salud	43
2. Incorporación de los establecimientos privados a los programas inte- grados de salud.....	45
3. Integración de actividades preventivas y curativas a nivel local.....	47
V. COORDINACION EN LA FORMACION DE PERSONAL.....	51
1. Cooperación de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social a la expansión de recursos docentes.....	51
2. Planificación del desarrollo de recursos humanos.....	53
3. Adecuación de los planes de estudio de pregrado y posgrado a las características del personal para las prestaciones de salud.....	58
4. Formación integral del médico a nivel de pre y posgrado.....	60
5. Adiestramiento conjunto del personal en servicio.....	64
VI. COORDINACION EN EL FINANCIAMIENTO.....	69
1. Area operacional	69
2. Area de inversiones.....	70
VII. RESOLUCION XVIII DE LA XIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO.....	72
Bibliografía	73

Anexo: Algunas observaciones sobre la experiencia del Canadá con respecto a la construcción de hospitales, recursos en salud, planificación de hospitales y otros servicios de salud y costos de estos servicios.....	77
--	----

Grupo de Estudio sobre la Coordinación de los Servicios de Atención Médica de los Ministerios de Salud, de las Instituciones de Seguridad Social y de las Universidades



Sentados (de izquierda a derecha): Dr. Joseph Willard, Dr. Daniel Orellana, Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Dr. Guillermo Arbona, Sr. Beryl Frank y Dr. Gastón Novelo
De pie (de izquierda a derecha): Dr. Milton Roemer, Dr. Camilo Cuccodoro, Dr. Adolfo De Francisco Zea, Dr. Alejandro Jiménez Arango, Dr. César Lechuga, Dr. Félix Rojas Martínez, Dr. Jorge Andrade, Dr. Manoel Ferreira, Dr. Andrés Bello, Dr. Rubens Maciel, Dr. Angel Chan Aquino, Dr. Alberto L. Mondet, y Dr. Luis Manuel Manzanilla.

PARTICIPANTES *

- Dr. Guillermo Arbona, Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Escuela de Medicina, San Juan, Puerto Rico
- Dr. Andrés Bello, Director General de Servicios Integrados de Salud, Ministerio de Salud, Lima, Perú
- Dr. Carlos Campillo Sainz, Director, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Dr. Angel S. Chan Aquino, Representante Gubernamental ante el Consejo Directivo del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Santo Domingo, República Dominicana
- Dr. Adolfo De Francisco Zea, Director, Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Bogotá, Colombia
- Dr. Manoel José Ferreira, Ministerio de Salud, Río de Janeiro, GB, Brasil
- Dr. Alejandro Jiménez Arango, Asistente de la Dirección General, Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Bogotá, Colombia
- Dr. Rubens Maciel, Profesor de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Pôrto Alegre, Brasil
- Dr. Alberto L. Mondet, Subsecretario de Estado de Salud Pública, Secretaría de Estado de Salud Pública, Buenos Aires, Argentina
- Dr. Gastón Novelo, Jefe, Departamento de Asuntos Internacionales, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.
- Dr. Daniel Orellana, Jefe, Oficina de Salud Pública Internacional, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Venezuela
- Dr. Milton I. Roemer, Profesor de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Los Angeles, California
- Dr. Félix Rojas Martínez, Director Médico-Asistencial, Instituto Venezolano del Seguro Social, Caracas, Venezuela
- Dr. Joseph Willard, Vice-Ministro de Bienestar Nacional, Departamento de Salud y Bienestar Nacional, Ottawa, Ontario, Canadá

* También fue invitado el Lic. G. Aldo Olivero, Secretario Coordinador del Plan Nacional de Salud del Brasil, quien pudo asistir sólo a una parte de las sesiones.

SECRETARIADO

- Dr. Alfredo Leonardo Bravo (*Secretario*), Jefe, Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica, OSP
- Sr. Beryl Frank (*Secretario*), Jefe, Programa de Seguridad Social, Departamento de Asuntos Sociales, OEA
- Dr. Jorge Andrade, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OSP
- Dr. Juan José Barrenechea, Departamento de Servicios Técnicos Especiales, OSP
- Dr. Manuel A. Bobenrieth, Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica, OSP
- Dr. Carlos Dávila, Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica, OSP
- Dr. José L. García Gutiérrez, Jefe, Departamento de Servicios Técnicos Especiales, OSP
- Dr. Alberto Lari, Departamento de Servicios de Salud, OSP
- Lic. Lucila Leal de Araújo, Departamento de Servicios Técnicos Especiales, OSP
- Dr. Hernando Pérez Montas, Departamento de Asuntos Sociales, OEA

OBSERVADORES

- Dr. Camilo Cuccodoro, Oficina Internacional del Trabajo, Grupo Regional de Seguridad Social, Lima, Perú
- Dr. César Lechuga, Asociación Internacional de la Seguridad Social, Ginebra, Suiza; y Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, México
- Dr. Luis Manuel Manzanilla, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Bogotá, Colombia

INFORME FINAL

INFORME FINAL

Del 4 al 8 de agosto de 1969 se reunió en Washington, D.C., el Grupo de Estudio convocado por la Organización de los Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud, para discutir la coordinación de los servicios médicos en la Región de las Américas.

La reunión fue inaugurada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz, y el Director del Departamento de Asuntos Sociales de la Organización de los Estados Americanos, Sr. Theo Crevenna, quienes destacaron en sus discursos la importancia de las actividades que estas dos organizaciones vienen realizando en conjunto desde hace siete años en este campo.

Asistieron a la reunión 14 expertos en la materia procedentes de nueve países de las Américas, observadores de la Organización Internacional del Trabajo, de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, y de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Además, participaron funcionarios de la OEA y de la OPS.

En el curso de los debates, los miembros del Grupo discutieron en detalle cada uno de los temas del programa que fue el siguiente:

1. Coordinación en la formulación y ejecución de una política de salud

- 1.1 Articulación institucional a nivel nacional.
- 1.2 Participación de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social, la asistencia social y las facultades de medicina.
- 1.3 Comisiones de coordinación y comités de estudio para problemas específicos.
- 1.4 Sistemas nacionales de salud (cobertura de la población; seguro de salud; sistemas de

organización de las prestaciones médicas; atención médica rural).

2. Coordinación en el otorgamiento de las prestaciones de salud

2.1 Utilización y productividad de los recursos (mejoramiento de la organización y métodos administrativos en los hospitales; archivos médicos, historias clínicas y estadísticas hospitalarias; elevación de la calidad de las prestaciones médicas; acreditación hospitalaria).

2.2 Regionalización de los servicios (delegación de autoridad del nivel nacional al nivel regional; relaciones entre hospitales y servicios periféricos, incluyendo movimiento de personal, equipos y pacientes; participación de los médicos clínicos en problemas de medicina preventiva y social de la comunidad y en la administración de los programas locales de salud).

2.3 Programas integrados de salud (descripción de las actividades integradas; participación de los hospitales docentes en los programas integrados de salud; incorporación de los establecimientos privados a los programas integrados de salud; integración de actividades preventivas y curativas a nivel local).

3. Coordinación en el desarrollo de recursos humanos

3.1 Planificación de desarrollo de recursos humanos por los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y las instituciones encargadas de la formación de personal de salud.

3.2 Adecuación de los planes de estudio de las facultades de medicina, tanto en pregrado como en posgrado, a las características del personal necesario para las prestaciones de salud dentro de un programa integrado.

3.3 Cooperación de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social en la expansión de los recursos docentes, a fin de satisfacer la demanda de profesionales.

3.4 Participación del personal médico-asistencial en el proceso docente de pregrado y posgrado.

3.5 Adiestramiento conjunto del personal en servicio.

4. *Coordinación del financiamiento*

4.1 Area operacional (gasto médico y costes hospitalarios, incluyendo remuneraciones, medicamentos, gastos generales, etc.; financiamiento multilateral, incluyendo sector público fiscal, sector público descentralizado, sector privado).

4.2 Area de inversiones (programa de construcción, habilitación y mantenimiento de hospitales y servicios médicos periféricos; remodelación y adaptación de establecimientos de salud; movilización de recursos nacionales e internacionales).

I. COORDINACION EN LA FORMULACION Y EJECUCION DE UNA POLITICA DE SALUD

El Grupo discutió el tema sobre coordinación en la ejecución de una política de salud desde todos los ángulos relacionados con la formulación de una política, la participación de las distintas instituciones que administran servicios de salud, y el financiamiento de los servicios a fin de proporcionar una cobertura tan amplia y de tan buena calidad como los recursos lo permitan.

Se analizó la relación que existe entre política de salud y política general de desarrollo económico y social, y se reconoció que no puede existir una política de salud independiente sino que, por el contrario, ella debe ser diseñada simultánea y armónicamente con la política nacional de desarrollo industrial y agrícola, como, asimismo, con la política educacional, social y laboral.

Los países han venido, en general, desarrollando sus servicios de salud y tratando de satisfacer las necesidades emergentes a medida que la demanda de servicios lo hacía necesario. Esto se ha hecho a través de lo que se podría llamar una "política implícita" de salud, que ha significado, en muchas situaciones, un crecimiento desordenado y que no siempre ha dado la prioridad a los problemas más urgentes.

Desde que se inició el proceso de planificación nacional de la salud y se establecieron procedimientos para determinar prioridades y metas a corto y largo plazo, apareció la necesidad de formular una po-

lítica basada en el conocimiento demográfico, estadístico y epidemiológico, o sea en el diagnóstico de una situación de salud. Lo anterior ha traído la necesidad de formular una "política explícita", que se ha transformado en planes de salud y, a veces, en modificaciones legales a fin de adaptar las estructuras para que faciliten los cambios necesarios para adaptar las prestaciones de salud a la demanda de servicios. Se reconoció que estos cambios, característicos de la política explícita, provocan, a veces, distintas interpretaciones y reacciones entre las instituciones y personas vinculadas a la prestación de servicios de salud.

En términos generales, la política de salud debe delinear las bases legales y administrativas de los servicios de atención médica, establecer las prioridades de los programas y determinar el grado de cobertura de la población, todo esto proyectado a un período razonable de tiempo.

El Grupo recomendó, en forma muy encarecida, que la coordinación institucional debe iniciarse en la etapa de formulación de la política de salud, de tal manera que las instituciones de seguridad social, las facultades de medicina, asociaciones profesionales y otros organismos relacionados con las prestaciones de salud, se sientan desde el inicio comprometidos para la ejecución de la política aprobada, en igual medida que los Ministerios de Salud.

El Grupo ratificó la definición de coordinación adoptada en su reunión de 1965:

"Debe entenderse por coordinación, la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas y privadas para el cuidado de la salud".

Se comprobó, con satisfacción, que ha habido progresos y que por lo menos la mitad de los países de América Latina han iniciado el proceso de coordinación a través de distintos mecanismos legales, administrativos y financieros. Se reconoció, sin embargo, que estos esfuerzos son insuficientes y que en algunos países la coordinación se ha plan-

teado con cierta timidez, tal vez porque ella no ha sido la expresión de una política definida. La coordinación es más fácil de llevar a la práctica cuando existen tareas concretas que realizar y cuando ella cuenta con el respaldo moral y psicológico de los grupos interesados.

La mayoría de los miembros del Grupo estuvieron de acuerdo en que la coordinación es un mecanismo siempre necesario y que permite avanzar en forma progresiva y ordenada hacia la meta ideal de la integración de servicios. Algunos participantes, sin embargo, defendieron el punto de vista de la integración inmediata, sin pasar por la etapa de coordinación transitoria.

Se discutieron diversos niveles y mecanismos de coordinación y al efecto se mencionaron algunos ejemplos ilustrativos de experiencias que se están llevando a cabo en algunos países del Continente.

La presión de la demanda creciente de servicios está obligando a los países a introducir cambios en los sistemas de provisión de servicios de salud y a usar en forma más efectiva los recursos disponibles. El Grupo reconoció que la coordinación en la planificación de los servicios de salud es una herramienta para satisfacer esta necesidad de cambio. Es esencial, además, que el sector salud obtenga la parte que en forma justa le corresponde en la distribución de los recursos nacionales, y esto se obtiene con mayor facilidad cuando las distintas instituciones del sector salud actúan de común acuerdo en lugar de entrar en competencia entre sí.

La coordinación debe extenderse a todos los niveles de la administración de los servicios, constituyendo así una corriente de doble flujo. Esta facilita el proceso en cuanto hace partícipe de él a los administradores de los distintos estratos de la administración. Se reconoció, además, que los países han aplicado distintos modelos de coordinación, los cuales están ligados a sus propias características economicosociales y políticas y no son, por lo tanto, transferibles de un país a otro.

Hay diferentes técnicas para poner en práctica la coordinación y cada país debe elegir aquella que pueda gravitar, en forma más efectiva, sobre la provisión de servicios de salud. Teniendo en cuenta la situación política, legal, social y financiera del país en cuestión, se puede ir más rápida o más lentamente, dando nuevos pasos hacia una mayor coordinación o, ulteriormente, hacia una mayor integración. En todo caso, el Ministerio de Salud debería ser el promotor de la coordinación de todas las instituciones que intervienen en el sector salud, incluso el área privada.

Para poner en práctica este proceso de coordinación, el Grupo recomendó que se constituyan consejos o comisiones de salud al más alto nivel administrativo y político y con la autoridad legal suficiente para asesorar al Ministerio de Salud en la articulación de una política de salud y en la coordinación administrativa al nivel operacional. La labor de estos consejos o comisiones centrales de coordinación se refuerza enormemente con el establecimiento de comités interinstitucionales para el estudio de aspectos específicos de salud tales como medicina preventiva, epidemiología, estadística, desarrollo de recursos humanos, calidad de la atención médica, cuadros básicos y otras áreas semejantes. En donde fuera necesario o conveniente deberán establecerse convenios locales entre las instituciones participantes.

El Grupo fue enfático en reconocer el papel preponderante que corresponde a las facultades de medicina en la coordinación y por esto destacó la importancia de los comités de formación profesional, a través de los cuales se puede impulsar una política de salud, al mismo tiempo que el desarrollo de los recursos humanos para ponerla en práctica.

Se reconoció la necesidad de una cobertura amplia de la población, pero señaló también las limitaciones que forzosamente han de aceptarse en este propósito. Sólo la complementación de los recursos institucio-

nales y su utilización racional permitirán acercarse al ideal de la cobertura universal. Particularmente para la población rural, la cobertura debería proporcionar inicialmente servicios promocionales de carácter colectivo, tales como las medidas básicas de saneamiento. La atención médica en estos casos sólo podrá ofrecer un conjunto de medidas mínimas que podrían alcanzarse mediante atenciones médicas delegadas en personal no profesional, si fuera necesario.

Se hizo presente, igualmente, que no es prudente extender la cobertura o extrapolar modelos a zonas no protegidas, sin llevar a efecto primero estudios o encuestas experimentales que permitan conocer los antecedentes demográficos, administrativos y estadísticos indispensables para tomar una decisión bien fundamentada.

Reconoció el Grupo la necesidad de ensayos simulados, los que deberán ser evaluados cuidadosamente, decidiendo su aplicación en mayor escala, una vez que se haya probado su valor.

1. Sistemas de organización de las prestaciones médicas

Desde el punto de vista del otorgamiento de las prestaciones médicas y de las relaciones entre el médico y el paciente, existe una amplia variedad de sistemas que van desde el tradicional ejercicio privado de la profesión médica hasta los servicios médicos organizados por el Estado y concedidos en forma gratuita por instituciones públicas. Entre estos dos extremos existe toda una gama de servicios médicos organizados por las instituciones de seguridad social, por organismos mutualistas y por la asistencia social pública y privada, que ofrecen servicios a distintos grupos seleccionados de la población.

La historia de la seguridad social muestra que esta ha sido un mecanismo de política económica y social para canalizar recursos hacia los programas de bienestar social, incluyendo los servicios médicos, recursos que

de otra manera habrían estado destinados a otros propósitos. El resultado ha sido que los trabajadores tienen mayores beneficios y servicios que el resto de la población. Los servicios del seguro social son, además, de mejor calidad y sus remuneraciones al personal son, generalmente, más elevadas. Todo este conjunto de circunstancias crea una competencia por recursos humanos entre el seguro social y las demás instituciones de salud, lo que debería convertirse en un estímulo para elevar los niveles de calidad y utilización de los servicios menos favorecidos, facilitando así la coordinación.

El trabajador, como factor de la producción y elemento primario de la industrialización, ha merecido una consideración de prioridad en todos los planes de coordinación de servicios. Esta prioridad debe llevar consigo medidas de redistribución de los recursos que permitan uniformar los beneficios y los servicios destinados a otros grupos de la población. El objeto de la coordinación debe ser alcanzar una mejor utilización de los recursos disponibles actualmente y en el futuro, tratando de evitar la implantación de numerosos sistemas de organización de la atención médica que entran en competencia entre sí. La mayor disponibilidad de recursos financieros de la seguridad social provoca con frecuencia desazón en los Ministerios de Salud. Sin embargo, estudios comparativos entre distintos países demuestran que la disponibilidad de mayores recursos en la seguridad social no significa, necesariamente, la disminución del dinero disponible en los Ministerios de Salud. Por el contrario, se ha visto que cuando el seguro social es económicamente fuerte, el Ministerio goza igualmente de mayores recursos financieros.

La construcción de hospitales por los seguros sociales ha aumentado y mejorado la capacidad instalada indispensable para otorgar las prestaciones de salud, y ha contribuido al desarrollo de los recursos humanos. En definitiva, la instauración de los seguros sociales ha traído consigo un fortalecimiento de los recursos de salud. Lo

anterior no significa, sin embargo, que se pueda seguir aceptando la situación actual de manejo separado de las prestaciones de salud, con la consiguiente desigualdad de los niveles de calidad. Ha llegado el momento en que los Ministerios y las instituciones de seguridad social deben colaborar entre sí para que la provisión de servicios sea cada vez más eficiente.

El Grupo reconoció, en resumen, que para ofrecer la pluralidad de servicios de carácter preventivo, curativo y social, y considerando el alto coste que han alcanzado las prestaciones de salud, no es posible esperar de momento que una sola institución u organismo esté en condiciones de financiarlos en su totalidad, y de ahí que sea necesario recurrir a un financiamiento multilateral y a una administración coordinada bajo un sistema nacional de salud.

II. COORDINACION EN EL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

1. *Utilización y productividad de los recursos*

El Grupo consideró los conceptos y técnicas tradicionalmente propuestos para aumentar la productividad y la eficiencia de los servicios hospitalarios. Entre otros, consideró los siguientes:

a) Perfeccionamiento de la administración hospitalaria, mediante la aplicación de prácticas administrativas de reconocida efectividad.

b) Facilidades de comunicaciones entre las diversas instituciones hospitalarias y adopción de patrones que permitan la comparabilidad de los informes clínicos, las estadísticas hospitalarias y de los informes económicos y programas educacionales.

c) Mejoramiento de la calidad de los servicios a un nivel superior factible, en el que los establecimientos hospitalarios lleguen a alcanzar una eficiencia equivalente y las prestaciones, no importa quien las preste, sean igualmente aceptadas por el consumidor.

Se propuso que se adopte un sistema de acreditación o certificación hospitalaria que pueda servir de instrumento propulsor en el

mejoramiento sistemático de requisitos previstos para cada país, de acuerdo a sus posibilidades, y que hagan posible el cumplimiento de las condiciones de calidad en el otorgamiento de los servicios, y en el desempeño de la función docente.

El Grupo discutió ampliamente las alternativas que se presentan para llevar a cabo programas de alta calidad científica y aquellos otros programas en los que se ofrece una atención médica mínima con amplia cobertura de la comunidad. Hubo acuerdo en que, desde el punto de vista medicosocial, es deseable alcanzar una cobertura tan amplia como sea posible, de calidad y excelencia compatibles con los avances actuales de las ciencias médicas y la disponibilidad de recursos. Se citó el caso de las unidades de cuidado intensivo, cuyo coste es alto, pero que, a la vez, ofrecen la oportunidad de salvar muchas vidas. Por otra parte, si las unidades de cuidado intensivo se complementan con los cuidados intermedios y con el tratamiento ambulatorio y a domicilio, los costes pueden reducirse pues se promueve el tratamiento ambulatorio amplio, evitando la hospitalización y utilizando mejor el instrumento cama-hospitalaria. En tal sentido, se indicó la necesidad de establecer criterios básicos que permitan la adecuada distribución de los pacientes a cada fase del cuidado progresivo.

Los hospitales han nacido de acuerdo a patrones culturales propios de cada región o país y, en consecuencia, su desarrollo y sus características actuales tienen que ser diferentes. Se señaló, que las desigualdades extremas en la calidad de los servicios prestados por los hospitales constituyen un obstáculo para su coordinación. Es conveniente, por lo tanto, tratar de uniformar al menos algunas áreas y procedimientos en la prestación de servicios, lo que contribuye a facilitar la coordinación. A este respecto, se consideró que el sistema de evaluación de la calidad de los hospitales constituye un valioso instrumento tanto para los servicios asistenciales como para los programas do-

centes. La acreditación de hospitales no debe limitarse a un simple sistema de registro, sino que debe constituir un proceso continuado de evaluación y de cooperación intrahospitalaria para el mejoramiento progresivo de los servicios. Deben identificarse las áreas de menor eficiencia en los hospitales y estimular su mejoramiento.

Si bien el tecnicismo progresivo de los hospitales, de acuerdo con los conocimientos de la era actual, es altamente descabido, no debe constituir un requisito previo indispensable para la coordinación. La dificultad en este aspecto es la gran cantidad de instituciones hospitalarias con un número reducido de camas cuyo mejoramiento técnico-administrativo no es fácil, por cuanto no existen los recursos humanos especializados para abordarlo. Por lo tanto, será necesario organizar y coordinar, con criterio realista, lo que ya existe en cada nivel, procurando su perfeccionamiento armónico y progresivo.

También se consideró que deben revisarse constantemente los programas de formación del personal de administración de hospitales y fue consenso general la necesidad de formar un equipo directivo y administrativo—encabezado por un médico, asistido de otros profesionales y técnicos—para atender las distintas áreas de administración. El tipo y número de administradores deberá estar de acuerdo con la realidad médica, legal y administrativa de cada país.

2. Regionalización de los servicios

La regionalización es un sistema de coordinación de los recursos de salud, sean humanos o materiales, de un área de desarrollo economicosocial, para lograr una mejor accesibilidad y utilización de estos por toda la población. Tiene por lo tanto como objetivo una mejor distribución de los servicios de salud.

Desde el punto de vista técnico, la regionalización es el instrumento administrativo que permite, a nivel intermedio, la consolidación de los programas nacionales de

salud para facilitar su ejecución a nivel local.

El Grupo reconoció que los diferentes niveles de servicios de salud se coordinan espontáneamente en forma implícita en el nivel regional, pero para reforzar la coordinación es necesario que esta regionalización se haga explícita y que tenga respaldo legal. Se reconoció, además, que la instauración de un régimen de regionalización presenta grandes dificultades, por cuanto cada una de las instituciones participantes tiene que ceder parte de su soberanía en beneficio de objetivos y programas comunes. A pesar de tales dificultades, la regionalización debe propiciarse, ya que constituye el instrumento más efectivo de coordinación dentro de un país. Para facilitar el proceso de coordinación es conveniente que se introduzcan en su aplicación elementos de mutuo beneficio, de tal manera que las instituciones, al mismo tiempo que ceden algunas atribuciones, reciban un beneficio evidente al participar en el sistema coordinado. Las comisiones regionales de salud, de constitución interinstitucional y con autoridad delegada de la comisión nacional, pueden facilitar mucho convenios regionales y locales *ad hoc*.

Los servicios regionales deben jerarquizarse y articularse en una red de establecimientos de salud, en tal forma que representen un mecanismo de redistribución de recursos facilitando a la vez su accesibilidad. El hospital regional estará en la cúspide de esta pirámide de servicios.

Para que la regionalización represente un instrumento efectivo de coordinación es necesario que todos los establecimientos de salud de la región, sin consideración a cual sea la institución propietaria, participen en la programación, administración y ejecución de los programas locales de salud.

Al igual que en el nivel central, es recomendable que en el nivel regional la profesión médica organizada, así como las instituciones docentes, participen en la programación de los servicios de salud. Es del

mayor interés la incorporación de los médicos clínicos dentro de sus respectivas especialidades, a la programación y ejecución de los programas regionales respectivos.

3. *La coordinación local*

Los programas integrados de salud ofrecen prestaciones preventivas y curativas al individuo, al mismo tiempo que servicios colectivos, tales como agua potable, control de alimentos, preservación del ambiente, control de drogas y otros.

No todas las prestaciones tienen que ser otorgadas por el mismo establecimiento y lo más corriente es que participen un conjunto de instituciones especializadas, aun cuando en localidades muy pequeñas el total de las responsabilidades cae sobre una sola institución. Lo importante es que las instituciones e individuos se coordinen para sumar sus esfuerzos en beneficio colectivo, evitando duplicaciones que significan derroche de recursos y encarecimiento de los servicios.

Los programas de salud integrados deben gozar del respaldo de un sistema de administración de salud, en el cual la dirección técnica unificada venga desde los más altos niveles hasta las unidades locales más pequeñas. Hay que tener presente que hay actividades que en forma simple se pueden integrar a nivel local mientras que hay otras que no son integrables o que pueden ser integrables pero con gran dificultad. La integración de la medicina preventiva y curativa a nivel local es tanto más fácil cuando más pequeña sea la unidad de servicio. Cuando se trata de servir a las áreas rurales o a los grupos de recursos menores de la población urbana, la atención tendrá que ser proporcionada preferentemente por la autoridad nacional de salud, a través de unidades locales.

La infraestructura fundamental de la organización local de salud (distrito, área, etc.) es el centro de salud, que constituye la unidad básica mínima de atención para prestar servicios de salud integral al individuo, a la familia y a la comunidad por

medio de un equipo de trabajadores de salud compuesto de por lo menos un médico asistido por enfermeras, auxiliares y otros técnicos.

La labor de estos centros de salud está complementada por subcentros, que están dirigidos por un médico general y que cubren las necesidades de protección, promoción y recuperación de la salud de la población a su cargo.

Puesto que el servicio médico privado constituye en muchas partes un sector importante en el campo de las prestaciones médicas, es altamente deseable su coordinación con el sector público.

4. *Participación de los hospitales docentes en los programas integrados de salud*

La comunidad desea obtener una más rápida aplicación de los nuevos conocimientos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y está consciente de la necesidad de disponer de mayor número de médicos y de personal auxiliar.

Hoy se acepta que la atención médica tiene estrechas vinculaciones con la educación médica. Hay un creciente número de internados y residencias en hospitales públicos y privados y de esta manera se han propiciado mejores relaciones de los programas de educación médica y de sus progresos científicos con la comunidad.

El concepto tradicional del hospital universitario como centro de enseñanza y de alta investigación científica ha sido sobrepasado por las exigencias de un proceso docente acelerado y por la necesidad de proyectar sus servicios hacia problemas sociales que tienen su expresión en la antropología cultural, las ciencias de la conducta y la organización de la comunidad. La ciencia médica académica, representada por la universidad, tiene la responsabilidad adicional de desarrollar sistemas óptimos en el otorgamiento de servicios, incluyendo planificación, organización y funcionamiento, así como también en la adecuada ejecución del programa, expresado en la prevención de las

enfermedades y en un diagnóstico y un tratamiento eficaces.

Si se espera que el hospital docente diseñe modelos de atención médica, necesariamente debe tener responsabilidad en la prestación de servicios, pues de lo contrario se corre el riesgo de que el modelo propuesto en forma teórica resulte inaplicable en la práctica. Por lo tanto, el hospital docente debe adaptarse, lo mismo que los planes de estudios médicos, a la realidad epidemiológica, social, económica y cultural de la comunidad.

El hospital docente debe formar parte de un sistema coordinado de servicios de salud que permita ofrecer al futuro médico una visión lo más completa posible de las realidades que encontrará en su vida profesional. Es de importancia incorporar al proceso docente otros hospitales y establecimientos de salud pertenecientes a los Ministerios, a la asistencia social y a la seguridad social, para lo cual debe procurarse un arreglo de coordinación que vincule los establecimientos entre sí, a través de un mecanismo de regionalización.

El centro médico universitario, aun cuando debe tener y cumplir objetivos y responsabilidades propias, podría servir más efectivamente a la comunidad nacional poniendo a disposición del sistema coordinado su insustituible experiencia en la enseñanza y la investigación. Simultáneamente, la educación médica se beneficiará al usar los campos clínicos de los hospitales de otras instituciones y los campos sociales de la comunidad como áreas de práctica para los estudiantes.

El Grupo consideró cuatro áreas importantes de investigación:

a) Análisis de las causas del continuo crecimiento del coste de atención médica, especialmente con respecto a los pacientes hospitalizados, y desarrollo de nuevas ideas que puedan controlar este coste creciente.

b) Estudio de métodos por medio de los cuales la mayor proporción posible de pacientes puedan ser cuidados a través de atención ambulatoria y semiambulatoria.

c) Análisis de sistemas en que la moderna

tecnología pueda aplicarse en la más amplia escala posible a la atención médica.

d) Promoción del desarrollo de planes dirigidos hacia la adopción de estructuras físicas e instalaciones que ofrezcan flexibilidad y permitan modernización y expansión de acuerdo a las necesidades cambiantes de los programas.

III. COORDINACION EN EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

La coordinación en el desarrollo de los recursos humanos debe contemplar tanto los aspectos técnicos y financieros como los de formulación de una política básica en este campo para el sector salud.

El desarrollo de recursos humanos no puede ni debe ser responsabilidad de una sola organización y de hecho constituye parte del proceso más amplio de planificación de la salud. Los sectores salud (Ministerios de Salud e instituciones de seguridad social) y educación (Ministerios de Educación y universidades) deben coordinarse para esta planificación.

La planificación del recurso humano es inseparable de la planificación general de la salud, y forma parte de ella. Esto ha sido reconocido en los diversos métodos que con tal fin han sido preconizados y que están actualmente en uso. Este concepto, que no necesita ser explicado ni sustentado, ha tropezado en la práctica con dificultades muy considerables. Por una parte, ha resultado sumamente difícil cuantificar el recurso disponible, ya que la misma definición de dicho recurso no ha sido claramente establecida. Por ejemplo, la atención prestada por el personal denominado "empírico" parece constituir una parte muy importante de la atención total a la salud en algunos países. Si hay dificultades en la estimación cuantitativa, muchas más las hay en la estimación cualitativa. Poco o casi nada se sabe del real rendimiento de muchas de las acciones que ejecuta el personal de salud.

La planificación debe ser cuantitativa, con la debida proyección en el tiempo, y

cualitativa, considerando tipos de profesionales y técnicos necesarios y contenido de los programas de enseñanza. Debe ser un proceso continuo, que debe ajustarse a la dinámica de los cambios sociales y científicos. Se deben definir las categorías y los niveles en cada profesión y habrá de investigarse también los factores individuales que motivan a las personas hacia las diferentes profesiones.

El proceso de formación tiende a crear y cambiar actitudes al impartir conocimientos y desarrollar habilidades y destrezas. En este sentido, los propósitos educacionales deben dividirse en formativos e informativos. La enseñanza de la medicina preventiva y social y de las ciencias de la conducta, a lo largo de toda la carrera, es fundamental, ya que llena ambos propósitos.

El Grupo reconoció que, entre los medios de coordinación, los comités intersectoriales de educación profesional constituyen un recurso muy eficaz, lo mismo que los consejos nacionales asesores para el desarrollo de los recursos humanos.

Un programa de tal naturaleza habrá de reflejarse obligadamente en los aspectos educacionales que tengan como propósito formar el personal profesional adecuado para su funcionamiento y, en consecuencia, habrá de repercutir sobre los distintos elementos que constituyen los planes de estudio de las facultades de medicina en los niveles de pregrado y de posgrado.

El contenido de los planes de estudio, el arreglo de las asignaturas dentro de un esquema general, su extensión y profundidad, expresados en cada caso por el programa respectivo, son los elementos que deben considerarse. Sin embargo, el contenido de un plan educacional únicamente cobra forma y sentido en virtud de los objetivos por alcanzar y a través de una metodología que tome en cuenta los recursos materiales y humanos, estos últimos representados tanto por el educador como por el educando.

Las facultades de medicina orientarán

sus objetivos para formar personal que tenga conocimiento claro de los beneficios que representa para su propio país el establecimiento de un plan integrado de servicios médicos, lo que a su vez presupone el conocimiento de todos y cada uno de los servicios médicos disponibles en el país que hayan sido coordinados para lograr la integración.

Como ya se ha dicho, la utilización de los establecimientos de salud para la formación profesional, cualquiera su dependencia, necesariamente ha de ser un propósito que las escuelas médicas deben proponerse y desarrollar en todas sus potencialidades docentes y sociales. Para esto deberán fortalecerse los medios de comunicación entre las instituciones de salud y las universidades. Los programas conjuntos merecerán amplio estímulo y patrocinio. La combinación de esfuerzos ha de extenderse a programas operacionales y actividades de discusión conjunta y multidisciplinaria. Tanto como sea posible, la cooperación de las instituciones de salud ha de ser no sólo técnica, sino también financiera.

Para que la coordinación funcione debe haber siempre un propósito concreto y objetivos inmediatos que pueden ir cambiando de año en año y que constituyen el vehículo en el cual la coordinación continúa su progreso.

Los objetivos de la educación médica son primordiales y circunstanciales. Los primeros son universales, los segundos son cambiantes y sujetos a revisión constante. Es necesario determinar cuáles son sus objetivos fundamentales y aclarar la importancia tanto de la especialización como de la medicina general.

El Grupo reconoció que el problema principal en la prestación de servicios de salud a la población está constituido por la demanda creciente y la insuficiencia de recursos, a lo cual se suma la falta de coordinación entre las instituciones responsables de otorgarlos. Tomando en cuenta estos factores, la coordinación entre diversas instituciones debe dirigirse a la satisfacción de

objetivos básicos, entre los cuales se pueden considerar los siguientes:

1. Satisfacer la demanda social cuantitativa de servicios médicos, asegurando la oportunidad de su otorgamiento.
2. Elevar los niveles cualitativos de la asistencia médica.
3. Equilibrar el coste de operación de los servicios.

A fin de ajustar los planes educacionales a los cambios en evolución y con los propósitos de coordinación se propone:

1. Promoción de una mayor aproximación entre los responsables de las facultades de medicina, de los Ministerios o Secretarías de Salud, y de las instituciones de seguridad social, probablemente mediante la organización de comisiones mixtas en que participen representantes de todas estas instituciones junto con representantes de los estudiantes.
2. Desarrollo de estudios de recursos humanos en cada país haciendo un análisis especialmente objetivo de la demanda cualitativa con miras a alcanzar una definición precisa de las funciones que vaya a desempeñar el profesional.
3. Delineación adecuada de los objetivos de enseñanza, sobre la base de los estudios referidos, estableciéndose el contenido de los programas de estudios y la metodología que deberá seguir.
4. Análisis de los sistemas adoptados por las instituciones gubernamentales y de seguro social y establecimiento de requisitos mínimos para su participación en los programas docentes.
5. Acreditación de los servicios hospitalarios y centros de salud para el adiestramiento de estudiantes bajo supervisión docente.

1. Educación de pregrado

Hay consenso unánime en que es fundamental para Latinoamérica la formación de médicos generales. Dicha formación, por tanto, seguirá constituyendo la función primaria de las escuelas de medicina.

Las características de este tipo de médico deben definirse cuidadosamente. Se considera que el médico general habrá de tener como rasgos propios los siguientes:

- a) Conocimiento preciso de los problemas de salud del país y de los recursos existentes para solucionarlos.
- b) Orientación y capacidad necesarias para ejercer su acción en el campo de la salud pública y de la medicina preventiva.

c) Suficiente preparación para abordar los problemas de salud de una población en desarrollo.

d) Ser susceptible de incorporarse al ejercicio de la medicina institucional y ser capaz de trabajar en equipo con otros profesionales ajenos a la medicina.

e) Tener condiciones de líder para organizar a los miembros de la comunidad, en beneficio de una salud positiva.

A lo anterior se añade la necesidad de fomentar que el médico conozca su ambiente local y pueda arraigar en él sin menoscabo de la visión global sobre las tendencias y desarrollo de la medicina en el país, en forma tal que tenga la suficiente flexibilidad para escoger, dentro de sus posibilidades y vocación, el sitio de trabajo que mejor le corresponda y en el cual haya de ser más productivo.

Para esto debe tener una sólida base científica, una buena actitud de servicio y un permanente hábito de estudio.

Un buen programa de educación médica presupone la existencia de un programa integrado de asistencia médica. Presupone además que a partir de la distribución de funciones se enseñan los conocimientos, habilidades y destrezas que constituyen los objetivos y hacen posible la evaluación. El contenido del programa, que habitualmente se conoce como plan de estudio, es el medio utilizado para este fin.

Los médicos ejercen su profesión con distinto estilo como consecuencia de la diferente organización institucional. El plan de estudio debe poner énfasis en la profesión como un todo y no en cada una de sus partes.

Es deseable que todas las instituciones participantes en el proceso de coordinación de atención médica tengan oportunidad de opinar sobre la preparación del currículo. Al hacerlo, cada cual debe representar las necesidades y ceder en sus intereses a fin de hacer posible el cambio en la orientación de la enseñanza.

Los planes de estudio deben ser integrados, para lo cual sus componentes han de ser elásticos.

Existe la necesidad de introducir en los programas de estudio una oportunidad más temprana de tratar directamente a los pacientes, así como de abordar los aspectos sociales y ecológicos de la población a que presta asistencia la facultad.

La existencia de un programa integrado de salud ayudará notablemente a la adecuación de los planes de educación médica. Por lo tanto, el desarrollo simultáneo de ambos campos es indispensable y necesario. Estas, quizás, una de las áreas de coordinación más importantes en estos momentos.

Las Asociaciones de Facultades de Medicina—integradas con las instituciones de salud, la profesión médica organizada y los Ministerios de Educación—pueden proporcionar el apoyo más sólido para estos propósitos de coordinación.

La elevación del nivel profesional del médico general puede facilitarse mediante el mayor reconocimiento de la medicina general como una especialidad con atributos propios, que la caracterizan, según los países, como medicina familiar o medicina de la comunidad.

La enseñanza de la administración es necesaria por cuanto el médico en el hospital, al mismo tiempo que ejerce su función clínica primaria, ejerce simultáneamente una función subsidiaria, pero continua, de manejo administrativo, al disponer y utilizar los recursos humanos y materiales de la institución en el cumplimiento de sus decisiones. Además, el médico clínico en el área rural se enfrenta no sólo a la solución de los problemas médicos de esas poblaciones, sino además a los problemas de organización y manejo administrativo de hospitales e instituciones de salud rurales.

La administración, la epidemiología, la ecología, y la medicina preventiva y social deben ser componentes primarios del currículo médico. La enseñanza de la administración incluye el proceso, el comportamiento y los aspectos cuantitativos que conforman los diversos componentes del sistema nacional de salud.

2. Educación continua

Las actividades de educación médica continua representan una oportunidad para fortalecer los conocimientos adquiridos en el pregrado. Para muchos médicos estas son quizás las únicas y más sencillas oportunidades a su alcance para su mejoramiento profesional. Sin embargo, con pocas excepciones, en la mayoría de los países no se han establecido planes orgánicos para su desarrollo y aprovechamiento.

3. Adiestramiento conjunto del personal en servicio

El adiestramiento conjunto del personal en servicio para cumplir los propósitos anteriores puede ser esquematizado en dos capítulos: el de normas y procedimientos aplicables a cualquier país o región y el de características particulares para un determinado país.

La responsabilidad de las facultades de ciencias de la salud se extiende no solamente a la formación de médicos, sino también de otros miembros del equipo de salud, enfocando a la salud como una unidad y al hombre como persona integral bio-psico-social.

La cooperación de las instituciones de salud será aquí más necesaria, ya que hasta ahora la formación de este último personal ha estado, en su mayor parte, a cargo de estas instituciones.

La formación del personal de salud debe incluir una profunda motivación por el trabajo en equipo. Cada uno debe conocer los objetivos comunes y las características de los otros integrantes del equipo. Esto crea el sentido de respeto, prestigio y tolerancia que facilita la consolidación del grupo y la coordinación del trabajo.

Los programas conjuntos entre instituciones de salud asistenciales e instituciones de enseñanza, de los cuales hay excelentes ejemplos en varios países, deberán evaluarse mediante la aplicación del método científico a problemas operacionales. Es deseable que

esto sea promovido y patrocinado por los organismos internacionales.

El adiestramiento conjunto del personal en servicio ofrece magníficas oportunidades prácticas para la coordinación. Los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y las facultades de medicina deben desarrollar programas educacionales para el personal de los servicios de salud, cualquiera que sea su dependencia.

Experiencias positivas, como la del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, deberían aprovecharse en mayor escala por los Ministerios de Salud e instituciones de seguridad social para capacitar a sus funcionarios ejecutivos de diferentes niveles de administración.

El Grupo recomendó la organización y el fortalecimiento del adiestramiento conjunto de funcionarios médicos de las diferentes instituciones de salud, y señaló que con mucha frecuencia este adiestramiento conjunto puede ser responsabilidad de las escuelas de salud pública.

IV. COORDINACION DEL FINANCIAMIENTO

1. *Area operacional*

El Grupo reconoció que existe una tendencia inevitable hacia la elevación de los costes de la atención médica, tendencia que deriva de los avances de las ciencias médicas y de una demanda cada vez más exigente en cantidad y en calidad. El problema de fondo que se plantea al respecto es que los servicios de alta calidad tienen al mismo tiempo un alto precio y muy difícilmente pueden ponerse a disposición de toda la comunidad por cuanto la falta de un sistema coordinado no permite, con las fuentes de financiamiento actualmente en uso, extender estos servicios en la proporción que sería menester.

Se reconoció, sin embargo, que la nivelación de calidades es un factor indispensable para la coordinación de servicios. Esto se ha visto en forma muy evidente en el caso

de los afiliados a las instituciones de seguridad social que no aceptan los servicios en hospitales pertenecientes a los Ministerios o a las instituciones de asistencia social cuando la calidad de estos servicios deja mucho que desear. En cambio, en aquellos países en donde con antelación a la creación del seguro social existían redes de hospitales más o menos eficientes, el seguro no ha necesitado crear servicios propios y le ha resultado más conveniente otorgar sus prestaciones médicas por el método indirecto de contratación de servicios.

No obstante las dificultades prácticas que se presentan para el uso común de los establecimientos hospitalarios, se reconoce que es en este campo en donde existen, por ahora, las oportunidades más inmediatas de coordinación. Se mencionaron tres mecanismos diferentes, por los cuales es posible la utilización común de servicios: a) el uso de camas, pagando el precio por día-cama; b) el arriendo de un piso o sector completo de un hospital, y c) la contratación de servicios.

El Grupo se pronunció en favor de la contratación de servicios, por cuanto este es el mecanismo que más se acerca a una estrecha coordinación técnica y administrativa. El menos recomendable es el arriendo de un sector completo que, con frecuencia, se traduce en el aislamiento físico de este sector y en su manejo administrativo con total independencia de la administración general del hospital.

Hubo consenso en que el primer paso que lleva hacia la coordinación es el establecer buenas prácticas administrativas mediante normas de estandarización y métodos administrativos que permitan obtener la mejor utilización de los recursos disponibles. La prestación de servicios de la mejor calidad y de calidad uniforme en todas las áreas de los establecimientos hospitalarios favorece su utilización conjunta. Hubo acuerdo también en que hay que asegurar que se dé prioridad a la organización de servicios de atención médica ambulatoria, ya que ellos son

menos costosos en términos de necesidades de capital, como asimismo en costes de operaciones.

Se dejó constancia de que la capacidad instalada hospitalaria debe ser considerada como un bien común que pertenece al país y que debe beneficiar a todos los habitantes sin discriminaciones, independientemente de la institución propietaria del establecimiento. Los distintos servicios públicos están obligados a coordinarse y complementarse entre sí para lograr los supremos objetivos del Estado, que no son otros que el desarrollo de la nación y el bienestar de todos sus habitantes.

El funcionamiento de comités centrales interinstitucionales para uniformar los cuadros básicos, la provisión de medicamentos y la adquisición de equipos será de suma utilidad para favorecer el uso común de los servicios y su mejor aprovechamiento a menor coste.

Se debatió ampliamente el problema de la producción químico-farmacéutica, que frecuentemente es onerosa y no cumple con los requisitos mínimos que exigen la técnica farmacéutica y la ética profesional. A este respecto, se consideraron las ventajas y desventajas de ciertos procedimientos que contribuyen a rebajar los costes y a poner a disposición de médicos y pacientes productos farmacéuticos que tengan plena garantía científica y que sean distribuidos con criterio social.

Se discutió también la influencia que tienen en los costes de la atención médica las remuneraciones del personal y especialmente los sueldos y honorarios médicos. Se consideraron los distintos sistemas de remuneración a los médicos y se reconoció que la forma como se retribuye el trabajo médico y de otros profesionales de la salud generalmente está en relación con el sistema por el cual se otorgan las prestaciones médicas. Se mencionaron los sistemas de pago por servicios prestados, por población asignada y por sueldo fijo y algunos miembros

del Grupo expresaron su preferencia por este último sistema. Hubo acuerdo unánime en que los sistemas mixtos son los menos recomendables, porque no favorecen la identificación del médico con la institución empleadora y son fuente de dispendio de recursos.

El uso común de las facilidades implica la existencia de normas comunes de funcionamiento. Estas normas deben elaborarse por procedimientos bilaterales o multilaterales. Los requerimientos administrativos específicos de las prestaciones médicas del seguro social deberán tenerse en cuenta para su cumplimiento en los servicios integrados.

La conciencia de clase en la población asegurada, y su ausencia en el grupo beneficiario de la asistencia social, establece un grave escollo para asegurar el uso común de los servicios. Esta situación es contraria al espíritu de solidaridad en que se ha inspirado el establecimiento de los regímenes de seguridad social. Debe existir paridad de nivel en la calidad de las prestaciones para que exista coordinación y eso sólo se puede conseguir creando los mecanismos necesarios que proyecten la organización de los servicios hacia la excelencia. Se señaló, además, que se podría despertar interés en las personas que aún no están afiliadas a un servicio de seguridad social ofreciéndoles el incentivo de la alta calidad de los servicios prestados por este último.

Puesto que ya se están aplicando distintos medios para la utilización conjunta de los servicios, sería conveniente llevar a cabo estudios evaluativos de esos mecanismos a fin de perfeccionar los que son susceptibles de mejoramiento y ensayar otros nuevos.

Se hizo hincapié en que la coordinación debe ser el resultado de un proceso de preparación en el cual las distintas instituciones, no obstante sus propias diferencias, convienen ciertos objetivos, renunciando y obligaciones en aras de una finalidad común cuyo logro no podría alcanzar cada uno de ellos separadamente.

El Grupo reconoció las siguientes fuentes de financiamiento de servicios de salud:

- a) Gobierno ya sea nacional o local, federal o estadual.
- b) Instituciones de seguridad social, que pueden generar bastantes disponibilidades financieras y, además, dan origen a reservas en dinero que pueden ser invertidas en hospitales.
- c) Empresas privadas, industriales, mineras, agrícolas, etc.
- d) Instituciones de caridad y filantropía.
- e) Cobro a los pacientes.

2. *Area de inversiones*

Los planes para construcción, ampliación, remodelación y mantenimiento de establecimientos de salud deben ser el resultado de un trabajo conjunto y coordinado de las instituciones que prestan servicios de salud. Debe evitarse toda exageración en materia de adquisición de equipos costosos, y un buen servicio de mantenimiento debe asegurar la duración de equipos e instalaciones. Cuando un hospital dispone de determinados aparatos o instrumentos de alto coste debe procurarse que su uso sea compartido con otros establecimientos cercanos, a fin de evitar duplicaciones y favorecer la coordinación entre ellos.

La coordinación para el financiamiento de un programa de construcciones hospitalarias y de otros establecimientos de salud debe producirse al más alto nivel administrativo y político y debe propender a justificar diferentes áreas de coordinación en el financiamiento. Las instituciones que más frecuentemente se pueden coordinar son el gobierno central y las instituciones de seguridad social, pero en otras oportunidades, a través de convenios locales con universidades o con instituciones de asistencia social u otros, es posible que el seguro social contribuya en forma efectiva a canalizar sus recursos en favor de la realización de un programa de construcciones hospitalarias que beneficie a toda la comunidad.

En la reunión se dio cuenta de una serie de experiencias nacionales dirigidas a canalizar recursos financieros internos hacia

un programa de construcción de hospitales y otros servicios de salud.

El Grupo estuvo de acuerdo en recomendar que se establezca a nivel nacional un fondo común hacia el cual se canalicen las disponibilidades de todas las instituciones nacionales interesadas en los programas de atención médica existentes en el país. Debe obtenerse el más amplio respaldo legal para este tipo de mecanismo y se debe propiciar la participación en él tanto de las instituciones públicas y de la seguridad social como de las empresas privadas que tienen interés en la protección de la salud de sus trabajadores. El fondo así constituido debe ser administrado por una comisión técnica estrechamente ligada a la política de salud del gobierno y con autoridad legal para aplicar el plan, establecer prioridades y llevar a cabo la función financiera a fin de poner en marcha el programa de construcciones hospitalarias.

El Grupo tomó conocimiento de la existencia de crédito internacional, público y privado, que podría mobilizarse en favor de las construcciones de instituciones de salud. Sin embargo, es evidente que estos fondos tienen prioridad para proyectos económicos de carácter industrial y agrícola y que sólo por excepción se destinan a obras del sector social.

El Grupo tomó nota de la resolución especial de la Reunión de Ministros de Salud (Buenos Aires, Argentina, 1968) sobre la creación de un fondo para programas de salud, que sería administrado por la OPS y que concedería préstamos para construcciones de hospitales y otros centros de salud.

El Grupo quedó informado que las Discusiones Técnicas durante la XIX Reunión del Consejo Directivo se dedicarían al tema "Financiamiento del sector salud" y que el documento básico que servirá de guía para las discusiones está siendo preparado por una economista del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, que ha sido puesta a la disposición de la OSP por algunas semanas con este objeto. Se dio a

conocer, en términos generales, la orientación y contenido que tendrá este documento.

RECOMENDACIONES

El Grupo de Estudio aprobó las siguientes recomendaciones:

1. Que la coordinación institucional debe iniciarse en la etapa de formulación de la política de salud, de tal manera que las instituciones de seguridad social, las facultades de medicina, las asociaciones profesionales y otros organismos relacionados con las prestaciones de salud se sientan desde el inicio comprometidos para la ejecución de la política aprobada en igual medida que los Ministerios de Salud.

2. Que se constituyan consejos o comisiones de salud al más alto nivel administrativo y político, y con la suficiente autoridad legal para asesorar al Ministerio de Salud en la articulación de una política de salud y en la coordinación administrativa al nivel operacional.

3. Que se establezcan comités interinstitucionales para el estudio de problemas específicos de salud y, muy especialmente, un comité de formación profesional, con participación de las facultades de medicina.

4. Que para ofrecer la pluralidad de servicios de carácter preventivo, curativo y social necesarios para mantener la salud, y considerando el alto coste que han alcanzado las prestaciones de salud, no es posible esperar de momento que una sola institución u organismo esté en condiciones de financiarlos en su totalidad, y de ahí que sea necesario recurrir a un financiamiento multilateral y a una administración coordinada bajo un sistema nacional de salud.

5. Que se debe tratar de elevar la calidad de las prestaciones, uniformando los procedimientos de algunas áreas de servicio, ya que las desigualdades extremas constituyen un obstáculo para la coordinación. Un mecanismo de acreditación de hospitales, tanto en sus funciones asistenciales como docentes, podría ser útil en este sentido.

6. Que los hospitales docentes deben formar parte de un sistema coordinado de servicios de salud y participar activamente en el otorgamiento de prestaciones a la comunidad, al mismo tiempo que deben ofrecer sus servicios especializados para llevar a efecto investigaciones operacionales y de la comunidad.

7. Que es importante incorporar al proceso docente a hospitales y otros establecimientos de salud pertenecientes a los Ministerios, a la seguridad social y a la asistencia social pública y privada, lo que tiene la ventaja de que los estudiantes se pongan en contacto, en una etapa temprana, con los problemas medicosociales y epidemiológicos del hogar y de la comunidad.

8. Que la función primaria de las escuelas de medicina debería ser la formación de un médico general, cuyos rasgos propios son los siguientes:

a) Conocimiento preciso de los problemas de salud del país y de los recursos existentes para solucionarlos.

b) Orientación y capacidad necesarias para ejercer su acción en el campo de la salud pública y de la medicina preventiva.

c) Suficiente preparación para abordar los problemas de salud de una población en desarrollo.

d) Ser susceptibles de incorporarse al ejercicio de la medicina institucional y ser capaz de trabajar en equipo con otros profesionales ajenos a la medicina.

e) Tener condiciones de líder para dirigir a los componentes del equipo de salud y para organizar a los miembros de la comunidad, en beneficio de una salud positiva.

9. Que la formación de pregrado debe incluir elementos básicos de administración de salud y de seguridad social, debiendo ser completada con la educación continua de graduados.

10. Que se debe organizar y reforzar el adiestramiento conjunto del personal en servicio, con un amplio contenido de medicina integral, en lo posible bajo la responsabilidad de las escuelas de salud pública o de los departamentos docentes de los servicios de

salud o de las instituciones de seguridad social.

11. Que se debe propiciar la contratación de servicios hospitalarios entre instituciones, por cuanto este mecanismo es el que más se acerca a una estrecha coordinación, siempre que se mantenga la unidad técnica y administrativa del establecimiento.

12. Que se establezcan buenas prácticas administrativas mediante normas de estandarización y métodos administrativos que permitan obtener la mejor utilización de los recursos disponibles, como primer paso hacia la coordinación y como medio para alcanzar mayor productividad de los servicios.

13. Que hay que propiciar el desarrollo de los servicios ambulatorios y a domicilio que consumen menos fondos de capital y cuya operación es menos onerosa.

14. Que el financiamiento de los gastos de operación de servicios de salud debe ser

multilateral y que las instituciones participantes, no obstante sus diferencias, deben convenir en ciertos objetivos, renunciando y obligaciones en aras de una finalidad común, que es el otorgar prestaciones integrales de salud, de calidad satisfactoria, a un sector tan amplio de la población como sea posible y cuyo financiamiento sea compatible con los recursos disponibles.

15. Que se establezca, a nivel nacional, un fondo común de inversiones hacia el cual se canalicen las disponibilidades de todas las instituciones interesadas en los programas de atención médica. El fondo así constituido debe ser administrado por una comisión técnica estrechamente ligada a la política de salud del gobierno y con autoridad para poner en marcha el programa de construcciones hospitalarias, dentro del marco del plan nacional de salud, cuando exista.

SESION DE CLAUSURA

En la sesión de clausura, el Dr. Alfredo Leonardo Bravo agradeció, en nombre del Director de la OSP, la colaboración prestada por la OEA en la organización de la reunión. Agradeció, igualmente, a todos los miembros del Grupo de Estudio su participación siempre elevada e ilustrada, que permitió llegar a conclusiones que indudablemente serán de gran utilidad para los países del Continente que deseen establecer un sistema de coordinación de servicios de salud.

A continuación, el Sr. Beryl Frank agradeció la hospitalidad ofrecida por la OSP al Grupo y destacó la ya larga trayectoria de cooperación entre la OEA y la OPS en el campo de la atención médica.

En nombre de los miembros del Grupo, el Presidente, Dr. Guillermo Arbona, agradeció a las instituciones patrocinadoras la oportunidad brindada al Grupo de reunirse y discutir problemas que son candentes en las administraciones nacionales de salud en la actualidad.

El Dr. Camilo Cuccodoro hizo presente que la OIT estaba muy complacida de los resultados de la reunión, ya que sus conclusiones ampliamente justifican la nueva política adoptada por la OIT en el campo de la atención médica.

El Dr. César Lechuga, hablando en nombre de la AISS y del CISS, se asoció al aplauso unánime que merecen las instituciones organizadoras de la reunión, destacando que la sola presencia de observadores de varias organizaciones no gubernamentales interesadas en el tema es prueba de una actitud nueva de cooperación interinstitucional que augura una etapa más promisoriosa en la provisión de servicios de salud.

DISCURSO DEL DR. ABRAHAM HORWITZ, DIRECTOR DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

En su Reunión Especial de octubre pasado en Buenos Aires, Argentina, dijeron los Ministros de Salud de las Américas: "Hubo consenso en que la coordinación de los recursos de salud es esencial y aceptamos que no tendría sentido seguir tratando sobre planificación de la salud mientras no se llegue a una articulación entre las instituciones del sector público para coordinar los recursos. Tomamos nota de que varios países han dado pasos decisivos dirigidos a la coordinación, pero, al mismo tiempo, reconocemos que estos esfuerzos son aún insuficientes para alcanzar los objetivos de un plan integral de salud. La diversificación de las actividades de salud y la participación en ellas de organismos privados y semiautónomos, el alto costo de las prestaciones, la escasez de los recursos disponibles y la presión de una demanda creciente son razones que hacen indispensable y urgente la adopción de sistemas nacionales de coordinación efectiva de los servicios preventivos y curativos de los Ministerios de Salud y de costos, en su conjunto, con los de las instituciones de seguridad social, universidades y otros organismos públicos y privados.

La coordinación permitirá mejorar el nivel de prestaciones, aumentar lo más posible la cobertura y estimular la participación activa del nivel local en la planificación y administración de los servicios".¹

Pensamos que en esta serie de conceptos y afirmaciones, que provienen de quienes tienen la mayor responsabilidad en el Continente de prevenir y curar las enfermedades y contribuir al desarrollo, están contenidos los propósitos que nos han guiado a solicitar de ustedes normas y métodos con el fin de atender mejor y al mayor número posible de habitantes de las Américas.

Hemos tenido el placer de invitarlos porque sabemos de los conocimientos y la experiencia que poseen y del significado que tendrán sus opiniones para los Gobiernos de nuestra Región. Esta condición de expertos, que no representan estados ni instituciones, permite destilar los juicios de valor, analizar cada cuestión sin limitaciones y expresar lo que se piensa genuinamente en términos del bien común, cuyo marco trasciende con mucho incluso las Américas. Porque de lo que se trata es de continuar el diálogo sobre un problema de perfiles políticos y sociales evidentes, iniciado hace cuatro años en un Grupo de Estudio similar, y estimulado posteriormente en los países. Como en aquella ocasión, tenemos el honor de patrocinarlo con la Organización de los Estados Americanos, simbolizando así la importancia que los Gobiernos le conceden a la atención médica dentro del proceso de promoción de la salud y del bienestar.

Siguen vigentes las cuestiones que nos permitimos plantear al inaugurar la reunión de 1965: "¿La incoordinación reinante entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud obedece sólo a causas convencionales, derivadas de una falta de definición jurídica del campo de acción de cada cual? O, a la inversa, ¿tiene sus raíces más profundas en un proceso económico y social característico de los países en desarrollo? ¿Cómo facilitar al Estado el cumplimiento de su obligación de proveer cuidados de salud, en lo posible para toda la comunidad, y la coordinación global de los recursos de que dispone?"²

Ha habido avances significativos. Tal vez el mayor, porque es preludeo ineludible, es el que se ha creado una conciencia sobre el aprovechamiento integral de la capacidad instalada, el ejercicio de una administración eficiente y la racionalización

¹ Documento Oficial de la OPS 89, 43.

² Administración de servicios de atención médica. Publicación Científica de la OPS 129, 4, 1966.

de los recursos humanos y materiales, para cumplir con los objetivos de cada programa. Se advierte, además, como lo señalaron los Ministros, la adopción de normas tendientes a coordinar—y en ciertos casos a integrar en un sistema nacional de salud—los diversos organismos del sector público, y en ocasiones algunos del sector privado, que otorgan prestaciones médicas a las comunidades.

Otro signo de progreso—una nueva toma de conciencia—es el movimiento de reforma universitaria guiado en las ciencias y artes de la salud a adaptar el proceso docente a las necesidades genuinas de la sociedad. No se quiere una medicina menos científica, muy por el contrario; pero sí se la desea orientada a los propósitos del país, de sus instituciones y empresas y, en última instancia, al bienestar individual y colectivo. La transferencia de la tecnología moderna, un imperativo de los últimos años, le corresponde a las universidades en su responsabilidad fundamental de formar los profesionales que son indispensables para el desarrollo. Y ello comporta una armonía entre el estilo de vida y los avances de la ciencia, entre los rasgos dominantes de la cultura y las técnicas más recientes. El hombre es lo que hace, se ha dicho, para significar que su labor debe estar a tono con su ser y con la realidad. Con más clarividencia expresa este propósito un poeta:

“No hay otra sabiduría
Que tu impulso
Hacia la luz
Ni otra fuente
Que la que surge
De tu corazón”³

Así inspirados quisiéramos a los universitarios para los problemas de nuestro tiempo y así motivadas a las universidades para formarlos. Ha surgido como ineludible el incorporar a la coordinación para una mejor atención médica, las facultades de ciencias y artes de la salud. De aquí la presencia entre ustedes de distinguidos cultores de la educación. Se ha puesto en evidencia que en la medida que ha crecido la población y sus aspiraciones, así como la demanda de servicios de salud, ninguna de las instituciones participantes se ha demostrado capaz de absorber por sí sola las responsabilidades de otorgar prestaciones integrales a todos los habitantes. La asociación de ellas con objetivos definidos, procedimientos comunes, uso racional de equipos y elementos, profesionales bien preparados y conscientes del propósito esencial que se persigue, puede darle a los recursos disponibles un rendimiento que siempre será superior al actual de las entidades operando aisladamente.

Para llevar a cabo esta decisión de los Gobiernos, tanto los que ya la han iniciado como los dispuestos a realizarla, es indispensable contar con una definición de principios y de normas que puedan ser adaptados a la situación de cada país y, muy en especial, a la legislación vigente y a la estructura administrativa. Es lo que esperamos de ustedes, por lo cual quiero expresarles la gratitud de la Organización Panamericana de la Salud. A sus Cuerpos Directivos y a las autoridades nacionales les transmitiremos las valiosas opiniones que ustedes tengan a bien emitir.

Nuestro agradecimiento va también al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, Sr. Galo Plaza, por la reiterada comprensión de nuestro cometido y a sus colaboradores por la oportunidad de una acción conjunta en funciones que apuntan tan de cerca al destino de las Américas.

³ *Pampa roja*, poemas por Fernando Demaría, xilografías de Pérez Celis, citado por C. A. Salatino en *Américas*, publicación mensual de la Unión Panamericana, OEA, Vol. 21 (6): 40-42, 1969.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

I. COORDINACION EN LA EJECUCION DE UNA POLITICA DE SALUD ¹

Es un hecho indiscutible que en todos los países de América existe una combinación de servicios de atención médica ofrecidos por distintas entidades con diferentes sistemas administrativos y fuentes de financiamiento. La necesidad de coordinar la planificación de sus acciones y lograr una mejor utilización de sus recursos, así como de establecer un régimen administrativo único con organismos regionales y locales descentralizados, es un requisito indispensable para el buen funcionamiento de un sistema nacional de salud.

Mucho se ha discutido y experimentado sobre la mejor forma de establecer un proceso armónico y progresivo que conduzca a la coordinación total de un servicio de salud. En algunos ensayos al nivel nacional se ha tratado de crear una fuerte autoridad ejecutiva central con atribuciones amplias para dirigir la coordinación. En cambio, la mayoría ha preferido que la coordinación se inicie a nivel local en las unidades mínimas encargadas de las prestaciones de salud a la comunidad, para construir sobre la base de estas infraestructuras coordinadas la pirámide de un sistema nacional de salud que termina finalmente, en forma natural y espontánea, en la creación de la autoridad superior a nivel ministerial. La verdad es que ni uno ni otro han mostrado ser efectivos. La autoridad ejecutiva central no logra mejorar la coordinación si no existe consenso de parte de todos los trabajadores de salud a nivel intermedio y local de llevarla a la práctica. Y a la inversa, nada se obtiene con coordinar a un pequeño grupo de trabajadores de salud dentro de un programa local, si a nivel na-

cional las autoridades superiores de las diferentes instituciones participantes actúan independientemente y a veces en oposición.

La respuesta a las dificultades mencionadas parece ser que la coordinación sólo podrá tener éxito cuando responda a una necesidad verdadera de la comunidad y esté en manos de autoridades y trabajadores de salud que mantengan, a todos los niveles, una actitud mental favorable y una decisión firme y sincera de promover la coordinación.

Además, la coordinación exige una capacidad instalada y recursos humanos y financieros para prestar servicios de salud de alta calidad técnica a un sector de la comunidad tan numeroso como sea posible, de acuerdo con la amplitud del derecho a la salud reconocido por las leyes nacionales.

Para alcanzar este grado de coordinación será indispensable que cada una de las instituciones interesadas articule sus actividades a nivel central con las demás instituciones públicas y privadas encargadas de la salud, a fin de planificar en conjunto, administrar los servicios con un sistema uniforme, hacer estudios de demanda y de utilización de servicios, y, por sobre todo, programar de común acuerdo la extensión y la expansión de los servicios de salud en forma ordenada y de acuerdo con el desarrollo de los recursos humanos y materiales destinados a la salud.

En las diferentes instituciones que prestan servicios de salud existe una tendencia casi irrefrenable a actuar con cierta independencia y autonomía. Se justifica esta tendencia en cierto modo porque las instituciones tienen la obligación de cumplir con su mandato legal y de administrar sus bienes y sus finanzas para ofrecer el mayor bene-

¹ Documento preparado por el Secretariado.

ficio posible a sus afiliados (esto es especialmente cierto de las instituciones de seguridad social). El vencer esta tendencia hacia la autonomía e inducir a las instituciones a trabajar en común es una tarea bastante difícil, pero es una obligación ineludible para los Gobiernos que necesitan obtener mayor productividad de los capitales invertidos en salud y, al mismo tiempo, satisfacer la creciente demanda de servicios, que de no serlo se transforma en un elemento de inconformismo social y a veces en factor coadyuvante de la rebelión política y de la violencia.

Articulación institucional a nivel nacional

La coordinación de las instituciones participantes a nivel nacional es una medida que no sólo benefició a la coordinación de servicios sino que es además un elemento esencial del proceso de planificación nacional de la salud.

Reconociendo que la determinación de la política nacional de salud es función que incumbe al Ministerio del ramo, no es menos cierto que esa política debe estar basada en un diagnóstico auténtico y objetivo de los problemas nacionales de salud y sus prioridades, así como de la demanda y utilización de servicios. Para obtener esto, es preciso que todas las instituciones participantes pongan a disposición de un organismo coordinador común la información esencial.

Para lograr este objetivo, los Gobiernos han recurrido a distintos mecanismos encaminados a establecer una autoridad central normativa y coordinadora en la cual tengan amplia participación las diferentes instituciones y organismos que se preocupan de la salud en el territorio nacional. Esta autoridad, a su vez, debe estar estrechamente vinculada con las Comisiones Nacionales de Planificación de la Salud a nivel ministerial y con la Oficina de Planificación del Desarrollo Económico y Social a nivel presidencial.

Participación de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social, la asistencia social y las facultades de medicina

En estos organismos, el concepto de "participación" debe tener un doble significado que implica, por una parte, la aceptación de deberes, y por otra, el ejercicio de derechos. En efecto, las instituciones participantes, al incorporarse al proceso de coordinación, deben estar conscientes de que para lograrlo deberán renunciar a parte de su soberanía en beneficio colectivo y poner a disposición del organismo coordinador la totalidad de sus recursos e información para que se utilicen en la ejecución de las actividades coordinadas. Por otra parte, la participación da el derecho a las instituciones a tener acceso al proceso de planificación y a utilizar la capacidad instalada de otras instituciones para prestar servicios a determinados grupos de la comunidad. Evidentemente será necesario establecer un mecanismo de compensaciones a fin de que los intereses económicos de las instituciones no se perjudiquen por el proceso coordinador.

Condición *sine qua non* para el éxito será que la coordinación respete la autoridad jurídica y los derechos legales de las instituciones participantes, a fin de que cada una pueda seguir cumpliendo con el mandato que le han conferido las leyes y sus reglamentos.

Sin embargo, en el orden administrativo, es también requisito indispensable que las instituciones participantes acepten someterse a un método similar, especialmente en lo que se refiere a la nomenclatura y notificación de datos estadísticos que deben manejarse con criterio unificado, y a la regulación de sueldos y salarios de personal de las instituciones, a fin de que cada funcionario reciba igual remuneración por igual trabajo y responsabilidades.

Los Ministerios o Secretarías de Salud tienen la responsabilidad constitucional de dictar la política de salud del Gobierno, responsabilidad que habitualmente no puede

ser delegada. Al mismo tiempo, son los responsables de la salud colectiva en sus aspectos de higiene ambiental y epidemiología.

Las instituciones de seguridad social tienen la función legal de dar prestaciones de salud a las personas afiliadas a sus regímenes de previsión. Tradicionalmente estas prestaciones han estado limitadas a los aspectos estrictamente curativos del diagnóstico y tratamiento de enfermedades, pero en los últimos años con más frecuencia dichas instituciones han reconocido la necesidad de extender sus actividades al campo de la medicina preventiva personal. Algunas instituciones de seguridad social tienen, además, la función de proteger a los individuos contra los accidentes y las enfermedades profesionales a través de fondos de compensación y de servicios médicos directos a los afectados.

Las universidades, y específicamente las facultades de medicina, tienen como responsabilidad esencial la formación de profesionales y técnicos de la salud, los cuales recientemente se han considerado parte de los llamados recursos humanos para la salud. La práctica de la enseñanza exige suficiente autonomía para que la enseñanza se efectúe a un alto nivel cultural y con la más amplia libertad de expresión e investigación. Es evidente que las universidades reconocen que estas características científicas y culturales de la función docente no las eximen de la responsabilidad social de adaptar el contenido de la enseñanza y el número de graduados a las necesidades de un plan integral de desarrollo de los servicios de salud del país.

Los organismos de asistencia social públicos o privados son ejemplo de la necesidad que tienen las sociedades de proteger a los elementos más desvalidos del grupo, como un mecanismo de autodefensa del conjunto. Sus prestaciones médicas esencialmente humanitarias y de carácter filantrópico se verán reforzadas en su contenido y acción si participan en un sistema amplio en

el que tengan acceso a muchos servicios que no podrían proporcionar por sí solas. La contrapartida es que estas instituciones tendrán que elevar la calidad de sus prestaciones hasta un nivel mínimo aceptable, que sea comparable con los servicios prestados por establecimientos mejor financiados, tales como los de las instituciones de seguridad social.

Los servicios médicos de las fuerzas armadas, de la policía, de empresas industriales y mineras y de muchos otros y variados organismos públicos y privados habitualmente tienen un mandato preciso y limitado que difícilmente puede ser cumplido totalmente, debido a la diseminación de su clientela, pero sus perspectivas pueden ampliarse al entrar a participar en un sistema nacional de salud.

Los hospitales y otros servicios de salud de carácter estrictamente privado tienen una responsabilidad social innegable, ya que están contribuyendo con sus servicios a mantener y recuperar la salud de grupos determinados de la comunidad. Es el interés del Gobierno, como representante de las aspiraciones y necesidades de la comunidad, que estas prestaciones de salud privadas sean de la más alta calidad y que participen en lo posible en el esfuerzo colectivo. Es necesario reconocer que este sector privado es el más difícil de incorporar a un sistema nacional de salud.

Se ha descrito brevemente el campo de acción y las responsabilidades de cada una de las instituciones que, en general, participan en la prestación de servicios de salud a la comunidad. Cada una tiene un papel importante que desempeñar en la planificación, administración y ejecución de los programas locales de salud. Su colaboración sincera y desinteresada se obtendrá cuando el sistema nacional de salud asegure el respeto del campo de acción y las responsabilidades de cada cual y, al mismo tiempo, promueva la participación de todos ellos en un sistema nacional que permita utilizar mejor los recursos y satisfacer hasta el

máximo posible las aspiraciones de la comunidad, dentro de las limitaciones impuestas por la disponibilidad de recursos y bajo la acción normativa del Ministerio de Salud Pública, como representante de un Gobierno que aspira a aplicar una política de salud consistente con las necesidades y posibilidades del país.

Comisiones de coordinación y comités de estudio para problemas específicos

Las comisiones de coordinación a nivel nacional están generalmente compuestas por representantes autorizados de los más altos ejecutivos de las instituciones participantes. Para que estas tengan éxito, es condición esencial que tengan el respaldo de las más altas autoridades políticas y ejecutivas del Gobierno y que en ellas participen personas con poder de decisión y autoridad suficiente para poner en práctica en las instituciones que representan los acuerdos y reglamentos adoptados por la comisión de coordinación.

Aun cuando es estimulante observar que numerosos países han establecido comisiones de coordinación, no se puede ignorar que algunas de estas sufren de una debilidad innata y funcionan en forma esporádica sin continuidad de acción y sin posibilidades de

implantar una coordinación efectiva. A la luz de la información disponible, sería interesante analizar las razones que obstaculizan el funcionamiento efectivo de algunas de estas comisiones.

Los comités de estudio para analizar problemas específicos constituyen un perfeccionamiento que indudablemente da mayor vigor a la acción de las comisiones. Caso muy destacado en este aspecto lo constituye México, que progresivamente ha ido estableciendo comités de trabajo en diversos campos de la administración de servicios de salud, los cuales ascienden ya a 10. (Para mayores detalles véanse las págs. 64-68).

De especial importancia es el Comité de Educación Profesional, en el cual, además de técnicos en administración de servicios de salud, participan representantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Departamento del Distrito Federal y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

El conjunto que asegure la coordinación al nivel institucional nacional está constituido por comisiones y comités, con respaldo legal y con autoridad técnica para hacer recomendaciones a las autoridades ejecutivas, las cuales deben garantizar su cumplimiento. Su labor debe complementarse con mecanismos regionales y locales.

II. SISTEMAS DE ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS ¹

Desde el punto de vista de la prestación de servicios médicos y de las relaciones entre el médico y el paciente, existe en los países de las Américas una amplia variedad de sistemas, desde el tradicional ejercicio privado de la profesión médica y el pago de honorarios por servicios prestados a cargo del paciente o de sus familiares, hasta los servicios médicos organizados por el Estado y proporcionados gratuitamente a través de instituciones públicas. Entre estos dos extremos hay toda una gama de servicios médicos organizados por las instituciones de seguridad social, por organismos mutualistas y por la asistencia social pública y privada que ofrecen servicios a distintos grupos seleccionados de la población.

Si bien es cierto que en cada país predomina uno u otro de estos sistemas, no es menos cierto que en prácticamente todos los países se puede identificar una combinación

arbitraria de los distintos sistemas dentro de la cual con frecuencia hay duplicación de servicios y competencia entre las instituciones por el uso de los escasos recursos disponibles.

El problema se puede analizar desde dos ángulos diferentes: la administración y financiamiento de las prestaciones médicas, y la forma de remuneración del trabajo médico. La relación entre ambos aspectos es estrecha, y por lo común las distintas instituciones que prestan servicios médicos muestran cierta preferencia por un determinado sistema de remuneración a los médicos. Esta no siempre es de carácter exclusivo y es así como dentro de una misma institución se observa que se emplean diferentes sistemas de pago por el trabajo médico. A continuación se analizarán brevemente ambos aspectos del problema.

1. SISTEMAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS

Aun cuando no podrían considerarse como elementos básicos de la organización médica, al referirnos a las prestaciones médicas en los países latinoamericanos, no se pueden ignorar algunos procedimientos tradicionales que se mencionarán solamente como referencia.

Por una parte, en ciertas regiones de algunos países de América Latina aún existe la *medicina indígena*, que es la reminiscencia de la asistencia elemental que sacerdotes, brujas y adivinas prestaban a las tribus aborígenes en los tiempos anteriores a la

colonización. Hoy en día no representan un elemento ponderable y están relegados a pequeños grupos étnicos que viven en remotas regiones montañosas o selváticas, a las cuales todavía no ha llegado el beneficio de la civilización.

Otro factor a considerar en el análisis de la prestación de servicios médicos en América Latina es la *participación de farmacéuticos y dueños de farmacia*, que diagnostican y recetan "a través del mesón", guiándose exclusivamente por síntomas explicados verbalmente por el paciente o sus familiares. Este es un fenómeno que se encuentra en las

¹ Documento preparado por el Secretariado.

áreas rurales de América Latina y que se extiende a ciertos sectores suburbanos de las grandes ciudades. Tiene su origen en la falta de accesibilidad de los servicios médicos para algunos grupos que habitan en regiones aisladas geográficamente o que, viviendo en sectores urbanos, no tienen acceso a los servicios por razones legales o financieras.

a) *Servicios médicos privados.* El tradicional ejercicio privado de la profesión médica sigue existiendo, en mayor o menor grado, en casi todos los países, aun en aquellos que se supone tienen un servicio nacional de salud con cobertura universal para toda la población. Estos servicios están regidos sólo por la ley de la oferta y la demanda y por aquellos sentimientos muy íntimos del ser humano que tiene fe o confianza en un médico determinado. A lo sumo, deben cumplir con ciertas exigencias mínimas del Código Sanitario.

Desde el punto de vista de la planificación económica, esta prestación de servicios corresponde al sector privado. La magnitud de este sector es muy diversa en los distintos países, dependiendo de la capacidad de compra de servicios de que goce la población del país o de la región correspondiente. No debería dársele gran importancia a este sector por suponerse que tiene tendencia a desaparecer a medida que el Estado y las instituciones de seguridad social organizan sistemas de atención médica institucionalizada; sin embargo, es de bastante importancia en la mayoría de los países, y, salvo contadas excepciones, representa más del 50% del gasto médico en la mayor parte de las naciones del Continente.

Además de la práctica privada individual de los médicos, existen hospitales y consultorios privados, en los cuales los médicos forman parte de un equipo de especialistas, constituyendo así el ejercicio de la profesión en grupo, que es, indudablemente, un comienzo de organización de las prestaciones y un progreso sobre el ejercicio profesional individual ya mencionado.

b) *Servicio médico público.* Los Ministerios de Salud que originalmente se preocupaban exclusivamente de la salud pública en su concepto tradicional—lo que comprendía higiene, epidemiología y servicios personales preventivos, que posteriormente se han llamado de fomento de la salud—han evolucionado en el curso de los últimos años para extender su campo de actividades hacia el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermedades, o sea, a la atención médica o, como se ha llamado más recientemente, la recuperación de la salud. Este aumento en las actividades de los Ministerios se basa, en primer lugar, en el reconocimiento de la necesidad de integrar las actividades técnicas de la medicina preventiva y curativa, y, en segundo lugar, en la obligación de los Gobiernos de organizar las prestaciones médicas para ciertos grupos sociales, especialmente de las zonas rurales que quedaban al margen de los beneficios de otros organismos e instituciones que prestan servicios médicos.

Con estos antecedentes es de comprender que los servicios médicos organizados por los Ministerios sean de carácter integral, es decir, que cubran la salud ambiental y colectiva al mismo tiempo que la medicina individual, en sus aspectos preventivos y curativos. Por otra parte, la cobertura ofrecida por los servicios públicos de los Ministerios de Salud es de carácter universal, ya que no hace distinción en lo que respecta a la condición socioeconómica de su clientela. Esta universalidad, sin embargo, está limitada por la capacidad de atención de los servicios y en ciertos sitios, por su inexistencia.

En algunos países los Ministerios de Salud se han hecho cargo de los antiguos servicios de beneficencia y asistencia social y los han transformado en servicios públicos para la atención gratuita de la población de escasos recursos económicos. Este mecanismo de absorción que, si bien ha permitido a los Ministerios asumir de inmediato responsabilidades en la atención médica de

ciertos grupos sociales, les ha acarreado al mismo tiempo cierta limitación en la calidad de sus prestaciones por cuanto dichos establecimientos disponían de recursos muy elementales, como era el caso de los antiguos hospitales de caridad. El corregir estos defectos y limitaciones y elevar el prestigio de los servicios frente a la comunidad ha sido una tarea bastante ardua. Estos servicios públicos existen en todos los países, pero están limitados a ciertos segmentos de la población.

En nuestro Continente, solamente Cuba ha adoptado un sistema de servicios integrados de salud para toda la población, manejados por el Ministerio. Los hospitales fueron tomados de las antiguas organizaciones mutualistas.

c) *Servicios médicos de la asistencia social.* Este rubro general comprende los servicios públicos o privados gratuitos destinados a indigentes.

La asistencia social pública existe en casi todos los países y en algunos tiende a confundirse con los servicios públicos dependientes del Ministerio de Salud.

Estos servicios tienen problemas difíciles de financiamiento y generalmente adolecen de graves deficiencias técnicas y administrativas. No siempre dependen de los Ministerios de Salud y con mucha frecuencia tienen una administración semi-autónoma financiada a través de fuertes subsidios del Gobierno y de otros organismos públicos y privados. Ejemplos de estos sistemas son el "Medicaid", las juntas de asistencia social de Nicaragua y otros países de Centro América, los patronatos que administran los hospitales de niños de Costa Rica y Panamá, el Hospital Vargas de Caracas, Venezuela, y otros.

La asistencia social privada tiene características muy semejantes y sólo se distingue de la anterior en que goza de una administración totalmente autónoma privada, aun cuando con frecuencia también recibe subvenciones del Estado. Ejemplos típicos son las Beneficencias de Colombia y las Santas

Casas de Misericordia del Brasil. Vale la pena destacar que en estos dos países del 60 al 80% de los hospitales pertenecen a estos organismos que son considerados parte integrante del sector privado. Por lo tanto, tienen una importante responsabilidad en la prestación de servicios médicos a la comunidad.

d) *Seguro de enfermedad.* El sistema de *seguro social* es de importancia en lo que respecta a las prestaciones médicas en casi todos los países de América. Aun cuando no alcanza a cubrir a una proporción significativa de la población, sus servicios habitualmente son los más completos y mejor organizados y financiados. Algunos de los hospitales construidos y mantenidos por instituciones de seguridad social en Brasil, Costa Rica, México, Panamá, Perú y otros países se cuentan entre los mejores hospitales de sus respectivos países, estando algunos entre los mejores del Continente.

Con excepción de la Argentina, donde el seguro social no otorga prestaciones médicas, y Uruguay, donde las prestaciones médicas están limitadas a la protección maternoinfantil ofrecida por la Caja de Asignaciones Familiares, todos los demás países de América tienen seguros sociales, más o menos extendidos, que conceden prestaciones médicas a grupos de población cuyo rango es amplio, como puede observarse en el cuadro 1. En este se ha omitido a Chile, que recientemente extendió el beneficio de la atención médica al grupo de los empleados y sus familiares, con lo cual es probable que la cobertura de ese país por servicios médicos del seguro social alcance una cifra superior al 80 por ciento.

Este problema de la escasa cobertura ofrecida por los servicios médicos de las instituciones de seguridad social es una de las mayores limitaciones para que estos puedan transformarse en un elemento decisivo con repercusión importante en el estado de salud de la comunidad. Desgraciadamente, su extensión a ciertos sectores económicos, especialmente el agrícola, parece encontrar

Cuadro 1. Número de personas con derecho a servicios médicos del seguro social en algunos países de América Latina

País	Población estimada al 1 de julio ^b	Asegurados con derecho a atención médica ^a			Cobertura población (%)	
		Año	Cotizantes	Familiares dependientes ^c		Total
Bolivia	3,748,000	1966	189,511	238,630	428,141	11.42
Colombia	17,462,000	1964	473,467	180,303	653,770	3.74
Costa Rica	1,486,000	1966	133,885	370,888	504,773	33.97
El Salvador	3,037,000	1966	68,506	22,607	91,113	3.00
Honduras	2,363,000	1966	27,612	17,552	45,164	1.91
México	42,689,000	1965	2,477,363	5,287,672	7,765,035	18.19
Nicaragua	1,715,000	1966	65,648	37,285	102,933	6.00
Panamá	1,287,000	1966	109,676	58,639	168,315	13.08
Paraguay	2,094,000	1966	56,612	66,508	123,120	5.88
Venezuela	8,921,000	1966	439,335	933,957	1,373,292	15.39

^a Preparado por el Programa de Seguridad Social, Departamento de Asuntos Sociales, Unión Panamericana, Washington, D.C., mayo de 1968. Fuentes: Informes Estadísticos y Memorias Anuales de los Institutos de Seguridad Social.

^b Fuentes: Naciones Unidas, *Demographic Yearbook, 1966*; Naciones Unidas, *Population and Vital Statistics Reports, Statistical Papers, Serie A, Vol. XLIX (4)*, octubre de 1967.

^c Para la prestación de atención médica, el concepto de "familiar dependiente" varía según el país. Puede o no incluir a la esposa o compañera del asegurado en casos de enfermedad y maternidad o de maternidad únicamente. En cuanto a los hijos, cuando están incluidos, la edad hasta la cual reciben atención médica también varía. Asimismo, en algunos países los servicios médicos se prestan sólo en determinadas zonas.

graves dificultades financieras. Hasta el momento el seguro está prácticamente reducido a la protección de los grupos de obreros industriales, en un Continente en donde el 47% de la población económicamente activa vive en zonas rurales y trabaja en labores agrícolas. Por lo tanto, es urgente encontrar otro sistema de financiamiento para las poblaciones rurales.

En los Estados Unidos de América, el "Medicare" cubre exclusivamente a los ancianos mayores de 65 años y está limitado a un 9.5% de la población del país, sin que se puedan hacer comparaciones con la población económicamente activa, ya que el grupo protegido, en su mayor parte, lo constituyen personas retiradas de la vida activa.

Las prestaciones médicas de la seguridad social se conceden directamente a través de servicios propios en aquellos países donde no ha existido otro sistema hospitalario capaz de absorber las responsabilidades de la atención médica de la población asegurada. En otros casos, como Chile y Co-

lombia, donde la red hospitalaria era más o menos adecuada, el seguro social se ha abstenido de construir hospitales y prefiere dar prestaciones indirectas, a través de servicios contratados en hospitales públicos o de asistencia social.

Generalmente, los seguros sociales dividen sus prestaciones en tres grupos principales: el seguro de enfermedad corriente, el seguro contra enfermedades profesionales y accidentes de trabajo y el seguro de maternidad. Todos ofrecen prestaciones en especie (atención médica, hospitalaria, farmacéutica y dental) y en dinero (subsidio de enfermedad e invalidez).

Los sistemas de seguros de salud privados o voluntarios no han prosperado en forma ponderable. A excepción de Puerto Rico, donde se han proyectado los sistemas de seguros de salud voluntarios de los Estados Unidos de América, el seguro privado no existe en el resto de América Latina.

El mutualismo tuvo su florecimiento a comienzos del presente siglo; hoy día per-

siste sólo en el Uruguay, donde representa más o menos el 70% de los recursos de atención médica, y en la Argentina. Las prestaciones que ofrecen son de carácter estrictamente curativo e individual, ya que aseguran a la persona independientemente del grupo familiar. Aun cuando la calidad de sus servicios es bastante buena, en general resultan de tan alto costo que se ven obligados a cobrar contribuciones también muy elevadas, transformándolo en un sistema que no puede aplicarse al promedio de la población necesitada.

e) *Seguro de salud*. El seguro de salud integral que proporciona servicios preventivos y curativos a la totalidad de la población de un país seguramente es el ideal, que desgraciadamente parece ser muy difícil de alcanzar en el momento actual. La incapacidad económica de las poblaciones rurales, y especialmente de los grupos autóctonos, la distribución geográfica de las poblaciones en pequeños conglomerados diseminados en grandes extensiones de terreno, la escasez de médicos y otros profesionales técnicos de salud, son elementos que actualmente hacen utópico un seguro nacional de salud integral.

El Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica, en su sesión de julio de 1965 consideró "que los países latinoamericanos no están preparados en este momento, y probablemente no lo estarán en un futuro inmediato, para aplicar en ellos un seguro nacional de salud por el estilo del británico o de otros países de alto grado de desarrollo".

Aun cuando es remota la meta de alcanzar un seguro integral de salud, sigue siendo una aspiración idealista que permitirá dar a toda o a casi toda la población servicios integrales de salud de una alta calidad científica y sin barreras financieras.

El seguro de hospitalización adoptado por el Canadá quizá podría ser una combinación más económica para solucionar el problema de la atención médica, dejando los

servicios de salud ambiental y preventivos bajo la responsabilidad del Estado.

f) *Servicios nacionales de salud*. Chile es el único país en el Continente que ha optado por la creación de un Servicio Nacional de Salud. En este se han combinado en un servicio descentralizado de administración semi-autónoma las funciones de higiene y epidemiología que eran antiguamente responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, además de la administración de hospitales, que pertenecían a los servicios de beneficencia y asistencia social, las prestaciones de enfermedad común que pertenecían al seguro social y además las prestaciones por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, que pertenecían al seguro de accidentes del trabajo.

Más recientemente se ha asignado al Servicio Nacional de Salud las prestaciones ambulatorias y de hospitalización de los empleados cuando requieren equipos especializados, de acuerdo con la nueva ley que otorgó atención médica a este grupo laboral. De lo anterior se desprende que el Servicio Nacional de Salud tiene responsabilidad sobre el saneamiento ambiental y la medicina preventiva de la totalidad de la población, responsabilidad total sobre la atención médica de los imponentes del seguro social—lo que constituye más o menos un 54% y de los indigentes y sus familiares, que se pueden estimar en un 10%—y la atención hospitalaria especializada de los empleados y sus familiares, lo que constituye aproximadamente un 20% de la población. Por consiguiente, se logra una cobertura superior al 80% de la población.

El financiamiento del Servicio es multi-lateral, ya que sus recursos provienen del presupuesto fiscal a través del Ministerio de Salud Pública, del servicio del seguro social, del servicio médico del empleado, de los pagos por servicios prestados a personas no cubiertas por el seguro y de las rentas de los bienes propios del Servicio.

g) *Sistemas nacionales de salud*. Algunos países han llegado a la conclusión de que,

para ofrecer la pluralidad de los servicios necesarios de carácter preventivo, curativo y social, y considerando el alto costo que han alcanzado estas prestaciones, no es posible esperar que una sola institución u organismo esté en condiciones de financiarlas en su totalidad; de ahí que haya que recurrir a un financiamiento multilateral y a una administración coordinada bajo un sistema nacional de salud.

Dicho sistema así concebido contempla la planificación coordinada de servicios a nivel central institucional, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local. Su financiamiento debe ser multilateral y debe existir además en el orden técnico una autoridad normativa central que coordine los planes de salud, imparta las normas y fiscalice su ejecución a nivel regional y local.

El sistema nacional de salud aspira a una mejor utilización de los recursos disponibles, elevando su productividad y evitando duplicaciones. Para ello es indispensable que exista una clara definición de propósitos por parte de las autoridades ejecutivas centrales para hacer participar en el sistema todos los recursos humanos y materiales disponibles y aceptar la planificación coordinada de las acciones de salud. Todo esto se puede lograr sin dañar la autoridad administrativa y la autonomía financiera de manera que cada institución pueda cumplir con sus obligaciones legales.

Para que el sistema funcione eficientemente, es indispensable además que exista delegación de autoridad en jefes regionales comunes que vienen a representar la autoridad coordinadora a nivel intermedio, con atribuciones suficientes para consolidar el presupuesto de salud regional y supervigilar la ejecución de los programas para cada uno de los establecimientos de la región sin mostrar parcialidad hacia la institución propietaria.

En el capítulo correspondiente se discuten las características de la regionalización de los servicios.

No se pueden ocultar las enormes dificultades que entraña la organización de un sistema como el descrito. Chile lo viene ensayando desde hace algunos años y Brasil recién comienza a ponerlo en práctica en forma experimental en el Distrito de Nova Friburgo. Por su parte, Panamá ha dictado la reglamentación necesaria para iniciar la organización de un sistema nacional de salud.

Si es difícil establecer un sistema coordinado de salud entre instituciones dependientes directa o indirectamente del Estado, es muchísimo más difícil hacer participar en el sistema al sector privado. Este participa en el sector salud en forma de seguros voluntarios, sistemas mutualistas, hospitales y clínicas privadas, ejercicio privado de la profesión médica y de otras profesiones afines y las farmacias comerciales. Todo este conjunto de establecimientos e individuos están sujetos a las disposiciones de salud establecidas por las leyes de los distintos países, pero no tienen obligación de someterse a las de un plan nacional de salud y a las normas técnicas y administrativas impartidas por los Ministerios o Secretarías de Salud. Su colaboración dentro de un sistema nacional de salud, por lo tanto, sólo puede ser de carácter voluntario y es recomendable estimularla, ofreciendo para ello ciertos incentivos que no perjudiquen la eficiencia técnica de las prestaciones.

En ciertos países, como en el Brasil, donde el sector privado representa una parte importante del volumen de prestaciones médicas concedidas a la comunidad, existe el peligro de que este sector pase a tener, dentro del sistema nacional de salud, una participación igualmente importante en la adopción de decisiones técnicas y administrativas, las que pueden eventualmente sobrepasar la autoridad del Ministerio para dictar normas técnicas y administrativas a las instituciones participantes en el sistema

de salud. Si tal fuera el caso, sería indispensable adoptar las medidas necesarias para hacer respetar la autoridad normativa y directiva del Ministerio de Salud como elemento absolutamente esencial para que el Gobierno pueda cumplir con su mandato constitucional de proteger la salud del pueblo y además dirigir la política de salud de la nación.

Algunas iniciativas individuales y aisladas han sugerido la creación de una corporación autónoma para organizar y administrar las prestaciones de salud de la comunidad. La idea nunca ha sido ensayada y parece difícil que algún Gobierno esté dispuesto a delegar en una corporación autónoma su potestad para dirigir y orientar la política de salud del país.

2. SISTEMAS DE REMUNERACION A LOS MEDICOS

La forma como se retribuye el trabajo médico y de otros profesionales de la salud generalmente va unida al sistema administrativo-financiero imperante en el país, aun cuando ningún sistema de pago es absolutamente característico de un sistema de organización; por el contrario, lo corriente es que distintas formas de remuneración estén combinadas dentro de un mismo sistema administrativo.

a) *Sistema de pago por servicios prestados.* Este corresponde al sistema tradicional de honorarios médicos y generalmente va unido a la libre elección del médico por el paciente y es característico del ejercicio privado de la profesión.

El seguro social utiliza este sistema en algunos países y para algunos sectores laborales, ya sea en forma de honorarios pagados directamente al médico o de reembolso total o parcial al paciente.

Este es el sistema preferido por la profesión médica, por cuanto le ofrece mayor libertad en la fijación del monto de sus honorarios y un mejor control sobre el número de pacientes atendidos por unidad de tiempo. Sin embargo, no es el mejor sistema para las instituciones empleadoras, ya que no ofrece ningún incentivo para promover la medicina preventiva y se presta además a abusos en el sentido de exagerar el número de consultas, lo que encarece los costes globales del sistema sin ningún beneficio técnico para los pacientes.

b) *Sistema de pago por población asig-*

nada. Este sistema se conoce como "capitation" en inglés y consiste en la asignación de una lista de individuos que constituye la clientela de un médico determinado, quien recibe una suma alzada *per capita* de individuo inscrito en su lista, ya esté sano o enfermo. Generalmente este sistema es de inscripciones individuales, lo que es altamente perjudicial porque rompe la unidad familiar en tal forma que el jefe de la familia puede estar inscrito en la lista de un médico internista, su esposa en la de un gineco-obstetra, y sus hijos en la de un pediatra o de varios pediatras, con lo cual se pierde toda posibilidad de acción medico-social y epidemiológica sobre el grupo familiar. Tiene, sin embargo, la ventaja de que estimula la acción preventiva individual, ya que al médico le conviene que su clientela esté sana y por lo tanto lo induce a practicar la medicina preventiva individual, que en general representa un menor esfuerzo frente a las exigencias clínico-terapéuticas derivadas de una enfermedad.

Este es el sistema que utilizan especialmente el mutualismo y también algunas instituciones de seguridad social.

c) *Sistema de pago por sueldo fijo.* El sueldo puede ser fijado por jornada completa o jornada parcial, siendo el sistema preferido por los Ministerios de Salud y por la mayor parte de las instituciones de seguridad social. Lo difícil de este sistema es fijar en forma equitativa la productividad médica por hora de trabajo. Existe la ten-

dencia por parte de los médicos a alzar el precio de las prestaciones y a limitar el número de atenciones por hora a cifras muy bajas, con lo cual disminuye la productividad del servicio, se encarece la prestación y casi se impide la extensión de la medicina social a ciertos grupos laborales de escasos recursos. Por otra parte, la dedicación de mayor tiempo a cada paciente podría redundar, aunque no siempre es así, en una mejor calidad de los servicios prestados.

d) *Sistemas mixtos*. Algunas instituciones

han optado por combinar estos sistemas, lo cual impide un buen control administrativo y se presta a toda clase de errores.

En Chile, por ejemplo, la reciente ley de medicina curativa para los empleados permite el ejercicio privado de la profesión por los médicos de los hospitales a horas distintas de aquellas contratadas a sueldo fijo. El sistema brasileño establece una población asignada a cada médico por encima de la cual se pagan honorarios por servicios prestados.

III. REGIONALIZACION DE LOS SERVICIOS ¹

La regionalización es el instrumento administrativo que permite, a nivel intermedio, la consolidación de los programas nacionales de salud para facilitar su ejecución a nivel local. El principal objetivo de la regionalización es coordinar todos los recursos humanos y materiales disponibles de la región, a fin de obtener su mejor utilización, evitando duplicaciones y permitiendo la accesibilidad de toda la población, sin discriminaciones, a los establecimientos de salud ubicados en la región.

La mejor manera de introducir este complejo concepto de la regionalización es a través de la motivación de la comunidad y de la clara comprensión de los médicos y demás trabajadores de la salud a fin de que, tanto los que prestan los servicios como los usuarios, estén conscientes de la importancia de una labor armónica y coordinada dentro de la región. El enlace entre diferentes programas y las distintas instituciones es un proceso que exige una cuidadosa preparación y gran habilidad administrativa. Su éxito depende de que efectivamente represente una necesidad sentida y de que su implantación respete los derechos de todos y cada una de las instituciones y personas participantes, estableciendo incentivos para determinados trabajos de mayor responsabilidad o que exigen cierto sacrificio personal.

El concepto de regionalización no siempre es igual, por lo que la palabra tiene una connotación diferente según los países. En algunos, constituye simplemente una coordinación financiera en la que se forma un fondo común para la adquisición de equipos y suministros. En otros, tiene por objeto

principal reunir todos los recursos disponibles a fin de intensificar el control de ciertos grupos de enfermedades tales como las cardiovasculares, los tumores, la tuberculosis, la diabetes y otras. Finalmente, en muchos sitios la regionalización se aplica solamente al sistema hospitalario, dejando a un lado los servicios de salud ambulatorios que siguen manteniendo una organización altamente centralizada.

Para que la regionalización tenga éxito debe aspirarse a que cada región sea auto-suficiente, incluyendo un sector urbano, uno suburbano y otro rural.

Fundamentalmente, la regionalización implica descentralización administrativa con el fin de simplificar los trámites burocráticos y la consolidación presupuestaria a nivel regional con objeto de distribuir los recursos en función de los programas de salud de la región. Es indispensable que las autoridades centrales participantes en el proceso de coordinación deleguen autoridad en un jefe o director regional. Este jefe regional debe ser un administrador de servicios de salud de la más alta competencia que goce de la confianza de todas las instituciones coordinadas. Además, debe tener atribuciones suficientes para manejar el personal y el presupuesto con cierta libertad dentro de los límites que señalan las obligaciones legales de las instituciones participantes y la adecuada conducción técnica de los programas de salud a nivel local.

Es evidente que la regionalización no funcionará eficientemente sin el liderazgo de un director regional que, además del conocimiento técnico y administrativo adecuado para manejar los servicios, tenga habilidades de líder para dirigir el equipo de salud

¹ Documento preparado por el Secretariado.

y mantener un diálogo de alta inspiración medicosocial con la comunidad residente en la región. Incluso, debe tener aptitudes docentes, ya que con frecuencia los establecimientos de la región se utilizarán para la enseñanza de estudiantes de medicina y otras profesiones afines.

Para que la regionalización represente un instrumento efectivo de coordinación entre todos los servicios de salud, es necesario que los establecimientos de salud de la región, sin consideración a cual sea la institución propietaria, participen con todos sus recursos en la programación, administración y ejecución de los programas locales de salud.

En el orden administrativo, esta participación significaría una distribución del trabajo y de las responsabilidades que evite duplicaciones y que permita el apoyo continuo entre los organismos, a fin de alcanzar la mayor productividad posible de la capacidad instalada y de los equipos disponibles para la ejecución de los programas.

La base de operaciones debe estar en un hospital general que puede, en algunas oportunidades, ser un hospital docente pero que, en todo caso, dispondrá de todas las especialidades médico-quirúrgicas y de los servicios médicos auxiliares indispensables para un buen diagnóstico y tratamiento. Los recursos humanos y materiales especializados del hospital regional son de alto costo y, en consecuencia, deben estar reservados para los pacientes que necesiten tratamiento especializado. Es recomendable que el hospital esté departamentalizado de acuerdo con las grandes especialidades de la medicina y que los pacientes se clasifiquen según la gravedad de sus dolencias, pudiendo disponer de los servicios de emergencia, recuperación y cuidados intensivos, en los que el tratamiento médico se concentre en beneficio del paciente agudo o grave. El consultorio externo del hospital general—en el que igualmente deben estar representadas todas las especialidades—se transforma así en el

terreno común de entendimiento, donde la medicina preventiva y la curativa se practican en forma integral, y representa además el lazo de unión entre los servicios hospitalarios y los servicios periféricos distribuidos dentro de la región.

Los servicios periféricos (hospitales rurales y suburbanos, centros de salud, policlínicos, consultorios periféricos, clínica periférica, postas médicas, medicaturas rurales, etc.) constituyen los medios que proyectan la acción del hospital hacia la comunidad, llevando tan cerca como sea posible del sitio de residencia, de trabajo o de estudio, los servicios de salud integral destinados a fomentar y recuperar la salud y haciendo uso de todos los conocimientos de la ciencia para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades comunes. La unidad mínima de atención debe tener los servicios de por lo menos un médico y una enfermera obstétrica con el mínimo de personal administrativo y auxiliar indispensable y con instalaciones de laboratorios y rayos X, a fin de prestar los servicios de salud elementales pero suficientemente respaldados con los elementos científicos de diagnóstico y tratamiento.

Un buen servicio de comunicaciones (teléfono o radio) y de ambulancias permitirá el transporte oportuno, ya sea de los especialistas del hospital regional hacia los servicios periféricos o de los enfermos de la periferia hacia el hospital base o de los elementos de diagnóstico y tratamiento para atender un caso agudo. Este intercambio de personal, elementos de trabajo y pacientes es esencial para que el sistema regional funcione adecuadamente.

En una etapa más avanzada de desarrollo, los servicios de salud periféricos deberían estar combinados con servicios de protección social y educativos tales como clubes de madres, salas-cuna, escuelas de párvulos, centros de educación para la salud, etc.

1. PARTICIPACION DE MEDICOS CLINICOS EN PROBLEMAS DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL Y ADMINISTRACION DE PROGRAMAS LOCALES DE SALUD

La participación del clínico en la administración de servicios y en la programación y conducción de programas de medicina preventiva y social a nivel local es absolutamente indispensable. Este enfoque debe fomentarse desde la escuela de medicina a fin de que los futuros médicos ejerzan su carrera con un concepto claro y con una actitud mental adecuada que les permita comprender que han elegido una profesión que tiene por finalidad dar servicios a la comunidad doliente; esta profesión debe ejercerse a través de instituciones organizadas y tanto en la comunidad como en el domicilio del paciente. Por el alto sentido social de sus actividades su profesión no puede estar sometida a las normas que rigen las relaciones comerciales o mercantiles en otros campos de la actividad humana.

El problema de la mala distribución de los médicos preocupa cada día más a los Gobiernos, incluso de los países altamente industrializados. Hay una tendencia muy fuerte en los médicos a establecer su residencia en las grandes ciudades, donde el ejercicio profesional ofrece mejores oportunidades y mayores satisfacciones y donde el ambiente cultural y de desarrollo social proporciona mejores garantías para una vida familiar cómoda y para la educación de los hijos. Los Gobiernos han ideado diversos mecanismos para inducir a los médicos a trasladarse a los barrios suburbanos y a las zonas rurales donde grandes masas de población necesitan en forma urgente, y a veces desesperada, de la atención médica.

En muchos países se ha establecido lo que se conoce con el nombre de "servicio social de los médicos" y que no es sino la obligación del interno, inmediatamente antes de obtener su título, o del médico recién egresado, de trasladarse a trabajar en las zonas rurales por un tiempo determinado, como

condición obligatoria antes de poder ejercer libremente su profesión. Esta obligación legal a veces ha sido acompañada de incentivos económicos o de reconocimiento de tiempo servido, a fin de compensar el mayor sacrificio que significa la vida en las zonas rurales. La verdad es que ninguno de estos procedimientos ha tenido éxito permanente, ya que los médicos regresan a las grandes ciudades tan pronto como termina su obligación legal y en ciertos casos recurren a toda clase de procedimientos para eludirla.

Cuando el médico sale al ejercicio profesional en las zonas rurales, generalmente se encuentra aislado del contacto profesional y, con frecuencia, tiene que asumir responsabilidades clínicas, preventivo-sociales y administrativas para las cuales no ha recibido un adiestramiento adecuado. El médico en la zona rural pasa a ser automáticamente el jefe de un pequeño establecimiento, así sea hospital rural, centro de salud o posta médica, se convierte en el jefe administrativo de un pequeño grupo de auxiliares y otros funcionarios menores que son sus colaboradores y, lo que es más importante, pasa a ser líder y consejero de una comunidad que está sedienta de recibir la protección que tradicionalmente se ha esperado de la profesión médica. El joven recién egresado de una escuela de medicina se siente anonadado por problemas que nadie le señaló ni le enseñó a resolver, y es probable que su sentido de responsabilidad profesional sea otro factor determinante, además de los ya señalados, que lo fuercen a eludir o abreviar al máximo el período de un servicio social en las áreas rurales.

Fuera de esta participación del médico en la prestación de servicios básicos de salud, hay otro aspecto muy importante que es la participación del clínico en la regionalización de los servicios. En efecto, un servicio regionalizado debe ser un servi-

cio científicamente programado, adecuadamente descentralizado y sometido a una supervisión técnica que garantice la calidad de las prestaciones en los servicios periféricos por pequeños que sean. Exige, además, la evaluación periódica de los resultados con el objeto de corregir errores y reorientar la conducción del programa. Es de la mayor importancia que el director regional obtenga la colaboración de los jefes de servicios clínicos especializados en todo este proceso de programación, ejecución y evaluación de los programas locales de salud. Esta labor obliga al clínico a estudiar datos estadísticos y epidemiológicos, a ponerse en contacto con métodos administrativos y, más importante aún, con los problemas económicos y sociales del paciente y sus familiares. Este

conocimiento y esta experiencia necesariamente ampliarán el horizonte del médico clínico y perfeccionarán los aspectos humanos-sociales de las prestaciones de salud.

En consecuencia, a lo largo de todo su ejercicio profesional, el médico debe participar en actividades de medicina preventiva y social y ejercer funciones administrativas y de programación, las que van aumentando junto con el avance en su carrera. Por lo tanto, es indispensable prepararlo para cumplir satisfactoriamente con estas responsabilidades. Sólo una educación de pregrado bien orientada le permitirá más tarde comprender y practicar en toda su amplitud y humanitarismo la noble misión de la profesión médica.

2. ADMINISTRACION COORDINADA DE LOS HOSPITALES

Utilización y productividad de los recursos

Las necesidades de atención médica, que se manifiestan en la creciente demanda hospitalaria, exigen, de los encargados de las prestaciones de salud, juicio administrativo para programar, organizar, dirigir y evaluar los servicios prestados por cada institución hospitalaria. El conjunto de dichos servicios de salud debe interrelacionarse mediante la coordinación para que la utilización del recurso sea completa y eficaz.

La evaluación del funcionamiento del hospital a través del análisis de utilización de recursos y estimación de la posible productividad de aquellos que han sido subutilizados, constituye un paso forzoso en el proceso administrativo de salud, cuando se estimen las necesidades y demanda y se ejecute el programa hospitalario necesario para satisfacerlas. Sin embargo, esta programación no será posible si no existe una actitud francamente positiva hacia la coordinación de servicios entre las diferentes

instituciones de un determinado país o región.

¿Qué mecanismos deben establecerse para asegurar la óptima utilización de los recursos, cuando la anarquía histórica en el establecimiento de los diversos organismos de salud ha hecho que estos se ignoren o dupliquen innecesariamente aun teniendo un propósito común?

Algunos caminos pueden ser valiosos para lograr cooperación y coordinación de servicios, y así aumentar la cobertura de servicios, mejorar la calidad de las prestaciones y disminuir a un mínimo el costo individual de la atención médica.

Mejoramiento de la organización y métodos administrativos en los hospitales

La aplicación de principios administrativos adecuados en las cuatro amplias funciones de programación, organización, dirección y control darán al hospital la capacidad de acrecentar su eficiencia. Para lograrla, es necesario utilizar los métodos derivados del tremendo avance en la tecno-

logía administrativa. Se enumeran a continuación algunos de los conceptos, técnicas y alternativas que pueden implementarse en todos los hospitales, independientemente de su afiliación, para aumentar su productividad:

- La programación funcional del hospital deberá ser una fase obligatoria en la preparación de todo proyecto de modernización, ampliación y construcción hospitalaria. En esta forma se evitará la inversión inútil de ingentes capitales y la obsolescencia precoz de las dependencias físicas. Los hospitales deben programarse con criterio amplio para que satisfagan las necesidades totales de asistencia médica preventiva y curativa de la comunidad.

- La óptima utilización del recurso humano de salud puede alcanzarse a través de la ejecución de un programa de cuidado progresivo de pacientes, concepto que permite programar los recursos y ejecutar los servicios, en estrecha relación con las necesidades de salud del paciente. Simultáneamente, puede establecerse una reforma administrativa mediante la cual todas las actividades, al nivel de servicios de hospitalización, se agrupan en clínicas y no clínicas, de manera de hacer responsables de las primeras al personal clínico, y de las segundas al personal adjunto administrativo.

- La coordinación de los departamentos de servicios diagnósticos y terapéuticos con los servicios que requieren los pacientes hospitalizados y ambulatorios constituye una condición fundamental para aumentar la eficiencia del funcionamiento hospitalario, evitando las demoras innecesarias en la atención del paciente hospitalizado y agilizando el diagnóstico y tratamiento del paciente en atención ambulatoria.

- La aplicación del concepto de eficiencia operacional, por medio de modelos matemáticos y estudios de tiempo y movimiento, contribuirá a aprovechar mejor la actividad del personal, utilizar el equipo adecuadamente y perfeccionar el gasto de suministros. En tal sentido, el paciente estará

mejor atendido y los costos de servicios serán menores.

- La adecuada organización de un servicio de mantenimiento protegerá la inversión capital representada en edificios, instalaciones y equipos; además, asegurará el funcionamiento permanente de servicios claves hospitalarios que utilizan instalaciones y equipos esenciales en el cuidado de pacientes.

- El manejo financiero del hospital deberá ser ejercido por personal con excelente apreciación del problema de salud y enfermedad, dentro del contexto individual y colectivo, y poscer además una adecuada formación en los principios generales de la economía médica.

- La orientación general del médico clínico en los fundamentos básicos de la administración y en el manejo financiero del hospital asegurará que este ejerza su función clínica libremente, sin ignorar el impacto económico que sus decisiones tienen sobre el paciente, la institución y, consecuentemente, la colectividad.

- El proceso administrativo significa que debe existir un permanente control y evaluación del funcionamiento hospitalario, para estar en condiciones de reprogramar objetivos y metas, reorganizar la delegación de autoridad y reanalizar las decisiones tomadas.

- La uniformidad de salarios entre profesionales y técnicos que desempeñan iguales labores es un elemento casi esencial para la coordinación.

Archivos médicos, historias clínicas y estadísticas hospitalarias

Para el hospital, la historia clínica constituye un documento fundamental de información científica y legal, así como una fuente copiosa de información bioestadística y de estadística hospitalaria. La uniformidad con que se formule la historia clínica, el uso de una misma nomenclatura y el análisis y procesamiento similar de la información estadística, facilitarán la coor-

dinación entre diversas instituciones hospitalarias. La información científica contenida en la historia clínica debe ser fácilmente transferible a cualquier organismo de salud al cual recurra el paciente en demanda de servicios. Un mecanismo de información claro y simple sobre los antecedentes de salud del paciente será de gran valor para coordinar la atención de pacientes dentro de un sistema de instituciones de salud.

Las estadísticas hospitalarias, derivadas mayormente de la historia clínica, son un instrumento fundamental para la evaluación administrativa del hospital. Los índices que resultan del análisis estadístico hospitalario constituyen los indicadores de la utilización y productividad hospitalaria. Sin embargo, es importante reconocer que los índices que se emplean comúnmente para evaluar la utilización de recursos indican solamente la medición cuantitativa del servicio, puesto que su verdadera eficiencia sólo podrá juzgarse mediante la cuantificación de la calidad y su interrelación con la cantidad y los costos de operación e inversión.

Debe reconocerse que, desafortunadamente, la evaluación de la calidad aún constituye un análisis complejo y sofisticado, ya que no se dispone de una fórmula única, mensurable, válida y confiable que mida la calidad de la atención médica. Los indicadores que se utilizan son correlativos y tienen que analizarse en conjunto para no caer en graves errores; no obstante esta salvedad, habrá que valerse de los indicadores de utilización y productividad cuantitativa. Entre estos, los más usados son los de promedio de estancia, porcentaje de ocupación, egresos por cama, primeras consultas y las subsiguientes. Estos índices son relativos y por lo tanto deben examinarse en conjunto y para evitar errores deben relacionarse con cada clasificación clínica mayor.

En varios países de la Región, las instituciones hospitalarias transmiten datos

estadísticos a los Ministerios de Salud, oficinas nacionales de estadística y otros organismos, según el reglamento legal o el acuerdo superior. En lo concerniente a las estadísticas hospitalarias, es recomendable la adopción de un determinado número de datos estadísticos que den uniformidad a la intercomunicación al nivel sectorial o nacional. Los nueve datos que se enumeran a continuación son suficientes para el análisis de utilización de recursos y, por consiguiente, para la programación hospitalaria:

Número de camas por especialidad clínica mayor e indiferenciada
“ “ cunas para recién nacidos
“ “ admisiones
“ “ días-paciente
“ “ egresos
“ “ nacimientos
“ “ defunciones
“ “ consultas (primera y subsiguientes)
“ “ autopsias

Las admisiones, días-paciente y egresos tendrán valor real cuando sean referidos a especialidades clínicas mayores. Toda la información deberá calcularse para períodos determinados de tiempo, en general, mensual y anual.

Elevación de la calidad de las prestaciones médicas

Todo hospital debe aspirar a mantener sus servicios a los más altos niveles de calidad, para poder satisfacer la demanda y ser más efectivo en alcanzar su finalidad. Sin embargo, como en la industria, dicha calidad significa mayores costos en la producción de servicios. Esto se evidencia por la necesidad tanto de otorgar mejores condiciones de trabajo al personal científico y técnico—que deberá ser altamente calificado—como mayor retribución, dado el tiempo de dedicación que exige el hospital. Asimismo, se necesitan equipos nuevos que la tecnología médica ha venido creando a un ritmo acelerado, mejores y mayor número de instalaciones especiales y adquisición de instrumental variado, y suministros

médicos y de enfermería en la cantidad y oportunidad necesarios. Obviamente, para alcanzar estas metas se requieren mayores fondos para funcionamiento e inversión.

Cuando un hospital alcanza un estándar alto de calidad en la prestación de sus servicios, no ofrece ninguna objeción para participar en programas de coordinación. La buena calidad en los servicios constituye una avenida de buenos ingresos y de demanda potencial por parte de los distintos círculos socioeconómicos de una población al nivel local o regional.

Las mejores condiciones de trabajo para el personal científico, los nuevos recursos tecnológicos médicos y una buena administración hospitalaria significan en la práctica un servicio de alta calidad en la atención de pacientes hospitalarios. Este hecho se demuestra en el desarrollo de un proyecto que la OPS viene adelantando en seis países latinoamericanos y cuyo propósito es la implementación del concepto del cuidado progresivo de pacientes. Este proyecto se está iniciando con la planificación y puesta en marcha de unidades de cuidado intensivo. En la primera unidad que inició actividades se ha observado una fuerte demanda por parte de círculos socioeconómicos altos, en un hospital que desde su fundación ha estado destinado a la atención de pacientes netamente indigentes.

Con el tiempo, se llegará al convencimiento por parte de la población en América Latina, que el hospital docente está capacitado para ofrecer servicios de la más alta calidad, ya que en él concurren todas

las condiciones para alcanzar una alta excelencia en la atención del paciente.

En este orden de ideas, no es insólito afirmar que la gran barrera para la coordinación hospitalaria está en el hecho de que, desafortunadamente, aún existe una gran proporción de hospitales con niveles de calidad bajos. Por consiguiente, deben explorarse todos los caminos para lograr un excelente grado de calidad de los servicios hospitalarios en la mayor proporción posible. Cuando tal situación se haya logrado, la intercomunicación, cooperación y permanente flujo de información se establecerá espontáneamente entre los diversos hospitales.

Acreditación hospitalaria

Entre los países latinoamericanos, sólo Colombia ha implantado un sistema de acreditación hospitalaria. Tal requisito puede transformarse en una necesidad imprescindible en los países de establecer un sistema coordinado de salud. La acreditación asistencial resulta necesaria para que las instituciones de seguridad social puedan garantizar a sus afiliados la calidad de las prestaciones indirectas otorgadas por establecimientos que no son de su propiedad. La acreditación docente es una exigencia prentoria para que las facultades de medicina se decidan a usar hospitales y otros servicios de salud de los Ministerios y del seguro social como campos clínicos y de comunidad para la enseñanza de estudiantes de medicina y otras profesiones afines.

IV. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD ¹

El objetivo de este tema es describir las actividades de salud susceptibles de ser englobadas de manera que las acciones que presuponen puedan administrarse en forma integral. Conviene por lo tanto incluir sólo una de las tres grandes categorías de las funciones de salud pública, es decir la de las prestaciones para la salud, dejando de lado lo relativo a la formación de personal y la investigación. Por otra parte, estas dos últimas responsabilidades, por corresponder no sólo al sector salud, sino también al de educación, economía, agricultura, ganadería y otros, difícilmente pueden ser incluidas como componentes de un programa de salud integral, sin convertirse en un factor de fricción conceptual cuando se trate de precisar los límites administrativos de un programa integral de salud.

Las prestaciones para la salud son ofrecidas a un individuo, a una familia o a un grupo en forma directa o indirecta. En el primer caso, uno o varios trabajadores de salud se ponen en contacto con los beneficiarios para ofrecer la correspondiente prestación, que puede ser un diagnóstico, una vacunación, un tratamiento, una atención dental, un consejo, la construcción de una letrina, el mejoramiento de un pozo, etc. En el segundo caso, las prestaciones para la salud se materializan cuando el individuo, la familia o la colectividad hacen uso o se benefician de servicios públicos administrados o controlados por el Ministerio de Salud, vale decir, servicios de agua, recolección de desechos, control de vectores y reservorios, contaminación atmosférica,

alimentos, lugares públicos o privados de uso colectivo, etc.

Para concluir que la práctica de la salud es integral ¿deben existir los dos tipos de prestaciones, o puede aceptarse que al ofrecer las prestaciones de la primera categoría se cumple con el objetivo de dar una atención integral en el campo de la salud?

¿Es útil advertir, desde ahora, que dentro de las actividades para la salud "integrables" la gran mayoría de ellas son de carácter médico, y que aquellas en que intervienen otras ciencias (sobre todo cuando se trata de obras de gran envergadura) son difícilmente integrables en el sentido estricto del vocablo?

Este documento se referirá principalmente a las primeras y especialmente a las que pueden ser cumplidas por personal académico, técnico o auxiliar de las ciencias médicas con adiestramiento general o especializado en salud pública.

Puesto que el ejercicio de la medicina integral, tanto del funcionario como de la institución, es distinto del ejercicio de salud pública integral, es posible tratar ambos separadamente. La medicina integral presupone la práctica médica como la define el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, es decir: "Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades", y sólo se requiere del conocimiento, las facilidades y el personal de las ciencias médicas para llevarla hasta un cierto nivel de perfección y extensión. En cambio, una práctica integral de salud pública presupone que el conocimiento, las facilidades y el personal necesario sea tanto del campo de las ciencias médicas y sus auxiliares como

¹ Documento preparado por el Secretariado.

de las ciencias de ingeniería, de la conducta, estadísticas y otras.

Las actividades en salud pública pueden ser realizadas por un individuo, un grupo, una institución o un conjunto de instituciones. Si el marco de referencia dentro del cual actúan está diseñado para cumplir funciones polivalentes, entonces cada uno de los elementos mencionados puede ofrecer, en un mayor o menor grado, una práctica integral de salud.

El ejemplo típico de la práctica profesional integral individual es la del médico, quien, tanto en el ejercicio privado como institucional puede, de acuerdo con la ciencia médica moderna, tener en cuenta y atender aspectos de fomento, protección y recuperación de la salud. Lo mismo podría decirse de otros profesionales que trabajen en el campo de la atención médica.

Teóricamente y en la práctica puede ejercerse la medicina integral en una institución que no haya alcanzado la integración de sus funciones. En otras palabras, ambos aspectos pueden planearse o realizarse en esferas distintas.

En la práctica de salud integrada que requiera la participación de varias disciplinas científicas, debe constituirse un grupo, integrado por funcionarios del campo de la ingeniería, de las ciencias de la conducta, estadísticas, médicos y otros, que identifique sus propósitos, complemente sus objetivos y detalle un programa definido de acción. Dentro del marco de sus funciones, este grupo estará cumpliendo una etapa de coordinación en representación de la institución a la que pertenecen, la cual tenderá, así, hacia una práctica de salud integral. En este caso, la dirección adecuada del establecimiento de salud, que cuenta con dichos recursos y cuya finalidad es proporcionar servicios de salud integral a la comunidad, sería uno de los factores que contribuiría a la materialización de este objetivo. Otro factor sería el establecer y llevar a la práctica el trabajo en equipo de los funcionarios de las distintas disciplinas.

La tercera situación mencionada, es decir el programa de salud integrado en cuya materialización intervengan varios establecimientos de salud, es mucho más compleja, siendo necesaria una acción definida de los niveles directivos de los varios organismos que, en conjunto, constituyen el sector de salud pública de un país.

La posibilidad de una práctica de salud integral realizada individualmente por un trabajador de la salud depende mucho del tipo de orientación y preparación que haya recibido durante su formación profesional. De ahí el esfuerzo que en tal sentido se hace en la universidad y en otros centros docentes en los que se forma personal para la salud, para impartir conocimientos y experiencia que les permita contribuir a lograr objetivos globales.

La posibilidad de una práctica de salud integral por un grupo de trabajadores de la salud dentro de un establecimiento individualizado depende mucho del tipo de funciones asignadas a dicha entidad y al plan de trabajo de la misma. De aquí la necesidad de planes de acción, normas, métodos y procedimientos técnico-administrativos, identificación y categorización de los establecimientos de salud, definición de las funciones de cada categoría de establecimientos y programación de sus actividades.

La posibilidad de una práctica de salud integral de varios establecimientos de salud depende en gran parte de las responsabilidades asignadas al sistema al cual pertenecen. Los de mayor importancia en América Latina son los Ministerios de Salud Pública, los sistemas de seguridad social, las juntas de beneficencia y otros. Por tanto, debe hacerse un esfuerzo para precisar el papel que cada sistema del sector de salud pública tendrá dentro del plan nacional de salud y debe señalarse la urgencia de seguir una política nacional formulada sobre la base de una apreciación científica de las necesidades y los recursos disponibles y potenciales. El plan nacional de inversiones y la re-estructuración del sector salud han

dado y continuarán dando oportunidades, ya sea para el fortalecimiento de los sistemas individualizados o para la fusión de varios para conformar organismos mayores, con responsabilidades más generalizadas que abarquen mayor número de acciones y ofrezcan así una práctica integral de la salud pública.

Parece ser que, mientras la posibilidad individual de contribuir a la realización de una práctica de salud integral disminuye según el individuo ocupa posiciones de mayor responsabilidad técnica y alcanza posiciones más altas en los distintos niveles operacionales, la posibilidad de convertir en realidad una práctica institucional aumenta conforme se asciende de nivel. Sólo los cuerpos directivos o las decisiones del Gobierno pueden modificar la orientación de la política seguida por cada una de las grandes corporaciones que operan en el campo de la salud. Los elementos conceptuales de una práctica integral de salud deben así ser claramente conocidos e interpretados por los distintos niveles de Gobierno.

Se ofrece a continuación una lista de las acciones que en conjunto podrían caracterizar un programa de salud integral:

a) *Atención médica y dental* (promocional, preventiva, curativa y de rehabilitación).

En la práctica, la atención médica y dental puede realizarse como una actividad independiente, en instituciones con objetivos definidos propios, o puede ofrecerse dentro de programas diseñados para salud materno-infantil o control de enfermedades transmisibles, nutrición y otros. La atención médica promocional, preventiva, curativa y de rehabilitación abarca, además de la medicina general, la salud mental, oral, del adulto, legal y otras, dependiendo de la importancia del establecimiento de salud el que se cumplan todas ellas en mayor o menor grado.

b) *Salud de la madre y del niño*, incluyendo entre otras:

Educación en puericultura y bienestar familiar.

Supervisión profesional durante el embarazo.

Atención institucional o profesional del parto y puerperio.

Supervisión del crecimiento, desarrollo y bienestar del lactante y del niño preescolar.

Salud escolar.

Al utilizarse el calificativo de profesional para designar estas prestaciones, se incluye no sólo a los profesionales médicos y paramédicos sino también a los auxiliares de salud debidamente preparados, con supervisión adecuada y autorizados por un reglamento o manual de trabajo para llevar a cabo un ejercicio profesional elemental.

c) *Control de enfermedades transmisibles*

Diagnóstico epidemiológico de la comunidad.

Vacunación de colectividades.

Diagnósticos y tratamiento precoces; búsqueda y examen de contactos.

Investigación epidemiológica de brotes. Lucha contra vectores o reservorios de enfermedades transmisibles al hombre.

Higiene y saneamiento del medio ambiente familiar.

Control de la producción, transformación, transporte, almacenamiento y expendio de alimentos y de los lugares donde ocurren tales actividades.

d) *Nutrición*

Tratamiento de la desnutrición proteico-calórica de tercer grado y rehabilitación de los desnutridos de segundo grado.

Educación en nutrición y economía doméstica.

Estímulo a la producción local de alimentos.

e) *Estadísticas* (vitales, de morbilidad y de actividades de los servicios).

f) *Asistencia social*

Control del alcoholismo y de la narcomanía.

Protección del retardado mental y del niño desvalido.

g) *Organización de la comunidad*

Educación para la salud en grupos.

Clubes de madres.

Organizaciones juveniles.

Promoción del deporte y de la vida al aire libre.

1. PARTICIPACION DE LOS HOSPITALES DOCENTES EN LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

Desde el término de la Segunda Guerra Mundial ha habido muchos cambios en la sociedad. Tanto la medicina como la atención médica y la educación médica se encuentran profundamente comprometidas en estos cambios. Uno de estos es la creciente esperanza y expectativa de la población en general y de cada comunidad en particular sobre el papel de los centros médicos universitarios en muchas actividades relacionadas con la atención médica.

La comunidad está ansiosa de obtener una aplicación más rápida de los nuevos conocimientos al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y por consiguiente está consciente de la necesidad de disponer de más médicos y personal profesional paramédico. Inevitablemente, la comunidad está tornando su atención hacia los centros médicos universitarios de los cuales espera y a los cuales solicita que asuman una responsabilidad y una relación más significativa.

Hoy día ya no se discute que la atención médica tiene estrecha vinculación con la educación médica. Hay un creciente número de internados y residencias en los hospitales docentes. Las escuelas médicas se han afiliado con otros hospitales públicos y privados para ampliar sus programas de enseñanza y de esta manera se ha estrechado gradualmente la relación de la comunidad con la escuela de medicina.

Los países del Continente americano enfrentan el difícil problema de desarrollar caminos a través de los cuales puedan proveer efectivamente la cantidad y la calidad de atención médica que la población necesita, solicita, exige y merece.

Como el centro de mayor conocimiento biomédico es el centro médico universitario, nos encontramos en la situación de decidir cuál será el papel que estos centros desempeñarán en el futuro, no sólo en la preparación de más y mejor personal profesional sino en la provisión de atención médica, ya que se admite que el centro médico universitario no puede ni debe permanecer relativamente aislado y alejado de los tremendos problemas de presión de la población con relación a la atención médica.

¿Cómo se puede combinar el cumplimiento de las obligaciones primarias de centro médico universitario, es decir, e adquirir nuevos conocimientos mediante la investigación y el impartir estos conocimientos a los estudiantes mediante la enseñanza, y proveer, al mismo tiempo atención médica general y altamente especializada a la comunidad?

¿Qué han hecho últimamente los centros médicos universitarios por la atención médica de la comunidad?

¿Cómo pueden la universidad y sus escuelas médicas y hospitales universitarios acelerar la aplicación de la ciencia y tecnología médica a la atención del paciente?

¿Puede el centro médico universitario preocuparse de los problemas médicos en la comunidad sin verse atrapado por dichos problemas?

¿Puede la universidad salvaguardar sus objetivos primarios de enseñanza e investigación y asumir una responsabilidad de servicio en la operación de programas creados en respuesta a la presión de la comunidad?

¿Cómo puede la universidad retener por

una parte su papel y responsabilidad propia de enseñanza e investigación y al mismo tiempo contribuir al desarrollo de la atención médica de la comunidad de una manera efectiva y significativa?

El centro médico universitario debe mirar en dos direcciones: hacia dentro, hacia la universidad, donde la enseñanza y la investigación son los objetivos fundamentales, y hacia afuera, hacia la comunidad, donde el servicio y la atención médica es la consideración más importante y fundamental. ¿Cómo puede el centro médico universitario llevar a cabo esas dos funciones de una manera adecuadamente balanceada?

Parece difícil que un centro médico universitario pueda proveer todos los servicios de atención médica que un conglomerado urbano importante necesita. El centro médico universitario debe reconocer su responsabilidad hacia la comunidad, particularmente en términos de desarrollar modelos de calidad de atención médica que subsecuentemente puedan ser adoptados en forma más amplia, especialmente por médicos y hospitales, cuya función primaria no es la enseñanza a estudiantes de medicina sino más bien proporcionar atención médica a gran parte de la población.

El centro médico universitario debe estar consciente de la necesidad de desarrollar nuevos sistemas de atención médica, lo que implica una relación especial con la formación de médicos y personal profesional paramédico, con la distribución geográfica de los mismos y con la necesidad de aumentar la productividad de su trabajo.

Al desarrollar modelos de nuevos servicios, el centro médico universitario debe prestar especial atención a los problemas de financiamiento.

Las demandas sociales son claras y urgentes. El centro médico universitario indudablemente es un recurso clave en la comunidad; es un centro de referencia con programas únicos que complementan los de otros centros médicos de la comunidad. La pregunta que se debe contestar es ¿en

qué forma puede el centro médico universitario ayudar a resolver los problemas de la comunidad?

El centro médico universitario debería ser el centro de programas piloto cuyo objeto es ser el ejemplo de la mejor manera de administrar y proporcionar atención médica a toda o a la mayor parte de la comunidad. Estos programas pueden y deben ser organizados de forma que permitan validar o refutar hipótesis en el campo de la investigación de la atención médica. La demanda por más atención médica para la población solamente podrá ser satisfecha cuando se modifiquen las formas o sistemas actuales de atención médica.

La verdadera contribución de los centros médicos universitarios radica predominantemente en el desarrollo de nuevos modelos de atención médica mediante la aplicación de un trabajo interdisciplinario que provea una mejor comprensión de los mecanismos de salud y enfermedad que la que se ha tenido hasta hoy. El centro médico universitario debería utilizar y movilizar los expertos apropiados dentro de las universidades a fin de colaborar en la definición de nuevos modelos, los cuales, si demuestran ser útiles, darán origen a nuevos sistemas de atención médica. Los centros académicos universitarios disponen de expertos en materias que son pertinentes a los problemas apremiantes que enfrenta la medicina. Estos incluyen a ingenieros de sistemas, técnicos en computación, especialistas en ciencias políticas, economistas, sociólogos y psicólogos. Si el centro médico universitario puede reunir el talento de estos profesionales en la organización de estudios dirigidos a los problemas de atención médica y de sistemas, aportarán nuevos conocimientos que significarán atención médica más efectiva para una mayor población.

El papel del centro médico universitario en la solución de los problemas de atención médica de la comunidad no podrá realizarse a menos que el hospital universitario tenga recursos y una organización técnica y admi-

nistrativa que permita desarrollar investigación en atención médica, cuyo resultado beneficiará a la comunidad.

Dignas de mención son las siguientes cuatro áreas importantes de investigación:

1. Análisis de las causas del continuo aumento del costo de atención médica, especialmente con respecto a los pacientes hospitalizados, y desarrollo de nuevas ideas que puedan al menos detener y controlar ese costo.

2. Estudio de métodos que permitan atender a la mayor proporción posible de pacientes mediante atención ambulatoria y semiambulatoria.

3. Análisis de métodos de modo que la tecnología moderna pueda aplicarse en la escala más amplia posible a la atención médica.

4. Desarrollo de planes encaminados a definir la estructura de las instalaciones físicas que incorpore el máximo de flexibilidad y que permitan la modernización y expansión de acuerdo a las necesidades cambiantes de los programas.

De esta manera el centro médico universitario, a pesar de tener propósitos y objetivos, orientación de sus programas, responsabilidad y criterios de evaluación de su trabajo que son distintos de los de las instituciones de salud, podrá servir más efectivamente a la comunidad nacional manteniendo al mismo tiempo su papel vital e insustituible en la enseñanza y la investigación. Simultáneamente, la educación médica se beneficiará al usar los campos clínicos del hospital y los campos sociales de la comunidad como áreas de práctica para los estudiantes.

2. INCORPORACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS A LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

A través de la observación y experiencia de los países de la Región se ha demostrado que existe una fragmentación de las actividades de salud en numerosas instituciones.

En efecto, en todos los países hay diversas instituciones al nivel nacional, regional o local que prestan algún tipo de atención de salud. Existen instituciones estatales, semiestatales o privadas y algunas cubren distintos riesgos, como accidentes y urgencias; otras están diferenciadas de acuerdo con estratos laborales y socioeconómicos, relacionados generalmente con diferentes regímenes de previsión.

Esta fragmentación no siempre se basa y desarrolla de acuerdo con un criterio de distribución equitativa de la población por comunidad territorial, lo que significa duplicación innecesaria de recursos financieros y esfuerzos humanos. Esta consume una parte importante de los escasos recursos para salud de que disponen los países en

desarrollo, con el consiguiente perjuicio para la comunidad.

La mayoría de dichas instituciones comenzaron como entidades privadas y gradualmente han ido pasando bajo el control de los Gobiernos o estados, especialmente ante el aumento creciente de los costos que han impedido el financiamiento con las fuentes privadas originales. Existen, sin embargo, instituciones de salud y hospitales privados que en algunos países, como el Brasil, constituyen una alta proporción (sobre el 80% de los hospitales). En otros países estas instituciones son una minoría en términos del número de hospitales y camas, a pesar de que en muchos lugares estos hospitales y camas constituyen el único recurso de salud de una comunidad geográfica determinada.

La coordinación de los hospitales y demás instituciones privadas dentro del sistema de salud es un imperativo ineludible si han de cumplir con un verdadero y eficiente servi-

cio a la comunidad. Es absurdo ignorar la existencia e importancia de las instituciones privadas de salud. Igualmente absurdo e irresponsable es que las instituciones privadas de salud ignoren el papel que les corresponde como instituciones de servicio a la comunidad.

Sin atender al tipo de propiedad y de control, el hospital ha llegado a ser un centro de salud comunitario que debe proveer programas crecientes de servicios y facilidades para mejorar la salud de los habitantes.

Existe hoy día un consenso tácito o explícito, según los países, sobre la necesidad de resolver urgentemente algunos puntos de controversia en el campo de la atención médica. A continuación se enumeran algunos principios que podrían servir de guía en la acción de coordinar los hospitales privados dentro de los sistemas locales, regionales o nacionales de salud.

a) Para ser realmente efectiva, la atención médica debe ser prevista en una forma coordinada y total.

El término "atención médica total" se usa como antónimo de "atención médica fragmentada", la que se considera inaceptable. La atención médica total se refiere básicamente al tipo de atención personalizada desde el nacimiento hasta la muerte, y puede ser preventiva, curativa y rehabilitativa, así como diagnóstica y terapéutica.

b) La población está empeñada en una política de atención médica de alta calidad, de una sola clase y disponible para todos, limitada solamente por los recursos, sin discriminación de raza, credos, ideologías o circunstancias económicas.

Esta política tiene su origen en consideraciones morales y políticas, y también en la necesidad de contar con una eficiencia económica, muy especialmente porque hay evidencia creciente de que esta es la mejor manera para asegurar atención médica de alta calidad. El antiguo mito de "separados pero iguales" es tan falso en atención médica como en educación. Si la atención

es realmente igual no hay argumento racional para que sea separada. Pero esto implica elevar la calidad de los servicios menos desarrollados hasta alcanzar un mínimo aceptable.

c) Los servicios de atención médica y de salud deben proporcionarse en los locales y condiciones más apropiados en términos de requerimientos tecnológicos, control de calidad y ventajas para el médico y el paciente. Los hospitales privados deben estar preparados para someterse a las normas técnicas y administrativas emanadas de la autoridad coordinadora.

d) La relación más satisfactoria entre médico y paciente se basa en una política de amplia comunicación entre los profesionales y técnicos del equipo de salud y la comunidad a fin de asegurar atención de alta calidad. Esta la asegura la afiliación del médico con un buen hospital, lo cual también plantea la necesidad de mejorar tanto los hospitales gubernamentales como los privados.

e) Las instituciones de salud y hospitales privados deben orientarse hacia la comunidad y estar controlados por esta a través de los Gobiernos. Está demostrado que no se puede servir bien al bienestar de la comunidad cuando el control lo ejercen exclusivamente los proveedores o los consumidores de la atención médica.

f) Los costos de la atención médica de los hospitales privados deben ser acuciosamente contabilizados, controlados y mantenidos dentro del límite que permitan la supervivencia de las instituciones hospitalarias al servicio de la comunidad y la calidad de la atención.

g) Los hospitales privados deben reforzar su papel comunitario como también sus finanzas, diversificando sus fuentes de ingreso. La idiosincracia de las comunidades hace más factible su colaboración con los hospitales privados que con las instituciones hospitalarias estatales.

h) La mejor garantía de prestar una buena atención de salud en el futuro es un

mecanismo fuerte de planificación comunitaria que responda a las necesidades cambiantes tanto de los proveedores como de los consumidores de la atención médica y que permita un ajuste continuo en los servicios y en las facilidades.

No se ha demostrado claramente una correlación directa entre la propiedad del hospital y la eficiencia y productividad de los recursos hospitalarios, pero sí parece haber una relación más estrecha entre la capacidad y eficiencia del grupo que trabaja y el interés, conciencia y grado de participación de la comunidad organizada que recibe la atención médica y de salud.

Si los propósitos y metas de la institución hospitalaria son compatibles con los del personal que compone la organización, hasta el punto que ambas metas se desarrollan simultáneamente, se puede establecer una comunidad de intereses entre las personas que dirigen la institución y que representan los intereses de la comunidad y las personas que trabajan para la institución, lo que se traduce en entusiasmo y energía, participación y cooperación, aumentando así el prestigio del hospital privado.

Si la coordinación significa hacer unitaria

la acción múltiple y concertar el propósito con la acción y la producción de un trabajo unitario y continuado, se deduce que no puede haber una coordinación eficaz sin una autoridad eficaz.

La coordinación voluntaria es posible pero dura sólo mientras haya acuerdo y concordancia entre las partes que coordinan sus acciones; es decir la coordinación como "un acuerdo entre las partes" es una alternativa más entre varias, un método que se puede aceptar o rechazar y por lo tanto, desde el punto de vista de la práctica administrativa, es un método poco eficaz. Creemos en el valor de la *coordinación espontánea* como una etapa hacia la *coordinación organizada*, la que a su vez conduzca a una *coordinación dirigida*.

La coordinación eficiente de los hospitales privados con los sistemas locales, regionales y nacionales de salud, debe basarse en gran medida en el reconocimiento de la importancia de estos hospitales privados y en la conciencia que estos tengan sobre su función de servicio a la comunidad. La coordinación debe ser planeada como parte inseparable de la función de dirección de la autoridad superior de salud.

3. INTEGRACION DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CURATIVAS A NIVEL LOCAL

Como requisito previo, los programas integrados de salud de alcance nacional deben tener un sistema de administración cuya estructura esté formada por una red de establecimientos encargados de realizar las actividades básicas de salud bajo una dirección técnico-administrativa unificada.

Este enfoque, que puede ser seguido por organismos nacionales del sector salud, se conoce en los ministerios respectivos con el nombre de "servicios generales de salud" o "servicios básicos de salud". Cuentan con niveles central, intermedio y local, pudiéndose diferenciar en este último uno de extensión rural. Estos niveles tienen la

misma finalidad, sus funciones son similares, pero sus recursos son distintos.

Como ya se ha dicho, se espera que el nivel central instituya las normas, precise los métodos y los procedimientos técnico-administrativos, prepare el programa nacional de salud, ejerza la asesoría y supervisión necesarias y delegue autoridad y responsabilidad administrativa a los niveles intermedios para la realización del programa.

En los establecimientos de salud de este último nivel y en el nivel local se proporciona a las comunidades los servicios básicos de salud dentro de un programa integrado.

Allí se materializa la práctica integrada de la salud con la intervención de las ciencias médicas, de ingeniería, sociales y otras.

La práctica de la salud puede integrarse basándose en un grupo de profesionales que trabaje en un establecimiento de salud que ofrezca atención básica intra y extra mural; o en un grupo de establecimientos que, perteneciendo a un organismo dado del sector salud, cumplan directivas emanadas de sus cuerpos directivos para ofrecer atención integral a las comunidades que sirven.

Para este último objetivo se ha demostrado que el enfoque de la estructura y organización de los servicios generales de salud mencionados es eficiente.

En el nivel de extensión rural de los servicios generales de salud el personal auxiliar que atiende las necesidades de una comunidad pequeña cumple con una práctica de salud integral. Su preparación está orientada hacia la función que debe cumplir, o sea, el proporcionar atención elemental para la promoción, protección y recuperación de la salud en los campos de la atención médica, saneamiento del medio, educación para la salud y registros estadísticos. Dentro de su capacidad profesional realiza una práctica de salud integral. El establecimiento de salud de esta pequeña comunidad, atendido por una sola persona, cumple solo esa gama de funciones. En este caso, el personal y el establecimiento de salud se confunden en uno solo.

En los otros posibles escalones del nivel local, la función del establecimiento abarca más que la función de los individuos. La polivalencia del personal de salud de extensión rural da lugar a un mayor o menor grado de especialización y en este caso el establecimiento de salud cumple una práctica integrada. Sus funcionarios, en su papel específico, realizan acciones que en conjunto son de carácter integral. Pero el servicio recibido por el público es de más alta calidad técnica.

Las funciones mínimas de un estable-

cimiento de salud integral incluyen actividades destinadas a prestar servicios directos al público, ya mencionadas, y otras que incluirían la totalidad de la medicina preventiva, la atención médica y dental, diagnóstica y curativa, la educación para la salud, registros estadísticos, nutrición y parte del saneamiento del medio.

Conforme se avance hacia los niveles intermedios y centrales se exige mayor especialización de los funcionarios quienes, en el cumplimiento de sus obligaciones, realizan una práctica más y más específica y en grado similar se va haciendo específica la función de los establecimientos de salud. Esta especialización es una característica deseable y necesaria para el buen funcionamiento de la salud pública como un todo. Pero de ello no se desprende que esta característica sea deseable en las instituciones que intervienen en el campo de la salud, sobre todo si esta especialización técnica va acompañada de independencia administrativa, ya que en tal situación las prestaciones ofrecidas a las comunidades por tales instituciones serán en parcelas del campo de la salud pero no una práctica integral. Así, puede encontrarse personal especializado e instituciones especializadas que de hecho, teniendo un alcance nacional, no pueden dar prestaciones integrales para la salud y que, al gozar de autonomía económica y administrativa, tampoco están interesadas en cambiar el enfoque de sus responsabilidades.

Si existe la situación descrita, y hay instituciones que dedican sus esfuerzos y definen las funciones de sus dependencias para dar prestaciones parcelares en el campo de la salud, es decir, servicios de medicina curativa y preventiva, o tratamiento de condiciones específicas, cuidados dentales, o lucha contra vectores y otras prestaciones en forma aislada, habría que buscar, entre otras cosas: a) mecanismos conducentes a redefinir las responsabilidades y recursos de tales instituciones, intentando que sus funciones sean inte-

grales y manteniendo así su independencia administrativa; b) confrontar los propósitos, objetivos, funciones y actividades de los diversos componentes de las distintas instituciones de salud y obtener la coordinación de sus programas de acción en un sistema, de manera tal que el servicio ofrecido a la comunidad sea en último término de carácter integral; c) alcanzar la integración administrativa, lo que presupone la fusión de prerrogativas y recursos de dos o más instituciones, operación en la cual una de ellas cede a la otra parte o la totalidad de sus servicios o que, fusionándose ambas, constituyan una nueva con propósitos redefinidos.

En cuanto a la integración de las actividades preventivas y curativas a nivel local, conviene aclarar que la frase "nivel local", tal como se usa en este informe, se refiere a un nivel dentro de la administración de salud en cuanto abarca a los establecimientos de salud y no a lo que comúnmente se entiende por "terreno". "Nivel local" guarda relación más con la estructura y la administración, mientras que el concepto de "terreno" tiene una connotación más bien topográfica.

Se presupone que el "establecimiento de salud" dispone de un local equipado que ofrece servicios diarios y que tiene continuidad histórica en la zona que sirve. Esto es en contraposición a los objetivos de una campaña intensiva que se lleva a cabo con un itinerario planeado, prestando servicios durante un período variable pero sin aspirar a convertir su labor dentro de una comunidad en una de carácter permanente.

El nivel local puede estar ubicado en una zona rural que tenga población dispersa o en núcleos o en un barrio populoso de una urbe, al lado mismo del nivel intermedio o del central. La capacidad operativa de un establecimiento del nivel local situado en grandes núcleos de población, en donde se encuentre la sede de los establecimientos de salud del nivel intermedio, será mucho mayor que la capacidad operativa del nivel

local que cuenta como único recurso adicional con el hospital de distrito de un área de salud. Evidentemente este último tendrá mejor capacidad operativa que el establecimiento de salud aislado en una zona rural que no cuenta con facilidades de hospitalización fácilmente accesible para referir a su clientela.

Para los propósitos de este informe, sería conveniente tratar de diferenciar algunos tipos genéricos de establecimientos de salud pertenecientes al nivel local. Usando las denominaciones más comúnmente empleadas en América Latina se pueden identificar los siguientes establecimientos de salud:

Tipo I—Puestos sanitarios. Atendidos por personal auxiliar de salud que recibe asesoramiento y supervisión del personal profesional con sede en niveles superiores. Este personal vive en la comunidad y realiza labor intra y extra mural. Tiene responsabilidad de dar prestaciones elementales en: a) atención médica general; b) salud maternoinfantil; c) educación para la salud; d) orientación para mejorar el saneamiento del medio familiar, y e) registrar datos estadísticos. Los tipos de prestaciones que está autorizado a ofrecer se encuentran consignados en instrucciones detalladas que limitan sus atribuciones profesionales a las que se estime que puedan realizar de acuerdo con su instrucción y adiestramiento. Estas instrucciones pueden incluir manuales de métodos y técnicas.

Este es el tipo de establecimiento de salud más utilizado para la extensión rural de los servicios generales de salud por ser el más simple y el más económico.

Tipo II—Posta médica. Atendida por un médico y personal técnico y auxiliar de salud. Estos funcionarios viven en la comunidad y realizan labor intra y extra mural. El establecimiento da prestaciones de nivel académico en medicina general curativa y preventiva y, de nivel técnico o auxiliar en saneamiento del medio. Si bien cubre los mismos campos de la salud que el puesto sanitario, las prestaciones ofrecidas a la

comunidad son más complejas y de mejor calidad.

El Director de la posta médica es responsable de su funcionamiento y recibe asesoramiento y colaboración del nivel superior que le sirve de apoyo para organizar a la comunidad sobre bases técnicas.

Tipo III—Centro de salud. Atendido por un médico general y uno o más médicos especializados, personal paramédico y personal técnico y auxiliar, quienes realizan labor intra y extra mural.

El establecimiento es responsable de dar prestaciones para la salud de nivel académico en medicina general preventiva y curativa, y en especialidades y de carácter técnico en saneamiento del medio, en mejoramiento del medio familiar y de la comunidad como un todo y, eventualmente, en estadísticas, nutrición y educación para la salud.

Organiza actividades en la comunidad y para el control en masa de enfermedades transmisibles, principalmente del tipo de vacunaciones y algunas para el control de vectores y reservorios. Recibe asesoramiento, supervisión y apoyo de los niveles superiores y cumple iguales funciones con respecto a los niveles inferiores.

El personal especializado puede tener programas de trabajo itinerante para ofrecer asesoría, supervisión o apoyo a los establecimientos de salud de niveles inferiores.

Tipo IV—Centro de salud hospital. Cuenta con un cuadro de personal similar al del centro de salud. Dispone, con mayor frecuencia que estos, de técnicos en estadísticas, saneamiento, educación para la salud, etc., y frecuentemente se agregan técnicos de laboratorio, nutrición, rayos X y otros, dependiendo de las instalaciones, equipos e instrumental de que pueda dis-

poner el centro. A la suma de responsabilidades del establecimiento de salud del tipo anterior se agregan las de hospitalización de la clientela, cuando se requiera.

El centro de salud hospital recibe asesoramiento, supervisión y apoyo de los niveles superiores y, a su vez, lo imparte a los niveles inferiores.

Tipo V—Hospital regional. Este es el último y más completo de los establecimientos que se dedican a la práctica integral de la salud. Básicamente cumple las mismas tareas que el centro de salud hospital y cuenta con personal similar, si bien más numeroso y diversificado. Constituye el único recurso de la región de salud para ciertos tipos de diagnóstico y tratamiento. En ciertos casos este hospital regional es sede de parte o la totalidad del personal que constituye el "nivel intermedio" de los servicios generales de salud, en cuya eventualidad dispone de personal académico o altamente técnico en epidemiología, ingeniería, estadísticas, educación para la salud, nutrición y otras.

Si este fuera el caso, el hospital regional podría ofrecer una práctica integral de salud de alta calidad. En caso contrario, que es el más frecuente por la marcada tendencia de este tipo de establecimiento de desarrollar solamente actividades médicas, su práctica vendría a ser así integral sólo en este campo y no en el total de la salud.

Dentro del sistema de servicios generales de salud, el puesto sanitario, la posta médica, el centro de salud, el centro de salud hospital y el hospital regional están capacitados para ofrecer una práctica integral de salud, aumentando la cobertura y calidad técnica conforme se avanza del nivel local hacia los niveles intermedio y central.

V. COORDINACION EN LA FORMACION DE PERSONAL ¹

1. COOPERACION DE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL A LA EXPANSION DE RECURSOS DOCENTES

El rápido crecimiento de las poblaciones de América Latina, que se ha dado en llamar la "explosión demográfica" del Continente, ha creado una mayor demanda cuantitativa de servicios de salud. A la vez, la elevación del grado de cultura de las poblaciones en materia de salud trae como consecuencia una demanda por mejor calidad de las prestaciones. Frente a esto, los Gobiernos tienen la imperiosa necesidad de satisfacer las aspiraciones de la comunidad y, como consecuencia, las universidades deben estar alertas al ritmo de expansión de los servicios y acelerar la formación de profesionales que tengan el conocimiento científico y la actitud social adecuados para prestar los servicios médicos que la comunidad reclama.

Es así como la presión de las necesidades sociales obliga a las escuelas de medicina a aumentar su capacidad de producción de profesionales, para lo cual es indispensable aumentar las disponibilidades de laboratorios y de institutos para la enseñanza de las ciencias básicas. Por otro lado, es imperativo disponer de los campos clínicos adecuados para la enseñanza de la medicina clínica y de las especialidades. A lo anterior se agrega, como ya se ha visto en otros capítulos, la necesidad de introducir en el proceso de enseñanza-aprendizaje un contenido preventivo y social y aun administrativo, que capacite al estudiante para desenvolverse adecuadamente en el medio en que tendrá que actuar cuando obtenga su título de médico.

El concepto tradicional del hospital clínico universitario como centro de enseñanza y de alta investigación científica ha sido rebasado por las exigencias de un proceso docente acelerado y proyectado hacia problemas sociales que tienen su expresión en la antropología cultural, las ciencias de la conducta y la organización de la comunidad. Por consiguiente, el uso de hospitales pertenecientes a los Ministerios o a otras instituciones, de consultorios externos y aun de servicios domiciliarios, se ha transformado en una exigencia perentoria, no sólo para absorber las necesidades cuantitativas de la educación médica, sino también para darle el contenido preventivo y social indispensable para la formación del médico que los países necesitan.

El uso de hospitales y otros servicios de salud para fines docentes trae consigo una serie de pequeñas situaciones que causan conflictos, las cuales se pueden resolver sólo si existe una íntima coordinación de propósitos, de métodos y de procedimientos que facilite la comprensión mutua de los problemas y de las limitaciones que afectan a cada una de las instituciones participantes. La profunda compenetración que hoy es ampliamente reconocida entre las actividades asistenciales y las actividades docentes del hospital constituyen la base doctrinaria que es necesario captar en forma muy clara e introducir en la práctica diaria, tanto de la atención de enfermos como de la enseñanza de la medicina. En los países se observa una tendencia muy

¹ Documento preparado por el Secretariado.

marcada en este sentido que es necesario destacar y sostener como factor de cambio y de progreso tanto en la atención médica hospitalaria como en la educación médica. Hay beneficios mutuos que son productos de esta asociación docente-asistencial y que se traducen en una mejor calidad de las prestaciones médicas por la influencia del proceso docente, y en un perfeccionamiento del futuro médico como resultado de su proyección hacia la atención ambulatoria y domiciliaria que separa al estudiante de la tradicional enseñanza alrededor de la cama del enfermo.

Aun cuando hay consenso en la aceptación de estos principios doctrinarios, no siempre existe igual acuerdo en cuanto a la manera de ponerlos en práctica. Los docentes en las facultades de medicina tienen la tendencia a pensar que, para que la enseñanza médica se desarrolle en un ambiente adecuado, es indispensable que el hospital docente sea administrado por la propia facultad. La verdad es que dentro del concepto actual de un centro médico, como parte integrante de un plan nacional de salud y como sede de una región de salud, el hospital docente pasa a tener responsabilidades en la planificación, ejecución y evaluación de los programas integrados de salud que trascienden en mucho las responsabilidades clínicas inherentes a los servicios de hospitalización de enfermos.

Por otra parte, la administración hospitalaria es una especialidad importante y cada día va adquiriendo más las complejidades derivadas del uso de aparatos mecánicos y electrónicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. En consecuencia, exigen de quien la practica un conocimiento especializado que es necesario adquirir y que difícilmente es compatible con el ejercicio adecuado de las actividades clínicas. Sin embargo, hay quienes sostienen que el director del hospital, para conservar el respeto de sus colegas clínicos, debe seguir practicando la medicina además de sus funciones administrativas. Si bien

esta última opinión puede ser válida, no es menos cierto que el clínico que desea ser un buen director de hospital necesariamente tendrá que aprender técnicas administrativas que son indispensables para obtener el mejor rendimiento posible de los recursos hospitalarios y deberá conocer, además, técnicas de salud pública que le permitan actuar en la programación de la salud en el territorio correspondiente de la región de la cual el hospital docente forma parte.

Otro problema que es preciso resolver es la participación del médico clínico-asistencial en el proceso docente. Es indispensable encontrar procedimientos que permitan respetar la trayectoria profesional y funcionaria de médicos que, a través de una larga carrera hospitalaria, han llegado a ser jefes de servicios clínicos. Al mismo tiempo, es necesario respetar la autoridad científica y docente del médico que es profesor y que tendrá que usar el mismo servicio clínico para la práctica de los alumnos. Algunos países han optado por reconocer rango docente a todos los médicos clínicos que trabajan en un hospital donde se reciben alumnos e internos para su práctica profesional. En otras partes, se han establecido sistemas de concurso en los cuales comisiones mixtas de los servicios hospitalarios y de las facultades de medicina simultáneamente resuelven el concurso de profesor y de jefe del servicio, a fin de que ambos nombramientos recaigan en la misma persona.

Es especialmente importante la participación de los hospitales de las instituciones de seguridad social en labores docentes. No se podría ocultar, sin embargo, que esta práctica también crea conflictos. Las facultades de medicina tienen una tendencia a desconfiar de la administración del seguro social, que generalmente está sometida a controles financieros muy estrictos y aun a cierta estandarización en el uso de medios de diagnóstico y tratamiento. Por su parte, las instituciones de seguridad social temen la aplicación de un criterio científico docente en el manejo de los enfermos que

suele prolongar innecesariamente la estada hospitalaria, con el consiguiente mayor gasto y sin otro beneficio que el cumplimiento de una función docente.

Es de la mayor importancia encontrar un punto intermedio de mutua comprensión y de coordinación, ya que con frecuencia los hospitales del seguro social son los mejor dotados desde el punto de vista de edificios, instalaciones y equipos y muy bien podrían servir los propósitos de expansión de las escuelas de medicina para satisfacer las necesidades de la atención médica, poniendo a disposición de ella sus establecimientos y evitando así nuevas inversiones de capitales en hospitales universitarios que no siempre se justifican.

Un programa de construcción hospitalaria, como parte de un plan integral de salud, debe considerar no sólo las necesidades de atención médica sino también las necesidades docentes, a fin de que se destinen los campos clínicos adecuados para la práctica de estudiantes de medicina, odontología,

enfermeras, dietética, nutrición, tecnología médica, etc., con criterio nacional y procurando invertir los capitales disponibles en la forma más racional posible a fin de evitar duplicaciones. Tanto los Ministerios de Salud Pública como las instituciones de seguridad social y las universidades tienen presupuestos para construir y habilitar establecimientos de salud. En un país pobre, no parece lógico que cada institución siga su propio programa de construcciones sin considerar los programas que paralela y simultáneamente están desarrollando otras instituciones. Lo razonable es que exista un solo plan de inversiones que reúna todos los fondos de las distintas instituciones participantes y que forme parte del plan nacional de salud. Todo esfuerzo en este sentido contribuirá a una mejor productividad del capital que la sociedad, a través de distintos mecanismos, pone en manos de los médicos para contribuir a elevar el estándar de salud colectiva.

2. PLANIFICACION DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS²

Se acepta que la formación de los recursos humanos para la salud debe obedecer a un proceso de planificación. Sin embargo, la simple observación demuestra que este concepto, a pesar de que goza de aceptación universal, ha tenido muy poca aplicación. En general, los diversos profesionales de la salud continúan formándose de acuerdo con un sistema inveterado que no consulta ni las necesidades de los servicios de salud, ni las modalidades de prestación de servicios, ni el mercado profesional. Mucho menos se anticipa a las nuevas situaciones resultantes de los cambios rápidos que experimenta la atención médica en sus dos ámbitos de acción: el social y el científico.

² Documento preparado por el Dr. Alejandro Jiménez Arango, Asistente de la Dirección General, Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Bogotá.

Por lo tanto, no sobra insistir en la necesidad de que la formación del recurso humano salga del marco de lo ocasional y contingente y entre en el de un proceso tecnificado que logre el máximo aprovechamiento de los recursos para la máxima satisfacción posible de requerimientos complejos y cambiantes.

Esta necesidad fue claramente expresada en la Carta de Punta del Este, cuando en su Resolución A.2 recomendó: "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 funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable,

y 3) Ampliar o crear los centros educativos necesarios".³

Otros estudios sobre recursos humanos para la salud insisten en esta necesidad tanto mayor cuanto menores son los recursos de los países: "Si la educación médica ha de alcanzar sus objetivos, sus dirigentes deberán comprometerse directamente en el proceso nacional de planificación y proporcionar un liderazgo dinámico para el desarrollo de planes bien concebidos que satisfagan los requerimientos totales de los recursos humanos para la salud a nivel nacional. Los países en desarrollo confrontan mucho más que los altamente industrializados la tarea monumental de distribuir sus escasos recursos económicos y humanos de manera de lograr un desarrollo nacional armónico. Deben tomarse decisiones originales conducentes a resolver problemas que en ocasiones son exclusivos a una situación local. Además, la distribución apropiada de los recursos varía según las diversas etapas del desarrollo. Por lo tanto, al tomar las decisiones, los países en desarrollo encontrarán que las soluciones alcanzadas en países tecnológicamente más avanzados, sólo les son aplicables en parte".⁴

Hace algunos años decíamos: "Se ha llegado al concepto muy claro de que la educación médica, considerada como la educación en las diversas profesiones de la salud, no constituye en sí un fin, sino que debe ser un medio para lograr objetivos globales de atención médica. Estos deben ser formulados en un plan nacional de salud del cual los programas de educación médica deben ser una parte prominente. Tradicionalmente ha existido un divorcio entre nuestras escuelas de medicina, por una parte, y los Ministerios de Salud, oficinas del seguro social e instituciones de asistencia pública, por otra. Estas circunstancias dieron lugar a que se establecieran planes

educativos ajenos a la realidad social y programas de salud que no tuvieron en cuenta al personal que debía realizarlos. Hoy se trata de definir los objetivos comunes que todos estos organismos tienen, para que los proyectos específicos obedezcan a una programación común y el beneficio sea mutuo".⁵

La planificación del recurso humano es inseparable de la planificación general de la salud y forma parte de ella. Así lo han reconocido los diversos métodos que han sido preconizados con tal fin y que se usan actualmente.^{6,7} Este hecho, que no necesita ser explicado ni sustentado, ha tropezado en la práctica con grandes dificultades. Por una parte, ha sido muy difícil cuantificar el recurso disponible, ya que la definición de este no ha sido claramente establecida. Por ejemplo, la atención prestada por el personal denominado "empírico" parece constituir una parte muy importante de la atención total a la salud en algunas partes.⁸ Si hay dificultades en la estimación cuantitativa, muchas más las hay en la estimación cualitativa. Poco o casi nada se sabe del rendimiento real de muchas de las acciones que ejecuta el personal de salud: por ejemplo, ¿cuál es el beneficio de una consulta médica o qué efecto se produjo como resultado de una conferencia de divulgación para la salud?

Por otra parte, muchos de los planes dejan fuera al sector educativo, considerando que sus recursos se le asignan sepa-

³ Jiménez Arango, A. "Educación médica y cuidado de la salud en países en desarrollo". *Educación Médica y Salud* 1(1):25, 1966.

⁶ *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica* 111, 1965, pág. 75.

⁷ *Recursos humanos para las actividades de salud y los programas de educación médica en América Latina*. Reimpreso del *Milbank Memorial Fund Quarterly* XLII(1), 1964, págs. 11-66.

⁸ *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia. II. Resultados Preliminares*. Ministerio de Salud Pública (Colombia), Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1967, pág. 30.

³ *Documentos Oficiales de la OEA*, Ser. H/XII.1, Rev. 2 (esp.), 1961, pág. 31.

⁴ *A World Program for Health Manpower*. Evanston, Illinois: Asociación de Colegios Médicos Americanos, 1965, pág. 44.

radamente, y aun en caso de que se formulen planes concretos, las instituciones educativas se muestran remisas a seguirlos, alegando que se interfiere con su autonomía institucional. Esto es especialmente cierto en lo que respecta a las universidades, situación particularmente crítica porque tienen la responsabilidad de formar el personal de más alto nivel, que es el que tendrá más influjo en la ejecución y cumplimiento de los planes programados.

Lo cierto es que, en la práctica, los recursos humanos no han formado parte de la planificación de la salud por dos razones: 1) los dirigentes o encargados de los programas educativos no han participado en el proceso de planificación, y por tanto desconocen los elementos que dichos planes pueden aportar y que deben influir en los programas educativos; 2) habitualmente los planes no incluyen el aporte de los recursos necesarios y suficientes para la formación del recurso humano. Dicho en otras palabras, las instituciones encargadas de la atención médica por regla general no reconocen su responsabilidad de contribuir a la formación de todo el personal que requieren para su correcto funcionamiento.

¿Quiénes participan en la planificación?

Esto nos conduce a un punto de la mayor importancia: ¿quiénes deben participar en la planificación de los recursos humanos para la salud? Se ha dicho que esta no es sino parte de la planificación general de la salud. Por lo tanto, esta planificación, incluyendo en ella la de los recursos humanos, debe ser responsabilidad de múltiples entidades e individuos.

Difícilmente se puede esperar que pueda dar cabal cumplimiento a un plan de recursos humanos en el cual no hayan participado las instituciones que tienen a su cargo la formación del personal. De la misma forma, un plan que sea elaborado únicamente por estas no puede responder a las verdaderas necesidades de los países. De aquí la necesidad de que, en la programa-

ción de los recursos humanos para la salud, forzosamente participen dos grupos: el encargado de proporcionar los servicios de salud, sea Ministerio de Salud, o instituto de seguro social, o ambos, o un servicio único de salud y el encargado de la formación de personal, incluidas en él las universidades, escuelas técnicas y vocacionales, etc.

“Es indispensable que las universidades reciban permanentemente, por parte de los organismos encargados de formular planes generales de salud, una demanda específica en cuanto a número, calidad y nivel de personal en las diversas profesiones de la salud. Por su parte, la universidad debe colaborar en forma activa en esta programación, especialmente mediante una de sus funciones primordiales: la investigación. Sin que se quiera coartar la libertad inherente a la investigación científica, sí es de esperar que el investigador conozca lo suficiente los problemas de la comunidad en que vive para que pueda enfocar sus estudios primordialmente hacia aquellos que más la afectan. En esta forma la universidad tomará parte muy activa en la formulación de planes, al proponer soluciones y estudiar programas que conduzcan a una más racional y efectiva ejecución de las actividades de atención médica”.⁹

La necesidad de esta coordinación fue claramente reconocida en las Discusiones Técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, cuando se dijo: “En relación con la formación de personal, se reconoció que la participación conjunta de la universidad con los Ministerios, las instituciones de seguridad social y otras que se ocupan de la salud, así como el uso en común de las instalaciones y áreas de práctica con fines asistenciales y docentes, es de importancia fundamental para el desarrollo de la actitud social necesaria en todos los profesionales de la salud”.¹⁰

⁹ Jiménez Arango, A. *op. cit.* pág. 26.

¹⁰ *Coordinación de los servicios médicos—Discusiones Técnicas, XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.* Washington, D. C.: Organización

Anteriormente, en las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, el Dr. John B. Grant había dicho: "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".¹¹ Y de las instituciones de seguridad social, agregaríamos nosotros, en vista del desarrollo y la importancia que estas instituciones han adquirido desde entonces.

Elementos de la planificación, resultados y aplicaciones

Esta coordinación resulta aún más necesaria si analiza cuáles son los elementos que deberían tenerse en cuenta para una planificación total de los recursos humanos para la salud.

Los diversos procedimientos utilizados para definir mediante un índice la situación actual o la meta perseguida en materia de personal de salud, por ejemplo las tasas de médicos por habitantes, resultan insuficientes y apenas proporcionan una información parcial. Estos procedimientos han sido motivo de críticas que no es del caso repetir.¹² Se reconoce la necesidad de allegar una gran variedad de elementos y copiosa información con el fin de sentar las bases para una programación que no solamente aporte los elementos cuantitativos indispensables, sino una información suficiente para modificar los planes de estudio de las diversas profesiones, y aun para desarrollar nuevas profesiones que satisfagan vacíos

importantes en el campo de la atención médica.

Dada la multiplicidad de sus orígenes y su diversa naturaleza, estos elementos no pueden ser suministrados o recolectados por una sola entidad. Por lo tanto, es indispensable que en esta clase de estudios—desde su diseño hasta el análisis de la información, pasando por la muy importante etapa de investigación en el campo y recolección de la información—participen estrechamente los organismos de atención médica y de educación: Ministerios de Salud, institutos de seguridad social y universidades.

Esta clase de estudios se adelantan en varios países y, sin haber llegado aún a la meta ideal de un plan completo de formación del recurso humano, sí han permitido, donde la etapa investigativa ha concluido, la iniciación de programas de acción para responder a necesidades reales. Tales han sido, por ejemplo, la creación de nuevas escuelas profesionales, la ampliación del cupo en las ya existentes, la implantación de medidas para disminuir la deserción estudiantil, la modificación de los planes de estudio, la consideración de reducir la duración de algunas carreras, la utilización para la docencia de recursos humanos y materiales hasta ahora desaprovechados, el desarrollo de múltiples programas en cooperación entre los grupos que han participado en los estudios y la planificación: Ministerios de Salud, institutos de seguro social y escuelas de medicina.

Un buen ejemplo de lo anterior es el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica efectuado en Colombia. Tuvo como característica muy importante la de haber sido realizado conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública y por las Facultades de Medicina por conducto de su Asociación. Esta coordinación inicial ha sido un factor decisivo en la ulterior programación conjunta de actividades en la cual, en el curso de los últimos años, ha tomado parte también el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Panamericana de la Salud. *Publicación Científica* 154, 1967, pág. 3.

¹¹ Grant, J. B. "Utilización efectiva de los recursos destinados a salud". En *Atención médica—Bases para la formulación de una política continental*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica* 70, 1962, pág. 84.

¹² *Recursos humanos para las actividades de salud y los programas de educación médica en América Latina. op. cit.*, pág. 17.

El Estudio no sólo analizó en profundidad todo lo referente al personal de salud y a los programas educativos, sino también los requerimientos y necesidades que las condiciones de salud del país presentan a este personal o al que se ha de formar. En tal forma, proporcionó datos valiosos sobre la situación demográfica del país, la mortalidad, la morbilidad, las instituciones de atención médica y los factores socioeconómicos implicados.^{13, 14}

Con estos elementos se ha podido confrontar claramente al recurso humano con las exigencias y los recursos del medio expresados en condiciones sociales, morbilidad, modalidades de atención para la salud y recursos institucionales. Y aunque aún se está lejos de poder formular un plan completo de formación de personal de salud, los resultados del Estudio han permitido introducir modificaciones e iniciativas de importancia en los programas existentes. Para ello, se han formado múltiples grupos de estudio, constituidos todos por lo menos por representantes del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, los cuales formulan recomendaciones conjuntas a los organismos que representan. Así se ha visto cómo grupos como estos han formulado recomendaciones sobre las modificaciones necesarias en los planes de estudio de las facultades de medicina, el servicio rural obligatorio para estudiantes de medicina, el diseño de nuevos modelos de atención médica para experimentar sobre la extensión de la seguridad social a las áreas rurales, el diseño y experimentación de nuevas profesiones para la salud, etc., temas que han

constituido excelentes ejemplos de coordinación.

Un desafío: el desarrollo de la técnica y el cambio social

Los programas docentes, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, han de estar claramente relacionados con las funciones y responsabilidades que cada miembro del equipo de salud ha de asumir, según los sistemas de atención médica adoptados. Por otra parte, dichos sistemas están determinados en gran medida por la cantidad y la calidad del personal de salud disponible para atenderlos. Entonces la programación de la atención médica, incluida en ella la formación de personal, se ve influenciada por dos factores, ambos variables y susceptibles de modificación y mutuamente interdependientes. Además, esta programación se produce dentro de una situación de rápidos cambios sociales y científicos, algunos de los cuales son previsibles, como el demográfico, y otros apenas pueden ser sospechados, como el tecnológico y científico. Estos cambios no solamente influyen sobre el conjunto del proceso, sino que en buena parte han de ser determinados por este, si se recuerda el papel que juega la salud como factor de cambio y desarrollo.

Esto lleva la planificación de los recursos humanos a unos niveles de complejidad que apenas pueden ser resueltos con las más avanzadas técnicas de investigación administrativa, como son la investigación operacional y el análisis de sistemas. Para su aplicación no sólo resulta indispensable que los organismos tradicionalmente involucrados en los problemas de salud—Ministerios de Salud, seguridad social y universidades—coordinen sus actividades, sino que obtengan la cooperación de numerosos técnicos y expertos que hoy día aplican sus talentos y habilidades a otras ramas de la actividad humana. Apenas se comienza a dar los primeros pasos en estos campos, pero las posibilidades de investigación y de acción

¹³ *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia. II. Resultados Preliminares. III. Trabajos e informes de la Conferencia de Maracay.* Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1967.

¹⁴ *Recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia.* Boletín No. 2 de la División de Educación, Planeación y Desarrollo. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1968.

son prácticamente ilimitadas. Aún más, resulta ya indispensable la aplicación y el uso de estos complejos instrumentos de trabajo, si es que el personal que hoy se forma o que las instituciones producirán en el futuro ha de ser capaz de idear y manejar sistemas de salud muy diferentes de los

que se conocen hoy, para satisfacer no sólo las necesidades básicas de una población que se encuentra desprotegida, sino las crecientes demandas de un mundo que aspira a participar plenamente de los beneficios que ofrece el desarrollo de la ciencia y de la técnica.

3. ADECUACION DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE PREGRADO Y POSGRADO A LAS CARACTERISTICAS DEL PERSONAL PARA LAS PRESTACIONES DE SALUD¹⁵

El emprender un programa integrado de servicios médicos supone llevar la coordinación de tales servicios al punto óptimo, en el cual funcione equilibradamente una estructura administrativa que comprenda los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, con una cobertura que, extendida a toda la población, atienda por zonas apoyadas en unidades sanitarias, las necesidades de salud de los distintos grupos socioeconómicos que la constituyen. Sólo así podrían desaparecer las diferencias en la distribución de los beneficios de salud emanadas de distintas fuentes de financiamiento o procedentes de recursos financieros vinculados con las clases sociales. En todo momento, la integración de un programa de servicios médicos reconoce y proclama el derecho a la salud, que es patrimonio de todos los seres humanos. Un programa de tal naturaleza necesariamente habrá de reflejarse en los aspectos educativos que tengan como propósito formar el personal profesional adecuado para su funcionamiento. En consecuencia, también habrá de repercutir sobre los distintos elementos que constituyen los planes de estudio de las facultades de medicina en los niveles de pre y de posgrado. El contenido de los planes de estudio, o sea las asignaturas de que consta, el arreglo de estas dentro de un esquema general, su extensión y profundi-

dad, expresadas en cada caso por el programa respectivo, son los elementos que deben considerarse. Sin embargo, el contenido de un plan educativo sólo cobra forma y sentido en virtud de los objetivos por alcanzar y a través de una metodología que tome en cuenta los recursos materiales y humanos, representados estos últimos tanto por el educador como por el educando.

De lo anterior se deduce que si el sistema de prestaciones de salud corresponde a un programa integrado, el personal médico que requiera dicha organización habrá de reunir características de preparación, actitud y habilidades que será necesario inculcarle desde la etapa formativa de pregrado y continuarla ininterrumpidamente en la de posgrado. Las facultades de medicina orientarán sus objetivos para formar personal que tenga un conocimiento claro de los beneficios que para su propio país representa el establecimiento de un plan integrado de servicios médicos, lo que a su vez presupone el conocimiento de todos y cada uno de los servicios médicos disponibles que hayan sido coordinados para lograr la integración.

Para lograr la implantación de estos conocimientos y propiciar la formación de las actitudes señaladas, el plan de estudios de las facultades de medicina ha de incluir un cuerpo de asignaturas cuya importancia formativa e informativa es la misma que las llamadas tradicionalmente materias básicas y materias clínicas. Este cuerpo de

¹⁵ Documento preparado por el Dr. Carlos Campillo Sainz, Director, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

materias, constituido por asignaturas específicas de variada denominación, se ubican estratégicamente a lo largo del currículo, y su función es proporcionarle al estudiante las bases generales de la ciencia administrativa, la medicina preventiva, la medicina social y la seguridad social. A las ideas y actitudes fundamentales impartidas por este grupo de conocimientos se sumaría las que en todo momento surgen durante la enseñanza del resto de las asignaturas, ya que unas y otras no deben formar sectores aislados sino, por el contrario, relacionarse íntimamente dentro del concepto unitario de la medicina.

Las nociones básicas sobre administración, medicina preventiva, medicina social y seguridad social serán como un flujo continuo que, creciendo en espiral, se desenvuelve a lo largo de todo el currículo y, lejos de establecer distinción con la enseñanza clínica propiamente dicha, se funde con esta para completar la visión del estudiante sobre la medicina, entendida en toda su amplitud como una profesión de servicio para el hombre y para la comunidad.

Será necesario luchar contra los obstáculos que supone la resistencia de los profesores que, apegados a los sistemas tradicionales, ofrecen la inercia natural que tienen que vencer las innovaciones. Y toca a quienes estén convencidos de la bondad del cambio y que tienen en sus manos la enseñanza de las mencionadas asignaturas específicas, fomentar en el resto del profesorado una actitud real y sincera de aceptación primero y de colaboración después; tanto una como la otra cosa se puede lograr mediante la explicación reiterada de los fines que se persiguen y de las bases en que se sustentan.

Si el factor profesorado se considera fundamental, el que representa el alumno viene en segundo término y está supeditado al primero; será necesario aprovechar las características de personalidad del alumado, fomentar vocaciones, disciplinar ca-

pacidades y encauzar adecuadamente los intereses.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, para referirme a una experiencia concreta, ha señalado en sus objetivos las características que debe tener el médico que egresa de sus aulas. Algunas de estas se mencionan a continuación. El médico general que se requiere en México habrá de tener como rasgos propios los siguientes:

1. Conocimiento preciso de los problemas de salud del país y de los recursos existentes para combatirlos.
2. Orientación y capacidad necesarias para ejercer su acción en el campo de la salud pública y de la medicina preventiva.
3. Suficiente preparación para abordar los problemas de salud de una población en desarrollo.
4. Ser susceptible de incorporarse al ejercicio de la medicina institucional y capaz de trabajar en equipo con otros profesionales ajenos a la medicina y, en general, con los miembros de la comunidad.

A lo anterior se añade la necesidad de fomentar que el médico conozca su ambiente local y pueda arraigar en él sin menoscabo de la visión global sobre las tendencias y desarrollo de la medicina en el país, en forma tal que tenga la suficiente flexibilidad para escoger, dentro de sus posibilidades y vocación, el sitio de trabajo que mejor le corresponda y en el cual haya de ser más productivo.

Con base en estos propósitos fueron incluidos en el currículo de la carrera de médico cirujano, las asignaturas: Introducción a la práctica médica, Medicina preventiva, Salud pública y Medicina social.

En la fase final de la carrera el estudiante realiza el llamado Servicio Social, que consiste, por una parte, en prestar sus servicios profesionales a núcleos de población de preferencia en el área rural que carecen de ese tipo de beneficios y, por la otra, en

continuar con su formación a través de la enseñanza que proporciona el contacto directo con los problemas, no sólo de salud individual, sino del complejo de situaciones que se reconocen como salud colectiva. Asimismo, ofrece la oportunidad de aplicar sus conocimientos y valerse de las técnicas relacionadas con los diferentes sistemas de atención médica.

Se entiende, entonces, que este Servicio Social no es la meta de la preparación del estudiante, sino una oportunidad más que la Facultad utiliza para enriquecer la preparación del futuro médico y crear en él actitudes positivas hacia los mencionados sistemas, una vez que ha tenido oportunidad de conocer sus propósitos, programas,

organización, recursos y funcionamiento. Además, al familiarizarse con la población a la que atiende durante su Servicio Social, estará en condiciones de comprenderla en consonancia con sus patrones raciales y culturales y por tanto podrá no sólo servirla más eficazmente sino también enjuiciar lo que haya podido hacer en favor de ella.

Con esta preparación básica queda en condiciones de desempeñar bien en el futuro cualquier posición técnica o administrativa dentro de los sistemas vigentes en el país, tanto si desea actuar como médico general como si decide adquirir mayor preparación en alguno de los campos de especialización de la medicina.

4. FORMACION INTEGRAL DEL MEDICO A NIVEL DE PRE Y POSGRADO ¹⁶

La prestación de servicios médicos en un sistema integrado presupone una amplia utilización de los recursos disponibles para la cobertura de la población en relación con la promoción, prevención y recuperación de la salud y comprende desde la atención médica individual hasta la práctica de la medicina social o colectiva.

En este enfoque se admite *a priori* una formación de carácter general e indiferenciado para el personal médico al que corresponderá prestar tales servicios. Por tanto, es necesario examinar las peculiaridades del sistema vigente y analizar en detalle la composición y funciones del equipo de salud con el fin de adaptar el tipo de educación a la actividad profesional futura. En la práctica, este análisis no puede vincularse estrictamente a un fenómeno estático y debe considerarse como un componente de la planificación general de salud, incluyendo los cambios que se pretendan introducir para el mejoramiento permanente del sistema de prestaciones.

Al integrarse los servicios de salud gubernamentales y del seguro social necesaria-

mente tendrán que coordinar sus programas de desarrollo con las entidades que les facilitarán los recursos humanos para la consecución de tales fines, es decir, las facultades. Así se establece un ciclo de interrelación continuo entre las instituciones docentes y el mercado de trabajo que absorberá esa mano de obra adicional.

En este caso, el problema deberá considerarse desde dos puntos de vista, uno, la naturaleza docente, abarcando en especial los aspectos de metodología y contenido de programas, y el otro, de carácter institucional, dictado por la coordinación de las actividades de los organismos de salud gubernamentales, educacionales y de seguro social.

a) *Esfera educacional.* Este tema es parte, en último análisis, de la problemática general de las universidades, en el sentido de adaptar la formación del alumno a las condiciones de trabajo y necesidades de su campo de aplicación futura.

En teoría, todo proceso de adaptación del programa de estudios deberá seguir una secuencia lógica en la que se consideren sus factores determinantes en términos de los

¹⁶ Documento preparado por el Secretariado.

valores sociales y de la conceptualización de la misión del profesional. Debe tomarse en cuenta la capacidad del estudiante, sus intereses y motivaciones y las potencialidades a desarrollar. En la formulación de los objetivos educacionales la definición exacta de las funciones que deberá desempeñar el médico no sólo permitirá una mejor adaptación del programa de estudios sino también la evaluación permanente del grado en que se están alcanzando tales objetivos.

En la práctica, el médico deberá adquirir conocimientos suficientes que le permitan considerar la salud como un estado de equilibrio adecuado entre el ser humano y su ambiente. Deberá, además, conocer los diferentes tipos de dolencias y capacitarse para poder prevenirlas y tratarlas, fomentando aptitudes y competencias apropiadas para el ejercicio de sus funciones.

Estos amplios objetivos pueden especificarse mejor en el caso concreto de los sistemas integrados, tomándose por base el carácter indiferenciado de la acción médica, las diferentes condiciones de trabajo en que se tendrá que actuar y la propia organización de esos servicios que deberá conocer en su calidad de posible jefe del equipo de salud.

Por supuesto, se prevé la necesidad de adoptar un programa más amplio de estudios que desarrolle, en proporción adecuada, los aspectos preventivos y curativos de la medicina moderna. Debe aprovecharse el interés del alumno para destacar la importancia práctica de los problemas tratados y fomentar su iniciativa para actuar en situaciones similares a los que encontrará en su rutina profesional.

Nunca está demás reiterar la conveniencia de introducir en los programas de estudio la oportunidad de tratar directamente a los pacientes más pronto de lo que se acostumbra, así como de abordar los aspectos sociales y ecológicos de la población a que presta asistencia la facultad. Tal actividad, que deberá practicarse durante todo el curso, conducirá progresivamente a un tipo

de relación semejante a la fomentada en los hospitales docentes entre el médico y el paciente, o entre el estudiante y el paciente, representando en el trabajo de la comunidad lo que se acordó llamar "clerkship" en la enseñanza tradicional del ambiente hospitalario.

La gran expansión del área de acción de la medicina ha dado lugar a fragmentación de los programas de enseñanza en múltiples disciplinas y estas han adquirido tal complejidad que, por su propia autosuficiencia, tienden a desvincularse del conjunto que caracteriza el conocimiento básico de la medicina integral. Así, el primer paso en cualquier tentativa de adaptación debería tener como propósito el coordinar, armonizar e integrar la participación del "equipo docente", de modo que el interés general de la enseñanza y el desarrollo de las actitudes necesarias para el futuro médico predomine sobre todo interés particular de las diversas especialidades.

El adiestramiento clínico, más estrechamente relacionado con el programa integrado, debería efectuarse en un régimen de prestación global de servicios médicos, desarrollándose en el ambiente hospitalario, centro de salud, servicios ambulatorios e incluso en la realización de actividades domésticas con miras a la adopción por parte del alumno de un sentido creciente de responsabilidad.

Cabe subrayar la correlación que existe entre el modelo propuesto y la enseñanza clásica en la cual el escenario lo constituye un ambiente hospitalario en el que el paciente está bajo los cuidados de un equipo médico especializado. En esta proposición se pretende establecer la utilización de un modelo análogo en el que los participantes serían la comunidad, el equipo de salud o la organización encargada de la prestación de los servicios de salud a toda la comunidad, con los estudiantes y sus instructores integrados en el mismo sistema.

El objetivo de un programa de enseñanza de esta índole no sería el de demostrar la

eficacia máxima de un servicio sino más bien el de proporcionar un adiestramiento al futuro médico que le permita alcanzar el mayor grado de eficacia posible frente a las condiciones de los servicios existentes.

En resumen, si se aspira a una actuación indiferenciada del médico en un programa integrado de atención médica, bien sea dentro de un marco de servicios ambulatorios o en hospitales docentes o de seguro social, en centros de salud o en unidades periféricas subordinadas a los servicios de salud gubernamentales, lo menos que puede hacerse es introducir el alumno al ejercicio profesional en las diversas condiciones ambientales mencionadas, exponiéndose a una amplia gama de funciones médicas y procurando favorecer el desarrollo de una actitud hacia la atención médica que considere una acción mixta de promoción, protección y recuperación de la salud.

b) *Base institucional.* Otro aspecto que merece consideración es la posibilidad de ampliar el campo de práctica para los alumnos mediante la utilización de otros servicios además de los pertenecientes a la facultad. Una ventaja inmediata sería la oportunidad de exponerlos a las condiciones existentes en estos servicios, impartándose al adiestramiento la adaptación necesaria mediante la experiencia temprana con los problemas específicos de cada área que formen parte de los programas integrados.

En teoría, se trataría de considerar la responsabilidad de las facultades de medicina solamente en el sentido educacional; esto, desde luego, significaría que no les incumbiría la función asistencial que llevan a cabo los hospitales docentes como parte del proceso educacional. Se alcanzaría este ideal fomentando un intercambio más estrecho entre estas instituciones y los mismos servicios de salud u hospitales del seguro social. Los ejemplos ya existentes de este tipo de interrelación han demostrado la existencia de ventajas bilaterales, sobre todo cuando el personal médico de estas instituciones mantiene alguna forma de

vinculación funcional con las propias facultades.

Se discute a veces—sobre todo en relación con las instituciones del seguro social—los inconvenientes de que los estudiantes traten a pacientes asegurados y se considera particularmente enojoso el sistema de demostraciones para dichos pacientes. El argumento contrario es que la misma modernización del proceso de aprendizaje recalca más el adiestramiento que la instrucción y aboga por la coparticipación del estudiante en tareas individuales con responsabilidades cada vez mayores. En la práctica, esta participación del estudiante y grupos de alumnos en el tratamiento del paciente hospitalizado representa una actividad auxiliar al propio trabajo médico y, al igual que el trabajo realizado por las enfermeras y auxiliares, no implica falta de respeto para con la condición del paciente.

Desde un punto de vista técnico, quizá el argumento más importante sería el hecho incontestable de que la mera presencia del estudiante constituye un estímulo para el equipo médico de cualquier hospital y generalmente conduce a elevar el nivel científico de sus actividades.

Sin embargo, sería importante discutir un concepto original que, aunque no es aceptado generalmente, está rigurosamente de acuerdo con los propósitos actuales de la educación médica, según el cual la introducción de actividades docentes en un hospital dado no necesariamente debe elevar su costo operacional. Se admite que el carácter demostrativo de la enseñanza conduce no sólo a prolongar la permanencia de los enfermos en el hospital, sino especialmente a la utilización de un mayor número de exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos que elevan los gastos hospitalarios. Se puede refutar tal idea con el simple argumento de que la mejor demostración consiste en una práctica más eficaz de la medicina a la que debe aspirar toda institución, evitándose lo superfluo e incluso la exageración de rutinas no siempre co-

rrelacionadas con cada caso en particular. Por último, cada vez más se hace práctica corriente una mejor utilización de los pacientes externos para fines de enseñanza—ya que ello permite una visión más objetiva de la realidad cotidiana de la actividad profesional—se reduce la antigua preocupación de la demostración de casos raros que eran “tratados” durante períodos largos en los hospitales docentes.

Un rápido bosquejo del panorama actual del proceso de adiestramiento en la medicina evidencia, en la práctica, un creciente acercamiento de objetivos entre los métodos que esta utiliza y los de los servicios públicos y del seguro social, lo que favorece el tipo de acción integrada que aquí se preconiza. Incluso, posiblemente la mayor diversidad se encuentre entre la medicina sanitaria practicada en especial por el Gobierno a través de puestos rurales de salud, y, en ese sentido, también las facultades comienzan a prever adiestramiento específico, especialmente durante períodos de estancia en puestos rurales.

c) *Estrategia de adaptación.* Se puede admitir que la adaptación metodológica del proceso de enseñanza y aprendizaje representa un aspecto más importante que los cambios eventuales que se puedan introducir en el programa de estudios. Entretanto, debe considerarse que el momento actual es particularmente oportuno ya que en numerosas instituciones se está analizando el problema con miras a emprender una reformulación de los programas de estudio para correlacionarlos mejor con las necesidades actuales.

La estrategia que parece indicada, en el sentido de interrelacionar los cambios en evolución con los propósitos de la presente reunión deberían incluir:

1. Promoción de relaciones más estrechas entre los responsables de las facultades y de las instituciones gubernamentales y del seguro social, probablemente mediante la organización de comisiones mixtas, aceptando las facultades que también el consu-

midor participe en las decisiones relativas a la política de adiestramiento del personal.

2. Desarrollo de estudios de recursos humanos en cada país mediante un análisis especialmente objetivo de la demanda cualitativa y con miras a obtener una definición precisa de las funciones que vaya a desempeñar el profesional.

3. Delineación adecuada de los objetivos de enseñanza, sobre la base de los estudios referidos, estableciéndose las bases del programa de estudios y la metodología que deberá seguirse.

4. Análisis de las instituciones gubernamentales y de seguro social y establecimiento de requisitos mínimos para la participación en los programas docentes.

5. Acreditación de los servicios hospitalarios y centros de salud para el adiestramiento de estudiantes bajo supervisión docente.

d) *Enseñanza a nivel de posgrado.* En cuanto a la enseñanza a nivel de posgrado, la posibilidad de enlace con otras instituciones para realizar programas integrados presenta mayor viabilidad inmediata y es de más fácil implementación. Al representar esta etapa la fase de especialización, los intereses del médico recién recibido se superponen generalmente a los de los propios servicios y la integración se consubstancia en la práctica de la residencia. Ese médico representa ya una mano de obra claramente útil y de costo relativamente bajo, pudiendo el hospital ofrecerle condiciones de perfeccionamiento para la práctica profesional.

En este caso también es válida la observación de que la introducción de la residencia, por sí sola, condiciona la mejoría del patrón asistencial. En cuanto a la adaptación de estos programas, la práctica general en los países en que se desarrollan demuestra que este objetivo se alcanza fácilmente mediante el establecimiento de un departamento de educación o comisión de residencia en estrecha relación con la facultad de medicina local, organismo que se concentraría en un estudio más profundo del problema

y en su permanente programación y evaluación.

Debe recordarse que esta adaptación tendrá que reflejarse en las condiciones de trabajo predominantes en los servicios que participen de los programas integrados y, ciertamente, los mecanismos para la elección de su nivel de actividades se alcanzarán solamente a través del perfeccionamiento del propio proceso docente.

Finalmente, en la etapa de posgrado debe considerarse en particular la especialización en salud pública, área que indiscutiblemente representa uno de los puntos de mayor necesidad para el desarrollo de los sistemas integrados. Probablemente la forma de aumentar el número de especialistas en este sector consiste en perfeccionar los cursos de

medicina preventiva al nivel de pregrado, lo que en cierto modo ya se viene haciendo en la mayoría de las escuelas. En cuanto a la adecuación de los propios cursos de salud pública, sería válido considerar el mismo comentario mencionado para el análisis de la educación médica, incluyendo los aspectos relativos a objetivos y metodología de la enseñanza. En especial, cabe señalar la necesidad de hacer hincapié en los programas de organización y administración de servicios y de planificación de salud. En esta etapa adquieren particular importancia los conceptos sobre coordinación, teniendo presente la posibilidad de aplicación inmediata por equipos pluriprofesionales en el trabajo en equipo en unidades de demostración.

5. ADIESTRAMIENTO CONJUNTO DEL PERSONAL EN SERVICIO¹⁷

Con mucha frecuencia las instituciones que tienen a su cargo el cuidado de la salud están de acuerdo en establecer una política de coordinación en sus acciones con la finalidad de encontrar los mejores procedimientos para emplear los recursos disponibles: humanos, materiales y económicos.

Para lograr la coordinación, es cada vez más aceptada la tendencia de establecer mecanismos que permitan una operación efectiva, que respete las obligaciones que son propias de cada institución según las leyes que rigen en los países, para no interferir en el cumplimiento de las responsabilidades de cada una de las instituciones participantes.

Se reconoce que el problema principal en la prestación de servicios de salud a la población lo constituye la demanda creciente y la insuficiencia de recursos, a la cual se suma la falta de coordinación entre las instituciones responsables de otorgarlos.

Tomando en cuenta estos factores, la coordinación entre diversas instituciones debe estar orientada hacia la satisfacción de objetivos básicos, entre los cuales se pueden considerar los siguientes:

- Satisfacer la demanda social de servicios médicos, asegurando la oportunidad de su otorgamiento.
- Elevar los niveles cualitativos de la asistencia médica.
- Equilibrar el costo de operación de los servicios.

La mayoría de los países, y especialmente los que se encuentran en desarrollo no tienen suficientes instalaciones, equipos, personal de salud y recursos económicos, lo cual conduce a la urgente necesidad de establecer mecanismos de coordinación adecuados.

Los organismos internacionales interesados en la política de salud y en los programas de desarrollo social y económico, reiteradamente han expresado la necesidad de coordinar los sistemas operativos de la atención médica. Esta actitud ha sido reforzada recientemente con la participa-

¹⁷ Documento preparado por el Dr. Gastón Novelo, Jefe, Departamento de Asuntos Internacionales, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

ción de las escuelas y facultades de medicina.

Para lograr un mejor empleo de los recursos, es necesario conjugar esfuerzos y voluntades, razón por la cual se ha incluido el tema de adiestramiento conjunto del personal en servicio en el programa de temas de esta reunión.

Es evidente que los programas de adiestramiento conjunto del personal en servicio son muy importantes porque propician el conocimiento y la comprensión de los problemas comunes a las instituciones. Esto conduce a la preparación de la actitud mental adecuada para el establecimiento posterior de acciones coordinadas que permitan un mejor rendimiento de los recursos, con la participación de las distintas instituciones y sin obstaculizar el cumplimiento de sus obligaciones legales.

Para alcanzar los objetivos mencionados, es necesario conocer la problemática de la promoción de la salud en el marco de la realidad política, económica, social y cultural de los diversos países, a fin de adecuar los sistemas operativos a las situaciones reales de cada país o región.

La experiencia de la implantación de sistemas operativos que no se ajustan a las condiciones de los países o regiones justifica la urgente necesidad de recomendar que los procedimientos de coordinación para la atención médica se vinculen estrechamente con la planificación general de desarrollo económico y social de cada país.

Para cumplir los propósitos anteriores, el adiestramiento conjunto del personal en servicio puede ser esquematizado en dos capítulos: el de normas y procedimientos aplicables en lo general a cualquier país o región y el de características particulares de un determinado país.

En ambos casos conviene propiciar medidas que favorezcan una mejor utilización de los recursos para estimular esta y conducir a una adecuada planificación. De lo anterior se desprende la importancia de establecer una uniformidad de propósitos

en las personas responsables de orientar los niveles normativos y ejecutivos que intervienen en los planes generales del desarrollo socioeconómico, tomando en cuenta la recomendación de que debe buscarse el grado de responsabilidad que le corresponde a cada institución.

Un problema de gran importancia que ha sido señalado con insistencia por numerosas autoridades en la materia, es la necesidad de vincular estrechamente, en lo ideológico y en lo pragmático, la actitud y la acción de las escuelas y facultades de medicina con los planes nacionales de salud, al objeto de obtener el personal de salud en números adecuados para satisfacer las necesidades sociales, y que tenga un adiestramiento técnico y una actitud psicológica que permita su plena utilización en los programas de asistencia médica y seguridad social dentro del marco de una medicina integral.

La importancia de esta vinculación en los países en desarrollo y, en general, en la mayoría de los países, se destaca al observar que no ha existido paralelismo entre la creciente demanda de servicios médicos y la producción de personal profesional y auxiliar. Por otra parte, los programas docentes no propician la comunicación de conocimientos suficientes del papel significativo de la problemática socioeconómica de los países y regiones, cuyo reflejo es la falta de planificación en la distribución geográfica del personal de salud y el desequilibrio cualitativo en los niveles de medicina general y las especialidades.

En la parte operativa de los servicios médicos es indispensable la coordinación de las instituciones responsables del cuidado de la salud para establecer procedimientos uniformes en el otorgamiento de medicina preventiva, asistencial y de rehabilitación, en la planificación y diseño de unidades médicas, obtención y recopilación de estadísticas, manejo y mantenimiento de equipos e instrumental, adiestramiento permanente del personal, prevención de riesgos y en otros capítulos.

Como una ilustración de la importancia que significa en la coordinación de la atención médica el adiestramiento conjunto del personal en servicio se presenta a continuación un resumen de los resultados obtenidos por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, las experiencias de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, y los programas que para estos propósitos desarrolla el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

En cumplimiento a la Resolución 58 de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, funciona en la Ciudad de México desde 1963, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), con programas docentes destinados al personal técnico administrativo y médico de los seguros sociales y de otras instituciones.

Aproximadamente 800 funcionarios de los países latinoamericanos han recibido adiestramiento mediante becas que otorgan sus propias instituciones y algunos organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización de los Estados Americanos (OEA) y Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), de los Estados Unidos de América. La acción del CIESS y su modalidad de funcionamiento contribuyen al adiestramiento conjunto del personal en servicio, tomando en cuenta que en el profesorado intervienen expertos de la OIT, AISS, OEA y OPS, por lo que los resultados que se obtienen significan una preparación básica inspirada en los propósitos comunes de planificación y coordinación de los recursos nacionales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, de acuerdo con los estatutos del CIESS, presta colaboración material, técnica y económica, y concede becas para sus funcionarios y, en ocasiones, para los de otros seguros sociales.

Los programas de docencia consideran temas sobre las siguientes materias: planificación de unidades médicas, organización y métodos administrativos, contabilidad y control económico, administración de personal, organización y funcionamiento de los servicios médicos, relaciones de la seguridad social con la planificación económica, formación de instructores para programas de capacitación, seminarios para representantes obreros, análisis de costos y otros que pueden clasificarse como eventos especiales.

En lo que se refiere a estos últimos, es interesante mencionar los buenos resultados obtenidos en las reuniones conjuntas que se han organizado con la OEA, OIT y AISS.

Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social

Esta Comisión fue creada el 2 de marzo de 1965 y está integrada por funcionarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Para cumplir con sus funciones, se cuenta con 10 Comités de Trabajo que se ocupan de los siguientes aspectos: medicina preventiva, estadística, cuadros básicos y control de calidad de medicamentos, educación profesional, conservación y normas técnicas de equipo médico, protección radiológica, laboratorios, bibliotecas y bibliografías médicas, control de precios de medicamentos y rehabilitación.

En la integración de esos grupos participan las tres instituciones mencionadas; sin embargo, digno de mención es el hecho de que el Comité de Educación Profesional tiene una representación ampliada que incluye miembros de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Departamento del Distrito Federal y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Esto significa que una de las

principales finalidades de su acción es contribuir en forma conjunta a la formación y adiestramiento del personal que se requiere en los servicios de salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Sus relaciones con las instituciones docentes. El desarrollo de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social ha tenido como consecuencia una intervención cada vez más activa en la docencia médica, de lo cual han surgido relaciones con las universidades y sus facultades y escuelas de medicina.

Para normar y hacer operantes estas relaciones, la Dirección General del IMSS ha considerado necesario la creación de un Consejo de Enseñanza Médica en el cual intervienen representantes de las Facultades de Medicina, las Academias de Medicina y de Cirugía y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

De los resultados de las reuniones del Consejo de Enseñanza Médica se puede apreciar la importante participación del IMSS en la formación de personal, motivo por el cual, para cumplir con los acuerdos normativos y las instrucciones de operación, la Subdirección General Médica cuenta con una Oficina de Enseñanza.

En cuanto a la enseñanza médica de pregrado, el IMSS concede facilidades a los alumnos que reciben adiestramiento clínico en sus unidades médicas. La significación de esta cooperación resulta muy efectiva debido a que un número muy considerable de su personal médico son profesores de las escuelas de medicina.

Esta colaboración se extiende a todos los estados de la República y permite, con la utilización de las facilidades de las unidades médicas y sus salas de conferencias, establecer un contacto directo de gran utilidad para la formación del futuro médico, que inicia objetivamente un conocimiento del significado de la organización institucional para el desarrollo de los programas nacionales de salud.

Para ilustrar con números lo que significa la participación del IMSS en la docencia médica, se puede considerar que el 50% de los estudiantes del país recibe enseñanza en sus instalaciones.

En lo que se refiere a los programas de estudios superiores y cursos de especialización de posgrado, se destaca como extraordinario que el 80% se realiza en unidades médicas y con personal docente del IMSS y del ISSSTE.

Estos programas para graduados forman especialistas en todas las ramas de medicina interna, cirugía, pediatría y servicios auxiliares de diagnóstico, y dedican especial atención a la formación necesaria de profesores e investigadores médicos.

Programas de formación de personal en el Instituto. Dentro de la organización de la Subdirección General Médica se consideran programas para médicos recién graduados, que en calidad de internos y residentes se preparan en los hospitales y otras unidades médicas. Además de las facilidades docentes y ayuda económica, se les proporciona alojamiento y ropa de trabajo, así como asistencia médica extensiva a sus familiares. En 1969, 1,687 médicos reciben enseñanza en los hospitales de la Ciudad de México y de los estados de la República.

El prestigio de los servicios médicos del seguro social ha tenido como consecuencia numerosas solicitudes de otros países para enviar médicos a recibir enseñanza de graduados en calidad de internos y residentes. Actualmente reciben preparación en este sentido 134 médicos, que han sido enviados oficialmente por seguros sociales, Ministerios de Salud y universidades. En este capítulo, en las unidades médicas del seguro social están representados los siguientes países: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Para estimular la calidad de los servicios

médicos, se cuenta con un Departamento de Investigación Científica, que desarrolla programas de interés social y que promueve la evolución académica de los médicos con el aprovechamiento de los recursos institucionales y la aplicación de los programas de planificación del desarrollo y progreso de la atención médica. De acuerdo con las finalidades establecidas por la institución, el Departamento considera programas de investigación en biología de la reproducción, bioquímica, cirugía experimental, farmacología, neurofisiología y patología; para su mejor realización cuenta con el apoyo de una organización administrativa y servicios especiales entre los cuales se consideran los siguientes aspectos: audiovisual, bio-estadística, centro documental, diseño experimental, museografía médica y cuerpo editorial. Junto con la práctica docente, esta organización y los programas establecidos significan uno de los mayores estímulos para el personal médico al servicio de la institución.

En la formación y capacitación de personal ocupan un lugar preferente los que se refieren a enfermería, dedicando especial atención a la formación de enfermeras graduadas y personal auxiliar de enfermería.

Para el personal médico de base encargado de la medicina general en la consulta externa, se organizan programas de capacitación permanente, al objeto de vincular a los médicos generales con los especialistas y los de hospitales de concentración.

Se considera que la preocupación de la institución en la formación de personal tiene como finalidad elevar la calidad de los servicios médicos para armonizar factores

muy importantes que tienen relación con la organización y costo de las prestaciones médicas. Para evaluar los resultados obtenidos se recurre a los procedimientos modernos técnico-administrativos y médicos que permiten, con la investigación de indicadores previamente establecidos, apreciar la calidad de los servicios médicos y procurar por los resultados obtenidos e implantar las políticas que permitan la mejor aplicación de los recursos en todo el ámbito geográfico y en la población que ampara.

El concepto de calidad de los servicios médicos resulta de la evaluación de los procedimientos aplicados al enfermo y sus resultados, los que son estudiados en los expedientes clínicos por los médicos comisionados para este propósito.

El complemento de la evaluación de la calidad médica es el procesamiento de los datos en las unidades electrónicas de los servicios técnico-administrativos, que tienen como fin poner en evidencia el principio expresado de utilizar mejor los recursos económicos, humanos y materiales, y establecer las normas médicas y administrativas que conduzcan a obtener la óptima relación entre volumen, costo y calidad de los servicios médicos.

En resumen, se aprecia la importancia que concede el Instituto Mexicano del Seguro Social al adiestramiento permanente del personal en servicio y a la formación de nuevos cuadros de personal de salud con la debida orientación social, para que se constituyan en elementos de utilidad para poner en marcha los programas de la institución, que tanta significación tienen en los programas nacionales de salud.

VI. COORDINACION EN EL FINANCIAMIENTO ¹

1. AREA OPERACIONAL

A medida que avanza la ciencia de la medicina, se va encareciendo la prestación de los servicios médicos. Además, los costos se elevan cuando se intensifican los esfuerzos para poner la atención médica al alcance de grandes sectores dispersos de la población, especialmente en pueblos pequeños y en áreas rurales que no tienen acceso a servicios de salud.

Por estas y otras causas, los costos van superando la capacidad financiera, tanto de las instituciones de seguridad social como de los Ministerios de Salud. Por consiguiente, existen razones muy prácticas y lógicas en favor de una política de coordinación entre las distintas entidades nacionales encargadas de proporcionar servicios médicos.

Financiamiento conjunto de salarios

En vista de que es limitado el número de personal médico y paramédico que presta servicios fuera de los principales centros urbanos, es necesario atraer más profesionales hacia esas zonas que carecen de atención médica y retenerlos allí, para lo cual es preciso ofrecerles sueldos más elevados. Las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud, tomando en cuenta el número de asegurados y no asegurados residentes en una zona determinada, podrían financiar conjuntamente sueldos lo suficientemente altos como para inducir al personal médico a aceptar un cargo en lugares donde ninguna entidad,

por sí sola, podría estar en condiciones de ofrecerles una retribución razonable.

¿Hay países que estén llevando a cabo este tipo de cooperación?

¿En caso afirmativo, cuáles son los resultados?

¿Qué problemas se han presentado?

Uso en común de hospitales

Uno de los principales problemas en la provisión de servicios médicos es la hospitalización. Aun cuando en muchos casos el número de pacientes es tan grande que se justifica la existencia de hospitales separados, manejados por las instituciones de seguridad social y por los Ministerios de Salud, existe, y seguirá existiendo, un número creciente de situaciones en que la única solución adecuada es la existencia de un solo hospital perteneciente a una entidad (sea esta el Ministerio o el seguro social), que reciba de la otra el pago correspondiente a la hospitalización y a los servicios utilizados.

La manera de efectuar este pago a veces puede constituir una dificultad, pero para solucionarla podrían establecerse comisiones integradas por representantes de ambas entidades, que fijaran las tarifas que una abonaría a la otra por día-cama en cada localidad. Sin embargo, en ocasiones surge el obstáculo de que el hospital que provee el servicio no está autorizado a recibir directamente el pago respectivo, sino que este debe hacerse a través de una oficina fiscal central. En esos casos se puede seguir ese procedimiento pero contabili-

¹ Documento preparado por la Secretaría General de la OEA.

zando el crédito a favor del establecimiento que rindió el servicio.

Otro problema originado por el uso conjunto de hospitales es el de la administración. Por ejemplo, hay ocasiones en que, cuando la entidad propietaria del hospital asigna a la otra un pabellón determinado para sus pacientes, la segunda insiste en tener su propio administrador, a pesar de que comparte ciertos servicios como salas de operaciones, laboratorio, radiología, farmacia, lavandería y cocina.

¿Cuáles son las experiencias adquiridas respecto al uso en común de hospitales?

¿Cuáles son los resultados? Analizar las causas del éxito o fracaso.

¿Qué método de reembolso es el más equitativo y más fácil de administrar?

Cooperación en la provisión de productos farmacéuticos

Uno de los elementos más costosos en la provisión de la atención médica es el suministro de medicamentos. Tradicionalmente, se entregan gratuitamente a los indigentes (función del Ministerio de Salud) y a los asegurados (como parte de las prestaciones en especie del seguro de enfermedad).

Si se logra convencer a los médicos que prescriban según el nombre científico o genérico de las drogas y no por el nombre comercial, y si los diversos organismos que proveen servicios médicos acuerdan adoptar el uso de un "formulario" o "vademécum" (una lista de las medicinas a ser recetadas), sería posible combinar los pedidos de varias entidades para adquirir o elaborar conjuntamente los medicamentos, lo que resultaría en una disminución considerable del costo para cada institución.

Además, las diferentes entidades pueden prestarse mutuamente productos farmacéuticos por períodos breves y así superar problemas de escasez temporal, evitando el tener que adquirirlos a precios más altos al por menor.

¿Existen mecanismos para facilitar la cooperación en cuanto al suministro de productos farmacéuticos? ¿Cuáles son?

¿Cuál ha sido su efecto en el costo de los productos para cada institución?

¿Qué ventajas (o desventajas) se han observado como resultado de esta cooperación?

2. AREA DE INVERSIONES

Además de las dificultades involucradas en el financiamiento de los aspectos funcionales de la prestación de servicios médicos, existe el problema de la escasez crónica de hospitales y otras instalaciones adecuadas. Con frecuencia ni el Ministerio de Salud ni la institución de seguridad social dispone de los fondos necesarios para construir o renovar y equipar las instalaciones necesarias, por lo que en algunos países se ha iniciado una coordinación para planear la ubicación, capacidad y diseño funcional de hospitales y centros de atención ambulatoria y aprovechar mejor los limitados recursos humanos, materiales y financieros.

La coordinación también puede practi-

carse cuando una institución tiene cierto equipo que no utiliza y decida donarlo a otra, o al menos facilitárselo en calidad de préstamo durante un breve o un largo plazo. Asimismo, puede ocurrir que una de las entidades emprenda la construcción o renovación de un hospital si la otra se compromete a utilizar las instalaciones y reembolsarle por el servicio; o que una institución esté dispuesta a donar un determinado equipo a un hospital propiedad de otra entidad, con la condición de que podrá hacer uso del mismo.

Afortunadamente existen tantas soluciones como problemas, pero la posibilidad de que se logre una coordinación efectiva

depende en gran parte de la existencia de constante comunicación y buena voluntad entre todos los funcionarios de las distintas entidades, ya sean en las grandes ciudades o en las zonas apartadas. Los instrumentos legales que impongan una política de cooperación y creen comisiones mixtas son necesarios, pero es imprescindible que prevalezca en todos los niveles y en todos los organismos una receptividad definida en cuanto a la importancia de la coordinación para que esta resulte algo más que una manifestación de buenas intenciones.

La necesidad de una acción coordinada

para lograr la máxima utilización de los escasos recursos disponibles es bien evidente, pero se tropezará con innumerables dificultades si la actitud de los responsables de la tarea no es positiva y no está basada en la confianza mutua.

¿Qué mecanismos existen para coordinar el financiamiento de la construcción, renovación o adaptación de hospitales y otros establecimientos de salud?

¿Cuáles han sido los resultados?

¿Qué dificultades han surgido en la práctica y qué medidas se requieren para eliminar o disminuir los obstáculos?

VII. RESOLUCION DE LA XIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

Resolución XVIII ¹

Informe de un Grupo de Estudio sobre la Coordinación de los Servicios de Atención Médica de los Ministerios de Salud, de las Instituciones de Seguridad Social y de las Universidades

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD19/19, Rev. 1), por el cual pone en conocimiento del Consejo Directivo el informe final del Grupo de Estudio sobre la Coordinación de los Servicios de Atención Médica de los Ministerios de Salud, de las Instituciones de Seguridad Social y de las Universidades, convocado conjuntamente por la Organización de los Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud, que se reunió en Washington, D. C., del 4 al 8 de agosto de 1969,

RESUELVE:

1. Agradecer a los miembros del Grupo de Estudio la labor realizada.
2. Agradecer a la Organización de los Estados Americanos su cooperación en la organización de esta reunión.
3. Ratificar las recomendaciones del Grupo de Estudio.
4. Recomendar al Director que dé la más amplia difusión a este informe para que sea tenido en cuenta por las autoridades de salud de los países de las Américas en la organización de sus sistemas nacionales de salud.
5. Recomendar al Director que organice reuniones zonales de altos ejecutivos de la salud, de la seguridad social y de la educación médica, a fin de que examinen en qué forma y grado las recomendaciones del Grupo de Estudio se pueden aplicar en sus respectivos países.

¹ Aprobada en la decimoquinta sesión plenaria, celebrada el 8 de octubre de 1969.

BIBLIOGRAFIA

1. Abel-Smith, Brian. *El precio de los servicios sanitarios: Estudio de los costes y de las fuentes de financiamiento en seis países*. Cuadernos de Salud Pública No. 17. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1964, 94 págs.
2. Abel-Smith, Brian. *Estudio internacional de los gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud pública*. Cuadernos de Salud Pública No. 32. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1969, 136 págs.
3. Andersen, Ronald y Odin W. Anderson. *A Decade of Health Services; Social Survey Trends in Use and Expenditure*. Chicago: University of Chicago Press, 1967, 244 págs.
4. Badgley, Robin F. y Samuel Wolfe. *Doctors' Strike; Medical Care and Conflict in Saskatchewan*. Toronto: Macmillan of Canada, 1967, 201 págs.
5. Blue Cross Association. *Report to the Nation, January 1, 1969*. Chicago, 1969, 46 págs.
6. Bravo, Alfredo L. "Coordinación de servicios de salud: panorama latinoamericano". Trabajo presentado a la Segunda Conferencia Regional de Hospitales (San José, Costa Rica, 1968). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1968. Documento mimeografiado.
7. Bravo, Alfredo L. "Extensión geográfica del seguro social y a la familia del asegurado". Exposición ante el Primer Congreso Nacional de Seguridad Social (San Salvador, El Salvador, 1967). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1967. Documento mimeografiado.
8. Bravo, Alfredo L. "Participación de los médicos en la coordinación de los servicios de salud". Trabajo presentado al XXXVII Congreso Médico Nacional de Costa Rica (San José, 1968). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1968. Documento mimeografiado.
9. Bravo, Alfredo L. "Rol del hospital en los programas integrados de salud". Trabajo presentado a las Primeras Jornadas Venezolanas de Hospitales (Caracas, 1968). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1968.
10. Burney, L. E., Robert M. Bucher, Arthur D. Nelson y David P. Willis. "Planning for Comprehensive Health Care at Temple University Hospital". *Public Health Rep* **83**(6):439-448, 1968.
11. Cartwright, Ann. *Patients and Their Doctors; A Study of General Practice*. New York: Atherton Press, 1967, 295 págs.
12. Colombia. Ministerio de Salud Pública y Asociación de Facultades de Medicina. *Instituciones de atención médica; diagnóstico de consulta externa*. Bogotá, 1968, 37 págs.
13. Colombia. *Investigación nacional de morbilidad. La muestra*. Bogotá, 1968, 83 págs.
14. Detwiller, Lloyd F., Alfredo L. Bravo, Karl Evang, John H. Brotherston y William M. McCay. *The Impact of Centralization on the Administration of Health Care Services*. (Canada, Chile, Norway, Scotland and the U.S. Veterans Administration. Third Alumni Institute in Hospital Administration, University of Minnesota, 1964). Minneapolis: Universidad de Minnesota, 1964, 189 págs.
15. Díaz P., Salvador. "El gasto médico familiar". *Cuadernos Médico-Sociales* (Santiago, Chile), Vol. VII (4):21-26, 1966.
16. Díaz P., Salvador, Carlos Montoya y Mario Vera. "El gasto médico en Chile". Presentado a la Primera Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación

- Médica Mundial (Santiago, Chile, 1965). Santiago, Asociación Médica Mundial, 1965, págs. 33-51.
17. Díaz P., Salvador, Carlos Montoya y Georgina Ortiz. "El gasto médico del sector público en Chile; estudio hasta 1965 inclusive". *Cuadernos Médico-Sociales* (Santiago, Chile), Vol. VIII (1): 11-20, 1967.
18. Evang, Karl. *Health Service Society, and Medicine*. New York: Oxford University Press, 1960.
19. Forsythe, Gordon. *Doctors and State Medicine. A Study of the British Health Service*. Philadelphia: Lippincott, 1966.
20. Glaser, William A. "American and Foreign Hospitals". En: *The Hospital in Modern Society*. New York: Free Press, 1963, págs. 37-69.
21. Grunwald, Joseph. "El gasto médico en Chile". En: *Seminario de Formación Profesional Médica*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1960, págs. 95-132.
22. Grushka, Th. *Health Services in Israel*. Israel, Ministerio de Salud, 1968, 455 págs.
23. Hanson, Eric J. *The Public Finance Aspects of Health Services in Canada*. Ottawa: Queen's Printer, 1963, 206 págs.
24. "How to Improve Medical Care". Entrevista con el jefe de la Blue Cross Association. Reimpreso de *US News & World Report*, marzo 24 de 1969, págs. 41-46.
25. Klarman, Herbert E. *The Economics of Health*. New York: Columbia University Press, 1965, 200 págs.
26. Manitoba Hospital Survey Board. *Report: Hospital Facilities*. Winnipeg: Queen's Printer, 1961, 542 págs.
27. Manitoba Hospital Survey Board. *Report: Hospital Personnel*. Winnipeg: Queen's Printer, 1963, 198 págs.
28. Margolis, Efraín y Humberto Villasmil Faria. *Medicina preventiva en los hospitales*. Curso de administración de hospitales. San Cristóbal, Universidad Central de Venezuela, Escuela de Salud Pública, 1969, 41 págs.
29. Mc Nerney, Walter J. y Donald C. Riedel. *Regionalization and Rural Health Care; An Experiment in Three Communities*. Ann Arbor: Universidad de Michigan, 1962, 209 págs.
30. Organización de Estados Centroamericanos. "Consideraciones acerca de una política centroamericana en salud pública". Resumen de la monografía *Los recursos de la salud pública en Centroamérica*, por el Dr. Juan Allwood Paredes. San Salvador, 1969, 68 págs.
31. Organización Panamericana de la Salud. *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica. I. Metodología; II. Resultados preliminares; III. Trabajos e informes de la Conferencia de Maracay*. Washington, D.C., 1968, 116, 92 y 134 págs., respectivamente.
32. Organización Panamericana de la Salud. *Administración hospitalaria en los programas de salud. Publicación Científica 155*. Washington, D.C., 1967.
33. Organización Panamericana de la Salud. *Atención médica: Bases para la formulación de una política continental. Publicación Científica 70*. Washington, D.C., 1962.
34. Organización Panamericana de la Salud. *Atención médica: Nuevos elementos para la formulación de una política continental. Publicación Científica 129*. Washington, D.C., 1966.
35. Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación de los servicios médicos. Discusiones Técnicas, XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. Publicación Científica 154*. Washington, D.C., 1967.
36. Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación de los servicios médicos—Suplemento. Publicación Científica 154-A*. Washington, D.C., 1968.
37. Organización Panamericana de la Salud. "Atención médica en las áreas rurales". *Bol. Ofic. Sanit. Panamer. LXIV (1): 29-38*, 1968.
38. Paetznick, Marguerite. *Guía para la dotación de personal de enfermería en los hospitales*. Cuadernos de Salud Pública No. 31. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1969, 102 págs.

39. Paredes Manrique, Raúl. *La profesión médica*. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y Ministerio de Salud Pública, 1968, 89 págs.
40. Parra Escobar, Horacio. *Los programas de coordinación entre la seguridad social y los Ministerios de Salud Pública; aplicación y resultados*. Ponencia al Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social (México, 1969). México, Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, 1969. Documento mimeografiado.
41. Roemer, Milton I. *La atención médica en América Latina*. Preparado para la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Washington, D.C.: Unión Panamericana, 1964, 340 págs.
42. Roemer, Milton I. *Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social; estudio basado en la experiencia en ocho países*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1969, 272 págs.
43. Servicio de Salud Pública de los E.U.A., División de Administración de Atención Médica. *What Thirteen Local Health Departments Are Doing in Medical Care*. Publicación No. 1664, 1967, 128 págs.
44. Silver, George A. *Family Medical Care: A Report on the Family Health Maintenance Demonstration*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1963, 359 págs.
45. "The Expanding Role of Ambulatory Services in Hospitals and Health Departments". *Bull NY Acad Med* 41 (1), 1965.
46. Trejos Escalante, Fernando. *Coordinación de las instituciones de salud*. Trabajo presentado a la Segunda Conferencia Regional de Hospitales (San José, Costa Rica, 1968). San José, Federación Internacional de Hospitales, 1968, 11 págs.
47. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, Ministerio de Salud. *The System of Public-Health Services in the USSR*. 1967, 138 págs.
48. Williamson, Kenneth. *Financiamiento de servicios de salud*. Trabajo presentado a la Segunda Conferencia Regional de Hospitales (San José, Costa Rica, 1968). San José, Asociación Americana de Hospitales, 1968, 19 págs.

Publicaciones periódicas

- Medical Care* (revista internacional auspiciada por la Sección de Atención Médica de la Asociación Americana de Salud Pública). Philadelphia: Lippincott. (Bimestral.)
- Medicina Administrativa*. Buenos Aires, Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública. (Trimestral.)

Anexo

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA EXPERIENCIA DEL CANADA CON RESPECTO A CONSTRUCCION DE HOSPITALES, RECURSOS EN SALUD, PLANIFICACION DE HOSPITALES Y OTROS SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS DE ESTOS SERVICIOS ¹

1. PROGRAMA DE CONSTRUCCION DE HOSPITALES

Naturaleza y alcance del programa en la fecha en que fue presentado y cambios importantes efectuados desde entonces

El Programa Nacional de Subvenciones para la Salud fue inaugurado por Decreto Real de conformidad con la Ley de Asignaciones Anuales de 1948, con una asignación anual para proyectos de construcción de hospitales por valor de \$13,000,000, que serían distribuidos entre las provincias de acuerdo con su población. Esta cantidad se aumentó ligeramente en 1949 cuando Terranova ingresó en la Confederación, y nuevamente en 1952 cuando la subvención se extendió a los territorios de Yukon y del noroeste.

La aportación federal ascendía a 1,000 dólares para la dotación de cada cama aprobada para tratamiento activo; \$1,500 para cada cama de enfermo crónico, convaleciente, mental o tuberculoso, y \$1,000 para cada "equivalente-cama", expresión definida como tres cunas o 500 pies cuadrados de espacio interior en un centro comunitario de salud. La aportación federal se limitó a un tercio del costo total y dependía de la concesión de una subvención paralela por parte de la provincia.

El alcance del programa se amplió en 1951 a fin de facilitar \$500 por cama en

residencias de enfermeras. El espacio por equivalente-cama se redujo a 300 pies cuadrados en los centros comunitarios de salud y la subvención se extendió a laboratorios clínicos y de salud pública combinados, a reserva de las limitaciones de espacio en ambos casos.

La cantidad disponible anualmente para nuevos proyectos se redujo a 6,700,000 dólares en 1953, en parte con objeto de obtener fondos para otras tres nuevas subvenciones de salud instituidas en esa ocasión.

En 1954 las subvenciones para equivalente-cama se ampliaron con el fin de incluir servicios para el adiestramiento de personal de hospitales.

En 1958 se efectuaron importantes cambios cuando la cantidad anual disponible se aumentó a 17,400,000 dólares. Las aportaciones federales para camas destinadas a pacientes en tratamiento activo, convalecientes crónicos, mentales o tuberculosos y equivalente-cama se aumentaron a 2,000 dólares. Se autorizaron pagos por valor de \$750 por cama para las destinadas a residencias de enfermeras o de internos en hospitales. Se autorizó el pago de hasta un tercio del costo en el caso de renovaciones o alteraciones importantes en los locales existentes.

El programa, previsto para un quinquenio, se ha continuado hasta ahora, habiendo

¹ Documento preparado por el Dr. Joseph W. Willard, Vice-Ministro de Bienestar Nacional del Canadá.

sido objeto de una serie de extensiones. En 1966 se extendió su duración hasta el 31 de marzo de 1970, fecha en que terminará. Las obras de los proyectos aprobados deben estar en construcción en esa fecha a fin de que puedan ser objeto de pago en virtud del programa.

El establecimiento del Fondo de Recursos para la Salud en 1966 redujo la presión sobre las subvenciones para construcción de hospitales en lo que respecta a grandes instituciones asociadas con las escuelas de medicina, pero no ejerció efecto alguno sobre la construcción de otros hospitales o residencias.

Naturaleza de la participación de las provincias

En lo que respecta a la participación de las provincias, se mencionan a continuación los casos en que estas han contribuido con una proporción mayor de la que exigen las aportaciones paralelas en virtud del programa. Comprende los siguientes elementos:

1. La aportación obligatoria de subvenciones paralelas a la del Gobierno federal para la construcción de obras aprobadas.
2. La concesión de cantidades en exceso de la aportación federal, de ser esto aplicable para obras de construcción aprobadas.
3. El costo total, descontando la aportación federal, en el caso de hospitales de propiedad de una provincia.
4. El costo total, descontando la participación local, en el caso de proyectos no aprobados en virtud del programa de subvenciones para la salud, por ejemplo en una provincia que ha agotado su proporción de los fondos federales.

Las fórmulas referentes a las subvenciones provinciales se han modificado en el curso de los años a fin de hacer frente al creciente costo de la construcción. No es posible presentar aquí un examen de las disposiciones antiguas o vigentes. Generalmente, las aportaciones provinciales son muy superiores a la aportación federal. A

continuación se mencionan algunos ejemplos típicos.

En Alberta, la mayor parte del financiamiento se efectúa mediante bonos sin garantía, aunque en algunos casos la construcción se financia mediante subvenciones y pagos directos. El financiamiento mediante bonos sin garantía se efectúa por intermedio de la Corporación de Financiamiento Municipal de Alberta y la provincia ha asumido la responsabilidad de reembolsar el principal y el interés sobre la deuda de capital de hospitales aprobados. En los dos últimos años no se han aprobado subvenciones federales para obras de construcción.

Saskatchewan concede subvenciones por un valor máximo de \$8,500 por cama para camas básicas de hospital, \$5,800 para camas de hospitales regionales y \$2,000 para camas de hospitales comunitarios.

En el período de 1949 a 1967, Colombia Británica concedió subvenciones por valor de \$53,600,000 contra costos de construcción en exceso de 113,000,000 de dólares. Las subvenciones federales para construcción aprobadas para camas y renovaciones en ese mismo período ascendieron a 18,400,000 dólares. La provincia aporta un mínimo del 60% del costo aprobado de un proyecto, después de deducir la subvención federal.

Ontario sufraga las dos terceras partes del costo aprobado de construcción, parte del cual puede ser un préstamo reembolsable de los ingresos que percibe el hospital por concepto de cargos extraordinarios por hospitalización privada y semiprivada. Si estos últimos no bastan para sobrellevar el costo del préstamo, la Comisión de Servicios de Hospital de Ontario abonará un pago equivalente al déficit. La provincia también sufraga el costo total (descontando la aportación federal) de servicios de rehabilitación médica, hospitales universitarios y servicios de enseñanza e investigación de hospitales afiliados a la universidad.

Las subvenciones provinciales de Quebec

han sido sistemáticamente superiores a la aportación federal.

Naturaleza, alcance y métodos de recaudación de fondos para el financiamiento de gastos locales

Existen varias fuentes de financiamiento de gastos locales (participación no federal/provincial), por ejemplo:

1. Pagos con sumas acumuladas en las cuentas de hospital, venta del activo, etc.
2. Aportaciones privadas.
3. Impuestos municipales, principalmente en el caso de hospitales con control municipal.
4. Fondos para el pago de sueldos y que, por pertenecer el personal del hospital a órdenes religiosas, podrían ser utilizados por la casa central para liquidar deudas.

En general, se espera que con los medios de financiamiento local se sufrague alrededor de un tercio de los costos. Se obtienen fondos de campañas organizadas con tal efecto, donaciones, legados y a veces de préstamos bancarios o la emisión de bonos sin garantías. En Saskatchewan, donde la mayoría de los hospitales pertenece a los municipios, se recaudan fondos mediante impuestos establecidos en los municipios participantes. Cabe señalar, sin embargo, que en los últimos años Quebec ha recurrido muy poco al financiamiento local para la construcción de hospitales y que esta provincia ha abonado la diferencia entre costos y aportación federal.

En los distritos donde la población indígena constituye un porcentaje importante, la Dirección de Servicios Médicos del Departamento de Salud y Bienestar Nacional puede conceder una subvención destinada a dicha población.

No es fácil determinar el grado de financiamiento local; normalmente, representa un tercio o más del costo total. De 1948 a 1968 el financiamiento provincial y local representaba en conjunto el 88.7% del costo total de construcción (véase pág. 81).

Gastos anuales del Gobierno federal efectuados en virtud del programa desde su iniciación, y número y clases de camas provistas cada año con arreglo al programa desde su iniciación (véase cuadro 1).

Costos relativos de reacondicionamiento de antiguos hospitales como método alternativo a la construcción de nuevos locales

Es difícil determinar y analizar los costos de reacondicionamiento de antiguos hospitales: varían de menos de \$20 a más de \$50 por pie cuadrado. Los fondos para nuevas obras, sin contar equipo movible, terrenos, honorarios, impuestos de venta, y para imprevistos ascienden por término medio a \$30 por pie cuadrado aproximadamente (promedio en 1967 de 10 hospitales).

En la evaluación de las alternativas de costo se puede aplicar la siguiente norma general en lo que respecta al reacondicionamiento comparada con la construcción de nuevas obras:

Si el costo de la adquisición de terrenos, más la construcción de un nuevo local, es superior al valor de la venta de la propiedad existente más el costo de reparaciones y adiciones, se ha de considerar la posibilidad de reacondicionar el antiguo hospital en vez de construir nuevos locales.

Se ha de entender, naturalmente, que la fórmula general mencionada constituye sólo el primer paso para abordar el problema y que es preciso evaluar cabalmente otros factores antes de adoptar una decisión final, como los siguientes:

1. Recursos totales.
2. Diferencia en los gastos anuales de funcionamiento y los correspondientes a calefacción, aire acondicionado y energía eléctrica.
3. Financiamiento y pagos de interés.
4. Mayor eficacia de un nuevo edificio.
5. Posibilidad, en el edificio existente, de ampliación futura de departamentos y servicios de agua, gas, etc.
6. Gastos de conservación.

Cuadro 1. Camas de hospital provistas con ayuda federal en virtud de las subvenciones para construcción de hospitales y gastos federales

Ejercicio económico	Camas para tratamiento activo	Camas para crónicos y convalecientes	Camas para casos mentales	Camas para tuberculosos	Total de camas de hospital	Camas para recién nacidos	Camas para enfermeras	Camas para internos	Equivalentes-camas	Gastos (dólares)
1948-1949	39	—	—	—	39	—	—	—	12.6	2,223,357
1949-1950	1,040	126	—	205	1,371	287	—	—	16.3	6,804,359
1950-1951	3,956	346	919	1,029	6,250	995	—	—	55.2	6,897,352
1951-1952	3,998	814	1,205	971	6,988	743	9	—	57.1	9,166,473
1952-1953	3,533	690	1,084	869	6,176	588	716	—	159.1	10,543,946
1953-1954	3,418	851	752	142	5,163	877	2,111	—	1,064.0	9,114,164
1954-1955	5,249	537	914	254	6,954	1,361	666	—	691.6	9,456,990
1955-1956	4,399	1,146	2,734	326	8,605	1,115	2,419	—	1,476.8	10,817,922
1956-1957	4,820	920	1,485	204	7,429	811	2,131	—	1,532.6	11,374,876
1957-1958	3,221	307	2,757	374	6,659	803	2,253	—	841.3	8,048,518
1958-1959	2,948	710	2,762	230	6,650	554	1,563	41	1,667.1	16,827,224
1959-1960	2,707	324	559	70	3,660	704	1,291	234	769.7	14,940,580
1960-1961	3,776	834	922	—	5,532	929	1,588	32	2,002.2	17,595,202
1961-1962 ^a	3,516	418	1,614	—	5,548	894	2,070	111	1,485.3	18,999,996
1962-1963	4,150	660	1,442	64	6,316	589	820	77	1,800.2	20,000,000
1963-1964	6,095	685	1,069	—	7,849	956	2,700	68	2,094.2	22,000,000
1964-1965	3,446	1,190	575	—	5,211	297	985	41	1,403.4	21,512,347
1965-1966	6,253	1,217	991	—	8,461	1,113	606	99	2,172.1	17,622,038
1966-1967	3,378	234	344	—	3,956	624	212	95	1,353.0	16,473,944
1967-1968	3,786	174	207	—	4,167	521	1,189	12	1,253.3	16,401,662
1968-1969 ^b	2,918	269	237	—	3,424	375	157	—	1,052.9	14,009,282
Total	76,646	12,487	22,572	4,738	116,408	15,136	23,486	810	22,961.0	280,830,232

^a En el ejercicio económico de 1961-1962 se convirtieron 35 camas para tuberculosos en camas para convalecientes.

^b Los datos para 1968-1969 se basan en proyectos presentados por las provincias.

7. Gastos de seguros.
8. Impuestos a la propiedad inmueble.
9. Alcance de las subvenciones federales y provinciales.
10. Efecto de la redistribución de pacientes, médicos y personal.
11. Flexibilidad en relación con modificaciones futuras.
12. Urgencia con que se requiere el nuevo local o servicio.
13. Inconvenientes y molestias de que serán objeto los pacientes y el personal durante las renovaciones propuestas.
14. Gastos de transporte derivados de la asignación de personal al nuevo local.
15. Consideraciones locales.

Evaluación de la fórmula financiera en virtud del programa de construcción de hospitales

La fórmula que se utiliza actualmente es la siguiente:

\$2,000 para camas destinadas a enfermos en tratamiento activo, crónicos y convalecientes;

\$2,000 para cada una de tres cunas de recién nacidos;

\$2,000 por cada 300 pies cuadrados de espacio que satisfaga las condiciones para establecer "un centro comunitario de salud" y se preste para fines "docentes";

\$750 por cama en residencias para enfermeras e internos, y

Un tercio del costo de las renovaciones o alteraciones en un edificio de hospital existente.

Esta fórmula no es selectiva sino general en su aplicación en lo que respecta a factores como zonas geográficas y tipo de cama para enfermos agudos. No ofrece incentivo para proporcionar camas que se necesitan con suma urgencia, comparado con las que no son tan necesarias. Algunas provincias han establecido diferencias en las subvenciones que conceden, pero en general la construcción de hospitales se ha efectuado sin arreglo a planes y refleja más bien la iniciativa y presión locales.

Evaluación de la proporción de los gastos sufragados por el Gobierno federal

Hasta el 31 de marzo de 1969 los gastos del Gobierno federal en el programa de construcción de hospitales ascendían a 281,000,000 de dólares. Las nuevas inversiones en construcción de hospitales en ese período representaban en total \$2,631 millones (cuadro 2). A base de estos datos, las subvenciones del Gobierno federal representaban el 10.7% de los gastos totales de construcción. Este porcentaje es sólo aproximado ya que es probable que haya diferencias conceptuales entre las dos series, es decir definiciones de equipo, reparaciones, etc., pero según parece, es poco probable que la aportación federal sea mucho mayor que esa cifra.

Cuadro 2. Nuevas inversiones (cifra bruta) en hospitales en el Canadá

(En millones de dólares)

Año	Cons- trucción	Maquinaria y equipo	Total
1948	44.0	11.6	55.6
1949	61.3	10.1	71.4
1950	62.3	10.7	73.0
1951	65.5	13.5	79.0
1952	81.4	11.9	93.3
1953	103.1	15.2	118.3
1954	106.4	15.2	121.6
1955	130.0	16.2	146.2
1956	110.0	18.7	128.7
1957	111.7	19.1	130.8
1958	124.5	23.5	148.0
1959	126.0	23.4	149.4
1960	125.2	30.7	155.9
1961	150.9	30.2	181.1
1962	152.2	28.6	180.8
1963	144.8	35.2	180.0
1964	150.2	38.6	188.8
1965	164.8	37.1	201.9
1966	178.9	43.8	222.7
1967	212.6	57.3	269.9
1968 (est.)	225.7	69.4	295.1
Total	2,631.5	560.0	3,191.5

Fuente: Departamento de Comercio e Intercambio; *Private and Public Investment in Canada*, años pertinentes.

Evaluación del programa de construcción de hospitales

Uno de los propósitos de la evaluación es determinar si la ausencia de requisito fiscal en la fórmula para distribuir las subvenciones a las provincias ha constituido un importante factor que ha disuadido a las provincias con bajos ingresos de mejorar y ampliar sus servicios de hospitales.

La respuesta depende de si el término "disuadido" ha de interpretarse como "impedido" o "desalentado". El cuadro 3 demuestra que no se ha impedido a las provincias con bajos ingresos ampliar sus servicios en cierto grado, pero que podrían haberlos ampliado más en virtud de disposiciones más liberales sobre la distribución de gastos. Es evidente que el costo de ampliación en las provincias constituye una carga más pesada en aquellas con bajos ingresos *per capita*.

Otro de los objetivos del programa de construcción de hospitales es determinar si la adición de fondos federales y provinciales

Cuadro 3. Camas establecidas por 1,000 habitantes en hospitales especiales, públicos, generales e instituciones afines, por provincias, 1948 y 1967

Provincia	Camas por 1,000 habitantes		Ingreso personal per capita, 1967 (\$)
	1948	1967	
Terranova	—	6.0	1,424
Isla Príncipe Eduardo	5.0	5.9	1,532
Nueva Escocia	4.7	6.0	1,790
Nuevo Brunswick	4.3	6.1	1,658
Quebec	4.2	5.5	2,069
Ontario	4.1	6.2	2,624
Manitoba	5.3	6.3	2,317
Saskatchewan	5.6	8.1	2,183
Alberta	5.9	8.3	2,372
Colombia Británica ..	5.7	5.8	2,579
Yukon y territorios del noroeste	18.4	5.7	1,795
Canadá	4.6	6.2	2,313

Fuente: DBS 83-217 Estadísticas de hospital; 13-201 Contabilidad nacional, ingresos y egresos, 1967.

al programa ha sido un factor importante para aumentar la cantidad y calidad de servicios hospitalarios.

La Sección del Departamento de Salud y Bienestar Nacional que administra las subvenciones para construcción de hospitales informa que ha recibido numerosas observaciones en el sentido de que la subvención federal constituyó un incentivo para establecer un proyecto de construcción de hospitales y que significó la diferencia entre el éxito o el fracaso del plan, especialmente en relación con hospitales más pequeños de tipo comunitario.

Las normas establecidas por el Departamento probablemente han influido en la calidad de los servicios hospitalarios, y la subvención para renovaciones ha contribuido en gran medida a adaptar muchos hospitales antiguos a las condiciones modernas.

También se ha hecho la evaluación del programa de construcción de hospitales para determinar si en algunas provincias ha contribuido a la construcción de un número excesivo de locales.

Es difícil examinar la construcción excesiva de locales sin una norma aceptada. Canadá tiene alrededor de 40% más camas por 1,000 habitantes que los Estados Unidos de América, pero esta diferencia podría justificarse. En los últimos años ha existido, al parecer en la mayoría de las provincias del Canadá, la tendencia del número de camas por 1,000 habitantes a gravitar hacia el promedio nacional. Esto indicaría que en ninguna provincia en particular la construcción ha sido más excesiva que en otras. Se excluye así la otra alternativa lógica compatible con cierto grado de construcción excesiva, es decir, que la mayoría o la totalidad de las provincias han construido locales en exceso (siempre que se tomen en cuenta las diferencias de principio en los planes provinciales acerca del alcance de los servicios asegurados) debido a los índices de ocupación continuamente elevados en los hospitales.

La evaluación del programa de construcción de hospitales ha incluido también el determinar si su efecto ha consistido únicamente en contrarrestar el efecto de la inflación sobre los costos de construcción de hospitales, los que han aumentado desde la iniciación del programa.

Los costos de hospitales han aumentado no sólo debido a la inflación, sino también como consecuencia de innovaciones tecnológicas. El hospital de 1968 se parece muy poco al hospital de 1948 en muchos de sus aspectos y no es muy significativa la comparación de los costos durante ese período de 20 años. De 1948 a 1968 el valor del dólar, medido por el Índice de Precios de los Artículos de Consumo, disminuyó en alrededor del 40 por ciento. Considerando el período de 20 años en su totalidad, es probable que las subvenciones federales y provinciales hayan contrarrestado con creces el efecto de la inflación.

En el caso de un proyecto llevado a cabo en la actualidad a un costo de, por ejemplo, \$25,000 por cama, el costo equivalente en 1948 habría sido de \$15,000, es decir \$25,000 x 60 por ciento. (Este ejemplo es, por supuesto, completamente hipotético porque nadie podría haber construido en 1948 un hospital con todos los servicios y equipo que se utilizarían en 1968; a la inversa, en 1968 nadie pensaría en construir un hospital utilizando la tecnología de 1948.) La diferencia debido a la inflación es de \$10,000 por cama. Con una subvención federal de \$2,000, más una aportación provincial paralela de \$2,000, sería todavía necesario recaudar localmente otros \$6,000. En este ejemplo, las subvenciones para construcción no habrían contrarrestado el efecto de la inflación. No obstante, como ya se ha señalado, en muchas provincias la aportación paralela es muy superior a la contribución del Gobierno federal, de modo que se podría comprobar que las subvenciones de 1968 de los dos niveles de Gobierno combinados habían más que seguido el ritmo del alza de precios. No se

dispone de datos sobre las aportaciones de las provincias a la construcción de hospitales.

En la evaluación del programa de construcción de hospitales se ha tratado asimismo de determinar si los préstamos de bajo interés, previstos en las propuestas federales de 1945, habrían permitido abordar con más eficacia el problema de la escasez de servicios cuando se inició el programa en 1948.

En su declaración formulada en mayo de 1948, el Primer Ministro señaló que la obtención de préstamos de bajo interés previstos en 1945 "no constituirá por ahora un incentivo suficiente para construir hospitales en la escala necesaria".

La importancia relativa de los préstamos de bajo interés depende de la participación actual de las provincias, el tipo de interés, las condiciones del préstamo y si el texto de la Ley sobre Seguros de Salud y Servicios de Diagnóstico se redactó de modo que se incluyera el interés sobre el financiamiento de capital. En 1948, cuando los tipos de interés y el costo por cama eran bajos, en realidad hubiera sido muy poco ventajoso obtener préstamos de bajo interés.

Supongamos que en 1948 una cama de hospital costaba \$8,000 y que el tipo normal de interés era de 6 por ciento:

Ejemplo 1: Subvención del Gobierno federal \$1,000; subvención provincial \$1,000; el hospital pide un préstamo de \$6,000 con un interés de 6 por ciento. Costo aproximado para el hospital: \$9,600.

Ejemplo 2: Ninguna subvención del Gobierno federal; subvención provincial \$1,000; el hospital pide un préstamo de \$7,000 con un interés de 3 por ciento.² Costo aproximado para el hospital: \$9,100.

Ejemplo 3: Ninguna subvención federal; ninguna subvención provincial; el hospital pide un préstamo de \$8,000 con un interés de 3 por ciento.² Costo aproximado para el hospital: \$10,400.

² Suponiendo un período de 20 años con el principal reembolsable en plazos iguales.

(La situación de 1968 no guarda relación con la situación cuyo examen se propone; pero debido a los tipos de interés actuales mucho más elevados y a los precios más altos, podría ser mucho más ventajoso obtener un préstamo de bajo costo. Ontario concede ahora préstamos de bajo interés a los hospitales.)

Se ha evaluado el programa de construcción de hospitales para determinar también porqué se estableció una diferencia en la fórmula para camas destinadas a enfermos crónicos y convalecientes y si se justificaba este diferencial.

En 1948 el Primer Ministro manifestó que "al darse prioridad a la obtención de camas para enfermos crónicos o convalecientes, que son más baratas y entrañan menores gastos de conservación, se ha de reducir considerablemente la congestión de las unidades de tratamiento activo".

La diferencia inicial en la subvención del Gobierno federal para camas destinadas a enfermos crónicos y convalecientes (\$1,500 por cama)—en comparación con los destinados a tratamiento activo (\$1,000 por cama)—se debió al reconocimiento del hecho de que las camas para enfermos graves se utilizaban para el tratamiento a largo plazo. Se esperaba que al aumentar las camas destinadas a enfermos crónicos y convalecientes quedarían libres camas para enfermos agudos. En 1948 había 8,721 camas en hospitales especiales públicos e instituciones afines (principalmente para

enfermos crónicos y convalecientes). En 1957 se agregaron solamente unas 2,000 más. En cambio, las camas de hospitales generales aumentaron en más del 50% en ese período: 50,245 a 77,372. Como el aumento relativo previsto en las camas destinadas a pacientes crónicos y convalecientes no se había logrado, la subvención por cama para las de ambas categorías se aumentó a 2,000 dólares. Esta serie de acontecimientos indica que la diferencia inicial, aunque justificada, era inadecuada.

Por último, la evaluación del programa de construcción de hospitales ha tratado de determinar en qué grado y por qué motivo el Gobierno federal lo está suprimiendo.

La subvención para construcción de hospitales cesará en el caso de proyectos presentados el 31 de marzo de 1970, pero no en construcción hasta después de esa fecha. Se espera que durante varios años se incluirá en los estimados una partida anual para realizar los compromisos del Gobierno federal en relación con proyectos de construcción aprobados y en construcción con anterioridad al 31 de marzo de 1970.

Según se anunció en noviembre de 1968, los motivos para no continuar la subvención eran que la asistencia otorgada en virtud de la subvención para la construcción de hospitales había permitido duplicar con creces las camas de hospitales estimadas al principio y que se concedía mayor importancia a otros servicios de salud.

2. FONDO DE RECURSOS PARA LA SALUD

Cómo el Gobierno llegó a participar en este programa, y justificación dada en el momento en que se instituyó

Al recomendar asistencia del Gobierno federal a las provincias para la organización de programas provinciales generales y amplios de servicios de salud individuales, en el volumen 1 del informe de la Real

Comisión de Servicios de Salud, publicado en 1964, se reconoció también la necesidad de mejorar la disponibilidad y el adiestramiento de personal de salud a fin de hacer frente al aumento de la demanda previsto. A base de información obtenida de estudios especiales sobre diversos aspectos de la disponibilidad presente y futura de recursos humanos para la salud, la Comisión reco-

mendó diversas medidas para mejorar la disponibilidad y formación del personal de salud y la obtención de fondos federales para su desarrollo, a fin de colaborar en el establecimiento de nuevos y mejores servicios de adiestramiento e investigación en salud.

La participación efectiva del Gobierno federal en el Programa del Fondo de Recursos para la Salud se originó en la Conferencia Federal-Provincial de Ministros, celebrada en Ottawa en julio de 1965. La atención médica figuraba en el programa de dicha conferencia y fue en relación con ese tema que el Primer Ministro presentó a los ministros provinciales las propuestas del Gobierno federal para compartir los costos de planes de atención médica administrados por las provincias y señaló los tipos de programas de atención médica que podrían recibir apoyo financiero del Gobierno federal. En esa ocasión anunció también la intención del Gobierno de promulgar legislación para establecer un Fondo de Recursos para la Salud.

En una ulterior declaración el 23 de septiembre de 1965, el Primer Ministro anunció que el importe del Fondo sería de \$500,000,000, que se facilitarían durante un período de 15 años a partir de 1966. Según señaló, el Fondo se establecería con el fin de "ayudar a subsanar la necesidad cada vez mayor de personal capacitado para proporcionar servicios de atención médica. Mediante el Fondo, se concederán subvenciones de capital federal para la construcción, renovación y equipo básico de establecimientos de investigación, hospitales, escuelas de medicina y servicios de formación para su personal de salud. No se dispondrá de subvenciones del Fondo para sufragar los gastos de funcionamiento de dichas instituciones". Con pagos del Fondo se sufragará hasta el 50% del costo de construcción y del equipo básico de los proyectos que reciban asistencia. El 27 de junio de 1966 la Ley sobre el Fondo de Recursos Humanos para la Salud, por la

cual se ponían en práctica estas decisiones, fue objeto de tercera lectura en la Cámara de los Comunes y recibió aprobación real en julio, con efecto retroactivo a partir del 1 de enero de 1966.

Naturaleza y alcance del Programa de Recursos para la Salud

El Programa consta de tres partes íntimamente relacionadas entre sí, a saber: el Fondo, los estudios y los servicios de consulta.

El Fondo de Recursos para la Salud facilita asistencia a las provincias para sufragar gastos de capital relacionados con la construcción, renovación, adquisición y dotación de equipo de servicios de adiestramiento y de investigación en salud. Se han destinado \$500,000,000 para aportaciones de hasta un máximo de 50% de esos costos durante el período de 15 años, de 1966 a 1980, de los cuales \$300,000,000 han sido asignados a provincias sobre una base *per capita*; se ha concedido, como asignación especial, otros \$25,000,000 a las cuatro provincias del Atlántico para proyectos conjuntos y quedan aún \$175,000,000 que corresponde asignar al Gobernador reunido en Consejo.

El dinero se invierte en nuevos y mejores servicios de adiestramiento e investigación en salud, que en la Ley se definen como escuelas, hospitales u otras instituciones, o cualquier sector de las mismas, para la capacitación de profesionales de la salud o de cualesquiera ocupaciones asociadas con las profesiones de la salud, o para llevar a cabo investigaciones en salud. Se puede también facilitar apoyo para sufragar los gastos de planificación y diseño de la instalación y de todo el equipo básico necesario para su funcionamiento, pero se excluyen los gastos de terrenos, intereses y acondicionamiento de residencias. El Fondo abonará hasta el 50% de estos gastos de capital, mientras que algún otro organismo, como el gobierno provincial o la universidad, abona el resto de los gastos. Los \$25,000,000

correspondientes a la proporción del Fondo destinada a las provincias del Atlántico pueden utilizarse para sufragar el otro 50% de los gastos en esas provincias. Los pagos con cargo al Fondo se efectúan a las provincias a medida que se procede a la ejecución de los proyectos. Para poder obtener apoyo del Fondo de Recursos para la Salud, un proyecto debe estar de acuerdo con la definición prevista en la Ley e incluirse en un programa provincial de cinco años aprobado por el Comité Consultivo de Recursos para la Salud.

Los gastos de funcionamiento no se sufragan con el Fondo de Recursos para la Salud, pero en algunos casos se dispone con tal finalidad de otros fondos federales. Entre estos cabe mencionar el Programa de Asistencia a la Educación Superior, el Programa Nacional de Subvenciones para la Salud, subvenciones del Consejo de Investigaciones Médicas y subvenciones de la Junta de Investigaciones para la Defensa.

Los estudios sobre recursos para la salud tienen por objeto formular recomendaciones a fin de mejorar los recursos humanos, determinando las necesidades totales de personal de salud, garantizando suministros adecuados, reduciendo pérdidas, manteniendo la calidad y obteniendo el máximo de provecho de las aptitudes propias de cada categoría de personal de salud mediante su eficaz utilización. El Departamento de Salud y Bienestar Nacional está reuniendo un grupo de consultores en recursos humanos en salud, que contará inicialmente con un médico, una enfermera y un profesional de disciplinas relacionadas con la salud, para que realice y coordine estudios y formule las recomendaciones. Este grupo coordinará y correlacionará las actividades ya realizadas, pero que necesitan ser actualizadas, con estudios presentes y futuros de asociaciones y organismos interesados. Muchas de las asociaciones nacionales que representan a las profesiones de la salud y disciplinas afines participarán en el programa de estudios.

El servicio de consultas está a cargo del grupo encargado del programa de estudios y de otros funcionarios de la Dirección de Recursos para la Salud en lo que respecta a recursos humanos y educación en salud. Los conocimientos y experiencias especiales de los consultores en el programa de estudios están a la disposición de las provincias, organismos e instituciones que proyectan establecer nuevos servicios de adiestramiento en salud o que se preocupan por la calidad, cantidad o utilización de los recursos humanos en salud.

El Comité Consultivo de Recursos para la Salud fue establecido en virtud de la Ley mencionada con el fin de asesorar al Ministro de Salud y Bienestar Nacional. Este Comité está integrado por el Viceministro de Salud Nacional (Presidente) y una persona designada por el Vicegobernador reunido en Consejo de cada una de las 10 provincias.

Eficacia del Fondo de Recursos para la Salud en la consecución de sus objetivos iniciales

El programa ha permitido obtener progresos alentadores. Ha sido comprendido y aceptado por todos los interesados en mejorar el personal de salud en el Canadá y ha conducido a la iniciación y desarrollo de programas provinciales de cinco años de recursos en salud. Además, se ha estimulado e intensificado la coordinación de planes relativos a recursos humanos en salud dentro del marco de la planificación provincial general de servicios de salud. Esta planificación contribuye ahora a la selección de servicios adecuados de adiestramiento e investigación en salud que reúnan las condiciones para recibir apoyo del Fondo de Recursos para la Salud y cabe esperar que, como consecuencia de esta planificación más minuciosa, la utilización del Fondo continuará mejorando.

La realización del programa nacional de estudios sobre el personal de salud, dentro del Programa de Recursos para la Salud,

permitirá apoyar la planificación provincial y justificar gastos en los proyectos correspondientes con el fin de mejorar la disponibilidad, el adiestramiento y la utilización de personal de salud. Hasta la fecha, el Ministro ha aprobado aportaciones al Fondo de Recursos para la Salud por una cantidad aproximada de \$134,000,000 para más de 89 proyectos; entre estos hay algunos importantes centros de ciencias de la salud, como la Universidad de Sherbrooke (\$14,000,000), la Universidad de Toronto (\$18,000,000), la Universidad Dalhousie (\$9,000,000) y la Universidad McMaster (\$33,000,000). Los pagos efectuados con cargo al Fondo, desde su establecimiento, ascienden a unos 73,000,000 de dólares.

El impulso inicial del programa experimentó un retroceso cuando el Gobierno federal impuso límites de \$37,540,000 a los pagos con cargo al Fondo durante 1968-1969 y de \$37,500,000 para 1969-1970. Esta decisión y la posibilidad de que se continúe aplicando la cifra tope anual han sido criticadas por representantes de gobiernos provinciales y otros organismos, los cuales sostienen que esta decisión unilateral seriamente perjudica sus planes para la construcción de nuevos establecimientos destinados a la educación del personal de salud que tanto se necesita para hacer frente a la creciente demanda de servicios.

El programa nacional de estudios sobre personal de salud se ha desarrollado también con más lentitud que la prevista, debido a problemas de clasificación y selección.

En los primeros años de este programa, como era de esperar, su efecto en cuanto a aumentar la capacidad de las provincias para proceder a la construcción de grandes estructuras se limitó a aquellas que podían planificarse y construirse rápidamente. Como la planificación y realización de dichos proyectos suele ser un proceso largo, es de suponer que durante ese período el programa de construcción no experimentará un cambio marginal importante. El

límite era la rapidez con que se podía invertir el dinero en otras construcciones. Por consiguiente, en los primeros años del programa no se exigieron grandes cantidades de dinero.

En fecha más reciente, las cifras tope impuestas a las inversiones anuales con cargo al Fondo de Recursos para la Salud han sido objeto de considerable deliberación. Se ha sostenido que las cifras tope no han tenido aún el efecto de limitar las inversiones en virtud de la Ley debido a que las sumas solicitadas del Fondo han sido inferiores a las cifras tope impuestas. Por otra parte, es probable que en los años futuros esta situación no persista debido a que la mayoría de las provincias han establecido planes de inversiones que excederán con mucho el nivel actual de las cifras tope. Si fuese necesario continuar imponiendo estas cifras tope, el Fondo probablemente no podrá continuar la consecución de esos objetivos por mucho tiempo.

Al término del debate sobre la segunda lectura de la Ley, se declaró lo siguiente: "Los honorables miembros han suscitado otra cuestión importante con respecto a la asignación de fondos. Preguntaron si los fondos se han de asignar con criterio anual. Los fondos no se asignarán necesariamente con criterio anual. Se facilitarán a medida que se prosiga la realización de los proyectos. No se paralizará ningún proyecto en ninguna provincia debido a la aplicación estricta de un límite anual a la asignación de estos fondos. Esto elimina también la importante preocupación expresada por los honorables miembros". (Debates en la Cámara de los Comunes, 21 de junio de 1968, página 6738.) Esta declaración, en la que evidentemente no se previó la necesidad de imponer cifras tope, ha dado lugar a comentarios muy acerbos de parte de las provincias. Incluso algunas han llegado a dar a entender que en todos estos asuntos reina un clima de desconfianza.

Otro aspecto que ha sido calurosamente debatido es el de la posibilidad de transferir

fondos disponibles con arreglo a la cifra tope de un ejercicio fiscal determinado, pero no utilizados durante ese ejercicio. Durante el ejercicio de 1968-1969, ocho de las provincias no retiraron del Fondo todo el dinero a que tenían derecho en virtud del límite máximo impuesto. Los fondos no retirados fueron asignados a Ontario y a Nueva Escocia, dos provincias cuyas sumas aprobadas con cargo al Fondo eran superiores a las proporciones correspondientes de los dineros disponibles. En abril de 1969 Ontario y Nueva Escocia elevaron una protesta en el sentido de que les correspondía todavía la proporción total *per capita* de la cifra máxima asignada para 1969-1970 y alegaron que en ausencia de estipulación alguna cuando se les concedieron fondos adicionales en 1968-1969, no quedaba otra alternativa que considerar las asignaciones efectuadas ese año como cosa pasada y darles la proporción total que les correspondía en 1969-1970. En realidad, el representante de Ontario en el Comité Consultivo de Recursos para la Salud llegó incluso a decir que Ontario, que había sido invitado por el Gobierno federal a presentar algunos proyectos extraordinarios para el ejercicio económico de 1968-1969 a fin de utilizar el dinero no invertido disponible de acuerdo a la cifra tope, retiraría sin demora las solicitudes adicionales que, en conformidad con ellas, había formulado, a menos que se le diera garantías de que Ontario recibiría la proporción total en 1969-1970. Este asunto quedó sin resolver al suspenderse la sesión (Cuarta Reunión del Comité Consultivo del Fondo de Recursos para la Salud, 9 de abril de 1969).

Por consiguiente, para poder determinar si el Fondo de Recursos para la Salud ha realizado adecuadamente sus objetivos originales, sería necesario saber primero cuáles

eran estos. En opinión nuestra, nunca se expresaron claramente los objetivos en términos cuantitativos. La escasez de personal, que fue el motivo para la creación del Fondo, no ha sido hasta ahora evaluada adecuadamente porque no se ha llegado a un acuerdo sobre lo que entraña. Además, se podría aducir que, debido a la lamentable necesidad de imponer una cifra tope a la inversión de fondos, se ha creado bastante ansiedad en las provincias acerca del futuro, cuando sus inversiones previstas excederán con mucho las actuales cifras tope, y han causado bastante amargura. Las provincias han tenido que adaptar sus programas de construcción a las exigencias de la situación y, como consecuencia de estos reajustes en sus planes, se han tergiversado sus criterios sobre prioridades. Esta ansiedad y amargura repercutirán, inevitablemente, en el éxito y el efecto del funcionamiento del Fondo. No cabe duda de que durante el período de su funcionamiento se ha fomentado cierta formación de capital, a la que el Fondo ha contribuido. Por ejemplo, difícilmente se hubiera podido construir el edificio a la memoria de Sir Charles Tupper en Dalhousie sin la asistencia del Fondo (y la feliz coincidencia de la disponibilidad de fondos federales para proyectos conmemorativos del centenario de los cuales el mencionado edificio era uno de ellos). En proyectos de otras zonas se han invertido cuantiosos fondos de asistencia siendo tal vez los más notables el Centro de Ciencias de la Salud en la Universidad de Colombia Británica. Cabe preguntarse, sin embargo, si el beneficio material obtenido al respecto no ha sido contrarrestado en grado significativo por las pérdidas derivadas de la acritud y amargura que han originado.

3. PLANIFICACION ZONAL DE HOSPITALES Y OTROS SERVICIOS DE SALUD

Planificación provincial y regional de servicios de hospital

El grado en que se ha llevado a cabo la planificación provincial y regional de servicios de hospital y la medida en que dicha planificación ha incluido la coordinación de hospitales con otros servicios de salud, por ejemplo, clínicas de salud pública, se trata a continuación.

En la mayoría de las zonas del Canadá ocasionalmente se ha procedido a la planificación provincial y regional de hospitales y otros servicios de salud. La subvención para la encuesta sobre salud, que se completó en el ejercicio económico de 1952-1953, dio a todas las provincias la oportunidad de examinar su situación y formular planes provinciales y regionales para la construcción y utilización de hospitales. Con anterioridad a esa fecha se habían llevado a cabo en Manitoba varias encuestas de salud.

Se estima que la planificación regional y provincial de hospitales con carácter continuo, en la medida en que existe, se encuentra sólo en sus fases iniciales. Varios de los grupos de estudio de los servicios de salud han recomendado la planificación regional y provincial de hospitales. Según la interpretación dada a estas recomendaciones, implican que la planificación actual es mínima. Ha habido algunos intentos de planificación regional privada en Saskatchewan, por ejemplo, mediante la organización de Consejos Regionales de Hospital, pero si bien se han establecido algunas lavanderías centralizadas, el progreso en general ha sido desalentador. Colombia Británica está dividida en Distritos Regionales de Hospitales que permiten la planificación, el desarrollo y el financiamiento regional de proyectos de hospital. Es posible que se preste mayor atención a la planificación de hospitales en Ontario con el advenimiento de gobiernos regionales.

En general, la planificación regional con carácter voluntario es difícil, ya que un grupo u hospital puede ejercer un veto efectivo. La motivación del auto-interés asociada con la autonomía hospitalaria no se subordina fácilmente al bienestar de la comunidad. Además, se crean problemas en lo que respecta a las autoridades provinciales si se retiene la iniciativa al nivel local. Por una parte, son muy reales las consecuencias políticas de rechazar proyectos. Por otra, la provincia no puede ir demasiado lejos en la presentación de proyectos si falta la iniciativa local. Y la necesidad de participación local en el financiamiento es contraria al establecimiento de servicios con criterio regional.

Generalmente no se ha establecido un amplio enlace entre los hospitales y otras modalidades de atención médica. Es posible que los hospitales faciliten servicios para la realización de encuestas por otros organismos, o espacio para clínicas de salud pública y consultorios médicos en comunidades pequeñas. Probablemente haya motivo para sostener que la mayoría de los hospitales consideran su función como de prestación de servicios internos, y que habitualmente no se establece un buen enlace en la planificación de hospitales y otros servicios de salud.

En lo que respecta a la subvención para construcción de hospitales, Colombia Británica ha realizado una intensa labor con el fin de utilizar fondos para construir servicios de salud pública, pero en general estos no están directamente coordinados en los servicios de salud. En Saskatchewan la mayoría de los centros de salud que han recibido asistencia se han asociado con hospitales. En Manitoba se sigue un criterio mixto. En Ontario todos los centros de salud, excepto uno construido con asistencia de subvenciones, se encontraban en el recinto de un hospital.

Plan básico de servicios de hospital de la Provincia de Saskatchewan al establecer su programa de seguros de hospitales

Saskatchewan realizó una encuesta de los servicios de hospital como parte de las actividades relacionadas con la subvención para la encuesta de salud en 1948-1952. El informe correspondiente fue publicado en dos volúmenes: Programas y personal de salud, y Encuesta de hospitales y plan básico.

Como consecuencia de la encuesta, se formularon 45 recomendaciones sobre construcción de hospitales, financiamiento de la construcción, servicios de hospital, integración, normas para la administración de hospitales, servicios de tuberculosis y psiquiátricos. En las propuestas específicas para el establecimiento de un sistema regionalizado de hospitales provinciales, se recomendó la construcción de nuevos edificios y la sustitución de camas. Se recomendó la clausura de unos 19 hospitales, aunque en el informe se describían diplomáticamente como "unidades de futuro incierto o no previstas como parte del plan básico a largo plazo". Diez años más tarde, en la encuesta de hospitales de 1961 y en el plan básico, se señaló que 16 de esos hospitales continua-

ban funcionando y se recomendó la clausura de 12, o su conversión a otras funciones. En 1968, 10 de estos todavía figuraban en la lista del acuerdo federal/provincial, aunque se tiene entendido que uno o dos han sido clausurados desde entonces y otros están bajo amenaza de clausura.

Después de redactarse el informe sobre la encuesta de salud, se creó en el Departamento de Salud Pública una dependencia especial denominada Sección de Servicios Regionales. En virtud de este programa, las diversas regiones de salud de la provincia se organizaron de tal modo que cada región estuviera a cargo de un médico regional especializado en salud. Si bien esta región se estableció principalmente con el fin de instituir el servicio de salud pública, hubo cierta coordinación con los hospitales de la región. Hace alrededor de 12 años se establecieron consejos regionales especiales de hospitales en Saskatchewan con la función principal de coordinar las actividades de los hospitales con la región.

Encuesta de Manitoba realizada por el autor: volumen sobre servicios y volumen relativo al personal. (Se han enviado copias por separado.)

4. COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Gastos en servicios de salud por tipo de servicios

Los cuadros 4, 5 y 6 se refieren a los gastos efectuados en el Canadá entre 1959 y 1967 en relación con las principales categorías de atención individual de la salud (atención médica, de hospitales, dental, drogas, etc.).

En el cuadro 4 se observará que los gastos aumentaron de \$1,400 millones en 1959 a \$3,200 millones en 1967, o sea un promedio de 11.5% por año. Los gastos de hospital aumentaron con más rapidez: de \$700,000,000 a \$1,900,000,000 durante el período, o sea un incremento anual de 12.6 por ciento.

Todo el personal excepto los odontólogos, aumentó con más rapidez a partir de 1963 que en los cuatro años que terminaron en 1963. Sobre una base *per capita*, como se indica en el cuadro 5, los gastos se duplicaron: de \$78 en 1959 a \$156 en 1967. Los gastos de hospital sobre esta base aumentaron con más rapidez: de \$42 en 1959 a \$91 en 1967. El cuadro 6 revela que estos gastos han excedido el aumento del producto nacional bruto, elevándose del 3.9% del total en 1959 al 5.2% del total en 1967. Sólo en 1966-1967 se registró un aumento mayor que en cualquier año anterior.

Cuadro 4. Gastos en atención individual de la salud en millones de dólares, y aumentos porcentuales anuales

Año	Hospitales		Médicos		Odontólogos		Drogas		Otros		Total	
	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)
1959	734		326		99		106		95		1,360	
		15.1		9.0		10.8		-4.7		10.5		11.5
1960	845		355		110		101		105		1,516	
		11.5		9.4		6.5		21.0		9.5		11.2
1961	942		388		117		123		115		1,685	
		11.1		4.6		4.2		2.0		8.7		8.3
1962	1,047		406		122		125		125		1,825	
		11.3		11.7		12.6		12.5		11.2		11.5
1963	1,165		453		137		141		139		2,035	
		10.6		9.3		7.9		9.6		10.1		10.0
1964	1,288		496		148		154		153		2,239	
		12.0		10.0		8.3		9.9		10.5		11.1
1965	1,443		545		160		170		169		2,487	
		14.4		11.0		10.2		12.2		14.2		13.2
1966	1,651		605		176		190		193		2,816	
		15.0		13.6		6.1		(25.8)		15.0		15.1
1967	1,898		688		187		239		222		3,241	
<i>Aumentos medios anuales de 1959 a 1967 y de 1963 a 1967</i>												
1959-1967		12.6		10.0		8.3		10.7		11.2		11.5
1963-1967		13.0		11.0		8.1		14.2		12.4		12.3

Cuadro 5. Gastos en atención individual de la salud en dólares por persona, y aumentos porcentuales anuales

Año	Hospitales		Médicos		Odontólogos		Drogas		Otros		Total	
	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)	Canti- dad	(%)
1959	41.89		18.59		5.65		6.08		5.42		77.63	
		12.6		6.6		8.3		-6.7		8.1		9.0
1960	47.17		19.82		6.12		5.67		5.86		84.65	
		9.3		7.2		4.4		18.5		7.3		8.9
1961	51.56		21.25		6.39		6.72		6.29		92.22	
		9.1		2.7		2.3		0.1		6.8		6.3
1962	56.23		21.82		6.54		6.73		6.72		98.03	
		9.2		9.6		10.4		10.4		9.1		9.5
1963	61.43		23.91		7.22		7.43		7.33		107.32	
		8.5		7.3		6.0		7.5		8.0		8.0
1964	66.67		25.65		7.65		7.99		7.92		115.87	
		10.0		8.0		6.3		7.9		8.5		9.1
1965	73.34		27.70		8.13		8.62		8.59		126.38	
		10.1		6.9		6.2		8.0		9.9		9.0
1966	80.75		29.61		8.63		9.31		9.44		137.74	
		13.1		11.8		4.4		(23.8)		13.2		13.3
1967	91.35		33.11		9.01		11.53		10.69		156.03	
<i>Aumentos medios anuales de 1959 a 1967 y de 1963 a 1967</i>												
1959-1967		10.2		7.5		6.0		8.3		8.9		9.1
1963-1967		10.4		8.5		5.7		11.6		9.9		9.8

Cuadro 6. Gastos en atención individual de la salud como porcentaje del producto nacional bruto, a precios del mercado

Año	Hospitales	Médicos	Odontólogos	Drogas	Otros	Total
1959	2.1	0.9	0.3	0.3	0.3	3.9
1960	2.3	1.0	0.3	0.3	0.3	4.2
1961	2.5	1.0	0.3	0.3	0.3	4.5
1962	2.6	1.0	0.3	0.3	0.3	4.5
1963	2.7	1.0	0.3	0.3	0.3	4.7
1964	2.7	1.0	0.3	0.3	0.3	4.7
1965	2.8	1.0	0.3	0.3	0.3	4.8
1966	2.8	1.0	0.3	0.3	0.3	4.8
1967	3.1	1.1	0.3	0.4	0.4	5.2

En los tres cuadros mencionados se aplican las notas siguientes:

a) En los hospitales se excluyen los gastos de capital, pero se incluyen los sueldos de los médicos.

b) Los médicos y odontólogos representan ingresos obtenidos del ejercicio privado de la profesión.

c) Las drogas representan estimados de la venta de recetas de farmacias al por menor, basados en estadísticas de muestreo. Un nuevo método de encuesta, utilizado por primera vez en relación con los datos de 1967, impide compararlos con años anteriores.

d) Otros gastos constituyen estimados aproximados de gastos en servicios de ópticas, anteojos, enfermeras particulares, quiroprácticos y podiatristas (pedicuros).

Principales factores de costo en los programas de seguros hospitalarios

En el cuadro 7 se presentan los gastos de funcionamiento para los años de 1961 a 1967 de hospitales cuyos presupuestos fueron examinados en virtud del programa de seguros de hospitales. El total de gasto aumentó entre 1961 y 1967 de \$696,000,000 a \$1,478,000,000, o sea el 113 por ciento. Los sueldos durante el mismo período aumentaron en 120%, los suministros médicos y quirúrgicos en un 104%, las drogas en un 74% y los alimentos crudos en un 45 por ciento. El porcentaje de gastos totales destinados a sueldos aumentó de 64.5 en 1961 a 66.9 en 1967, con reducciones compensadoras en otras categorías. En el cuadro 8 se indican estos porcentajes.

Cuadro 7. Gastos en dólares con cargo al fondo de ingresos del presupuesto examen de hospitales, por tipo de cuenta

Año	Gastos por departamento				Otros gastos con cargo al fondo de ingresos no departamentales	Total de gastos con cargo al fondo de ingresos departamentales	Total de gastos con cargo al fondo de ingresos
	Salarios médicos y quirúrgicos	Drogas	Alimentos crudos	Otros gastos departamentales			
1961	448,532,250	29,910,717	44,159,211	95,780,540	640,524,691	55,109,856	695,634,547
1962	496,644,441	31,111,935	46,443,007	125,670,346	723,724,434	58,666,243	782,390,677
1963	560,702,855	34,253,488	49,255,922	141,933,756	813,465,969	64,637,098	878,103,067
1964	634,519,907	37,673,561	51,989,367	156,688,241	911,726,791	69,935,209	981,662,000
1965	723,731,362	42,250,830	54,975,012	179,470,986	1,034,627,235	74,495,664	1,109,122,899
1966	838,299,131	46,581,202	59,645,067	211,935,665	1,195,235,060	80,854,526	1,276,089,586
1967	988,432,016	51,899,439	63,917,117	253,712,166	1,403,070,937	75,264,012	1,478,334,949

Cuadro 8. Distribución porcentual de gastos con cargo al fondo de ingresos del presupuesto examen de hospitales, por tipo de cuenta

Año	Gastos departamentales				Total gastos departamentales	Otros gastos con cargo al fondo de ingresos (no departamentales)	Total de gastos con cargo al fondo de ingresos
	Salarios médicos y quirúrgicos	Drogas	Alimentos crudos	Otros gastos departamentales			
1961	64.5	4.3	6.3	13.8	92.1	7.9	100.0
1962	63.5	4.0	5.9	16.1	92.5	7.5	100.0
1963	63.9	3.9	5.6	16.2	92.6	7.4	100.0
1964	64.6	3.8	5.3	16.0	92.9	7.1	100.0
1965	65.3	3.8	5.0	16.2	93.3	6.7	100.0
1966	65.7	3.7	4.7	16.6	93.7	6.3	100.0
1967	66.9	3.5	4.3	17.2	94.9	5.1	100.0