

BOLETIN de la Oficina Sanitaria Panamericana

Año 43

Vol. LVI

Abril, 1964

No. 4

INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

DR. RENE GARCIA VALENZUELA

Asesor Regional en Atención Médica de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

1. Introducción

Sea mi primera palabra de sincero agradecimiento por la inmerecida distinción que se me dispensa al ofrecérsese esta elevada tribuna. En lo institucional y en lo personal, hago llegar mi deferente saludo a la mesa directiva de la Asociación Costarricense de Hospitales. Con gran visión ha elaborado un índice de temas que da a este VI Congreso Nacional de Hospitales un marco de servicio y de doctrina. Bajo su inalienable auspicio, ambos habrán de fructificar con la ayuda que a los presentes corresponde allegar.

No puede ser más prometedor el sistema de trabajo que se ha establecido al designar un Relator quien, al hacer el planteamiento inicial de cada tema, extiende sobre el tapete un cierto número de postulaciones previas. Ello echa sobre sus hombros una responsabilidad, que en el presente caso habría sido deferentemente declinada, si no estuviera seguro de la energía potencial que habrá de volcarse en el debate del tema y en sus más pertinentes y útiles recomendaciones.

Hay otra circunstancia favorable al expositor de esta mañana. Ha sido oficialmente presentado como funcionario de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ello, junto con franquearle una credencial, lo obliga a mantenerse dentro de un mandato doctrinal que lo favorece. Lo favorece en su calidad de miembro de una organización internacional. Puede renunciar a la fragilidad de

sus propias ideas para hacerse cargo de otras que son el resultado de un largo proceso de formulación, discusión y decantación en el que han tomado parte los mejores especialistas del Continente. Pero hay algo más que no puede dejar de ser señalado. La OSP es la resultante ejecutiva de un consorcio de voluntades y de los Gobiernos Miembros que la forman. Trabaja con dichos gobiernos y opera al conjuro de su inspiración. No se vea, pues, en las ideas que a continuación se ordenan, nada que desdiga el ejercicio de su soberanía delegada, al servicio de una política superior.

2. Algunos eventos de interés

Son de sobra conocidos los eventos que, con toda regularidad, se han venido sucediendo para establecerla y para enseñar que la salud es un componente del desarrollo económico y del progreso social. Existe íntima y recíproca relación entre la salud de los hombres y su condición, usados ambos términos en su más rica acepción conceptual. Prolongando y perfeccionando los jalones de Buenos Aires (1959) y Bogotá (1960), se consolidó en Punta del Este (1961). En lo que al tema se refiere, se logró la recomendación explícita de "procurar que se atienda, cada vez mejor, a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud".

Entre las resoluciones de Punta del Este hay una de gran importancia que da vida a los Grupos de Trabajo y fue la OSP la de-

* Presentado al VI Congreso Nacional de Hospitales, celebrado en San José, Costa Rica, del 30 de julio al 1° de agosto de 1963.

signada para convocarlos, entregándoles la responsabilidad de encontrar los mejores caminos para cumplir los objetivos de la Carta en materia de salud. Buena parte de los estímulos orientadores del debate sobre el tema corresponde a lo más importante y medular que tales estudios han sido capaces de acopiar. Se los ha reordenado exclusivamente con tal propósito y serán individualizados cada vez que el caso lo requiera.

3. *Delimitación conceptual del tema*

Analizar el título que se ha dado al tema significa uno de estos estímulos y no de los peores. Se lo ha denominado "Integración de los Servicios de Salud". Para nadie es un misterio que el concepto de la salud ha ido ganando contornos que convierten a ésta cada vez más en una afirmación del bienestar físico mental y social, y no en la mera ausencia de enfermedades y achaques. Su equivalencia con bienestar, dignidad y feliz cumplimiento y realización de una existencia, le han ido dando el carácter de una postulación filosófica y de una ciencia social. No se vive para estar sano. Se vive para crear. Si la naturaleza es incapaz de separar el clarooscuro de salud-enfermedad, nada hay que lícitamente impida considerar a la salud como una e indivisible. Hablar, por consiguiente, de integración de servicios de salud pudiera haber parecido una redundancia si los organizadores de este Congreso no hubieran querido poner acento sobre uno de los problemas que más inquietan al mundo médico del presente, la desintegración de los servicios de salud, sin considerar tantos otros que se escapan, desgraciadamente, a su órbita de influencia. Es este reconocimiento y su oportuna advertencia el mejor camino para alentar una solución.

Pero el tema ha sido planteado en el seno auspicioso de un Congreso de Hospitales, lo que significa una delimitación importante cual es definir la cuantía de su aporte a este esfuerzo de racionalización; dicho en otras palabras, el aporte de la atención médica, porque quien habla de hospitales, subentiende el derecho inalienable de la persona enferma, como refuerzo del postulado de

personalidad al servicio del hombre. Otro estímulo importante para la inspiración de un debate orientador.

La atención médica es la función más antigua de la salud, la más permanente, ineludible y costosa. Ha existido y seguirá existiendo. Sólo que está cambiando de forma, razón por la cual requiere de todas las fuerzas vivas de la comunidad si es que se desea verla racionalmente cumplida. Su nivel se convierte así en la más segura unidad de medida del estado de salud de dicha comunidad. Son estas las razones para que, dentro del panorama de los servicios de salud y su mejor organización, se consideren preferentemente los problemas que tienen relación con la atención médica, con el espíritu de aprovechar su concurso. No "desde", sino que "hacia". ¡Hacia su mejor constitución!

4. *Las diferencias nacionales de la organización de la atención médica en la América Latina*

Y en tal aspecto, las ideas que se vierten tienen, como es lógico, una validez muy general. A menudo se piensa que la solución encontrada para un determinado país es común denominador aplicable a los restantes, por simple analogía. Nada más alejado de la verdad, en nuestra América Latina. Aun cuando los países que la forman responden a un común origen y una similar tradición, los eventos históricos han ido introduciendo importantes diferencias entre ellos. La historia—ha dicho alguien con profunda razón—es acontecimiento. La realidad se ha encargado de ordenar los hechos y no los deseos de una mente abstracta. Esto es particularmente cierto para los problemas de la atención médica. La organización política, el devenir y la constitución legal de sus instituciones públicas, semiestatales o privadas, así como la orientación de sus colegios o asociaciones profesionales para aceptar los sacrificios que van imponiendo los modernos criterios sociológicos, son realidades que cambian de uno a otro país, cuando no muestran una marcada diferencia dentro de la misma jurisdicción nacional, al

amparo de arraigados prejuicios institucionales.

Los ejemplos huelgan. Baste recordar la operación de servicios de atención médica por parte de otros organismos y de los institutos de seguridad social. El espectro en este último caso, se mueve entre dos extremos: o el seguro contrata la atención con servicios estatales o semiestatales, o constituye sus propios organismos de atención directa para sus imponentes, dentro de regímenes de autonomía y al abrigo de una legislación específica, opuesta a veces a toda posibilidad de coordinación y entendimiento. Las diferencias son también significativas en todo lo que se refiere a riesgos cubiertos, regímenes de capitalización o reparto, extensión geográfica, sistema de cotización, protección de la familia, monto de la protección económica, duración de la póliza, etc. Si tan controvertido problema se enuncia es porque el tema en debate se refiere a posibilidades de una política cooperativa y no competitiva y porque las nuevas ideas van relacionando cada vez más estrechamente el desarrollo económico y social como la resultante de una sincronización perfecta entre todos los sectores de la actividad nacional. También la seguridad social queda en la obligación de revisar sus acciones y procedimientos en términos de bienestar y justicia, dentro de una política superior de salud.

5. *La intervención del Estado y la situación de la profesión médica*

Por todas estas razones la atención médica se ha ido transformando en los países de la América Latina en una función de carácter predominantemente gubernamental. Lo fue desde su origen. Lo sigue siendo, además, como consecuencia del costo creciente de los servicios en relación con el poder adquisitivo de las personas. Es indudable que el promedio de ingreso *per capita* en el Continente no ha aumentado sino que permanece estático o muestra algún descenso particularmente en los últimos años, mientras el costo de la atención médica ha ido creciendo como para obligar a los Gobiernos a participar

más y más en la organización y administración de los servicios.

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

Los conceptos anteriores ayudan a situar la atención médica tal como debe entenderse, a la luz de los avances tecnológicos y sociológicos. Para salvar algunas variaciones idiomáticas que se diversifican más en la forma que en el fondo, se entienden como equivalentes los términos de "cuidado del enfermo", "cuidados médicos", "asistencia médica" y "atención médica", dentro de la idea más general y abarcadora de "cuidados de salud".

6. *Definiciones y requisitos de la atención médica*

La Organización Panamericana de la Salud, en su ánimo de no levantar reservas, ni invadir un campo que a otros corresponde, y con el firme propósito de guardar una línea ecléctica en materia de salud, considera la atención médica como el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de familias los recursos del diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno, completo y restaurador, y de la observación subsecuente. Tales recursos son dispensados a través de la medicina institucional y privada. El servicio básico de atención médica contribuye, asimismo, a la educación y a la investigación, e indirecta, individual y secundariamente, a las acciones de promoción y protección; pero para esto último se vale de

programas, nacionales o locales, sistemáticos y coordinados.

Desde el punto de vista del enfermo, principal beneficiario de este tipo de servicios, uno de los Grupos de Trabajo convocado por la OSP fijó los siguientes requisitos fundamentales:

a) Accesibilidad para toda persona, cualquiera que sea su nivel de ingresos y el soporte financiero del beneficio, sin discriminación de su ubicación geográfica, y al márgen de toda contingencia de raza, credo religioso u opinión política.

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

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

7. Diferencias de criterio que aún subsisten

Todas estas ideas fueron debatidas en la Décimosexta Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada hace poco menos de un año en Minneapolis. Fueron motivo de un análisis exhaustivo por parte de los representantes de los Gobiernos Miembros que previamente habían acordado destinar la agenda de las Discusiones Técnicas a un único tema: "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud". Se insiste muy especialmente en el término "incorporación" por ser sugestivo con respecto a una tendencia inaplazable.

En lo que respecta a estructuras, se consideró conveniente seguir haciendo la distinción entre centro de salud y hospital por las funciones que cada uno de ellos cubre de

preferencia. Y hubo acuerdo para considerar que el centro de salud debe ser el organismo rector del programa local, al que el hospital se integra y colabora.

Pero es menester advertir que si ésta fué la tónica predominante de los debates, no se registró unanimidad de pareceres de los presentes. Hubo opiniones divergentes en cuanto a determinados aspectos. Esto revela que los expertos y administradores de la salud del Continente no han logrado conciliar totalmente sus respectivos puntos de vista. Y ello es humana y técnicamente explicable. El campo de mayor atracción vocacional para el médico es el cuidado del enfermo. Está íntimamente relacionado con la disciplina científica que eligió, más para aliviar al que sufre que para sostener al sano. Por equivocada concepción, por ortodoxia exagerada, por mala formación profesional, se ha ido creando una separación artificial entre salud y medicina abandonando un campo prometedor a otros. Son consecuencias de este error las vallas institucionales, la tradicional distancia entre medicina preventiva y curativa, entre salud pública y atención médica, entre médicos sanitarios y asistenciales y entre administradores y clínicos. Se atenúan o agravan periódicamente, según las circunstancias y conveniencias. Afecta a personas, profesiones, grupos humanos e instituciones.

8. Vías de solución

Por ello la coordinación efectiva o la integración, como un paso de mayor avance, constituyen en el momento actual una aspiración, cuya realización sólo se alcanzará con acciones tangibles, demostrativas de ventaja y con desinterés para empinarse por sobre tradiciones y prejuicios, considerando los grandes principios que unen, antes que las pequeñas diferencias que separan.

Mientras se logra este desiderátum, es inmejorable camino para alcanzarlo la unificación de criterios para ir ordenando todos aquellos problemas que tienen relación con planificación y programación, incluida la sólida base que suministra un diagnóstico

previo de situación; con organización y administración de los servicios sin olvidar los aspectos financieros; con formación y adiestramiento de personal dando preferencia a quienes habrán de soportar las más elevadas responsabilidades; con investigación aplicada, no sólo para establecer el mejor sistema, sino que en orden a ajustarlo periódicamente con el concurso de una evaluación permanente.

Pero antes de arriesgar algunos conceptos sobre estos que se consideran los caminos clásicos para la solución de cualquier asunto de interés para una comunidad organizada, tal vez sea de conveniencia la consideración previa y muy sumaria de las necesidades de atención médica como problema de salud.

9. *Las presentes necesidades de atención médica*

Las necesidades de atención médica están condicionadas por la morbilidad de una población. Las tasas de morbilidad pueden ser controladas por medidas de carácter preventivo. Resultados de significación han sido alcanzados en el campo de las enfermedades trasmisibles. No conviene, empero, exagerar este optimismo.

Hay buenas razones para esta manera de ver. Muchas de las enfermedades e incapacidades no pueden ser evitadas con el estado actual de los conocimientos. Hay alteraciones que, prevenibles en potencia, no lo son a la postre, porque razones de orden legal, social, económico o cultural lo impidieron. El avance de las ciencias de la salud ha ido aumentando la expectativa de vida y con ello poniendo de actualidad un mayor riesgo de enfermedades degenerativas cuya epidemiología se conoce, más no los mecanismos de control. Una efectiva aplicación de medidas de carácter preventivo requiere, en muchas ocasiones, un diagnóstico precoz y un exámen sistemático de salud de la población.

10. *Las barreras artificiales entre medicina preventiva y curativa*

He aquí unos pocos pero ampliamente transitables puentes entre los que deberían

ser construidos para salvar los escarpados márgenes que un tradicional torrente ha ido creando. Así lo reconoció el Informe Final de las Discusiones Técnica de Minneapolis en cuyo debate intervinieron los más avezados especialistas de la Salud. Se dice allí que gracias a la acción de la salud pública—el adjetivo es de su responsabilidad—se ha ido produciendo un cambio en los cuadros de morbilidad, lo que estaría aconsejando cambios consecuentes en la metodología de las ciencias de la salud. Las acciones tienden a hacerse más individuales con respecto a ciertas enfermedades que están disfrutando, en su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, de las ventajas del método epidemiológico. Para hacer algo efectivo en tal frente, la salud pública no puede rehuir su contacto estrecho con la atención médica.

Ya antes, el Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana había expresado que hay urgencia en revisar el concepto de la atención médica y su metodología, para definir las formas más adecuadas de prestar servicios en el momento oportuno, al menor costo y con la debida calidad. Cualquiera que sea la participación de los organismos públicos o privados, no es del caso seguir discutiendo si las funciones de protección y de fomento de la salud deben ejercerse disociadas de la atención médica. Basta estudiar la historia de la enfermedad para convencerse que en la naturaleza no hay separación de lo preventivo y de lo curativo. Se trata de un proceso continuo, permanente, en el que los seres vivos reaccionan a los estímulos del ambiente, de acuerdo con su experiencia personal y con lo que la historia ha dejado en su especie.

Salvado este paréntesis en relación con las necesidades presentes y futuras de atención médica, se justifica regresar a las vías clásicas de solución.

11. *Planificación y programación*

En materia de planificación y programación se ha venido señalando repetidamente la necesidad de información básica adecuada. Se ha recomendado su recolección

con el concurso de una estructura estable y debidamente organizada. Es habitual observar que los países están utilizando una terminología uniforme, pero carente de precisiones que permitan hacer comparables los datos recogidos.

Las diferencias de organización, los escollos producidos por la multiplicidad de organismos autónomos, con explicable repetición de servicios y dispendio de recursos, constituyen la causa y el efecto de las más variadas y complejas soluciones. Si a ello se agregan las diferencias de organización política, de gobierno comunal, de la administración superior, de las universidades del Estado, de las tradicionales "beneficencias", "patronatos" o "juntas", del Seguro Social, se tiene una visión de los esquemas existentes. No se olvide como hecho muy importante, que en la América Latina la tradición jurídica reposa primordialmente sobre el derecho escrito con todo su cortejo de limitaciones, falta de concordancia y hasta contradicciones.

Entre los más importantes propósitos de la Carta de Punta del Este figura la preparación de planes nacionales de salud, formulados para los próximos diez años, destinados a cubrir las necesidades de todo el sector de la salud, pero en relación con los restantes sectores que forman parte de un plan de desarrollo económico y social. Desde la fecha de estos acuerdos señeros, la OSP ha avanzado bastante en la adquisición de una técnica, que no poseía, para alternar con los economistas en un plano de perfecta igualdad, con miras a alcanzar un acuerdo en el que se reconozca que el fin, objeto y sujeto de la ciencia, es el hombre, medido en patrones de bienestar y felicidad. No puede haber producción adecuada de bienes, de capital y de consumo sin una energía humana suficiente y eficiente. A la inversa, el hombre sano depende del desarrollo económico en cuanto éste le da oportunidades para crear, producir y consumir; en síntesis, para darle un significado tangible y real a su aventura terrena.

Un plan nacional de salud, para encontrar su cauce adecuado, necesita partir de un

diagnóstico de situación. Se entiende por tal la descripción de la misma, la explicación de sus orígenes y consecuencias y la formulación de un juicio de aceptabilidad que use la comparación de la situación descrita, con otra que traduzca un modelo normativo. La salud de una comunidad debe ser cuantificada en los aspectos pertinentes. No basta para ello su identificación cualitativa, porque el problema de la formulación de los planes de salud que se deriva de un diagnóstico de situación, significa la distribución en la población de una cuantía limitada y escasa de recursos con el propósito de modificar la situación diagnosticada en un sentido favorable al ser humano. Esta determinación cuantitativa exige el uso de índices precisos. El estado de los conocimientos no permite diagnosticar el estado de salud en sus aspectos positivos, sino en los negativos, de pérdida de la salud, vale decir, en términos de mortalidad y morbilidad. No hay duda que el avance de esta tecnología habrá de tener grande utilidad en los años que se avecinan. Las ciencias de la salud habrán contribuido, de esta manera, al desarrollo económico y al bienestar social.

12. *Administración y organización superior*

Muchos de los conceptos ya vertidos ahorran comentarios en cuanto a administración superior y organización. La salud es un problema social, y a la vez que social es un problema eminentemente médico. Un programa nacional de salud debe poner al alcance de la población todos los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación necesarios, y cuando se emprende una función especial, debe cumplírsela a través de un único cuerpo gubernamental para toda la comunidad y no a través de varios cuerpos gubernamentales para distintos sectores de la comunidad. Toda organización que prescindiera de este principio cumplirá una labor de resultados mediocres.

La distribución eficiente de servicios de salud exige que estos estén coordinados dentro de una determinada región. La salud

de una nación se basa en una ejecución eficiente de las acciones en el nivel local. Aunque la dirección esté centralizada, la actividad ejecutora deberá estar descentralizada y la coordinación hacerse en un nivel horizontal de servicios. La coordinación que se inicia y ejecuta en el nivel local es vehículo seguro de la regionalización y el punto de partida de una integración nacional. Tal es la esencia de la doctrina: centralización de directivas y normas; descentralización de acciones y realizaciones.

Las consideraciones anteriores llevan a aceptar la conveniencia de que los servicios de salud se planeen y organicen sobre una base regional, en la que se coordinen estrechamente los organismos de atención preventiva y curativa existentes. En cada una de estas regiones se establecerá, bajo la autoridad única de un administrador de salud, un sistema de servicios tan auto-suficiente como las necesidades indiquen y las posibilidades permitan. Contará por lo menos con servicios para la atención extra e intramural (consulta externa, servicio domiciliario y hospitalización). El personal clave conocerá a fondo los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación. El sistema mantendrá una comunicación centrífuga y centrípeta, tanto para el personal como para el beneficiario. La región cubrirá una población que justifique plenamente el esfuerzo y capaz de soportar los requerimientos de recursos económicos y de personal, ayudando de esta manera al Estado a su sostenimiento. Se buscarán, dentro de los usos y costumbres, las correspondientes vinculaciones con la comunidad beneficiaria, los grupos profesionales interesados y sus centros de enseñanza. Tales servicios serán parte de un programa general de desarrollo de la colectividad en el doble aspecto económico y social.

13. Política de personal

En el campo de la salud es indispensable contar con personal profesional y auxiliar dotado de la capacidad indispensable para el tipo de función que desarrolla. Es sabido que en cada una de las categorías de este

personal hay deficiencias en número y calidad de formación. Por otra parte, el adiestramiento de personal reflejará las necesidades de recursos humanos del país, vinculándolas a la capacidad de empleo de las agencias interesadas.

El médico necesita ser adiestrado en el futuro como dirigente del grupo para los cuidados de salud de la colectividad. Para esto es indispensable una reorientación de su formación básica, dando creciente cabida en los programas de estudio, a las ciencias sociales y a la medicina preventiva, no sólo en cátedras especializadas, sino que también con la infiltración de tales disciplinas en todo el curso de su formación profesional, sin olvidar la enseñanza práctica en los campos vivos de aplicación que la propia colectividad ofrece. Las escuelas de medicina administrarán tales servicios de práctica, pero recurriendo a la colaboración estrecha de los servicios de salud y ayudando a éstos en el mejor cumplimiento de tal responsabilidad docente.

En el análisis para medir recursos y necesidades humanas, el papel de los técnicos surge obligadamente. A cargo de ellos queda el progreso social. Los nuevos derroteros de la atención médica necesitan de este personal seleccionado formado y orientado a la luz de los imperativos que se ven aflorar. El administrador de los "cuidados de la salud", los jefes de unidades técnicas, el médico clínico encargado de conjurar los riesgos de una patología individual y social, las profesiones de colaboración médica y sus auxiliares, serán entrenados para servir una política de cooperación, al margen de prejuicios institucionales.

14. Investigación aplicada y evaluación

La investigación, en materias de atención médica, requiere volcarse sobre problemas de organización y administración, personal y servicios en lo que toca a su distribución, eficiencia y costos. Finalidad preferente de estas investigaciones estarán referidas a la obtención y ampliación de conocimientos utilizables en el mejoramiento de las prácticas administrativas.

Tres son las categorías principales que pudieran considerarse en un programa de investigación aplicada: a) en relación con el beneficiario, receptor del servicio; b) en relación con las profesiones y organismos que dispensan el servicio; y c) en relación con los programas mismos.

Se recomienda a cada Ministerio de Salud la organización de su propia unidad de investigación para este tipo de trabajo y sus proyecciones o, por lo menos, para asegurar un buen régimen de relación entre la recolección de información básica, normas generales para uniformar el trabajo, planificación y evaluación. Tales unidades prestarán especial atención a estudios de perfil administrativo. En dichos estudios no hay que olvidar la necesidad de organizar algunos proyectos que sirvan para poner a prueba los diferentes sistemas de organización de la atención médica, inclusive la armónica relación entre los servicios preventivos y curativos, la regionalización, y el empleo del personal auxiliar. Estos proyectos serán considerados como experimentales y motivo de una evaluación constante y acuciosa en su calidad de laboratorios para esta modalidad de investigación.

15. *Financiamiento unificado*

Resta por decir algo sobre financiamiento. Cada país ha de contar con un plan administrativo, general y oficial, para el financiamiento de sus programas de salud, aun cuando los fondos para los diferentes tipos de servicios provengan de fuentes diversas tales como los ingresos públicos, aportes del seguro social y otros. Se ha estimado como un índice recomendable una relación con el ingreso nacional bruto. Hay países que estiman aceptable la proporción del 5%, siempre que la administración de los servicios sea eficiente. Gran parte de los presupuestos de salud son consumidos por los servicios de atención médica en cifras vecinas al 80%. La ampliación de tales servicios requiere evidentemente un uso más racional de los recursos disponibles, así como de un incremento de la mano de obra

profesional y subprofesional, de los edificios, equipo y del dinero necesario para las inversiones de capital y los gastos corrientes de operación. De aquí la tremenda importancia de los caminos que se acaban de señalar, que justifican cualquier reforma conducente.

En lo que se relaciona con la obligación del Estado para reconocer a sus habitantes el derecho a la salud, hay que hacerla valer con apremio para el necesitado al que deben ofrecérsele servicios completos, totales e integrados. Puede el Estado delegar funciones, pero siempre que la responsabilidad normativa y de administración superior resida y sea fortalecida en el Ministerio de Salud correspondiente, con todos los recursos legales y administrativos que le sean indispensables.

En lo que se relaciona con el creciente auge, autonomía y operación de servicios médicos por parte de otras instituciones, hay consenso para asignarle funciones preferentes de financiamiento, las que deben asumir dentro de un sistema integrado de servicios de salud. Se insiste en que la responsabilidad normativa y de administración superior queda reservada al ministerio del ramo. Tal fue el pronunciamiento de los representantes de los Gobiernos Miembros en la reciente Décimosexta Conferencia Sanitaria Panamericana.

16. *Hacia una política continental*

Con respecto a la atención médica y a la formulación de una política continental existe el acuerdo de los países para conducirla dentro de los principios que se vienen de formular: coordinación e integración; fortalecimiento legal y administrativo de la autoridad de salud; perfeccionamiento de la organización y administración de los servicios; adiestramiento e incremento del personal; requerimiento de investigación aplicada y promoción de la atención médica como uno de los más importantes servicios básicos sostenedores de cualquier programa de salud local, nacional o continental.

La atención médica, como problema continental, necesita ser concebida, planificada

y realizada a la luz de los nuevos conceptos aportados por las ciencias del hombre y de la salud. Preterida y rutinizada, por causas múltiples, precisa ser reorientada en un esfuerzo común del que todos los Gobiernos disfruten. Es seguro que las acciones locales habrán de ponerla en un mejor pie. Pero hay que recordar que, por su importancia y gravitación económica y social, requiere, además, la movilización del Gobierno en un esfuerzo cooperativo y no competitivo a través del cual modernizar una metodología que redunde en servicios oportunos, de amplia cobertura, al menor costo y de calidad inobjetable.

17. *Resumen y discusión*

En el presente aporte se han delineado algunas ideas sobre el sitio que debería ocupar la atención médica dentro de planes nacionales o programas locales de salud. Inquieta a los gobernantes y a los técnicos la interdependencia cada vez más evidente de lo social y lo económico. Están atribuyendo la importancia debida a los factores de dicha relación. Se ha resuelto considerarlos dentro de un régimen de solidaridad continental y reconocer que el desarrollo económico y el crecimiento social son factores substanciales de estabilidad y bienestar.

Dentro de esta idea de incorporar las partes al todo, se considera a la salud como uno de los componentes del desarrollo económico y social. De acuerdo con las nuevas concepciones, se la postula como una afirmación y un todo único e indivisible. Es clara la tendencia de conducir integrada, paralela y armónicamente, dentro de una política superior de salud, todas las acciones y servicios básicos que la impulsan. En esta forma la atención médica se convierte en uno de los componentes del desarrollo. Sus posibilidades quedan subordinadas a los requisitos que debe cumplir la planificación del sector de la salud. La atención médica exhibe flagrantes insuficiencias y vacíos. Necesita ser revisada a fondo. Sus costos crecientes imponen la formulación de una política que permita aprovechar mejor los recursos

existentes y aquellos otros nuevos con que podría ser perfeccionada para hacerla llegar al mayor número de enfermos.

En resumen, como se dijo al comienzo, coordinación, integración, incorporación, no "desde" sino que "hacia".

18. *Una cita a manera de colofón*

Y esta es la labor de los trabajadores de la salud y del médico, señalada en los tiempos de Hipócrates con un *desde*, como línea de base, y con un *hacia*, como moral de aspiración y de progreso. Dice René Sand:

"Al recomendar la búsqueda de las relaciones del hombre con su género de vida y las influencias que cada cosa ejerce sobre cada cual, es decir, tratar no sólo el cuerpo sino la personalidad entera, Hipócrates hacía un llamado a la medicina a su más alta misión, confiriéndole la plenitud de su eficacia: de somática la transformaba en humana. Pero el Maestro de Cos no pudo aplicar estos principios, sino a la constitución individual y al régimen. Era inevitable que, prosiguiendo su designio, sus seguidores reconocieran la mutua dependencia del cuerpo, el espíritu y la condición social. Desde entonces, para extenderse en su dimensión humana, la clínica, sin abandonar la biología, su terreno natural, se extiende y proyecta a los factores psicológicos, económicos y sociales. Desde entonces la medicina se interesa por el trabajo que, mal conducido, agota nuestras fuerzas físicas y morales y que, bien adaptado, las nutre y les imprime una huella profunda. Desde entonces, la higiene individual y la higiene pública se fortalecen con la higiene social, el servicio social, la política social. Desde entonces, finalmente, las ciencias del hombre reciben los aportes de la medicina y, en compensación, la enriquecen con sus contribuciones... El médico, con el aporte de nuevos recursos, medios y colaboración, sale de su antiguo aislamiento. Termina su impotencia frente a los males sociales. La medicina y el médico alcanzan la plenitud de su arte cuando, junto con salvar vidas en peligro, cultivan la persona humana como valor supremo".