

REGIONALIZACION: ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO COORDINADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS RURALES Y URBANAS¹

Dr. Alfredo Leonardo Bravo²

La regionalización a que se refiere este trabajo es un mecanismo complejo de descentralización técnica y administrativa y comprende el establecimiento de niveles de atención, que van desde el centro primario de salud de la comunidad hasta el hospital general y los policlínicos de especialidades en el nivel intermedio para alcanzar su máximo desarrollo en centros médicos nacionales. El conjunto de estos tres niveles de atención constituye el sistema regional de asistencia médica que debe ser parte integrante del sistema nacional de salud.

Evolución del concepto de regionalización

Es difícil establecer con precisión el origen histórico de la regionalización como instrumento de la organización y administración de servicios médicos. Parecería ser que el concepto se aplicó primero a los servicios de atención médica y preferentemente a los hospitales. Sin embargo, a medida que se impuso un criterio integracionista de las actividades de la medicina preventiva con las de la medicina curativa, la regionalización se extendió a los servicios de salud integrales; en consecuencia, la región hospitalaria se transformó en región de salud.

La salud pública se inició como una necesidad básica de la convivencia humana, y los gobiernos organizaron servicios, ya fueran nacionales o locales, para sanear el ambiente y mejorar la relación ecológica de los seres humanos con el medio en que viven. Estos servicios eran habitualmente la responsabilidad de la autoridad civil y siguieron el diseño establecido en los distintos países para la división político-administrativa del territorio. En consecuencia, los servicios de

sanidad tuvieron desde el principio una cierta distribución geográfica que seguía el patrón de la subdivisión administrativa del territorio nacional, lo que podría ser considerado como un germen de regionalización.

Los servicios médicos y hospitalarios, por su parte, se iniciaron como un componente de la acción caritativa ejercida por las iglesias. A medida que crecieron los grandes conglomerados de habitantes, la acción se fue extendiendo desde las grandes metrópolis a los barrios suburbanos y a las zonas rurales, y fue la necesidad del abastecimiento médico-farmacéutico la que provocó la coordinación de establecimientos dependientes de una misma iglesia dentro de un conjunto de servicios que recibían los suministros de una misma fuente central. Así nacieron las regiones hospitalarias, a las que posteriormente se agregaron dispensarios y otros servicios ambulatorios prestados por médicos y otros profesionales de la medicina. En este embrión de coordinación regional, a través de los suministros, la unidad regional administrativa era la parroquia. Ejemplo típico de esta evolución fue la Ley de Pobres dictada en Inglaterra en 1601, cuyo propósito fue ofrecer prestaciones médicas integrales a toda la comunidad sin barreras económicas,

¹ Trabajo presentado en la Cuarta Conferencia Regional de Hospitales en América Latina, Primer Congreso Nacional de Hospitales, celebrados en Caracas, Venezuela, del 20 al 25 de enero de 1974.

² Jefe, Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica de la Organización Panamericana de la Salud.

los mismos objetivos que se persiguen con los actuales sistemas de salud.

Hacia fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX comenzó la introducción de la tecnología médica después del descubrimiento del microscopio y de los rayos X, y probablemente son estos hechos trascendentales en la evolución de la medicina los que determinaron la necesidad de regionalizar la atención médica, a fin de concentrar los recursos del diagnóstico en grandes establecimientos y ponerlos al servicio de aquellos casos mórbidos, cuya complejidad exigía su aplicación. La fuerte tendencia hacia la especialización de la medicina a comienzos de este siglo constituyó otro factor que obligó a buscar un mecanismo de descentralización regional con objeto de poner a disposición de toda la comunidad los servicios más elementales de la medicina general, reservando, en los grandes hospitales de concentración, los servicios de los especialistas para los pacientes que sufrían de cuadros nosológicos más complejos, después de haber sido sometidos a un prediagnóstico selectivo de cuyos exámenes resultara la necesidad de una atención especializada.

Expresión de esta tendencia fue el programa iniciado en Dinamarca en 1912, mediante el cual se coordinaron los hospitales urbanos y rurales a fin de trasladar a los primeros los casos más complicados que se encontraban en los pequeños hospitales de las zonas rurales ya que estos no estaban equipados para ayudarlos adecuadamente.

En 1920 se publicó en Inglaterra el famoso Informe Dawson³ destinado, según sus autores, a organizar en lo futuro la provisión de servicios médicos y otras prestaciones de salud. El Informe fue presentado por una comisión nombrada por el Rey de Inglaterra y presidida por Lord Dawson. Su contenido establece fundamentalmente que la medicina preventiva y la curativa no son sino distintas facetas de un mismo proceso y que siempre

se deben practicar en un mismo conjunto. Con objeto de aprovechar mejor los recursos disponibles en aquella época, el Informe propuso la creación de centros de salud primarios destinados a proporcionar servicios básicos de medicina general, de preferencia en forma ambulatoria pero con un pequeño número de camas (16 en cada centro) para la hospitalización transitoria de ciertos casos seleccionados, especialmente parturientas. Un cierto número de centros primarios de salud coordinados entre sí actuarían bajo la supervisión y recibirían la ayuda de centros de salud secundarios, en los cuales se proporcionarían servicios especializados, ya sea en forma ambulatoria o bajo hospitalización a los pacientes referidos por los centros primarios, y cuya complejidad diagnóstica o terapéutica requirieran la participación del médico especialista. Finalmente, el Informe recomendó que un cierto número de centros de salud secundarios de una región determinada estuvieran coordinados en su acción por un hospital docente, en el cual las especialidades estaban más desarrolladas y podían atender casos más complejos. Transcurridos más de 50 años, las recomendaciones del Informe Dawson siguen siendo válidas y están lejos de ser aplicadas en la mayoría de los países.

En 1933 los servicios de Beneficencia y Asistencia Social de Chile pusieron en vigor un reglamento de zonas hospitalarias, por el cual el país se dividió en 12 zonas, cada una de las cuales estaba a cargo de un médico jefe con las funciones básicas de correlacionar el hospital general de la ciudad sede de la zona con los demás servicios médicos de la zona; propendió, además, a que dentro de cada zona se desarrollaran los servicios de medicina preventiva y profilaxis de enfermedades prevenibles. Este germen de coordinación entre los servicios preventivos y curativos fue perfeccionado en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud, que incorporó, además, los servicios médicos del seguro social, ampliando así la autoridad de los médicos jefes de zona. Solo por tradición

³ Traducción al español publicada por la Organización Panamericana de la Salud en *Serie de Publicaciones Científicas No. 92*, 1964.

se ha seguido usando la palabra "zona", que corresponde exactamente a lo que hoy se conoce como región de salud.

En 1936 se fundó en el estado de Maine, Estados Unidos de América, el "Bingham Associates Fund", que incorporó dos hospitales de las ciudades principales y 38 pequeños hospitales de comunidad a un sistema regional. Todos estos establecieron normas técnicas mínimas para mejorar la calidad de las prestaciones y mecanismos administrativos para adquirir suministros en forma asociada. Este fue el primer programa de regionalización en los Estados Unidos, que posteriormente se extendió a otros estados bajo la forma de consejos regionales de hospitales. Finalmente, en 1947 se dictó la Ley Hill-Burton, que estableció un mecanismo de créditos federales a los gobiernos estatales con el fin de construir hospitales con la condición de que estos se organicen dentro de un sistema regional que incluya hospitales urbanos y rurales. Hasta el momento se han construido más de 100 a través de este mecanismo financiero, lo cual ha generalizado el sistema de regionalización hospitalaria en los Estados Unidos.

En 1965 también se dictó en ese país la Ley de los Programas Médicos Regionales, que tuvo como base el Informe de la Comisión DeBakey. Este estableció que "la fragmentación de la atención médica en los Estados Unidos, y la desorganización que ella acarrea es la causa principal de que muchos casos de cardiopatías, de cáncer y de accidentes cerebrovasculares no sean diagnosticados ni tratados oportunamente".⁴ Se propuso, por lo tanto, que debería proporcionarse, como una innovación básica, "el establecimiento de una red nacional de centros regionales y estaciones locales de diagnóstico y tratamiento, en tal forma de constituir complejos médicos destinados a unir la investigación científica con la educación médica y con la atención médica".⁵ El Informe de la Comi-

sión DeBakey, que sirvió de base a la Ley, recomendó la construcción de una red de centros regionales con especialistas altamente calificados y con los más avanzados medios de diagnóstico y tratamiento para las cardiopatías, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares. Recomendó, además, que se establecieran centros de diagnóstico y tratamiento más simples, pero que deberían trabajar en estrecho contacto con los centros regionales, a fin de trasladar a ellos a pacientes que necesitaran tratamiento más especializado. Finalmente, recomendó que los hospitales de comunidad se afiliaran a centros médicos para formar complejos regionales, y que se planificaran en forma coordinada los servicios médicos integrales para las comunidades locales. Para cumplir lo anterior aconsejó que se diseñaran regiones geográficas y que dentro de estas regiones se integraran las instituciones de salud alrededor de un centro médico universitario.

La Ley definió los programas médicos regionales como un "arreglo cooperativo entre un grupo de instituciones públicas o privadas sin fines lucrativos situadas dentro de un área geográfica".⁶ Las normas de regionalización derivadas de la Ley sugieren un compromiso entre una descentralización de la atención médica primaria y una centralización de la atención médica especializada.

En 1946 Venezuela puso en marcha lo que se ha conocido como Servicios Cooperativos de Salud Pública. El primero de estos fue establecido en el estado Aragua y posteriormente se han ido extendiendo a otros estados. Sobre la base de estos servicios cooperativos se estableció en el resto del país un sistema regional de salud en torno a hospitales regionales que funciona a través de una red de centros de salud, hospitales menores y medicaturas rurales. Desgraciadamente, hasta el momento no se han incorporado a este régimen los hospitales del Instituto Venezolano del Seguro Social.

⁴ Bodenheimer, Thomas S. Regional medical programs: no road to regionalization. *Medical Care Review* 26(11):1133, 1969.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*, pág. 1134.

Fundamentalmente, los servicios cooperativos han fomentado una excelente cooperación técnica, administrativa y financiera entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el gobierno del estado correspondiente y las beneficencias locales.

La regionalización de hospitales y otros servicios de salud es la norma que se sigue en los países socialistas de la Europa Oriental, donde la cooperación entre instituciones, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, se facilita por el hecho de que todas las instituciones de salud funcionan bajo la dependencia del gobierno y hay acceso gratuito a las prestaciones para toda la población. El diseño se caracteriza "por una definición central de política, una organización regional descentralizada y una prestación de servicios personales de salud a nivel local".⁷ El Ministerio de Salud, a nivel nacional, es responsable de la definición de la política, el diseño de los programas, el establecimiento de prioridades, la unificación de los estándares y el programa de adiestramiento, pero la prestación de servicios a nivel local es responsabilidad de los departamentos de salud provinciales y municipales. En las pequeñas localidades urbanas y locales, la atención ambulatoria se presta en policlínicos, que actúan en estrecha correlación y con el apoyo de hospitales generales de distritos, de 250 a 500 camas, según la población. Varios de estos hospitales envían a sus enfermos de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica a los hospitales regionales docentes de 500 a 1,000 camas, que están afiliados a una escuela de medicina y que sirven como centros de excelencia para la consulta especializada y el adiestramiento de estudiantes y de médicos especialistas.

Esta breve reseña histórica demuestra que, aun cuando la regionalización se practica en la mayoría de los países del mundo, no siempre responde a los mismos objetivos ni a los mismo conceptos de organización. En

efecto, el único fin de algunos sistemas de regionalización es reunir los fondos que permitan llevar a cabo las construcciones hospitalarias; en otros, es establecer un sistema de suministros que permita abastecer los hospitales de la región en forma económica y con productos de buena calidad adquiridos al por mayor, lo cual no sería posible si cada pequeño hospital organizara su propio suministro. Otros programas están destinados a ampliar la cobertura y a mejorar la calidad de las prestaciones, a fin de ofrecer las bases administrativas adecuadas para organizar campañas de control de determinadas enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc.

La regionalización que propicia la Organización Panamericana de la Salud, y a la cual se hará referencia más adelante, es un mecanismo complejo de descentralización técnica y administrativa y comprende el establecimiento de niveles de atención, que van desde el centro primario de salud de la comunidad hasta el hospital general y los policlínicos de especialidades en el nivel intermedio para alcanzar su máximo desarrollo en centros médicos nacionales, en los que todas las especialidades están bien desarrolladas, y la enseñanza y la investigación científica constituyen una preocupación primordial al lado de las funciones asistenciales. El conjunto de estos tres niveles de atención constituye el sistema regional de asistencia médica que debe ser parte integrante del sistema nacional de salud.

Características de la regionalización

La introducción del concepto y de los mecanismos de la regionalización en la administración de los servicios médicos y hospitalarios es un proceso complejo que no es fácil de alcanzar. La implantación de un sistema regional de salud se simplifica cuando todos los establecimientos de salud pertenecen a una misma institución, situación que no se produce muy a menudo. En cambio en el pluralismo institucional, que

⁷ Weinerman, E. R. The organization of health services in Eastern Europe. Report of a study in Czechoslovakia, Hungary, and Poland, spring, 1967. *Weinerman Memorial Volume. Yale J Biol Med* 44(1):84, 1971.

es lo habitual en los países latinoamericanos, es muy difícil lograr la coincidencia de voluntades y de objetivos que permitan establecer un sistema regional realmente unificado y operante. Por lo general, en este último caso la regionalización es parcial en el sentido de que se regionalizan los establecimientos que pertenecen a una institución, es decir, del Ministerio o del seguro social. En aquellos países en que la empresa privada predomina como elemento financiero de los servicios hospitalarios, lo más que se logra es la regionalización financiera, ya sea para las construcciones o las adquisiciones de equipo o suministros.

Un primer problema que hay que resolver es el tamaño de la región. Los elementos que deberán tomarse en cuenta para esta decisión son geográficos, de comunicación y de tamaño de la población que se ha de servir. Podría decirse, en general, que la región de salud debería ser una expresión de los hábitos y necesidades de la población residente y seguir el flujo normal del desplazamiento de la población en las actividades ordinarias de su vida. Una región economicosocial se caracteriza porque existe una comunidad de intereses alrededor de la producción de bienes y de su distribución y mercadeo. Estos intereses comunes determinan el que los habitantes se concentren alrededor de los sitios de producción (industrial o agrícola) y que se desplacen por líneas de comunicación determinadas debido a la necesidad de vender los bienes que producen, o de acercarse a los centros de distribución. Este es un fenómeno natural que, a través de los siglos, ha determinado las aglomeraciones humanas que generalmente han seguido las vías de comunicación, ya sean terrestres, marítimas o fluviales. Este mismo fenómeno se aplica a las necesidades de salud, ya que las poblaciones, al dirigirse al mercado a vender sus productos, desean adquirir en el mismo viaje los bienes necesarios para su vida familiar, así como realizar los trámites bancarios administrativos o judiciales derivados de su vida en común. Como parte

integrante de su diario vivir desean una escuela a donde puedan enviar a sus hijos, un centro de salud o un hospital donde puedan recibir la asistencia médica, preventiva o curativa, y consejos para resolver sus problemas familiares y sociales. Por todas estas razones resulta conveniente que la región de salud tenga los mismos límites geográficos determinados por la división políticoadministrativa del país o, mejor aún, por el diseño de las zonas de desarrollo economicosocial. En consecuencia, su tamaño variará enormemente según se trate de un país de gran concentración industrial o, a la inversa, de un país de gran dispersión agrícola. Variará también en relación con el índice de habitantes por kilómetro cuadrado y el tamaño de la población del país. No podrá ser igual el tamaño de una región con una población de varios cientos de millones de habitantes que en un país cuya población total no pasa de uno a dos millones. Teniendo en cuenta todos estos elementos de juicio, se puede decir en forma aproximada que el tamaño de una región puede tener entre 100,000 y 1,000,000 de habitantes. En definitiva, lo importante, más que la extensión geográfica o el tamaño de la población, es la distancia que media entre los sitios de residencia de la población y los sitios en que los servicios de salud están instalados, y esta distancia, más que en kilómetros, debe ser medida en tiempo de transporte, lo cual depende en gran parte de los medios de comunicación que existan. Lo ideal sería que entre la residencia de un enfermo y el centro de atención médica, el tiempo de transporte no fuera superior a 20 ó 30 minutos. La distancia variará, en consecuencia, en función de la calidad y oportunidad del transporte. Un buen servicio de ambulancias, terrestres o aéreas, permite extender el radio de acción de los servicios regionales. Habrá que tomar en cuenta, además, que un buen sistema de comunicaciones, de información pública y del personal de salud permitirá que las personas concurren al lugar más adecuado, de acuerdo con sus necesidades de

salud y donde haya mayor accesibilidad en relación con su lugar de residencia. Si todos estos estudios se realizaran en forma completa y ordenada, la región cumpliría con una de sus funciones: mejorar la utilización de los servicios y aumentar su productividad.

Otra condición de la región es que debe ser autosuficiente. Esto significa que la suma de los servicios de salud disponibles dentro de la región debe ser adecuada para proveer servicios asistenciales, preventivos y curativos y atender a la población en todas las condiciones de salud, enfermedad o invalidez, pero esto está limitado por el tamaño de la región. En un país extenso, con regiones igualmente grandes, la autosuficiencia puede ser completa en el sentido de que el hospital regional tendrá todas las especialidades, incluyendo cirugía vascular y de corazón abierto, neurocirugía, radioisótopos, bombas de cobalto, etc. En cambio en un país pequeño, con regiones de salud reducidas, los hospitales regionales estarán limitados a las especialidades más corrientes de la medicina y de la cirugía, y la alta especialidad estará reservada para los grandes centros nacionales. En este último caso, la suficiencia de la región es relativa puesto que algunos pacientes tendrán que ser de todas maneras trasladados a los centros médicos nacionales ubicados en la capital del país.

Otra característica indispensable a toda región es su *integralidad territorial*, en el sentido de que deberá cubrir un sector urbano, uno suburbano y uno rural. Esta es la única manera de cumplir con la autosuficiencia, ya que los servicios de salud rurales, por sí solos, jamás podrán dar la atención integral y ofrecer los servicios médicos especializados indispensables en la medicina moderna. Por razones económicas, de escasez de especialistas y de alto costo de los equipos de diagnóstico y tratamiento, necesariamente los servicios de alta especialización solo podrán ofrecerse en hospitales nacionales o regionales de concentración de especialidades y por lo general afiliados con una escuela de medicina. Establecimientos

de tal magnitud solo pueden estar reservados para las grandes ciudades, pero sus servicios especializados deben estar a la disposición de los centros suburbanos y rurales dentro de un sistema de referencia de pacientes, de ayuda técnica y de asesoría científica que estos grandes hospitales deben ofrecer a los hospitales menos desarrollados de la zonas rurales y a los consultorios, policlínicos y centros de salud de los sectores suburbanos.

De lo anterior se desprende que dentro de la región deberá existir un doble flujo de pacientes, personal y equipos entre los distintos niveles de asistencia. Para ello deberá existir una clara comprensión de las funciones, responsabilidades y limitaciones de cada nivel de asistencia. Los centros de salud de la comunidad enviarán sus pacientes a los hospitales de comunidad para completar su tratamiento, especialmente quirúrgico. Los casos de mayor complejidad diagnóstica serán enviados a los policlínicos de especialidades o a los consultorios externos de los hospitales regionales, o, alternativamente, recibirán la visita periódica de médicos especialistas y podrán obtener en préstamo equipos de diagnóstico y tratamiento para dar mejor atención a los pacientes. Por su parte, los hospitales regionales y otros servicios de especialidades devolverán los enfermos, después del diagnóstico o el tratamiento, con una epicrisis para asegurar la continuidad de sus controles a nivel periférico o primario.

Para que este mecanismo de referencia de pacientes funcione con eficiencia es indispensable que el personal profesional y técnico, en cualquier nivel en que preste sus servicios, pertenezca al equipo de salud regional y que tenga un amplio y fácil acceso a las comunicaciones científicas, reuniones anatomoclínicas e información estadística disponible en los centros de mayor complejidad de la región.

Administración regional

Fundamentalmente, la regionalización implica descentralización administrativa y presupuestaria con el fin de simplificar los

trámites burocráticos y de facilitar el manejo de los recursos de la región. La responsabilidad tecnicoadministrativa superior de la región estará en manos de un *director regional*, que actuará por autoridad delegada de los niveles ejecutivos superiores. Deberá ser médico y tener conocimientos de salud pública y de administración de sistemas de salud, y larga experiencia tanto en los aspectos clínicos como epidemiológicos y administrativos de la medicina en los distintos niveles de un sistema nacional de salud. Deberá, además, tener conocimientos de ciencias de la conducta para establecer buenas relaciones con la comunidad, con los pacientes y con los equipos de salud, y fundamentar la toma de decisiones sobre bases de administración científica moderna. Será también necesario que tenga experiencia en la aplicación de métodos cuantitativos en la programación y evaluación de las actividades de salud, a fin de participar en la planificación a nivel regional y en la evaluación de sus programas con el objeto de reorientarlos o perfeccionarlos de acuerdo con su rendimiento y productividad en un período de tiempo determinado. Finalmente, será conveniente que tenga experiencia docente, sobre todo si el hospital regional se encuentra afiliado a una escuela de medicina o de otras profesiones de la salud. La formación del director del hospital regional es un proceso largo y complejo y su selección adecuada es esencial para el éxito de la regionalización.

En los países en que se ha organizado un sistema de salud integrado se ha discutido mucho si el director del hospital regional puede o no ser a la vez director de la región de salud. Desde un punto de vista teórico parecería que la fusión de ambas actividades es una fórmula que favorece la integración de la medicina preventiva y curativa en toda la región. En la práctica, sin embargo, resulta que el volumen de trabajo inherente a la dirección y el manejo de todos los servicios de una región es tan enorme que resulta imposible que un solo profesional desempeñe con eficiencia todas estas actividades. En vista de la imposibilidad de ejercitar

integralmente todas las responsabilidades derivadas de funciones tan amplias y diversas, el director del hospital regional termina por concentrarse en algunas de ellas y especialmente en las que constituyen su actividad principal, es decir, el manejo interno de los servicios del hospital, descuidando los aspectos epidemiológicos y comunitarios de los servicios periféricos. La solución a este problema parecería ser la de designar al director regional del hospital como jefe superior de los servicios con la colaboración inmediata de dos subdirectores, uno a cargo de los servicios de consulta externa y domiciliaria, y el otro a cargo de los centros de salud periféricos y de la epidemiología. Si el hospital es docente, se justifica un tercer subdirector a cargo de la enseñanza. Esto es válido para los grandes hospitales regionales que sirven a una región extensa, pero no parece económico ni razonable para regiones chicas con hospitales regionales igualmente pequeños. La otra alternativa es que haya un director regional de salud que se encargue de los aspectos epidemiológicos y comunitarios de la asistencia médica frente a, o por encima del director del hospital regional. Esta fórmula tiende a provocar la desintegración de los servicios de salud y, lo que es peor, es germen de conflicto entre estas dos autoridades de salud a nivel regional.

La función más importante del director regional es la coordinación interinstitucional dentro del sector salud de la región. Estas actividades requieren tacto especial de su parte para desarrollar acciones cooperativas tanto en la programación como en la ejecución y evaluación de los programas de salud. La coordinación es importante en todo régimen de regionalización, pero es especialmente trascendente en aquellos esquemas pluralistas en que participan numerosas instituciones del sector público, del sector público descentralizado y del sector privado, cada una con distintos regímenes legales, diversas estructuras administrativas y, lo que es más importante, con diversas escalas

de remuneración y de beneficios sociales para el personal.

Se ha dicho repetidamente que la coordinación es una actitud mental que no se puede imponer por decreto sino que tiene que ser fundamentada y enseñada en todos los niveles tecnoadministrativos de las instituciones que prestan servicios de salud y también en los grupos de usuarios que constituyen la comunidad servida por el hospital. En consecuencia, es de desear que se promueva y se estimule la coordinación desde los más altos niveles ejecutivos de las instituciones de salud. Solo con este respaldo de las autoridades superiores podrá el director del hospital regional promover el trabajo armónico y coordinado dentro de la región. Para alcanzar este resultado puede recurrir a diversos mecanismos, tales como la organización y programación integral del trabajo técnico, la complementación y consolidación de los recursos financieros provenientes de distintas instituciones, la definición clara de los campos de acción de cada institución y la distribución equitativa de responsabilidades, la información completa y adecuada del personal de salud, estableciendo buenos medios de comunicación entre los distintos niveles, y finalmente el fomento de la participación inteligente e informada de la comunidad en el proceso administrativo de programación, ejecución y evaluación de los programas.

Con objeto de organizar y programar el trabajo técnico, es de esencial importancia obtener la participación de los médicos clínicos. La designación de jefes de programas responsables de cada una de las áreas programáticas principales, asesorados por grupos consultivos en los que participan los especialistas más destacados de cada área, es un mecanismo que induce a una participación inteligente. Asimismo permite utilizar los mejores talentos y los conocimientos y experiencias adquiridos por los profesionales que tienen la responsabilidad directa de las prestaciones de salud.

Complemento indispensable de la función

coordinadora de los programas de salud es la atribución que el director del hospital regional debe tener para promover la complementariedad, presupuestaria interinstitucional y la consolidación de los recursos a fin de utilizarlos eficazmente en la solución de aquellos problemas de salud de mayor prevalencia en la región y que, a la vez, son más vulnerables a los medios profilácticos y terapéuticos disponibles. Tal vez esta sea la más delicada y difícil de las funciones que debe cumplir el director regional, ya que implica con frecuencia tener que reducir recursos en un programa para reforzar otro, con el agravante que a veces estos pertenecen a diversas instituciones. Para ejercer esta función en forma adecuada el director regional necesita gozar de la más amplia confianza de las autoridades superiores de las distintas instituciones y disponer de la autoridad suficiente para adoptar estas medidas coordinadoras sin temor de ser desautorizado por el nivel central.

La amplia información y comunicaciones del personal de salud de la región es otra condición que deberá cumplirse a fin de hacer participar a cada uno dentro de la órbita de sus actividades profesionales o técnicas en el conjunto de acciones coordinadas de salud, que deben dar por resultado el goce del más alto grado posible de salud para toda la comunidad. Esta participación necesita, además, estar fundamentada en una retribución justa y adecuada de su trabajo profesional o técnico. Las diferencias de salarios y de beneficios sociales entre el personal de distintas instituciones constituyen un obstáculo, a veces insalvable, para conseguir la coordinación adecuada y la colaboración necesaria de los distintos grupos del personal. La insatisfacción de los grupos de más baja remuneración se transforma con frecuencia en un germen de protesta y rebeldía que esteriliza los mejores esfuerzos de coordinación que pueda desarrollar el director regional.

La información y las comunicaciones deben también llegar a los miembros de la

comunidad servida por el hospital a fin de promover su participación en los programas de salud. Una comunidad bien informada y consciente de sus responsabilidades sociales deberá transformarse en un instrumento efectivo de colaboración y apoyo para las actividades del equipo de salud y contribuirá a una mejor utilización de los recursos. Sin embargo, con frecuencia esta participación comunitaria se distorsiona por intereses de grupos que tratan de utilizar a la comunidad como grupo de presión para obtener determinados objetivos que no siempre son compatibles con los propósitos superiores de los programas de salud y bienestar. También en este aspecto el director regional tendrá que ejercitar su habilidad como organizador y su experiencia en el conocimiento de las ciencias del comportamiento.

La región de salud así organizada tendrá a su cargo la programación, supervisión y evaluación de los programas de salud, la vigilancia sanitaria de la comunidad, el asesoramiento especializado y la coordinación de los programas entre sí. Dentro de las funciones de asesoramiento serán especialmente importantes las que se relacionan con el mantenimiento de edificios, instalaciones y equipos de todos los establecimientos de salud de la región.

Niveles de asistencia médica

La atención progresiva del paciente se está imponiendo cada día más como un mecanismo tecnicoadministrativo que permite extender la cobertura mediante una mejor utilización de los recursos de salud y elevar la calidad por medio de la concentración de recursos altamente especializados en la atención de los pacientes en estado crítico. Implica la necesidad de definir niveles de mayor o menor complejidad de la asistencia médica (figura 1). Con frecuencia se piensa que la atención progresiva del paciente es un procedimiento intrahospitalario. La verdad es que la atención progresiva del paciente (APP) tiene etapas intrahospitalarias, como son la unidad de

cuidado intensivo para los pacientes en estado crítico, las unidades de cuidado intermedio para los enfermos menos graves pero que aún necesitan vigilancia permanente de enfermería, y las unidades de cuidado mínimo para el convaleciente o el enfermo crónico. Además, la atención progresiva del paciente incluye la atención ambulatoria en consultorio externo o en centro de salud, que debe ser tanto preventiva como curativa, y la atención médica a domicilio para ciertos pacientes que, por la naturaleza de su mal, deben permanecer en el seno de su familia. En consecuencia, la APP se confunde en ciertos aspectos con los niveles de asistencia médica y los complementa con el agregado de un elemento de alta calidad de las prestaciones otorgadas a cualquier nivel.

Son muchos los hospitales regionales que se están organizando en la actualidad sobre la base del concepto de la atención progresiva del paciente y en Venezuela se pueden citar como ejemplo los hospitales de Mérida y Maracay.

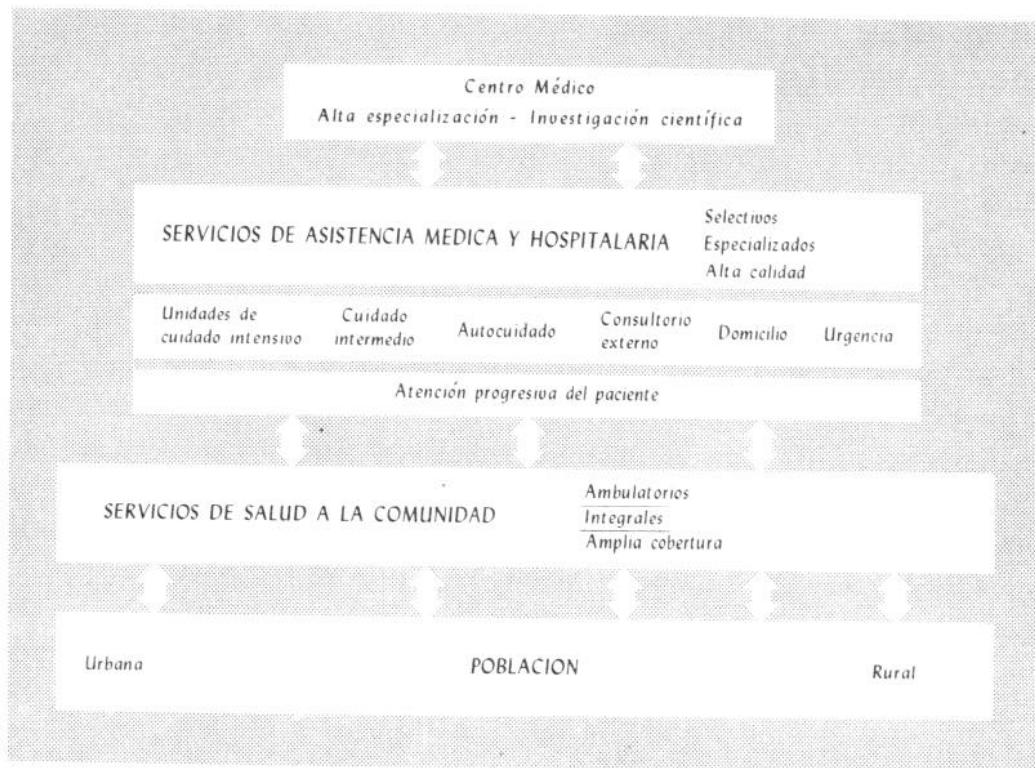
En la organización regional se acepta, en general, la existencia de por lo menos los siguientes tres niveles de asistencia.

Centros de salud de la comunidad

Estos proporcionan los servicios primarios de salud a la comunidad que son de preferencia ambulatorios e integrales y comprenden programas de control ambiental, protección de la familia, fomento de la salud y asistencia preventiva y curativa tanto de adultos como de niños. La cobertura de estos servicios primarios debe ser lo más amplia posible, con la meta ideal de alcanzar la cobertura universal.

En principio, toda la población debería tener derecho a gozar, sin barreras económicas, de las prestaciones médicas que se necesitan para mantener el más alto grado posible de salud. La mayor parte de estas las otorga el centro primario o centro de salud de la comunidad, el cual puede ser urbano, suburbano o rural. Los centros urbanos y

FIGURA 1—Niveles de asistencia médica.



suburbanos son una especie de prolongación del consultorio externo del hospital general, con el cual trabajan en estrecha relación funcional, y su objetivo es llevar la atención primaria mínima tan cerca como sea posible de los grandes conglomerados humanos, urbanos y suburbanos. Estos centros son casi exclusivamente ambulatorios por cuanto la vecindad y facilidad de comunicaciones con el hospital de comunidad o con el hospital regional hacen innecesaria la existencia de camas agregadas a los centros primarios. Sin embargo, en el caso de los centros primarios de salud de la comunidad rural, por lo general es necesario agregar a ellos un pequeño número de camas que están destinadas preferentemente a la atención de puérperas y a la hospitalización transitoria de pacientes que serán trasladados al hospital más cercano.

Establecimientos de asistencia médica y hospitalaria

Estos establecimientos corresponden a los servicios prestados por hospitales de comunidad y, en algunos casos, por los hospitales

regionales. Unos y otros deben trabajar en estrecha relación con los centros de salud primarios para recibir a los enfermos referidos por estos y por los policlínicos especializados, cuando existan. La clientela es selectiva ya que es seleccionada por los centros ambulatorios, a donde los pacientes deben regresar después de finalizada la consulta o realizado el tratamiento. Las prestaciones que ofrecen son especializadas. El grado de especialización es mayor en los hospitales regionales que en los de la comunidad. Idealmente, deberían formar parte de un programa de asistencia progresiva del paciente.

Centro médico nacional

Es la cúspide de la pirámide del sistema de salud, que está representada por un centro de excelencia, de investigación científica y social, y es además, el sitio de preferencia para formar a especialistas en los diversos campos de la medicina clínica.

El centro médico, además de contar con los servicios medicoquirúrgicos, tanto hospitalarios como ambulatorios, debe tener las

facilidades para servir como campo clínico de la enseñanza, a fin de impartir conocimientos, actitudes y destrezas a los estudiantes de medicina y otros estudiantes de la salud. Con frecuencia estos centros médicos están realizando investigación epidemiológica y social, con lo cual contribuyen al perfeccionamiento del sistema de regionalización docente-asistencial.

Dentro de toda esta red de servicios es indispensable que exista un buen sistema de información y de comunicaciones. Por una parte, tiene como objeto recoger la información básica que ha de ser el núcleo de las estadísticas vitales de la región; por otra, ofrece a los trabajadores de la salud, y especialmente a toda la comunidad datos exactos sobre los servicios ofrecidos por cada establecimiento a fin de guiar a la clientela hacia los sitios en que pueda recibir la prestación más oportuna y adecuada de acuerdo con su estado de salud o de enfermedad y con la gravedad de las manifestaciones patológicas que presenta.

Finalmente, los servicios de urgencia, trabajando día y noche, complementarán la dotación necesaria para dar asistencia médica integral a una comunidad dentro de la región de salud. Estos servicios deben estar bien dotados para la atención de la urgencia médica, y deben limitarse estrictamente a su campo, evitando por todos los medios transformarse en un simple consultorio para recibir a los enfermos que no han podido concurrir al centro de salud de la comunidad que les corresponde durante las horas hábiles de trabajo.

En resumen, lo que conviene destacar como características de la regionalización de los servicios de salud es su integralidad programática y la integralidad territorial, como asimismo la concentración de los recursos especializados a nivel del hospital regional y la descentralización de la asistencia médica preventiva y curativa básica hacia hospitales generales de comunidad y centros de salud periféricos urbanos y rurales, donde se cubre a toda la población.

Regionalización docente-asistencial

Se ha hecho referencia a la necesidad de que los diferentes niveles de asistencia del sistema regional de salud integral participen en el proceso docente para la formación de médicos y de otros profesionales y técnicos de la salud. Esta participación es lo que la Organización Panamericana de la Salud ha venido recomendando bajo el nombre de regionalización docente-asistencial. En el proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiante de medicina se reconoce hoy día, en forma unánime, que deben introducirse materias relacionadas con la organización de la comunidad y las ciencias de la conducta, complementadas con un período de práctica, a través de un internado rotatorio, que permita al estudiante de medicina pasar por servicios de consultorio externo, domiciliarios y especialmente rurales. En esta forma se pone al estudiante en época muy temprana en contacto con los problemas sociales, epidemiológicos y emocionales que caracterizan al ejercicio profesional en la comunidad.

Para cumplir con esta etapa de la enseñanza médica, que hoy se considera indispensable, los centros primarios de salud, los hospitales de comunidad, los consultorios externos, los servicios de urgencia y los servicios domiciliarios deben estar a la disposición de las escuelas de medicina para servir como campos clínicos y sociales en la formación práctica del futuro médico.

Los hospitales regionales, por su parte, como ya se dijo, deben contener todas las especialidades medicoquirúrgicas para satisfacer la necesidad de autosuficiencia de la región. Con frecuencia podrán estar afiliados a una escuela de medicina para ofrecer sus servicios en campos especializados para la enseñanza clínica y científica de los estudiantes. Cada vez más se impone la idea de que las facultades de medicina deberían usar todos los hospitales regionales que, a través de un mecanismo de acreditación docente, demuestren tener las condiciones adecuadas para la enseñanza científica.

Así ampliarían enormemente la capacidad instalada docente de las escuelas de medicina. En este sistema regionalizado, tan pronto como el estudiante termine el estudio de las ciencias básicas puede ser enviado a hospitales regionales, debidamente acreditados, donde continuará sus estudios clínicos de acuerdo con los programas aprobados por la facultad de medicina central. En esta forma se procuraría que los estudiantes regresen más temprano a la provincia de origen y que posteriormente hagan su internado rotatorio en ese mismo sitio con el objeto de asentarlos en su propio medio y promover su permanencia futura, después de graduados, en ciudades alejadas de la capital, sede habitual de la escuela de medicina. El internado rotatorio completa esta parte de la enseñanza de pregrado.

Por último, el centro médico, con sus facilidades para la investigación científica y sus instalaciones para ejercer todas las especialidades de la medicina, incluso las de mayor complejidad, constituye el centro ideal para la formación de posgrado de los especialistas en las distintas ramas clínicas medicoquirúrgicas. Allí se formarán, además, los futuros profesores e investigadores que servirán como factor multiplicador para extender y elevar el nivel científico del ejercicio de la profesión en el conjunto del país.

Las ventajas de tal procedimiento son obvias. Por una parte, las escuelas de medicina amplían su capacidad docente a fin de poder formar el número de profesionales de las ciencias de la salud que el sistema nacional de salud requerirá para su buen funcionamiento. Por otra parte, los servicios asistenciales elevan la calidad de sus prestaciones por medio de la introducción de actividades docentes en su trabajo habitual. Los médicos de estos hospitales, hasta ahora preocupados sólo por la atención de enfermos, verán ampliado, en una nueva dimensión, el campo de sus intereses e inquietudes al enfrentarse con esta nueva responsabilidad de la formación de futuros

médicos. Los estudiantes de medicina se beneficiarán con una enseñanza más práctica y realista dentro del medio ambiente en que más tarde ejercerán su profesión. Y lo más importante es que, a través de este sistema de regionalización docente-asistencial, la comunidad recibirá el mayor beneficio y una mejor cobertura de prestaciones de salud de la más alta calidad.

Resumen

Presenta el autor el concepto de regionalización como instrumento de la organización y administración de servicios médicos y hospitalarios. Relata la evolución de este concepto desde los tiempos en que la parroquia era la unidad regional administrativa de los servicios médicos y hospitalarios que se iniciaron como componente de la acción caritativa ejercida por las iglesias. A fines del siglo XIX y principios del XX se inició la tecnología médica que trajo consigo la especialización. Por otra parte, la necesidad social de dar amplia cobertura fue claramente definida por el famoso Informe Dawson (1920) como base de la organización de servicios médicos, y cuyas recomendaciones siguen siendo válidas aún después de pasar más de 50 años. Al repasar la evolución histórica de la regionalización en salud, se mencionan específicamente las formas en que esta se ha practicado en diversos países, cuyas experiencias no siempre han respondido a los mismos objetivos.

La regionalización, según la propicia la OPS, se caracteriza por ser un mecanismo complejo de descentralización tecnicoadministrativa y el establecimiento de niveles de atención: centros primarios de salud de la comunidad, que pueden ser rurales, suburbanos o urbanos; hospitales de comunidad, regionales y policlínicos, con prestaciones más especializadas, y los centros médicos nacionales—cúspide de la pirámide del sistema de salud—con servicios medicoquirúrgicos, tanto hospitalarios como ambulatorios, facilidades para la enseñanza de estudiantes de medicina y salud pública,

sobre todo para la formación de especialistas, y para el desarrollo de investigaciones científicas y sociales. Se mencionan también los servicios de urgencia que deben limitarse estrictamente a su campo.

Fundamentalmente, la regionalización implica descentralización administrativa y presupuestaria para simplificar así los trámites burocráticos y facilitar el manejo de los recursos. Así organizada la dirección de la región, tendrá a su cargo la programación, supervisión, coordinación y evaluación de los programas de salud, la vigilancia sanitaria de la comunidad y el asesoramiento especializado de todos los establecimientos de salud de la región.

Se resumen, como características de la regionalización de los servicios de salud, su integralidad programática y territorial, la concentración de los recursos especializados a nivel del hospital regional, y la descentralización de la asistencia médica preventiva y curativa básica hacia hospitales y centros de salud de la comunidad, ya sean urbanos o rurales, para cubrir el servicio de toda la población. A través de este sistema de regionalización, que incluye el proceso de enseñanza-aprendizaje recomendado por la OPS bajo el calificativo de "docente-asistencial", la comunidad recibirá el mayor beneficio y la mejor cobertura de prestaciones de salud de la más alta calidad. □

BIBLIOGRAFIA

- Andrews, J. L. Medical care in Sweden: Lessons for America. *JAMA* 223 (12):1369-1375, 1973.
- Arbona, G. y J. Nine Curt. Informe preliminar sobre regionalización de los servicios de atención médica integrada en Puerto Rico. *Med Admin* 4(4):119-123, 1970.
- Asociación para el Desarrollo Hospitalario. Plan general de regionalización hospitalaria en Cataluña y Baleares. 5a Región Hospitalaria Española. *Estudios sobre hospitales* No. 41, 1970.
- Asociación para el Desarrollo Hospitalario. Regionalización hospitalaria en Asturias. *Estudios sobre hospitales* No. 48, 1971.
- Asociación para el Desarrollo Hospitalario. Zona de influencia sanitaria de Vic. Programa de necesidades. *Estudios sobre hospitales*. Número adicional monográfico a los Nos. 41 y 42, noviembre de 1970.
- Bodenheimer, T. S. Regional medical programs: no road to regionalization. *Med Care Rev* 26(11):1125-1166, 1969.
- Bravo, A. L. La calidad y coste de las prestaciones médicas como factores de coordinación. Trabajo mimeografiado. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, enero de 1973.
- Daniels, R. S., J. W. Wagner y M. Creditor. An example of sub-regional health planning. *Inquiry* 7(4):25-33, 1970.
- Donoso Infante, A. La regionalización como estructura docente. *Rev Méd Chile* 98(5):348-359, 1968.
- DuBois, M. Areawide planning. Where it came from, where it's going. *Hospitals*, 40(23):58-60, 1966.
- Ellis, J. R. The regionalization of hospital services. En *Medical care. Social and organizational aspects*. Ed. L. J. DeGroot. Springfield, Illinois: Charles C Thomas, 1966.
- Lindencrono, F. The organization of health and medical services. Conferencia presentada ante el XXII Seminario de "Fellows" del "American College of Hospital Administrators". Estocolmo, 1969.
- Maddox, G. L. Muddling through: Planning for health care in England. *Med Care* 9(5):439-448, 1971.
- McNerney, W. J. y D. E. Riedel. *Regionalization and rural health care*. Ann Arbor: University of Michigan, 1962.
- Morston, R. Q. y A. M. Schmidt. Regional medical programs—A progress report. *Am J Public Health* 58(4):726-730, 1968.
- Navarro, V. *Metodología sobre planificación regional de servicios de salud. Estudio de un caso: Suecia, 1970*. Cuadernos de Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud Nos. 6-7. Ginebra, julio 1970-diciembre 1971.
- Navarro, V. Redefining the health problem and implications for planning personal health services. *HSMHA Health Rep* 86(8):711-724, 1971.
- Organización Panamericana de la Salud. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Publicación Científica 92. Washington, D.C., 1964.
- Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación de la atención Médica*. Publicación Científica 201. Washington, D.C., 1970.
- Organización Panamericana de la Salud. *Sistema de salud*. Publicación Científica 234. Washington, D.C., 1972.
- Pesonen, N. *On the regionalization of hospital care in Finland*. Helsinki, 1956.
- República de Chile. *La regionalización. Un elemento de política integrada de salud*. Secretaría, Consejo Técnico, Acta No. 31, Anexo No. 1, julio de 1966.
- República de Chile. Reglamento de las Zonas Hospitalarias (aprobado el 19 de enero de 1933). *Ley orgánica y reglamentos vigentes de los servicios de beneficencia y asistencia social*, 1933.
- República de Venezuela. *Política de salud. Lineamiento de una política de gobierno en el presente quinquenio*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, julio de 1970.

- República de Venezuela. *Política de salud (implementación)*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, agosto de 1970.
- Roemer, M. I., y R. C. Morris. Hospital regionalization in perspective. *Health and the Community*. Eds. A. H. Katz y J. Spencer Felton. Nueva York: The Free Press, 1965.
- Roemer, M. I. y E. A. Wilson. Pattern of organized medical care programs in a rural county. *Am J Public Health* 40(7):821-826, 1950.
- Rosenfeld, E. D. Hospital planning today. Regional organization of hospital services. *Hospitals* 40(9): 39-46, 1966.
- Ryder, B. Regionalization of medical services in New England. En *Medical care in transition*. American Public Health Association Publication No. 1128, Vol. 1, enero de 1964.
- Sheps, C. G. Trends in hospital care. *Inquiry* 8(1):27-36, 1971.
- Snoke, A. W. y J. M. Glasgow. Regional planning: Pious platitude of practical implementation. *Inquiry* 7(3):17-25, 1970.
- Viel, B. *La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile*. Ediciones de la Universidad de Chile, 1961.
- Villamarín V., J. L. Organización hospitalaria y planificación sanitaria *Estudio sobre hospitales*, Vol. 47, 1971.
- Wheeler, K. E. The regional health authority: A possible approach to rural health problems. *Inquiry* 7(2):15-31, 1970.
- Weinerman, E. R. The organization of health services in Eastern Europe. Report of a study in Czechoslovakia and Hungary, spring 1967. *Weinerman Memorial Volume, Yale J Biol Med* 44(1):81-93, 1971.
- Yerby, A. S. Medical care in the Soviet Union. *Med Care* 6(4):280-285, 1968.

Regionalization: the organization and coordinated functioning of health services in rural and urban zones (Summary)

The author presents the concept of regionalization as an instrument of organization and administration of medical services. He traces the evolution of the concept from the days when the parish was the administrative regional unit of medical and hospital services, which were initiated as a component of the charitable action carried out by the Church. Toward the end of the 19th century and the beginning of the 20th century the introduction of medical technology began, bringing specialization in its train. The social need to provide ample coverage was clearly defined in the famous Dawson Report (1920) as the basis of organization of medical services, and its recommendations are still valid after more than 50 years. Reviewing the historical evolution of health regionalization, the author mentions specifically the various ways in which it has been practiced in various countries, pointing out that their experiences have not always responded to the same objectives.

Regionalization as promoted by PAHO is a complex mechanism of technical and administrative decentralization and establishment of levels of care: primary community health centers, rural, suburban or urban; community and regional hospitals and specialized polyclinics; and national medical centers—the apex of the pyramid of the health system—with medical, surgical and ambulatory services and hospitalization, facilities for teaching students of medicine and

public health, especially with a view to training specialists, and the development of scientific and social research. Mention is also made of emergency services, which must be limited strictly to their field.

Basically, regionalization implies administrative and budgetary decentralization with a view to simplifying bureaucratic transactions and facilitating the management of resources. On this basis those in charge of the region will be responsible for the programming, supervision, coordination and evaluation of health programs, surveillance of the health of the community and specialized advisory services to all the health establishments of the region.

Summing up, the author singles out as characteristic of the regionalization of health services its programmatic and territorial integrity, the concentration of specialized resources at the regional hospital level, and the decentralization of basic preventive and curative medical care to general community hospitals and peripheral urban and rural health centers, where universal coverage is given to all the population. Through this regionalization system, which includes the teaching-learning process recommended by PAHO under the name of "Teaching and delivery of health care" the community will receive the greatest benefit and the best coverage of high quality health care services.

Regionalização: organização e funcionamento coordenado dos serviços de saúde nas zonas rurais e urbanas (Resumo)

O autor apresenta o conceito de regionalização como instrumento da organização e administração de serviços médicos e hospitalares. Recapitula a evolução desse conceito desde os tempos em que a paróquia era a unidade regional administrativa dos serviços médicos e hospitalares, que se iniciaram como componentes da ação caritativa exercida pelas igrejas. Em fins do século XIX e princípios do século XX teve início a tecnologia médica, que trouxe consigo a especialização. Por outro lado, a necessidade social de dar ampla cobertura foi claramente definida pelo famoso Relatório Dawson (1920) como base da organização dos serviços médicos, continuando válidas suas recomendações depois de passados mais de 50 anos. Ao recordar a evolução histórica da regionalização no setor de saúde, menciona o autor especificamente as formas em que tem sido praticada em diversos países, cujas experiências nem sempre correspondem aos mesmos objetivos.

A regionalização, na forma auspiciada pela OPAS, se caracteriza como um complexo mecanismo de descentralização técnico-administrativa e pelo estabelecimento de níveis de atenção: centros primários de saúde da comunidade, que podem ser rurais, suburbanos e urbanos; hospitais comunitários, regionais e policlínicos, com prestação de serviços mais especializados; e os centros médicos nacionais—ápice da pirâmide do sistema de saúde, —com serviços médico-cirúrgicos, tanto hospitalares como ambulatoriais,

instalações para ensino a estudantes de medicina e saúde pública, sobretudo para a formação de especialistas, e o desenvolvimento de pesquisas científicas e sociais. São também mencionados os serviços de urgência, que devem limitar-se estritamente a seus respectivos campos.

Fundamentalmente, regionalização implica descentralização administrativa e orçamentária, objetivando simplificar os trâmites burocráticos e facilitar o manejo dos recursos. Assim organizada, a direção regional teria a seu cargo a programação, supervisão, coordenação e avaliação dos programas de saúde, a vigilância sanitária da comunidade e o assessoramento especializado de todos os estabelecimentos de saúde da região.

Resumindo as características da regionalização dos serviços de saúde, o autor aponta sua integralidade programática e territorial, a concentração dos recursos especializados em nível de hospital regional e a descentralização da assistência médica preventiva e curativa básica em centros de saúde comunitários, sejam estes urbanos ou rurais, a fim de dar cobertura de serviço a toda a população. Através desse sistema de regionalização, que inclui o processo de ensino-aprendizagem recomendado pela OPAS sob a designação de "docente-assistente", a comunidade receberá maiores benefícios e melhor cobertura da prestação de serviços de saúde de mais alta qualidade.

Regionalisation: organisation et fonctionnement coordonnés des services de santé dans les régions rurales et urbaines (Résumé)

L'auteur présente le concept de la régionalisation comme un instrument de l'organisation et de l'administration des services médicaux et hospitaliers. Il relate l'évolution de ce concept depuis l'époque où la paroisse était l'unité régionale administrative de ces services qui initialement faisaient partie des oeuvres de charité des églises. La fin du XIXème siècle et le début du XXème virent le début des techniques médicales spécialisées. Par ailleurs, la nécessité sociale de donner aux soins une vaste couverture fut clairement définie par le fameux rapport Dawson (1920), qui la considérait comme l'assise même de l'organisation des services médicaux et dont les recommandations continuent d'être valables après plus de 50 années. Tout en retraçant l'évolution historique de la régionalisation de la santé, l'auteur mentionne spécifiquement les diverses façons dont elle a été pratiquée dans

différents pays où les expériences n'ont pas toujours répondu aux mêmes objectifs.

La régionalisation, comme le préconise l'OPS, doit être un mécanisme complexe de décentralisation technique et administrative et doit établir des niveaux de soins: centres primaires de santé de la communauté qui peuvent être ruraux, suburbains ou urbains; hôpitaux de communauté régionaux et polycliniques avec prestations plus spécialisées, et centres médicaux nationaux—sommets de la pyramide du système de santé—dotés de services médicaux chirurgicaux, tant hospitaliers qu'ambulatoriaux, d'installations pour l'éducation des étudiants de médecine et de santé publique, en particulier la formation de spécialistes, et la réalisation d'études scientifiques et sociales. L'auteur mentionne également les services d'urgence qui doivent se limiter rigoureusement à leur domaine.

Essentiellement, la régionalisation implique une décentralisation administrative et budgétaire en vue de simplifier les démarches bureaucratiques et faciliter la gestion des ressources. Ainsi organisée, la direction de la région sera chargée de programmer, superviser, coordonner et évaluer les programmes de santé, d'assurer la vigilance sanitaire de la communauté et de conseiller les établissements de santé de la région.

En résumé, l'auteur propose comme caractéristiques de la régionalisation des organismes de santé, son intégralité programmatique et

territoriale, la concentration des ressources spécialisées au niveau de l'hôpital régional et la décentralisation des soins médicaux préventifs et curatifs de base vers les hôpitaux et des centres de santé de la communauté, qu'ils soient urbains ou ruraux, pour couvrir toute la population. Grâce à ce système de régionalisation qui comprend le processus d'enseignement et de formation recommandée par l'OPS, la communauté bénéficiera de la meilleure couverture possible des prestations de santé de la meilleure qualité.