
Organización Mundial de la Salud
Serie de Informes Técnicos
No. 55

INDEXED

COMITE DE EXPERTOS
EN ADMINISTRACION SANITARIA
Informe de la Primera Reunión

Este informe presenta los criterios generales de un grupo internacional de expertos, y no expresa necesariamente las opiniones ni la política formuladas por la Organización Mundial de la Salud.



Publicaciones Científicas
No. 6

Diciembre, 1953

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
Washington 6, D. C., E.U.A.

A partir de 1953 la serie de publicaciones especiales no periódicas de la OSP/OMS que tenía una numeración progresiva y que alcanzó el No. 271, se clasifica bajo tres series: Documentos Oficiales; Publicaciones Científicas; Publicaciones Varias.

La traducción e impresión de esta publicación
se hicieron con cargo al presupuesto de la
Oficina Regional para las Américas
de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Este informe presenta los criterios generales de un grupo internacional de expertos, y no expresa necesariamente las opiniones ni la política formuladas por la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud

Serie de Informes Técnicos

No. 55

**COMITE DE EXPERTOS
EN ADMINISTRACION SANITARIA**

Informe de la Primera Reunión

	<i>Página</i>
1. Apertura de la reunión	3
2. Elección de la mesa directiva	3
3. Adopción del programa de temas	3
4. Introducción	4
5. Definición y servicios	5
6. Funciones en los diferentes niveles de la administración sanitaria	10
7. Disposiciones para la participación del público en la labor sanitaria	14
8. Planificación y evaluación de los servicios de sanidad	16
9. Necesidad de personal profesional y técnico	18
10. Financiamiento de los programas de salubridad	27
11. Experimentos en servicios locales de sanidad	30
12. Nota final	46

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

**Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
1501 New Hampshire Avenue, N. W.
Washington 6, D. C., E.U.A.**

COMITE DE EXPERTOS EN ADMINISTRACION SANITARIA

Primera Reunión

Ginebra, 3-7 de diciembre de 1951

Miembros:

- Dr. E. Braga, Superintendente del Servicio Especial de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. B. C. Das Gupta, Director de los Servicios de Sanidad, Departamento de Medicina y Salud Pública, Gobierno de Bengala Occidental, Calcuta, India
- Dr. K. Evang, Director General de Salud Pública, Oslo, Noruega (*Presidente*)
- Dr. I. V. Iliscov, Presidente del Departamento de Salud Pública, Universidad de Yale, New Haven, Conn., E. U. A. (*Relator*)
- Dr. F. W. Jackson, Director de Estudios sobre Seguros de Enfermedad, Departamento de Sanidad y Asistencia Social, Ottawa, Ont., Canadá
- Dr. M. Jafar, Director General de Sanidad de Pakistán, Karachi, Pakistán
- Dr. J. M. Mackintosh, Profesor de Salud Pública, Escuela de Higiene y Medicina Tropical, Londres, Reino Unido
- Dr. J. W. Mountin, Cirujano General Auxiliar, Jefe Adjunto de la Oficina de Servicios Estatales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Washington, D. C., E. U. A.
- Professor A. Stampar, Presidente de la Academia Yugoslava de Ciencias y Artes; Profesor de Salubridad y Medicina Social, Universidad de Zagreb, Yugoslavia

Secretaría:

- Dr. C. K. Chu, Jefe de la Sección de Administración de Salud Pública de la OMS (*Secretario*)
- Dr. M. C. Candau, Director General Adjunto, Departamento de Servicios de Asesoramiento
- Dr. V. A. Sutter, Director, División de Organización de Servicios de Salubridad, OMS

COMITE DE EXPERTOS EN ADMINISTRACION SANITARIA

Primer Informe¹

La Tercera Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1950, decidió crear un Comité de Expertos en Administración Sanitaria.² La primera reunión de este Comité se celebró en Ginebra del 3 al 7 de diciembre de 1951.

1. Apertura de la Reunión

El Director General, Dr. Brock Chisholm, abrió la reunión y dió la bienvenida a los miembros del Comité. Esbozó la estructura de la Organización Mundial de la Salud, haciendo especial mención de los Comités de Expertos. Se refirió a los problemas de administración de salud pública y a las soluciones que deben aplicarse en las diferentes situaciones, y señaló la importancia de que las conclusiones que se aprueben puedan ser adoptadas por el mayor número de países, sea cual fuere el estado de su desarrollo.

2. Elección de la Mesa Directiva

Fueron elegidos Presidente el Dr. K. Evang y Relator el Dr. I. V. Hiscock, ambos por unanimidad.

3. Adopción del Programa de Temas

Se revisó, discutió y aprobó el extenso programa de temas preparado por la OMS. En general, los temas corresponden a los comprendidos en las secciones 5 a 11 del presente informe. Los dos temas principales que se consideraron fueron: (a) principios y prácticas de administración sanitaria, y (b) experimentos en servicios locales de sanidad. Se acordó considerar los principios generales durante el curso de los debates.

¹ El Consejo Ejecutivo, en su novena reunión, aprobó la siguientes resolución:

El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del informe de la primera reunión celebrada por el Comité de Expertos en Administración Sanitaria;

2. DA LAS GRACIAS a los miembros de dicho Comité por su trabajo; y

3. AUTORIZA la publicación del informe.

(Resolución EB9.R85 *Off. Rec. World Hlth. Org.* 40, 31

² Resolución WHA3.65, *Off. Rec. World Hlth. Org.* 28, 39

4. Introducción

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la "Declaración Universal de los Derechos Humanos", cuyo artículo 25 dice así:³

"1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

"2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social."

Al considerar la importancia de la salud mundial debe tenerse en cuenta tanto el aspecto moral como el económico, si se quiere lograr el objetivo expresado en el Preámbulo de la Constitución de la OMS. Este exige el disfrute del más alto grado de salud que pueda obtenerse, como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. La Constitución considera que la nutrición, la vivienda, la asistencia médica, la prevención de accidentes y la higiene mental son objetivos sanitarios tan importantes como la supresión de las enfermedades epidémicas. Son numerosos los complejos factores y las oportunidades que deben tenerse presente en todas las esferas gubernamentales, cuando se trata de desarrollar planes y acción conjuntos.

Son grandes las potencialidades de salud que el mundo encierra, si la OMS puede colocarse a la vanguardia de un movimiento que conduzca al mejoramiento social y económico de los países insuficientemente desarrollados, y servir a la vez de canal para el intercambio de ideas sobre administración sanitaria entre todas las naciones. Al hacerlo así, hay que reconocer que se pueden lograr resultados efectivos por muy distintos caminos; que es fundamental hacer frente a las consecuencias sanitarias en el problema de la pobreza; y que los métodos que rigen en varios países responden a las necesidades, tradiciones y psicología locales. Además, como hace resaltar Boudreau,⁴ la experiencia de muchos años ha demostrado que los hombres de todas las razas y de todos los credos pueden trabajar juntos fácilmente en el campo de la higiene.

Durante los últimos cien años la salud pública moderna se ha convertido,

³ Naciones Unidas (1948) *Official Records of the third session of the General Assembly, parte I, 21 de septiembre al 12 de diciembre de 1948, Resoluciones*, París, pág. 71 (Resolución 217 (III) A) (Documento A/810)

⁴ Boudreau, F. G. (1951) *Amer. J. publ. Hlth*, 41, 1477

de una función originalmente de reglamentación y policía, en una ciencia aplicada que constituye parte integral e importante de la evolución social y económica. En consecuencia, se han modificado los procedimientos técnicos empleados en la administración sanitaria para dar mayor importancia a las medidas positivas de planificación y de organización de los servicios modernos de sanidad sobre una base colectiva, a fin de crear un ambiente sano, y de educar al público para que tome parte activa en la labor sanitaria. Por lo general, la mayor parte de los gobiernos, particularmente aquellos que no tienen que luchar contra tradiciones arraigadas, sigue esta tendencia. Existe también la acertada tendencia a emplear administradores sanitarios técnicamente adiestrados y experimentados, y de ofrecerles un cierto grado de permanencia en el empleo.

En algunos países con administración sanitaria de historia más antigua se están efectuando reajustes o estableciendo nuevas medidas para dar mayor eficacia a la organización de los servicios sanitarios. En un número relativamente escaso de localidades y territorios no autónomos se han iniciado, sobre una base colectiva, servicios generales sanitarios, inclusive de asistencia médica, bien concebidos y organizados.

Los administradores sanitarios tratan de inculcar en los grupos profesionales un concepto de mayor economía en el uso de las camas de hospital, o en el de la relación existente entre el hospital y la organización sanitaria. Se llevan a cabo experimentos aislados con el fin de enlazar a los hospitales con una serie de centros sanitarios, que sirven como unidades de las cuales se envían los enfermos al hospital. Este método representa un alivio de la carga que sobrellevan los hospitales porque permite canalizar la admisión de los enfermos y facilita el cuidado de los convalecientes de enfermedades crónicas, que pueden ser atendidos en sus hogares o en centros especiales de convalecencia.

5. Definición y Servicios

En vista de las numerosas definiciones de salud pública existentes y de que a veces se usa este término en vez de medicina preventiva y viceversa, damos la siguiente definición, propuesta desde hace mucho tiempo (1920) por Winslow,⁵ y enmendada de modo que incluya tanto la salud física como la mental:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la eficiencia y la salud física y mental, mediante los esfuerzos coordinados de la colectividad para lograr el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación del individuo en materia de higiene

⁵ Winslow, C.-E. A. (1923) *The evolution and significance of the modern public health campaign*, New Haven, pág. 1

personal, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como la creación de un mecanismo social que permita asegurar a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud; organizando estos beneficios de modo que todos los ciudadanos puedan hacer valer su derecho innato a la salud y a la longevidad.

El Comité, al aceptar esta definición como punto de partida, recalcó la importancia del concepto de educación sanitaria, tanto del individuo como de los grupos sociales, y observó ciertos hechos recientes reveladores de una mayor amplitud de criterio en materia de administración sanitaria.

Esta evolución en el campo de la salud pública exige la coordinación de todas las medidas de prevención, de asistencia médica y de restauración de la salud, dentro de una misma organización. Ello contribuirá a que los servicios sean más eficaces y menos costosos, gracias a la concentración de los recursos necesarios para lograr un objetivo común. La salud es una parte del bienestar general, individual y social, y los administradores sanitarios deben reconocer, por lo tanto, la interdependencia que existe entre todas las instituciones que se ocupan del bien público. Todos los servicios de sanidad que en un país presten los organismos públicos o particulares deben estar incorporados al programa de sanidad. En realidad, la administración sanitaria tiene el ineludible deber de actuar como una especie de estado mayor que coordine todos los servicios sanitarios de una comunidad dada, ya sean éstos prestados por organismos oficiales, por entidades voluntarias o por una combinación de unos y otras.

El Comité acordó adoptar en su informe los términos: "administración sanitaria", "servicios sanitarios" (incluidos los "servicios médicos"), "cuidado de la salud" (incluida la "asistencia médica") y "política sanitaria."

En vista de la gran diversidad de los servicios sanitarios y de otros que ejercen influencia sobre la salud, el Comité ha tratado de presentar una lista de servicios que pueden considerarse dentro de la esfera de acción de las autoridades sanitarias. No se pretende, sin embargo, que esta lista sea completa, pero sí una indicación del grado de amplitud que la acción sanitaria ha llegado a alcanzar.

LISTA DE SERVICIOS DE SANIDAD

I. Servicios que las Autoridades Sanitarias Proporcionan Directa o Conjuntamente con otras Autoridades

1. *Sanearamiento del medio*

- (1) Vivienda
- (2) Planificación en la ciudad y en el campo
- (3) Reserva de terrenos para fines de utilidad pública
- (4) Abastecimiento de aguas

- (5) Alcantarillado y eliminación de excreta
- (6) Eliminación de las aguas negras
- (7) Eliminación de basuras y desperdicios
- (8) Medidas para evitar la contaminación de las aguas fluviales
- (9) Control de insectos y roedores
- (10) Control de industrias peligrosas y de los desechos industriales
- (11) Control de las contaminaciones atmosféricas

2. Personales y sociales

- (1) Para los individuos sanos:
 - (a) embarazadas: prenatal y postnatal
 - (b) criaturas y niños: preescolares y escolares
 - (c) adultos, incluyendo a los trabajadores industriales
 - (d) ancianos
- (2) Para los incapacitados:
 - (a) niños
 - (b) adultos
 - (c) ancianos
- (3) Para los enfermos:
 - (a) estados patológicos relacionados con la reproducción
 - (b) enfermedades de corta duración
 - (c) enfermedades de larga duración
 - (d) enfermedades infecciosas
 - (e) enfermedades profesionales

3. Control de enfermedades transmisibles

- (1) Cuarentena:
 - (a) nacional
 - (b) internacional
- (2) Control epidemiológico general (inclusive la inmunización, el aislamiento y la desinfección)

4. General

- (1) Fomento de la salud:
 - (a) nutrición
 - (b) educación física
 - (c) educación sanitaria, mental y física
- (2) Reglamentación:
 - (a) disposiciones legales
 - (b) estandarización
 - (c) alimentos y drogas
- (3) Suministros:
 - (a) médicos
 - (b) sanitarios

- (4) Registros y análisis:
- (a) estadísticas y archivos
 - (b) encuestas e identificación de problemas
 - (c) valoración de los servicios
 - (d) evaluación de los resultados

5. *Educación profesional*

- (1) Para estudiantes
- (2) Para graduados
- (3) Para repaso y perfeccionamiento

6. *Investigación*

- (1) Básica
- (2) Funcional, incluyendo estudios sobre el terreno
- (3) Aplicada

II. Otros Servicios que Contribuyen al Fomento de la Salud

<i>Servicios</i>	<i>Ejemplos de dispositivos o condiciones que afectan la salud</i>
1. Asistencia social	Organización de la comunidad, servicios sociales, auxilios en caso de necesidad súbita y apremiante
2. Medidas de seguro social	Empleo, seguros, selección de trabajo
3. Educación	Conocimientos científicos e información relativos a la salud; educación general
4. Producción y distribución de alimentos	Suministro adecuado y sistemas racionales de distribución de los alimentos
5. Reserva de terrenos para fines de utilidad pública	Utilización para viviendas, producción de alimentos, parques
6. Servicios de veterinaria	Zoonosis transmisibles al hombre, productos lácteos, carnes
7. Normas de trabajo	Horarios, salarios, condiciones de trabajo
8. Distracciones y recreos	Natación, juegos, teatros, parques
9. Transportes y comunicaciones	Acceso a los servicios sanitarios
10. Organizaciones juveniles	Campamentos, albergues
11. Irrigación	Mejoramiento de los cultivos, control de los mosquitos
12. Saneamiento del medio e higiene personal	Limpieza de las calles, control de las moscas, baños públicos
13. Conservación de los recursos naturales	Materiales para la construcción de viviendas, prevención de la erosión del suelo, abastecimiento de minerales
14. Población y planificación familiar	Bienestar familiar, miembros que constituyen la familia, en relación a la salud, educación y desarrollo de los hijos

En cuanto al sistema de responsabilidades en el funcionamiento de los servicios sanitarios, puede hacerse distinción entre los siguientes tipos:

(1) responsabilidad directa: la autoridad aporta los fondos y ejecuta los trabajos;

(2) política y financiamiento: la autoridad es responsable de la política a seguir y, por lo general, subvenciona a otra institución que se constituye en organismo responsable de la ejecución del trabajo;

(3) reglamentación: la autoridad define los requisitos mínimos, reglamentarios o de otra índole, sin asumir necesariamente responsabilidad fiscal;

(4) fomento de servicios: la autoridad, por medios persuasivos y educativos sin imponer sanciones económicas o legales, trata de dar mayor amplitud y eficacia a los servicios.

Se reconoce que la distribución y el alcance de la responsabilidad, tanto en lo que se refiere al apoyo económico como a las actividades, presenta amplia diversidad en los distintos países. No sería razonable, por lo tanto, sugerir una política de uniformidad, pero importa definir y comprender la naturaleza y alcance de la responsabilidad que corresponda a cada autoridad en el desarrollo de un programa.

Para ilustrar la división de responsabilidades entre los diferentes niveles administrativos, pueden tomarse como ejemplo los servicios de higiene maternoinfantil. Tanto el aspecto orgánico como el financiero de esos servicios debieran constituir una obligación primaria de las autoridades o de los organismos locales. Los gobiernos provinciales y nacionales pueden ayudar a estimular o a promover el interés de las autoridades u organismos locales por medio de subsidios económicos o de asesoramiento técnico; pueden asimismo fijar para los servicios de higiene maternoinfantil normas que sirvan de guía a las corporaciones locales que quieran establecerlos. Por el contrario, la cuarentena y el control de las enfermedades transmisibles deben conceptuarse como un esfuerzo de cooperación entre las autoridades locales, los gobiernos provinciales o estatales y los gobiernos nacionales o federales.

Gran número de servicios de salubridad exigen una experiencia técnica que no es fácil de encontrar entre el personal local; conviene, por lo tanto, que las autoridades regionales o centrales se encarguen de suministrar ese personal. De la misma manera, muchas de las más grandes instituciones sanitarias que prestan servicios de curación y protección funcionan mejor sobre una base regional. Las autoridades regionales desempeñan, igualmente, un papel esencial en la promoción de servicios, en estudios y encuestas sobre las actividades y evaluación de resultados y, cuando la estructura tributaria del país lo permite, contribuyen a reforzar los presupuestos locales por medio de subvenciones.

6. Funciones en los Diferentes Niveles de la Administración Sanitaria

En casi todos los países existe una administración sanitaria nacional, ya sea bajo la forma de un ministerio o como departamento de un ministerio. En general, el personal profesional y técnico de estas administraciones trabaja bajo la dirección de un jefe médico, a tiempo completo, con o sin preparación especial en salud pública. En algunos países, la competencia del jefe profesional de la administración sanitaria está definida por la ley; en otras, actúa únicamente con la autoridad que le delega el ministro, de conformidad con las prácticas administrativas corrientes en el país en cuestión. Se tiende actualmente a emplear como administradores sanitarios a médicos que hayan recibido adiestramiento en salud pública.

Los sistemas sanitarios nacionales varían también en cuanto al grado de autonomía de que gozan dentro de la estructura orgánica del gobierno respectivo. En algunos países, como anotamos antes, el ministro de sanidad es un médico, pero en otros es una personalidad política secundada por un profesional a cargo del desarrollo del programa. La administración sanitaria nacional puede contar con el asesoramiento de un consejo central de salud pública, de diversos comités consultivos, o de expertos en problemas especiales.

Es también variable el campo de acción de cada organización sanitaria nacional. Por ejemplo, en algunos países, el seguro de enfermedad y el servicio de hospitales se encuentran separados de las actividades preventivas de los servicios de sanidad. En Escandinavia son muy estrechas las relaciones entre los médicos locales y la organización sanitaria. En otras naciones, la administración sanitaria central es fundamentalmente responsable de todos los servicios sanitarios que se prestan en el país y, en estos casos, suele concederse atención preferente a la medicina curativa. Un informe presentado a las Naciones Unidas⁶ revela que en ciertos países se presta atención especial a la construcción de hospitales, y pone al propio tiempo de relieve la extensión de los servicios médicos fundamentales a las zonas rurales, mediante la creación de centros de salud y la organización de dispensarios móviles. Reconoce igualmente la necesidad básica de saneamiento en muchas regiones.

Las relaciones entre la administración sanitaria nacional y los servicios locales de salubridad varían notablemente. Hay países en los que la administración nacional presta todos los servicios de sanidad existentes. En los Estados Unidos de Norteamérica, la administración sanitaria nacional

⁶ Naciones Unidas (1950) *General Assembly: Fifth session. Information from non-self-governing territories: summary and analysis of information transmitted under Article 73 e of the Charter. Report of the Secretary-General. Analysis of information on public health* (Documento A/1299)

goza de amplia autoridad para cooperar con los Estados en todo cuanto afecta a la salud; pero sus poderes de reglamentación son limitados y se reducen principalmente a cuestiones de comercio y a evitar la introducción de enfermedades y a su propagación a otros Estados.⁷ En Suiza se definen en la Constitución Federal las facultades de que se halla investido el Departamento Central de Sanidad; pero cada uno de los 22 cantones cuenta con sus propios servicios sanitarios independientes. En otras naciones europeas, el jefe de la administración sanitaria central puede tratar directamente con los funcionarios locales de sanidad. En Noruega, la administración central supervisa en las provincias, distritos y ciudades, el trabajo de 380 funcionarios sanitarios quienes, muy frecuentemente, reparten su tiempo entre las labores de salud pública y el ejercicio privado de su profesión.⁸ En algunos países, como sucede en Grecia, el departamento nacional de sanidad proporciona directamente servicios sanitarios, sosteniendo centros de salud, institutos de salubridad, hospitales y clínicas en las zonas locales.

Si bien, de un modo general, se acepta el criterio de que el cuidado de la salud es función que corresponde a los gobiernos, existen en muchas partes del mundo organizaciones particulares de carácter voluntario creadas, ya sea por los propios elementos locales o bien por instituciones extranjeras, religiosas o de otra naturaleza, que prestan servicios de sanidad. La coordinación entre las valiosas actividades de los organismos voluntarios y particulares y los programas nacionales de sanidad, ha llegado a constituir una tarea importante de la administración sanitaria en varios países.

En relación con la organización de los servicios sanitarios, existen las siguientes situaciones:

(1) La autoridad y las funciones de las administraciones de sanidad en los niveles nacional, provincial y local en muchos países no están claramente definidas.

(2) La integración completa de la asistencia médica a los servicios de sanidad en la mayoría de las naciones aún no se ha logrado.

(3) Otros ministerios o departamentos ministeriales encargados de la educación, del trabajo, de la agricultura, de asuntos sociales, etc., desempeñan, también, funciones sanitarias y se carece de coordinación entre los

⁷ Una ilustración de la situación que existe en otro país de Norte América (Canadá) puede verse en el documento de trabajo inédito OMS/ASP/Grupo de trabajo/1.

⁸ Para juzgar la extensión deseable de un programa de salubridad en la sociedad moderna, véase: Evang, K. (1952) *Public health, its scope and its place in the central governmental administration*. En: Evang, K., Gordon, J. E. y Tyler, R. G. *Public health lectures. Medical Teaching Mission to Israel, de septiembre a octubre de 1951, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el Unitarian Service Committee Inc.*, Boston, Mass., pág. 7.

servicios de sanidad que proporcionan esos diversos ministerios o departamentos.

(4) En general, la organización de los servicios médicos y sanitarios no obedece a ningún sistema definido. Con frecuencia falta también en las administraciones sanitarias locales una estructura básica que permita prestar de un modo efectivo los servicios necesarios a la población. Sin embargo, en varios países de ambos hemisferios, se están llevando a cabo ensayos que tienden a la organización de servicios locales de sanidad en un sistema adaptado a unidades de población, de manera que permita llegar a la descentralización en la provisión de los servicios necesarios al pueblo. De este modo, además de las administraciones nacionales (o federales) y provinciales (o estatales) de salubridad, se crea una serie de unidades de servicios sanitarios, tales como centros de salud, estaciones sanitarias y dispensarios, no sólo en las ciudades sino también en los pueblos y aldeas.

No obstante, ciertas actividades de salud pública exigen, por la naturaleza de su organización, una administración regional o nacional, quizá debido, como sucede con ciertos proyectos de saneamiento del medio, al alto grado de especialización técnica que requiere el trabajo, o a la necesidad de una supervisión más amplia y detallada para obtener buenos resultados. Puede ser igualmente preciso para ciertos fines sanitarios, como la protección de una corriente de agua, coordinar las actividades de diversos organismos de salubridad y orientarlas hacia el fin común que se persiga. Es esencial, en cada caso, que las autoridades locales estén debidamente informadas y puedan de este modo colaborar en la ejecución del programa con todo interés. El Comité llama la atención sobre la importancia de establecer un sistema descentralizado de administración eficazmente enlazado con la autoridad central, y subraya al mismo tiempo la conveniencia de que la población local participe activamente en los programas.

Entre los servicios que pueden y deben suministrar todas las administraciones nacionales a los departamentos locales de sanidad figuran los de planificación de programas sanitarios, inclusive legislación médica en escala nacional, dirección y ayuda técnica en materias especializadas.

Puede decirse, pues, en términos generales, que las principales funciones de las administraciones sanitarias locales son de ejecución, dentro del amplio margen que les dejan las autoridades centrales, cuya principal misión es la de establecer normas, asesorar a quienes lo soliciten y cuidar de que se cumplan la legislación médica y otras normas de eficiencia.

El objetivo de un programa de sanidad es servir al pueblo entero; en las comarcas rurales como en las zonas industriales, en las aldeas como en las ciudades, considerando a la comunidad en general y a la familia como la unidad social más pequeña, indivisible en cuanto se refiere a los problemas de su propia salud. La importancia de los problemas sanitarios varía en los

diversos lugares de acuerdo con las necesidades y los recursos con que se cuente, pero deberá encomendarse a un médico el control administrativo general del trabajo. En muchos países, la unidad básica de servicio en la administración de un programa de sanidad, es el departamento local. Para que las unidades sanitarias locales puedan cumplir sus obligaciones del modo más satisfactorio, sus programas deben inspirarse en las necesidades de la población y contar con los medios indispensables y personal idóneo. Los programas de sanidad no deberán ser estáticos sino, al contrario, sometidos a un continuo proceso de transformación y mejoramiento. Por consiguiente, serán flexibles, se proyectarán de acuerdo con las necesidades y los recursos, deberán ser susceptibles de modificación, de manera que permitan hacer frente a los nuevos problemas sanitarios que se presenten. En los países más adelantados, la salud pública es responsabilidad conjunta del departamento local de sanidad, de las profesiones médica, dental y afines, de los hospitales, de las instituciones sanitarias voluntarias y del público en general. En la sección 9 (pág. 18) de este informe se presentan las necesidades de personal profesional y técnico.

La estructura de un sistema descentralizado de servicios sanitarios varía considerablemente según los países y regiones. Sin embargo, es conveniente que las funciones mínimas de los organismos locales de sanidad incluyan: bioestadística, saneamiento, control de las enfermedades transmisibles, higiene de la vivienda, higiene maternoinfantil y educación sanitaria, así como también higiene del adulto y control de las enfermedades crónicas. Figuran asimismo entre los servicios incorporados a los programas de un número cada vez mayor de departamentos locales de sanidad, la prevención de accidentes, los servicios de laboratorio, la higiene industrial, la higiene escolar, la higiene mental, la rehabilitación médica y la administración de la asistencia médica y de hospitales.

El éxito de un programa de sanidad depende de múltiples factores y, entre ellos, del nivel y volumen de la asistencia médica que pueda prestarse al total de la población. Otro elemento esencial es el del personal sanitario. Para trabajar eficazmente, la unidad sanitaria más reducida debe constar de un funcionario sanitario, una enfermera, un higienista y una taquígrafa (en las zonas de población dispersa puede resultar eficaz un equipo aún más pequeño compuesto de un funcionario médico sanitario y una enfermera), aparte del material y suministros, los medios de transporte y el local para instalar los servicios. El funcionario sanitario asume una responsabilidad general a la que debe hacer frente mediante la prestación de ciertos servicios directos, y de lograr con su estímulo y dirección que se creen otros servicios necesarios. Para poder llevar a cabo un programa efectivo es preciso adoptar, según se enumera en la sección 5, medidas encaminadas a la implantación, siempre en consonancia con el conocimiento científico, de los

siguientes servicios generales: registro y análisis de datos sobre la salud, supervisión y reglamentación, administración de los servicios individuales y colectivos (p.e. inmunizaciones, clínicas, rayos X), educación sanitaria e información, aplicación de los medios y coordinación de las actividades y de los recursos disponibles.

Un departamento local de sanidad puede cumplir su cometido más eficazmente si tiene bajo su dirección uno o más centros de higiene o "casas de salud" bien equipados que proporcionen espacio suficiente para oficinas administrativas, diferentes tipos de servicios profilácticos, instalaciones clínicas, y un aula o sala de clase bien equipada para la instrucción de los profesionales y del público en general. En el curso del tiempo, estos centros pueden disponer de facilidades para el cuidado temporal de enfermos o para el diagnóstico.

En un plan amplio y general para el cuidado de la salud, los departamentos de sanidad pueden asumir directamente la responsabilidad de la administración de los hospitales y de la asistencia médica.⁹ En todo caso, es de esperar que los hospitales de una zona determinada funcionen más y más como centros de salud de la comunidad. Además, hay que desarrollar el punto de vista de la medicina preventiva, y si ese punto de vista lo comparten el funcionario de sanidad y el administrador del hospital, los miembros del personal se sentirán inclinados a desarrollarlo, ya sea en una comunidad grande o pequeña y a un nivel local, estatal, provincial, nacional o federal. La reunión de los servicios bajo un mismo techo facilita su integración y comprensión. Esta cuestión se estudia con amplitud en la sección 11, "Experimentos en servicios locales de sanidad" (véase pág. 30).

7. Disposiciones para la Participación del Público en la Labor Sanitaria

La medida en que pueden resolverse los problemas de la administración sanitaria depende, en último término, de los medios económicos de que se disponga para los servicios de sanidad. Pero los recursos materiales no son en manera alguna el único factor que debe tomarse en cuenta. Es preciso estudiar los problemas más amplios relativos a la manera de organizar al pueblo para la labor sanitaria, ya que es deber ineludible de los administradores del programa sanitario hacer el mejor uso de la buena voluntad y entusiasmo que existen en todas las colectividades. Es necesario asimismo considerar a la administración sanitaria en sus relaciones con la sociedad humana: el bienestar y la seguridad de la población. Debe considerarse

⁹ Documento de trabajo inédito OMS/ASP/4; Evang, K (1952) *Trends in the development of hospital functions and administration*. En: Evang, K., Gordon, J. E. y Tyler, R. G. *Public health lectures. Medical Teaching Mission to Israel, de septiembre a octubre de 1951, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el Unitarian Service Committee Inc.*, Boston, Mass. pág. 36.

también el empleo efectivo que se hace del tiempo y del dinero del pueblo, y procurar que los miembros del personal sanitario estén adecuadamente preparados y dotados de la pericia que requiera el desempeño de las funciones que se les asignen. Hay que insistir una vez más en que es misión fundamental de la administración de sanidad fomentar entre el público el sentimiento de ayuda propia y procurar que los servicios encajen en el marco del interés local.¹⁰ Las dos cuestiones fundamentales que se plantean son:

(1) ¿Tienen los hombres y mujeres que integran el personal local poder para decidir? y

(2) ¿Participa activamente el público, en su carácter individual y colectivo, en la empresa sanitaria?

La salud es algo muy personal y el público debe estar consciente de la necesidad de contar con una organización sanitaria local integrada por expertos y ciudadanos en general. Esa es también la forma en que un programa de educación sanitaria puede resultar interesante y eficaz.

El desarrollo y administración de un programa de sanidad, sean cuales fueren su naturaleza y alcance, siempre llevará consigo algo más que los aspectos legislativo y financiero, por importantes que se consideren estos factores en que esencialmente se basa. Es fundamental, además, contar con personal experto y con el apoyo de un público bien informado, provengan los fondos de los ingresos de impuestos o de aportaciones voluntarias. La salud

“no es algo que pueda imponerse por mandato superior. Su logro y disfrute dependen del interés y voluntad de los individuos y de los grupos sociales en asumir la responsabilidad en la solución de sus propios problemas, sobre una base bien documentada. El público se siente más inclinado a poner en práctica reglas aceptables de higiene en su vida diaria, cuando ha tomado parte activa en la determinación del programa, en colaboración con los funcionarios sanitarios profesionales.”¹¹

Los ejemplos o proyectos de demostración que señalan mejoras en la salud y en las condiciones de vida, tales como viviendas, abastecimientos de aguas, eliminación de excreta y otras medidas, han producido magníficos resultados como medios prácticos de educación sanitaria.

“Este espíritu de cooperación entre los especialistas en sanidad y el público mismo, en todas las fases de desarrollo de un programa sanitario, está destinado a ejercer gran influencia en la educación y a servir al mismo tiempo para engendrar amplios sentimientos de buena voluntad y de apoyo hacia el programa total de sanidad.”

¹⁰ Véase: Lilienthal, D. E. (1944) *TVA: democracy on the march*, New York.

¹¹ Winslow, C.-E. A. (1951) *The cost of sickness and the price of health*, Ginebra, pág. 57 (*Organización Mundial de la Salud: Serie de Monografías*, No. 7)

8. Planificación y Evaluación de los Servicios de Sanidad

Aun cuando las autoridades sanitarias nacionales se hallan familiarizadas, en términos generales, con los problemas sanitarios fundamentales de sus respectivos países, en la mayoría de ellos no se ha llevado a cabo una encuesta sistemática sobre el problema. En muchos casos se han establecido y desarrollado servicios de sanidad, más como resultado de necesidades urgentes para dominar una epidemia o para hacer frente a ciertos problemas de socorro médico urgente que como consecuencia de la planificación cuidadosa de un programa basado en el estudio de las necesidades sanitarias. Sin embargo, en algunos países se han realizado investigaciones y planificaciones sistemáticas de servicios de sanidad en un plano nacional pero, por razones políticas o económicas, se ha aplazado o interrumpido la realización de esos proyectos.

Son muchos los problemas que hay que tener en cuenta en la planificación y evaluación de los servicios de sanidad. Por ejemplo, en vista de la gran ayuda que se presta en la actualidad a dichos servicios, bien sea por organizaciones internacionales o en virtud de convenios bilaterales en la esfera de la sanidad ¿no alcanzan ya muchos países el límite de saturación, en cuanto a personal y proyectos internacionales se refiere?, ¿pueden dichos países asimilar esa ayuda en beneficio de la salud pública? El 13 de marzo de 1951 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, en su duodécima reunión, aprobó una resolución sobre concentración de esfuerzos y recursos llamando la atención sobre este asunto.¹² La IV Asamblea Mundial de la Salud, reunida en Ginebra en mayo de 1951,¹³ tomó nota de la mencionada resolución, así como de otras anteriores sobre el mismo tema, de la Asamblea General y del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Reconociendo que una de las principales funciones de la OMS es la de actuar como autoridad coordinadora de las actividades sanitarias internacionales, la IV Asamblea Mundial de la Salud instó también a los Estados Miembros a promover la coordinación en escala nacional de las actividades sanitarias y a incitar a que cooperen con la OMS al planear sus actividades.¹⁴ Quizás deja algo que desear la simple coordinación de los proyectos que se llevan a cabo con la ayuda de organismos internacionales o países extranjeros. Reconociendo el principio de que el fomento y la protección de la salud pública corresponden a los respectivos gobiernos, parece

¹² Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (1951) *Economic and Social Council. Official Records: twelfth session. De febrero 20 a marzo 21, de 1951. Suplemento No. 1. Resoluciones*, New York, pág. 17 (Resolución 362 (XII) B) (Documento E/1987)

¹³ Resolución WHA4.10, *Off. Rec. World Hlth Org.* 35, 20

¹⁴ Resolución WHA4.23, *Off. Rec. World Hlth Org.* 35, 25

fundamental que todos los tipos de proyectos y de programas sanitarios que se inicien o que reciban ayuda de organismos extraños al país sean incorporados, desde sus comienzos, al programa nacional de salud pública.

El principal problema con que se enfrenta actualmente la administración sanitaria, en casi todos los países, es el de la escasez de personal adecuadamente adiestrado. ¿Son necesarios nuevos tipos de personal especializado o pueden combinarse en un individuo diferentes capacidades profesionales y, en caso afirmativo, en qué proporción? ¿Qué se sabe acerca del análisis del trabajo en este campo de la actividad humana? ¿Deben un funcionario sanitario y los jefes de sección técnicamente adiestrados dedicar parte considerable del tiempo a los asuntos administrativos generales?

Se subraya la importancia de efectuar evaluaciones periódicas de las necesidades y de los recursos con que se cuenta, para poder así determinar las prioridades y preparar planes futuros, incluyendo el de la posible conveniencia de desplazar el interés de una actividad a otra. Esta medida afecta tanto a los trabajos del departamento como a toda la colectividad y sirve, además, de medio para estimular el interés y la participación populares. Con esas evaluaciones pueden descubrirse también ocasiones propicias para trasladar ciertas actividades de un organismo a otro, o para incrementar la coordinación entre diferentes partes de un proyecto y aumentar de este modo su eficacia. Con mucha frecuencia, las lagunas que se advierten tienen más importancia que las duplicaciones o superposición de actividades.

Las evaluaciones están sujetas a escrutinio y es necesario definir los objetivos, aunque los resultados derivados de la educación y del reajuste pueden ser de más importancia que la capacidad de descubrir los efectos de una actividad en términos de disminuir la morbilidad o la mortalidad, o para incrementar la salud, la longevidad o la capacidad de producción. Son muchos los factores que se deben tomar en cuenta respecto a las relaciones de la vida humana. Quizás el criterio que se adopte resulte interesante, pero ni aun después de cuidadosas pruebas debe considerarse como medida inalterable y debe usarse en función de los factores de tiempo, espacio y procedimiento. También aumentan en frecuencia y alcance, con resultados prometedores, las evaluaciones hechas por comités locales. Son muchos los factores que obran sobre la salud y el bienestar de los pueblos; algunos susceptibles de evaluación, otros que no pueden ser expresados numérica o cuantitativamente. Entre los índices que se emplean algunas veces para efectuar avalúos administrativos, se encuentran los de población, cultura, recursos económicos, salubridad, servicios médicos, seguros contra enfermedad, condiciones físicas, mortalidad y morbilidad.

9. Necesidad de Personal Profesional y Técnico

Algunos problemas relativos al adiestramiento profesional

La eficacia de un departamento de sanidad depende en gran medida de su habilidad para atraer personal debidamente adiestrado. Esta cuestión debe considerarse particularmente respecto al personal profesional y técnico y exige revisión periódica, ya que las necesidades del servicio de sanidad como las de todo organismo en proceso de crecimiento están sujetas a cambios constantes. Un servicio puede conservar su estructura durante un período de años, pero la intensidad y el interés hacia determinados aspectos varían constantemente en razón de tiempo y de lugar. Por ejemplo, puede existir una norma general común a todos los países para el control de las enfermedades transmisibles, pero la intensidad y los métodos de aplicación variarán, naturalmente, de acuerdo con el país: tropical o ártico, insuficientemente desarrollado o más completamente organizado. Si se reconoce esto resultará evidente que los servicios de sanidad tienen un interés vital constante en cuanto al alcance y calidad de la educación técnica y profesional.

En muchos países, la enseñanza de la medicina preventiva para estudiantes constituía en otros tiempos un curso de salud pública en miniatura. Esto tenía justificación cuando muchos médicos generales se convertían también en funcionarios sanitarios a tiempo parcial; pero con la creciente complejidad del trabajo clínico ha surgido a menudo la tendencia a eliminar aun las limitadas enseñanzas que se venían ofreciendo anteriormente. Este hecho no hubiera constituido un problema grave, si la enseñanza durante la carrera se hubiese ajustado a las cambiantes necesidades de los servicios de sanidad, sobre todo en lo relativo a los aspectos sociales de la medicina. Por desgracia, en muchas universidades no se desarrolló la enseñanza de los componentes sociales de la medicina ni de otros aspectos de la higiene preventiva moderna, con el resultado de que los médicos generales se hallaban frecuentemente mal preparados para satisfacer las necesidades de los modernos servicios de sanidad. En otras palabras, el médico no cumplía completamente su cometido en la sociedad moderna, como consejero de las familias, cuyo cuidado tenía en materia de higiene y bienestar social, así como en caso de enfermedad. Su adiestramiento no comprendía, por lo tanto, toda la extensión de los cuidados de la salud.

Parecidas consideraciones pueden aplicarse a los estudios de especialización o adiestramiento de los trabajadores sanitarios. Es esencial que la enseñanza teórica se ajuste a la práctica en el terreno. En otros tiempos, la enseñanza de la salud tenía sus raíces en la escuela alemana y, acertadamente para aquella época, dedicaba mucho tiempo y atención a las ciencias fundamentales. Sin embargo, durante los últimos años se han producido dos cambios: primero, las ciencias se han hecho altamente especializadas

con el progreso de la bacteriología y, segundo, la administración sanitaria se ha encaminado constantemente hacia las esferas de la educación, el bienestar y la seguridad sociales mediante los seguros y otras medidas contra el desempleo y la miseria. Las necesidades de los servicios de sanidad, por lo tanto, han exigido un cambio de orientación en la enseñanza, en el sentido de subrayar con mucha más intensidad los factores sociales relacionados con la salud, en un amplio sentido.

El Comité sabe sobradamente que la enseñanza, sobre todo durante los estudios generales en la Facultad, no debe someterse a un estrecho criterio de carácter vocacional y que su organización es la función primordial de toda universidad que goce de la libertad necesaria para ello. No obstante, es esencial que la enseñanza académica y la práctica guarden relación una con otra. Por lo tanto, el Comité se inclina a recomendar que las instituciones educativas y las autoridades sanitarias mantengan estrecho y frecuente contacto para lograr una coordinación efectiva y un ajuste constante del personal a las necesidades del servicio de sanidad. Los administradores sanitarios deben tomar parte activa en la enseñanza.

Los principios generales enunciados son igualmente aplicables a la ingeniería, odontología y enfermería sanitarias, así como a otras profesiones del campo de la higiene. Cada una de éstas deberá contar con sus propios programas de enseñanza y preparación especializada para cubrir las necesidades de un servicio de salubridad, en el que las medidas preventivas adquieran una significación especial.

Cuando se examina la cuestión de la licencia y registro de los médicos, adquieren extraordinario relieve los derechos del Estado como tercero. Es misión de éste la de asegurarse de que todo aquel que ejerce la medicina posea calificación y experiencia suficientes para ejercerla efectivamente en beneficio del público. De esta forma puede conseguirse que, al menos hasta cierto nivel mínimo, exista uniformidad nacional y, como consecuencia, que puedan darse los primeros pasos hacia la cooperación internacional en cuanto a la licencia y registro para el ejercicio legal de la medicina. Por lo expuesto, el Comité estima que es función del gobierno la de designar e invertir, con la debida autoridad, un organismo que otorgue licencias en el que figuren miembros de los centros de enseñanza y de los departamentos encargados de la salud pública. Naturalmente, la composición efectiva de tales organismos variará de acuerdo con las leyes y las tradiciones de cada país.

Categorías del personal necesario para llevar a cabo un amplio programa de sanidad

El personal básico en todo programa de sanidad bien planificado y organizado lo constituyen el médico, el dentista, el ingeniero sanitario y la enfermera profesional. Para que estas personas, dotadas de adiestramiento

profesional superior, puedan servir con la máxima eficacia es necesario rodearlas de auxiliares que les ayuden a suministrar asistencia adecuada al mayor número de individuos.

En la mayoría de los países se carece de médicos en número suficiente para suministrar al público servicios sanitarios satisfactorios. Como consecuencia, no hay bastantes administradores sanitarios competentes para cubrir las vacantes que existen en la actualidad.

Para que el administrador sanitario, debidamente preparado, pueda ejercer sus funciones de la mejor manera posible, es necesario pensar en la forma y en los medios para proporcionarle personal auxiliar en la organización de su oficina, no sólo como refuerzo para el cumplimiento de sus obligaciones técnicas sino para liberarle también, en la medida de lo posible, de las muchas labores ordinarias que puede desempeñar otro tipo de personal.

En algunos lugares de Norte América se han efectuado pruebas durante varios años para adiestrar esa clase de personal subalterno. Si se pudiera seleccionar universitarios con diplomas en derecho, arte, ciencia o economía, y proporcionarles un año de preparación complementaria en los principios de administración general y de la sanidad en particular, esos individuos estarían capacitados para trabajar bajo la dirección del administrador sanitario. La experiencia adquirida acerca de esta clase de personal auxiliar ha demostrado que puede desempeñar satisfactoriamente muchas de las obligaciones que pesan ahora sobre los administradores sanitarios. El empleo más amplio de este tipo de funcionarios no médicos rendiría valiosos servicios en muchas organizaciones estatales o federales de sanidad.

Cuando lo permitan las circunstancias y haya escasez de médicos para poder ofrecer servicios sanitarios personales adecuados, se podrá ampliar y mejorar la esfera de sus actividades si se le provee del servicio de enfermeras visitadoras y si se puede contar asimismo con la colaboración técnica de un médico especializado en trabajo social. El personal de esta naturaleza, como parte integrante de un grupo, permite ampliar el rendimiento del médico y constituye un medio eficaz para el desenvolvimiento de una administración y una práctica sanitaria efectivas.

Parece que por ahora no es posible dar solución inmediata al problema de suministrar servicio dental a todos los que lo solicitan. Aun en los países que ofrecen el más alto índice de odontólogos en relación con la población, apenas si se cuenta con el número suficiente para proporcionar atención adecuada a los niños. Tanto como consecuencia de esa escasez, como debido a la creciente demanda de servicios dentales para los adultos, resulta imposible satisfacer la necesidad de odontólogos sanitarios. Los higienistas dentales que se preparan actualmente tan sólo pueden cubrir una pequeña parte del vacío existente. La posibilidad de utilizar enfermeras dentistas,

en la forma en que se adiestran y emplean sus servicios en Nueva Zelandia,¹⁵ quizá represente la solución, al menos en parte, del problema de proveer servicio dental a los niños. Parece conveniente someter a estudio y pruebas ulteriores el experimento de utilización de esta clase de personal. En todo caso, deben hacerse los máximos esfuerzos para acentuar la importancia de la odontología preventiva.

Con los elementos de que se dispone en la actualidad para el adiestramiento de enfermeras profesionales, tal vez no se llegue nunca a obtener el número de enfermeras graduadas que se requiere para satisfacer las necesidades de ese servicio. Por esa razón, algunos países han llegado a la conclusión de que depender completamente de la enfermera perfectamente preparada para que desempeñe todas las obligaciones inherentes a su profesión, en una zona de administración sanitaria, constituye una gran pérdida de tiempo, de esfuerzo y de dinero. Por lo tanto, debería insistirse más en el adiestramiento de enfermeras auxiliares o "enfermeras prácticas", que podrían hacerse cargo de muchas de las obligaciones que pesan sobre las graduadas, de modo que mayor número de éstas asumiera la responsabilidad de las funciones de supervisión o administrativas, en los países que acepten este sistema. En las comarcas alejadas de los grandes centros urbanos e insuficientemente desarrolladas, esta solución permite que la enfermera graduada actúe efectivamente en una zona mucho más amplia, y ofrece al mismo tiempo mayores posibilidades de adiestramiento de auxiliares con preparación más elemental. En este campo de actividades es interesante también hacer referencia a otros tipos de auxiliares como por ejemplo el de "ayuda en el hogar" y el de "enfermeras amas de llaves".

Ningún programa de sanidad que valga la pena podrá desarrollarse en una comunidad si no se recurre a los servicios especiales, que sólo pueden proporcionar los ingenieros sanitarios que hayan realizado estudios superiores de cursos de ampliación en saneamiento del medio. En los muchos aspectos de estas actividades puede ser de gran valor para el ingeniero sanitario contar con auxiliares en la forma de personal sanitario apto para ser adiestrado en un período relativamente corto.

Otro miembro muy importante del personal sanitario es el veterinario higienista quien, además de dedicarse al control de las enfermedades de los animales, puede desempeñar otros valiosos servicios como inspección de los restaurantes, del abastecimiento y distribución de leche y supervisión de la producción y venta de carnes y otros productos alimenticios.

Dado el gran adelanto de la ciencia médica y el rápido aumento en la

¹⁵ Véase: Fulton, J. T. (1951) *Experiment in dental care: results of New Zealand's use of school dental nurses*, Ginebra (*Organización Mundial de la Salud: Serie de Monografías*, No. 4).

demanda de servicios de rayos X y de laboratorio, tanto por los funcionarios sanitarios como por otros profesionales de la medicina, se hace cada vez más aguda la escasez de personal técnico para llevar a cabo dichos trabajos. En la actualidad, la mayor parte de los médicos, sobre todo en las comarcas rurales, no tienen a su disposición los servicios con que cuenta siempre un hospital bien organizado. Es más, muchos hospitales pequeños y aun los medianos, establecidos en zonas insuficientemente desarrolladas, no cuentan con un servicio adecuado de diagnóstico. Resulta, por lo tanto, que hay una gran necesidad de patólogos, bacteriólogos y radiólogos. El adiestramiento de licenciados en ciencias tales como bacteriólogos no médicos puede suplir la necesidad de bacteriólogos facultativos, pero la provisión de patólogos y radiólogos parece más difícil, primero, por la escasez de médicos y, segundo, por la escasez de los medios necesarios para la preparación en estas especialidades. La mayor parte del adiestramiento de esta clase de personal se hace, al menos por ahora, a base de "aprendizaje" o de "adiestramiento en servicio".

Un estudio minucioso llevado a cabo en una zona de Norteamérica con una población aproximada de 4,000,000 reveló que se carecía de más de 1,000 técnicos para los servicios de hospital y de salud pública. De ello parece desprenderse la necesidad de contar inmediatamente con fondos suficientes para proporcionar más medios de adiestramiento en esas actividades, y llenar así la necesidad de preparar esta importantísima categoría de personal sanitario para llevar a cabo un amplio servicio de sanidad.

Hay muchos otros empleados auxiliares que pueden prestar verdaderos servicios en el desenvolvimiento de un programa organizado de sanidad. Entre éstos se hallan los trabajadores sociales psiquiatras, indispensables en todo programa de higiene mental; fisioterapeutas, especialistas en rehabilitación médica; nutricionistas y educadores en higiene.

Finalmente, en los programas de sanidad se necesitan estadísticos para que recopilen y clasifiquen debidamente las estadísticas sanitarias. Es necesario contar también con investigadores que evalúen y rindan informes sobre dichos datos estadísticos. Un departamento de sanidad que no disponga de dicho servicio es como un barco sin brújula que navega sin conocimiento exacto de la dirección.

A título de información, el Comité incluye una lista del personal básico y de algunos de los grupos auxiliares que se ocupan en las actividades de sanidad. Algunos de estos grupos han sido incorporados en los servicios sanitarios porque su labor está íntimamente relacionada con la higiene, y otros se han desarrollado como resultado de las necesidades específicas que surgen de vez en cuando. No se trata de incluir al amplio grupo de empleados auxiliares cuyas ocupaciones se relacionan principalmente con el tratamiento institucional y médico del enfermo; y si bien se tiene en

cuenta que el número de categorías de personal sanitario especializado habrá de variar de acuerdo con la extensión del país y con otros factores, la siguiente lista puede tomarse como ejemplo ilustrativo del personal que integra los servicios sanitarios:

Lista del Personal Sanitario

1. *Personal médico y sanitario*

Médicos: especialistas, funcionarios sanitarios y especializados, médicos generales
Enfermeras: sanitarias, generales y auxiliares
Farmacéuticos
Nutricionistas
Estadísticos sanitarios
Enfermeras parteras
Parteras
Fisioterapeutas
Dietistas

2. *Personal de saneamiento*

Ingenieros sanitarios
Inspectores sanitarios (sanitaristas)
Técnicos en lácteos y alimentos
Veterinarios

3. *Personal odontológico*

Odontólogos
Enfermeras dentales
Técnicos dentales

4. *Personal de laboratorio*

Especialistas en laboratorio: patólogos, microbiólogos, bacteriólogos, parasitólogos, entomólogos, químicos, físicos
Técnicos de laboratorio
Radiólogos

5. *Personal vario*

Educadores sanitarios
Trabajadores sociales
Auxiliares administrativos: de hospital, generales

Al examinar la estructura de un servicio de salubridad es necesario prestar atención creciente a la preparación del personal auxiliar. Esta exigencia se debe, en parte, al más amplio alcance del moderno servicio de sanidad, a su penetración en los campos científicos de la nutrición, de la higiene mental, de la farmacia y de la veterinaria; y a una perspectiva más

amplia de los métodos de saneamiento del medio que se pueden aplicar en beneficio del hombre en la sociedad, resultado todo ello, en cierta medida, del aumento de la especialización en las actividades sanitarias y sociales. La primera de las causas señaladas constituye un progreso natural y plausible, y la principal preocupación del administrador de los servicios de salud pública consiste en hacer que éstos asimilen dichos progresos sin sacrificar su propia integridad. La segunda, es decir el movimiento hacia la especialización, constituye también un desenvolvimiento que debe estimarse natural, con tal de que se mantengan cuidadosamente sus límites. La especialización sin reglamentación dentro de un servicio puede conducir a la desintegración, si llega un momento en el cual cada especialista antepone su propia especialidad a las necesidades del servicio en general. Por lo tanto, estos dos aspectos de un servicio moderno de salubridad (amplitud de su alcance y creciente especialización) confirman la opinión de que una administración sanitaria debe siempre procurar que se conserve el espíritu de equipo y oponerse resueltamente a cualquier tendencia que pueda conducir a la división de su unidad.

Necesidad de hacer más atractiva la carrera del servicio sanitario

La escasez de personal adiestrado constituye una dificultad formidable a la que deben hacer frente en la actualidad los administradores sanitarios. Aun donde se dispone de personal con cierto grado de preparación, los resultados obtenidos en la práctica son con frecuencia desalentadores, debido al inadecuado adiestramiento fundamental. Además, no es acertado contratar para el servicio sanitario a hombres y mujeres ineptos, por naturaleza, para dicho trabajo. En muchas ocasiones, en el caso de los médicos, ha resultado que el aspecto curativo de la medicina ofrece perspectivas más brillantes para los hombres de ambición y de empuje. Sin embargo, hay que darse cuenta de la realidad y poner de manifiesto las causas fundamentales de la situación. Estas pueden enumerarse brevemente como sigue:

(1) Muchos de los profesores en las escuelas de medicina no logran presentar ni impartir a sus alumnos una actitud sana hacia la medicina preventiva y la administración sanitaria; disciplinas éstas que con frecuencia se tratan sólo en forma incidental, como materia secundaria del programa de estudios.

(2) La tendencia, en los hospitales donde los estudiantes pasan gran parte de sus años de clínica, es estimar más altamente la medicina curativa que la preventiva.

(3) El cuidado de la enfermedad es considerado por el público más importante que el cuidado de la salud, porque el primero resulta más dramático y espectacular.

(4) La medicina curativa, como en casi todas partes, ofrece remuneración relativamente alta y campo más amplio para el ascenso, aun en los cargos administrativos, y presenta mayores atractivos para los jóvenes al iniciar su carrera.

Estos son, entre otros, los hechos determinantes de la poco envidiable situación con que se encuentra cualquiera al entrar actualmente en la carrera del servicio sanitario. Sin embargo, en algunas partes del mundo se nota progreso al fusionarse, partiendo del centro hasta el punto más lejano de la periferia, las dos actividades, curativa y preventiva, en un servicio combinado. Esto ha determinado una confianza y esperanza mayores en que la carrera sanitaria permita a uno llegar a la cúspide, tan fácilmente como la puramente curativa. También ha hecho nacer la creencia, en ciertos médicos perspicaces, de que la devoción al servicio esencialmente sanitario no necesita estar totalmente divorciada del trabajo clínico.

Aun así queda mucho que hacer si se quiere atraer a los médicos, en mayor número y mejor calidad, hacia una carrera en el servicio de sanidad. En algunas zonas es necesario eliminar ciertas prácticas anómalas, a fin de que sea posible efectuar una selección y ascenso adecuados a base de mérito, y darle al funcionario sanitario razonables garantías de seguridad en su empleo. Más aun, es preciso pensar detenidamente en la necesidad de hacer más atractivo el trabajo del servicio de sanidad. Esto puede lograrse, en parte, ampliando su radio de acción y, en parte, dándole al funcionario que trabaja en el plano local mayor autoridad y poder discrecional. Su posición depende en gran medida de la forma en que le consideren aquellos a quienes sirve; tanto los profesionales como el público en general.

En la mayoría de los países, y sobre todo en los insuficientemente desarrollados, hay que dirigir principalmente la atención hacia las zonas rurales. Constituye una experiencia muy común la de no poder persuadir a los médicos para que se establezcan en las comarcas rurales, ni aun en el caso de que éstas ofrezcan oportunidades razonables para vivir del ejercicio privado de la profesión. Y cuando se contempla el problema relativo a la carrera sanitaria en dichas zonas, en el caso de no permitirse al funcionario ese ejercicio privado, el asunto resulta mucho más serio todavía. Por lo tanto, el Comité estima que, si se tiene que vencer la dificultad que representa la escasez aguda de personal al enfrentarse con la planificación de un programa completo de sanidad, hay que prestar cuidadosa atención a los medios de atraer a hombres y mujeres hacia una carrera en salud pública, sobre todo en las zonas más remotas. La experiencia adquirida en algunos países demuestra claramente que es posible establecer un tipo de servicio combinado clínico-administrativo, que ofrezca al funcionario médico un grado muy alto de satisfacción profesional, al mismo tiempo que un ingreso razonable y una elevada posición social. Para el logro de dicho

propósito el Comité estima que deben adoptarse, a la mayor brevedad posible, algunos de los procedimientos que a continuación se señalan:

(1) En la preparación básica de estudiantes de medicina y enfermeras debe prestarse mayor atención de la que hasta ahora se ha dado al estudio de los aspectos preventivo y social de la medicina. Deberá procurarse que el estudio de dichos aspectos se extienda en toda su amplitud, y las facultades encargadas de preparar a los médicos y enfermeras deben reconocer esta necesidad y tratar de reformar los programas y métodos de enseñanza. Al mismo tiempo los maestros, especialmente en estudios pre-clínicos y clínicos, deberán dar nueva orientación a su concepto y métodos de enseñanza. Deben proporcionarse más medios de adiestramiento práctico en los cursos de postgraduados. Con ello se logrará despertar en los estudiantes una actitud apropiada hacia el concepto más moderno y comprensivo de la salud pública.

(2) Las organizaciones sanitarias deben ser lo suficientemente amplias como para incluir tanto los cuidados médicos como la práctica de salud pública, con el objeto de que el recién llegado a la profesión tenga oportunidad de desarrollar sus aptitudes en las actividades clínicas y en las preventivas. Es preciso inculcar la idea de que la salud pública y los auxilios médicos son facetas de un programa integral, y eliminar el error generalizado de que estas dos ramas de la medicina se hallan desconectadas y siguen dos trayectorias paralelas. Es más, la persona que adopta la carrera sanitaria debe estar en situación de darse perfecta cuenta de que tiene una herencia y un interés común con la persona que elige la carrera clínica; de este modo se sentirá más firme, tanto en lo que se refiere a la seguridad en el puesto que ocupa como a las posibilidades de ascenso en el servicio.

(3) No puede dejar de considerarse el aspecto relativo a los emolumentos, puesto que es circunstancia que naturalmente tiene en cuenta todo aquel que se inicia en la carrera médica. Si el individuo que elige la carrera sanitaria va a ser un funcionario a tiempo completo y a prestar tanto cuidados médicos como atenciones de medicina preventiva no debe quedar en situación económica inferior a la de otro compañero que trabaja en un hospital o en otra forma de actividad clínica. Y si, además, va a ser asignado a una zona lejana, es preciso proporcionarle alojamiento atractivo para él y su familia y asignarle subsidios especiales que le compensen de las dificultades de viaje y de la falta de distracciones en las zonas rurales, circunstancias éstas que sobrecargan su presupuesto.

(4) Después de un determinado período de servicio, debe ofrecerse oportunidad de ascenso en la profesión al médico que ha adoptado la carrera sanitaria. La perspectiva de que algún día puede llegar a los puestos más elevados constituirá atractivo y estímulo para que desarrolle una buena

labor. Podría estudiarse también el establecimiento de permutas temporales entre los funcionarios sanitarios rurales y los de las ciudades, a fin de proporcionarles la oportunidad de atender a la educación de sus hijos al mismo tiempo que el estímulo de un nuevo ambiente.

Deben hacerse esfuerzos para mantener continuo contacto entre los funcionarios sanitarios locales y los planos superiores de la administración sanitaria, por medio de conferencias, adiestramiento en el servicio y viajes de estudio.

Los comentarios anteriores se refieren especialmente a los médicos en ejercicio profesional combinado que se encuentran en las zonas más alejadas, pero se tropieza con las mismas dificultades en el caso de las enfermeras, de los ingenieros y otro personal sanitario. Hay que realizar toda suerte de esfuerzos para atraer al servicio de sanidad a grupos de trabajadores idóneos y bien adiestrados, y darles toda clase de facilidades para que disfruten de una vida cabal e interesante, con remuneración apropiada y oportunidades de ascenso.

10. Financiamiento de los Programas de Salubridad

El aspecto económico de los servicios de atención sanitaria es muy complejo. Esta complejidad es el resultado de la falta de una planificación coordinada y de una apropiada organización de las actividades sanitarias en la mayoría de los países. Durante los últimos años, la gente del mundo entero ha ido adquiriendo una mayor conciencia de sus derechos humanos y, como consecuencia, espera que sus respectivos gobiernos cumplan la obligación y responsabilidad de salvaguardar esos derechos, entre ellos el derecho a la salud. Sin embargo, la mayoría de los gobiernos no cumplen adecuadamente su cometido de mejorar y proteger la salud de la gente. No dedican una proporción razonable de los ingresos a la creación y al sostenimiento de los servicios de sanidad. Por ello, en muchos países se han creado organizaciones voluntarias y otras agrupaciones particulares con el fin de recaudar sumas para organizar servicios de sanidad en beneficio de grupos especiales de población bien sea por medio de seguros o de otras empresas particulares. Naturalmente, esto constituye una gran ayuda. Ahora bien, existen razones para creer que los fondos disponibles no siempre se emplean en la mejor forma.

En muchos países, las autoridades provinciales y los municipios han venido presuponiendo fondos para el establecimiento de hospitales o dispensarios locales. En unos cuantos países donde la planificación y organización de los servicios sanitarios se halla en proceso, los impuestos destinados a sufragar dichos servicios se distribuyen por los poderes centrales.

El Comité, al contemplar las tendencias que actualmente siguen los acontecimientos sociales y económicos en el mundo, estima que los gobiernos

deben asumir la responsabilidad primaria de asegurar que los programas de sanidad de sus respectivos países sean financiados en forma apropiada. Aun cuando los sistemas fiscales difieren en las distintas naciones, el Comité opina que las actividades sanitarias deben ser sostenidas básicamente con fondos públicos conforme a un plan coordinado, y desea insistir en que los recursos económicos que invierten agrupaciones voluntarias o particulares para el sostenimiento de servicios sanitarios en muchas partes del mundo podrían emplearse más eficazmente si esas sumas se canalizaran o se coordinaran debidamente a través de las autoridades sanitarias gubernamentales.

Estima también que es difícil fijar proporciones definidas para la distribución de un presupuesto de sanidad, en vista de la gran variedad de los recursos económicos de los países, así como de los problemas sanitarios más importantes. Sin embargo, es importante señalar que los fondos destinados al sostenimiento de los servicios preventivos resultarán, en general, mucho más efectivos para el mejoramiento y conservación de la salud que un gasto desproporcionado con fines puramente curativos. Desde el punto de vista preventivo se reconoce que la higiene de la vivienda, el abastecimiento de agua y muchos otros servicios análogos, aparte de servir su principal finalidad, contribuyen al mejoramiento de la salud pública. Aun en los países más avanzados en este respecto, es posible obtener nuevas mejoras y el mantenimiento de los servicios de saneamiento del medio será siempre una actividad sanitaria fundamental. En los países en que el saneamiento no se halla suficientemente desarrollado, sería conveniente destinar la mayor parte del presupuesto de sanidad a estos fines, ya que la experiencia ha demostrado plenamente que ninguna otra actividad puede contribuir más, en igualdad de gastos, al decrecimiento de la mortalidad, la morbilidad y la pobreza.

A fin de saber con más detalle cómo los gobiernos hacen frente a los cuidados de la salud pública, qué proporción de los impuestos es asignada a salubridad, cuánto cuestan estos servicios por persona y por año o cuánto representan en función de los ingresos totales del país, el Comité recomienda a la OMS que se recoja una información más significativa de los Estados Miembros, ora valiéndose de cuestionarios o de otros estudios especiales. Para ello sería necesario elaborar un catálogo de definiciones apropiadas.

La carga económica que representa el costo del tratamiento médico es considerable comparada con la de los servicios de salubridad. En la mayoría de los lugares las actividades sanitarias comenzaron debido al interés y responsabilidad locales pero, con el aumento y especialización de los servicios, se hizo indispensable distribuir el presupuesto a campos más y más amplios. En la mayoría de los países más adelantados se ha llegado a un punto en que los gobiernos asumen la responsabilidad de los servicios

sanitarios, aunque al mismo tiempo se estimule el esfuerzo privado. Donde la autoridad central suministra los recursos económicos es natural que inspeccione los servicios y fije normas, aun cuando no se haga cargo precisamente de la dirección del trabajo en detalle. En relación con determinados servicios es necesaria la existencia de sanciones legales.

El financiamiento de un programa de sanidad se ha vuelto tan complicado que es difícil obtener cifras comparativas. Quizá resultara de utilidad llevar a cabo una amplia encuesta sobre los factores administrativos con el objeto de obtener, hasta donde sea posible, datos comparativos de los gastos de servicios de sanidad, inclusive los de personal y de saneamiento del medio.

Muchos países reconocen que el aumento de habitantes y la creciente industrialización, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, exige el establecimiento de servicios efectivos de sanidad para la población. En muchas regiones los organismos sanitarios locales carecen de los medios económicos necesarios, y la población a que están destinados no tiene forma de proporcionárselos para organizar debidamente los servicios. La alimentación de las embarazadas, los abastecimientos de agua, vías de transporte, vestido decoroso, jabón y albergue, pueden ser elementos tan importantes en una región determinada como cualquier otro para el desenvolvimiento de una actividad sanitaria.

En algunos países, la capacidad de asumir responsabilidad personal puede hallarse influida por factores tales como la distancia que hay que recorrer para acarrear agua al hogar, la existencia de latifundios en manos de unos pocos, así como otros obstáculos de carácter práctico. Las asambleas y cuerpos legislativos han buscado en esos casos la manera de proporcionar los servicios de sanidad indispensables, concediendo ayuda a ciudades y a otros distritos sanitarios locales, permitiéndoles de ese modo atender a sus necesidades en forma más eficaz. Los subsidios que se conceden pasan a engrosar los fondos locales para esos fines, no a sustituir las aportaciones de la comunidad.

No existe ningún método universalmente aceptado para expresar el costo de los servicios de salud pública en un país, y que pueda emplearse como base para establecer comparaciones con otros. En muchos, las cifras que se proporcionan comprenden únicamente el presupuesto de la salubridad nacional, resultando poco menos que imposible calcular los gastos locales, públicos o particulares, para los mismos fines. También es difícil saber qué partidas se han incluido o debieran ser incluidas. En países donde los servicios de sanidad dependen de varios departamentos del gobierno, resulta más complicado todavía averiguar los totales exactos. Sin embargo, es necesario encontrar algún medio de expresar el costo de las actividades sanitarias, comprendido el tratamiento médico, que pueda aceptarse y ponerse en práctica en todas partes.

En muchos países, la mayor parte del costo de las atenciones médicas se ha cubierto por medio de varios sistemas de seguro, bien obligatorio o voluntario. En otros, se han establecido hospitales sostenidos con fondos del erario público. No es raro encontrar que los pacientes que se internan en las instituciones de esta clase tengan que pagar alguna cantidad que pasa a formar parte de los ingresos públicos. Algunas veces se atiende a los servicios de asistencia médica como parte de un sistema conjunto.

Aun cuando el Comité aprecia en su valor la gran variedad de sistemas de financiamiento cree llegado el momento de que la responsabilidad del desarrollo de normas en materia de sanidad, incluso la provisión de recursos económicos para satisfacer las necesidades relativas al plan aprobado y a las normas establecidas, corresponda a todos los niveles sociales.

11. Experimentos en Servicios Locales de Sanidad

Al principio de este informe se han señalado algunos aspectos de la metodología de la protección de la salud en zonas locales en relación con las necesidades sanitarias, sociales y económicas existentes (véase sección 6, página 10). Aquí intentaremos presentar algunos ejemplos de los servicios locales en algunos países. Por supuesto, no hay asomos de que se tomen estas informaciones como cuadros completos o representativos. A este respecto, el Comité recibe con gusto el plan de organizar en 1952 un grupo viajero de estudio de administración sanitaria en Europa. El primer proyecto de esa naturaleza se llevó a cabo durante el otoño de 1951, y puede ser considerado como un experimento muy prometedor, especialmente para el estudio de las actividades sanitarias locales.

Como ya se indicó en otro lugar de este informe, la composición de una unidad sanitaria dependerá de los problemas y posibilidades de una localidad dada (véase sección 6). No obstante, hay ciertas personas cuyos servicios deben considerarse indispensables en todo lugar, cualquiera que sea su latitud, como médicos, ingenieros sanitarios y enfermeras, aun cuando las exigencias puedan variar en cuanto al número. A medida que las circunstancias lo demanden, podrán figurar en el grupo o se identificarán con él otros especialistas y otros tipos de trabajadores. En ciertas localidades el mismo individuo tiene que desempeñar a menudo varias funciones. En el plano central o nacional se requieren servicios especializados para proporcionar orientación técnica a las unidades sanitarias locales. Es fundamental prestar atención a la coordinación entre las instituciones médicas, odontológicas, de enfermería, hospitalarias y otros organismos públicos y particulares, así como a la idoneidad del personal.

Todas las modalidades de los servicios de salubridad, incluyendo la administración de los servicios médicos y de hospital, pueden considerarse como funciones de la unidad sanitaria. En algunos países el tamaño más

conveniente de población varía al parecer entre 250,000 y 1,000,000 por unidad, pero, por lo general, se considera como ideal la cifra de 100,000 por unidad. En algunos casos, cuando las distancias son grandes y la población se encuentra esparcida, pueden establecerse unidades de unos cuantos millares de habitantes solamente. La unidad puede emplazarse en un sector primordialmente rural o en un centro urbano, o puede combinarse para fines administrativo-sanitarios una ciudad con su distrito o comarca. Es necesario que existan estrechas relaciones de trabajo entre los organismos locales, estatales o provinciales y los federales o nacionales.

A continuación ofrecemos algunos ejemplos de servicios sanitarios locales en proceso de organización, de acuerdo con informes suministrados por los funcionarios de sanidad de los respectivos países:

India y Pakistán

En la India y Pakistán se llevaron a cabo estudios de los problemas sanitarios nacionales y recientemente se han planificado y puesto en ejecución programas de sanidad. En el curso de los trabajos se tuvieron en cuenta las tendencias modernas en el desarrollo de los servicios sanitarios en otros países adelantados así como los obstáculos que, para un rápido progreso de estas dos naciones, suponen su extensión superficial, la limitación de los recursos disponibles y la carencia del personal adiestrado que se requiere para un servicio sanitario de amplias proporciones que cubra las inmensas extensiones de esos países. En dichos programas se insistió especialmente en la necesidad de proporcionar servicios de mejoramiento y protección de la salud en las zonas rurales, que comprenden del 80 al 90 por ciento de la población total. En otras palabras, la preocupación primera de los administradores fué la de atender a las necesidades de las regiones campesinas y comarcas remotas de la India y Pakistán. Además, no se perdió de vista el hecho de que las necesidades locales, así como ciertas condiciones y circunstancias, podían determinar la necesidad de modificar el plan aun cuando podían lograrse, sin innecesarios retrasos, los objetivos mínimos recomendados por el Comité para el Estudio del Estado Sanitario y para el Fomento de la Salud Pública.¹⁶ Al mismo tiempo que se recomendaban medios y arbitrios se hicieron esfuerzos para lograr la cooperación de la población beneficiada por los proyectos, sin la cual no es probable que se logren mejoras duraderas en las condiciones sanitarias ni que se pueda fomentar la salud nacional sobre una base estable. También se insistió en la integración de los servicios, preventivos y curativos, en todas las escalas administrativas, desde la central a la local o periférica. Se recomendó asimismo que se proporcionen

¹⁶ Véase: India, Health Survey and Development Committee (1946) *Report*, Delhi (Informe Bhore)

servicios de sanidad enteramente gratuitos, excepción hecha de aquellos servicios que toda colectividad aspira a crear en provecho propio. En estos lugares los servicios de sanidad son prácticamente desconocidos a excepción de los que prestan los organismos del gobierno. Hasta que entren en vigor los sistemas de seguros, estatales o voluntarios, el Gobierno continuará siendo el solo organismo susceptible de brindar servicios de sanidad nacional en gran escala. El presente nivel económico de las zonas rurales de la India y Pakistán hace imposible el inmediato establecimiento de cualquier sistema de seguro de salud. En la India se ha intentado el seguro de la población industrial mediante un sistema cooperativo en el que participan el Estado, los patronos o empresarios y los obreros. Este sistema se está introduciendo a título experimental en ciertas regiones industriales, antes de ponerlo en vigor en todo el país.

En esos países no existe la tradición del médico de familia; los auxilios médicos, tal y como se encuentran en la actualidad, son suministrados primordialmente por el Estado y en cierta medida por los facultativos particulares a base del pago de sus servicios. Se ha recomendado la organización por el Estado de servicios a tiempo completo, y la prohibición del ejercicio privado de la medicina a fin de que ricos y pobres reciban atenciones por igual.

El programa de largo alcance comprende:

(a) servicios sanitarios adecuados y atención al mejoramiento positivo de la salud individual, cualquiera que sea la situación económica de las personas;

(b) emplazamiento de dichos servicios en la forma que resulte más asequible al público;

(c) establecimiento de la más amplia cooperación entre el personal sanitario y la población;

(d) apoyo adecuado de las profesiones médica y auxiliar (como, por ejemplo, dentistas, enfermeras, farmacéuticos) a los servicios de sanidad;

(e) provisión de servicios de consulta, de laboratorio y hospitalización, o sea la práctica de la medicina en grupo;

(f) cuidados especiales para ciertos grupos de población (madres, niños, débiles mentales);

(g) creación y mantenimiento de un ambiente saludable en el hogar, en los lugares de trabajo y de reunión.

De acuerdo con la extensión del distrito y la densidad de la población, un distrito, en algunos países con una población de 3,000,000 de habitantes, contará con 150 unidades primarias, que prestarán servicios a unos 20,000 habitantes. Unas treinta de dichas unidades primarias estarán subordinadas a una unidad secundaria superior.

El personal necesario para tales unidades primarias, secundarias y de distrito lo constituyen:

	Control adm. Funcionarios médicos sani- tarios	Otros funcio- narios médicos	Personal no facultativo	Camas para enfermos
Unidad primaria	1	5	78	75
Unidad secundaria	1	139	358	650
Unidad de distrito	1	268	1,398	2,500

Este proyecto requerirá tiempo para ser puesto en marcha en todos sus aspectos. De aquí que se haya decidido implantar primero un programa de diez años de duración para dar comienzo cuanto antes a la provisión de servicios sanitarios a la gran mayoría de la población rural. En este programa la unidad sanitaria de primer orden o primaria prestará servicio a 40,000 personas, o sea al doble de la cifra del plan de largo alcance. Cada una de ellas se dividirá en cuatro partes o centros de salud, que tendrán a su cargo unos 10,000 habitantes. Los servicios prestados por estos centros cubrirán todos los aspectos de la medicina preventiva, o sea saneamiento del medio, control de las enfermedades transmisibles e inmunización, atención maternoinfantil, higiene escolar, compilación de estadísticas vitales y educación sanitaria. Además, contarán con un hospital de diez a veinte camas para atención médica de los enfermos y para la hospitalización, en caso necesario, de las mujeres embarazadas. De este modo se está desarrollando una extensa organización provincial de sanidad, con servicios curativos y preventivos, que sigue las mismas líneas que el programa a largo plazo, aunque de proporciones más reducidas; es decir, una unidad sanitaria primaria, otra secundaria y una de distrito. Se han tomado medidas para proporcionar servicios sanitarios especiales contra enfermedades o problemas tales como paludismo, tuberculosis, enfermedades venéreas, lepra, trastornos mentales, asistencia maternoinfantil, higiene escolar, nutrición, etc. Además de estas actividades, se han organizado en dichas unidades centros de adiestramiento práctico con fines educativos.

En el estado de Bengala Occidental (India) se ha empezado a trabajar, haciendo algunas modificaciones al proyecto anteriormente mencionado, para poner en marcha este programa a corto plazo. Dicho Estado se propone la implantación del mayor número posible de centros de higiene primaria en los "Consejos de Unión" (unidades comunales), de las que existe un total de más de 2,000. Desde 1950 funcionan 106 centros y a principios de 1952 empezarán a trabajar otros cien más. Dichos centros de higiene están provistos de un hospital de 4 a 10 camas, 10 en la mayoría de ellos. Algunos de estos centros del tipo del de Thana, cubren una población de 80,000 habitantes y cuentan con un hospital de 50 camas para la atención

de los enfermos. Se espera que los centros de higiene de la periferia, con 10 a 20 mil habitantes, envíen sus enfermos a estos hospitales de Thana.

El personal del centro de higiene de la Unión se compone de un funcionario médico sanitario rural, de un higienista auxiliar, un farmacéutico, un funcionario administrativo, parteras, enfermeras y personal subalterno.

En un plano superior al de Thana (80,000 habitantes) el personal del centro de higiene comprende funcionarios médicosanitarios, un inspector sanitario, enfermeras, visitadoras sanitarias, parteras, un higienista auxiliar y otros subordinados. Las obligaciones de dicho personal consisten en la atención de enfermos externos, el cuidado de los pacientes del hospital y el desarrollo de todas las fases del trabajo sanitario, incluyendo el control de las enfermedades transmisibles, las labores de asistencia maternoinfantil, higiene escolar, recopilación de datos estadísticos vitales, saneamiento del medio y educación sanitaria. El funcionario regional encargado de los servicios sanitarios del Estado supervisa los trabajos, y la orientación y guía la ofrecen la dirección estatal y sus funcionarios.

*Brasil*¹⁷

Digno de mención, por su contribución a la administración local, es el centro de adiestramiento práctico de Colatina, Estado de Espírito Santo, Brasil.

Si se exceptúa la unidad de Araraquara, en el Estado de São Paulo, el único centro de sanidad local del Brasil que emplea personal a tiempo completo es el dirigido por el Servicio Especial de Salud Pública (SESP). Esta organización decidió en 1949 emplear el centro de higiene y hospital de Colatina en el Estado de Espírito Santo como "centro médico" para el adiestramiento práctico. Desde entonces, varios médicos, ingenieros y enfermeras del SESP han recibido diversas formas de adiestramiento en las labores de sanidad antes de asumir sus puestos permanentes.

Colatina, además de proporcionar ese centro de adiestramiento, ofrece un buen ejemplo de coordinación entre los servicios de hospital y el programa de servicios de sanidad. Se halla emplazado en un ambiente eminentemente rural, tiene fácil acceso a Río de Janeiro y funciona con un costo menor per cápita que el centro de Araraquara. La unidad de Colatina puede servir igualmente para demostrar cómo trabaja el personal de enfermería auxiliar bajo la supervisión de una enfermera de salud pública.

El distrito de Colatina se halla situado aproximadamente a la mitad del camino entre el Océano y el Estado de Minas Gerais en una región montañosa con abundantes valles y ríos de lechos estrechos y profundos, siendo el principal el Río Doce. Las ocupaciones fundamentales de esta región

¹⁷ Documento de trabajo inédito OMS/ASP/Grupo de Trabajo/4

de unos 4,788 km² son el cultivo del café, los aserraderos y la ganadería. Según el censo de 1950, la población total era de 100,900 habitantes y la densidad de 21 por km² (1 km² = 0.39 milla cuadrada).

El centro de salubridad se halla instalado en un edificio de una sola planta, construído de acuerdo con un criterio funcional; consta de dos alas paralelas ocupadas por los servicios, y unidas por un tercer cuerpo destinado a salas de espera y recepción. Visto desde un plano superior, el centro ofrece la forma general de una "Z".

En una de las alas se encuentran las oficinas del director, de las enfermeras, del inspector sanitario, de la secretaria, el almacén y los archivos, además de un aula que se utiliza para la enseñanza y para la proyección de películas. En la otra se halla una oficina para el médico, la central de enfermería, dos consultorios para examen y tratamiento, una pieza para preparación de pacientes, la clínica dental, un laboratorio y un lugar donde se prepara y distribuye la leche; también se encuentran allí las instalaciones sanitarias. El área central sirve tanto de sala de espera como de oficina de recepción y se halla protegida por un techo. El edificio costó 25,139.18 dólares (moneda de E. U. A.) en 1945.

El hospital se halla precisamente enfrente del Centro de Salubridad, y tiene capacidad para 56 camas, si bien en la actualidad se utilizan tan sólo 45. Es, igualmente, un edificio de una planta, propiedad actualmente del municipio que lo ha cedido al SESP. Además de suministrar servicios generales, dicho hospital cuenta con una unidad quirúrgica, una sala de maternidad, instalación para el cuidado de los niños, lavandería y cocina.

Como quiera que el Centro de Salubridad no posee espacio suficiente para alojar a todos los nuevos empleados que se necesitan para el desarrollo del proyecto coordinado de adiestramiento, se ha pensado alquilar para esos fines una casa inmediata. En el futuro quizá sea posible ampliar la actual estructura del Centro, ya que las dimensiones del terreno permiten esa expansión.

Personal. En la actualidad se está desarrollando un curso de seis meses para el adiestramiento de personal auxiliar de enfermería. Al terminar dicho curso el personal aumentará de modo que, para el programa coordinado del Centro de Salud-Hospital durante 1952, constará de:

- 1 director facultativo del programa y del centro de salud
- 2 médicos más para el centro
- 3 médicos para el hospital
- 1 director del programa de enfermería y de este servicio en el hospital
- 4 enfermeras para el hospital
- 2 enfermeras para el centro de salubridad
- 5 enfermeras visitadoras auxiliares

20 enfermeras auxiliares para el hospital	
1 inspector sanitario	
1 ingeniero sanitario	
1 odontólogo	
3 empleados de laboratorio	
1 nutriólogo	
7 oficinistas	
2 cocineros	
1 intendente	
7 ayudantes	
2 empleados de lavandería	
2 choferes	
1 encargado de almacén	
1 jardinero	
3 vigilantes nocturnos	
33 sirvientes	
1 carpintero	
Total.....	105

Presupuesto. Para el desarrollo del programa del Centro de Salud-Hospital de Colatina durante el año civil 1951, el SESP presupuso la cantidad de 3,850,000.00 cruzeiros (\$207,883 moneda de los Estados Unidos)¹⁸, distribuida en la forma siguiente:

	<i>Centro de Salud</i>	<i>Hospital</i>
Personal	1,005,360.00	1,337,700.00
Materiales	722,000.00	722,000.00
Varios	22,640.00	40,300.00
	<hr/>	<hr/>
	1,750,000.00	2,100,000.00
Total.....	3,850,000.00	Cruzeiros

Tanto en el centro de salud como en el hospital se proporciona asistencia médica gratuita a la población. Este servicio ha venido a llenar una necesidad tan sentida, que las unidades sirven a los habitantes de una zona tan extensa que penetra aun en el Estado contiguo de Minas Gerais. Durante 1950 se inscribieron por primera vez en el centro 1,322 personas; se atendieron 5,250 consultas; se hicieron 24 visitas médicas a domicilio y 218 por enfermeras; se efectuaron 2,270 inmunizaciones y se suministraron a los enfermos 12,075 medicamentos gratuitos.

La mejor indicación del desarrollo que el centro ha alcanzado es el número de expedientes familiares que obran en sus archivos y que, de 607

¹⁸ El tipo de cambio que emplea la OMS a efectos de contabilidad (enero, 1952) es de 1 dólar (moneda de los Estados Unidos de América) = 18.52 cruzeiros

que eran en 1946, ascendieron a 2,455 en 1950. Según informes en el mes de octubre de 1951 prácticamente todas las familias habían utilizado ya los servicios del centro.

El programa para el control de las enfermedades transmisibles comprende: diagnóstico, tratamiento, aislamiento, inmunizaciones, mejora del saneamiento y educación sanitaria. Aun cuando, dado lo reducido de las cifras, es difícil probar con datos estadísticos los efectos del programa del SESP en la salud de la colectividad, no hay duda de que el progreso logrado es considerable, sobre todo en relación con las enfermedades que se propagan a causa de la insalubridad del medio.

*Canadá*¹⁹

También son dignos de consideración los experimentos llevados a cabo en el Canadá. En cierta región de Saskatchewan se encuentra en pleno desarrollo un plan de seguro contra la enfermedad pagado enteramente por adelantado. Los residentes de ese distrito, conocido como "Swift Current Area", que suman en total de cincuenta a sesenta mil, tienen derecho a asistencia médica completa, bien sea en el consultorio del facultativo, en el propio domicilio o en el hospital, mediante el pago de cierta prima a la que se añade un subsidio procedente de fondos provinciales. Esta asistencia comprende no sólo los servicios médicos generales sino también los de especialistas. Al mismo tiempo se cuenta en esta región con un personal a tiempo completo, que desarrolla actividades sanitarias encaminadas a resolver los problemas ordinarios de la salud pública y que ha empezado a prestar asistencia dental a los niños. Aunque se remunera a los médicos por cada servicio prestado, existe un máximo para el costo total de la asistencia médica. Este método, agregado al plan de seguro de hospital, permite proporcionar un servicio completo a los habitantes de esa zona. Según parece, el plan resulta satisfactorio para los propios médicos, como lo demuestra el hecho de haberse duplicado el número de los que ejercen desde que se puso en práctica. Este proyecto piloto ayudará a encontrar procedimientos administrativos para proveer de tales servicios a todas las comarcas rurales del Canadá.

En 1945 se inauguró en Manitoba un nuevo plan sanitario basado en el supuesto de que, si bien el objetivo último es proporcionar asistencia médica y sanitaria completa a la población, debe darse prioridad a ciertas actividades sanitarias. Comprendía el plan cuatro servicios básicos: primero, establecimiento de unidades de salud a tiempo completo con anterioridad a la obtención, por parte de la comunidad local, de los beneficios de los demás aspectos; segundo, provisión de medios de diagnóstico previamente pagados;

¹⁹ Documento de trabajo inédito OMS/ASP/Grupo de Trabajo/1

tercero, subvención con destino al pago por anticipado del cuidado médico, con tal que los dos servicios precedentes hayan sido establecidos en la localidad y, cuarto, provisión de facilidades de hospital en las zonas rurales. Desde que se puso en vigor el plan, se han establecido siete nuevas unidades rurales de sanidad. En dos de ellas se suministran, mediante pago por adelantado, servicios de diagnóstico. En las otras cinco han sido establecidos también dichos servicios, pero no funcionan todavía debido a la escasez de personal. Se han levantado igualmente doce nuevos hospitales rurales; se ha ampliado el espacio para mayor número de camas en nueve de ellos y se han iniciado las obras de otros tres.

La provincia de Newfoundland (Terranova), la más reciente del Canadá, debido a la diseminación de su población a lo largo de la costa tuvo que organizar un tipo especial de servicio de sanidad para atender a los habitantes. Este proyecto se conoce con el nombre de Plan de Viviendas Hospitales, y tiene por objeto proporcionar asistencia médica y servicios de sanidad, previo pago, a todos los habitantes de la costa, excepto los de los puertos de primer orden. Las colectividades de los distritos en que se establecen esas viviendas-hospitales pagan anualmente a la autoridad provincial una cuota nominal por familia, y la provincia, a su vez, corre con los gastos de construcción, administración y funcionamiento de los mismos sin otro costo para el individuo, y proporciona, además, toda la asistencia médica, curativa y preventiva, así como los servicios de enfermería en todos los lugares acogidos a este plan. Estas actividades, aun cuando no pueden considerarse como adecuadas en comparación con las de las zonas urbanas del Canadá o de los Estados Unidos de Norteamérica sirven al menos para dar a los habitantes de esas regiones asistencia mucho mejor que la que se proporciona en la mayoría de las áreas rurales aisladas de otras provincias de Canadá.

*Yugoeslavia*²⁰

En Yugoeslavia se han establecido centros para el cuidado de la salud, completos y bien dotados para llevar a cabo trabajos de investigación. En unos cuantos distritos se han establecido "casas de salud", con toda clase de facilidades, inclusive laboratorios. Los médicos y otros miembros importantes del personal cuentan con locales para vivienda y con medios de transporte. En esta forma el médico puede visitar a domicilio, sobre todo en las zonas rurales, y proporcionar asistencia a las familias. Este sistema es práctico, especialmente en cuanto pone de relieve una política favorable a la existencia de apartamentos razonablemente buenos, de salarios decorosos para los médicos, y fomenta un alto espíritu entre el personal. En el in-

²⁰ Documento de trabajo inédito OMS/ASP/Grupo de Trabajo/6

forme de Yugoslavia se encuentran sugerencias útiles respecto al progreso de las actividades sanitarias en estrecho contacto con la población y organizadas de conformidad con ésta.

Egipto

En Egipto se encuentra uno con un elocuente ejemplo de lo que es el desarrollo de un programa de salubridad en condiciones difíciles y adaptado a las necesidades locales. Además de la lucha contra las enfermedades transmisibles, entre las que figuran la tuberculosis y las venéreas, se han instalado centros de asistencia maternoinfantil. Se proyecta instalar unos 200 centros de esta naturaleza, o sea uno para cada núcleo de 20,000 habitantes aproximadamente, que residen en un radio de tres a cuatro millas y media (de 5 a 7 kms). También se piensa erigir un hospital de 100 camas, con servicio de laboratorio y ambulancia, por cada grupo de cinco de estos centros. Cada uno de estos pequeños centros rurales contará con un médico a tiempo completo dedicado a los trabajos preventivos y con otro a medio tiempo para los servicios curativos; con una enfermera de salud pública o enfermera-partera; un inspector sanitario; un técnico de laboratorio y un oficinista.

Noruega

El destino último de una unidad sanitaria local depende en gran medida de dónde radica la responsabilidad y de quién asume la autoridad. Cuando, de conformidad con la Ley de Salud Pública promulgada en Noruega en 1860, se estableció un Consejo de Sanidad en cada una de las 700 o más municipalidades del país, presidido por un funcionario médico sanitario, se adoptó el criterio de que cada Consejo tomara iniciativas de por sí y asumiera por entero la responsabilidad en todos los asuntos relacionados con la salud en el territorio de su jurisdicción. Según los informes al respecto,²¹ el principio de la responsabilidad local se ha llevado a tal extremo que, aun ahora, la administración sanitaria central carece de facultades para modificar una decisión adoptada por el consejo de sanidad local. Únicamente el Ministerio de Asuntos Sociales puede modificar una resolución cuando se interpone apelación y el fallo es desfavorable al acuerdo original.

Indonesia

A juzgar por los informes recibidos, los experimentos llevados a cabo en Indonesia para la organización de diferentes tipos de servicios de sanidad

²¹ Véase: Evang, K. (1952) *Public health, its scope and its place in the central governmental administration*. En: Evang, K., Gordon, J. E. y Tyler, R. G. *Public health lectures. Medical Teaching Mission to Israel, de septiembre a octubre de 1951, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el Unitarian Service Committee Inc.*, Boston, Mass., pág. 7.

ofrecen, igualmente, motivos de reflexión.²² Después de asumir su propia soberanía, en diciembre de 1949, el Ministerio de Sanidad de los Estados Unidos de Indonesia (República de Indonesia desde agosto de 1950) restableció el Servicio de Educación Sanitaria y el Servicio Rural y Urbano de Higiene.

La tarea del Servicio de Educación Sanitaria consiste en proporcionar educación de esta clase a todos los habitantes jóvenes y viejos, hombres y mujeres, analfabetos o no. Este servicio se dedica de manera especial al estudio de los medios de:

(a) educar al pueblo;

(b) elegir los materiales necesarios para dicha labor y

(c) seleccionar el personal capaz de desempeñar esa misión, tarea difícil ésta, puesto que las personas a las que se encomiende dicha misión han de reunir una preparación especial.

El Servicio de Educación Sanitaria actúa en estrecha relación con el Servicio Rural y Urbano de Higiene. Este último ejecuta las labores de sanidad en aquellas zonas en que el programa y los materiales están ya preparados por el Servicio de Educación Sanitaria. Dichas zonas constituyen las llamadas de experimentación y adiestramiento sanitarios en las aldeas y ciudades, y es en ellas donde se lleva a la práctica el plan aprobado y donde se prepara el personal necesario. El Gobierno de Indonesia, al organizar los citados servicios, tuvo en cuenta algunos principios fundamentales como los siguientes:

(1) La influencia que el tratamiento médico de los enfermos ejerce sobre la salud en general es muy débil, porque no puede alcanzar sino a una pequeña fracción de la población; por lo tanto, es necesario acentuar el aspecto profiláctico de las labores de higiene.

(2) Es necesario elevar el nivel de vida de la población, lo que significa no sólo el imperativo de mejorar la educación general y el estado económico sino, además, la educación sanitaria del pueblo.

(3) Toda medida gubernativa en relación con la salud pública debe nacer principalmente de la voluntad de la población misma y llevarse a efecto en colaboración con ésta.

*Escocia*²³

Existen en Escocia muchos problemas de sanidad y bienestar social a los que se da cuidadoso estudio y para cuya solución se vienen preparando planes. Se halla fuera de los límites de este informe exponer en detalle o indicar, aunque sea brevemente, las medidas que deben adoptarse para

²² Documento de trabajo inédito OMS/ASP/Grupo de Trabajo/3

²³ Documento de trabajo inédito OMS/ASP/Grupo de Trabajo/8

resolverlos. Basta, por lo tanto, enumerar algunos de ellos. La mayoría de estos problemas, en lo que pudiera llamarse campo de la higiene social, han surgido como consecuencia de la influencia de la industrialización sobre el sistema social del país, pero otros nacen del afán de progreso en la vida social y en la salud. Los principales problemas que afectan directa o indirectamente a las administraciones sanitarias locales son:

(1) Vivienda: el suministro de viviendas apropiadas a todos los grupos sociales de la colectividad supone la continuación e intensificación de los planes de construcción de casas, tanto por las autoridades locales como por los individuos particulares. El mejoramiento de las viviendas y la mitigación de los males que causa su escasez (hacinamiento y ocupación de locales antihigiénicos), así como la adopción de medidas para la buena utilización de terrenos y para saneamiento, constituyen tareas urgentes, a pesar del enorme trabajo ya realizado.

(2) Saneamiento del medio: son necesarias nuevas mejoras de los abastecimientos de agua, sobre todo en las zonas rurales; higienización de las industrias proveedoras de alimentos en general; supresión del peligro de las contaminaciones atmosféricas por efecto de humos y emanaciones industriales; prevención de la contaminación de los ríos y otras corrientes de agua y mejora de los suministros de leche.

(3) Higiene industrial: existen leyes y reglamentos relativos a la seguridad de los trabajadores y a las precauciones sanitarias en fábricas y centros industriales, pero no hay nada concreto respecto a otros lugares tales como oficinas o en relación con las personas que trabajan en ocupaciones no industriales. Se están estudiando medidas adicionales para garantizar las condiciones de trabajo de estos grupos.

(4) Cuidado de los ancianos, personas con ciertos achaques, décrepitos y postrados en cama: este problema se acentúa como consecuencia de la creciente proporción de ancianos entre la población. Es necesario coordinar los servicios de asistencia social con las diferentes ramas de los de sanidad, a fin de atender al cuidado de la vejez.

(5) Las enfermedades específicas que representan un problema importante en Escocia son: el cáncer, las cardiopatías (incluyendo las afecciones coronarias), el reumatismo, la tuberculosis, y las infecciones por virus de todas clases, incluyendo la influenza, el resfriado común, los trastornos respiratorios y la poliomielitis.

Existen también otros trabajos en relación con la administración del nuevo Servicio Nacional de Sanidad de Escocia. La ley de 1947, en virtud de la cual se estableció este servicio, dispone la organización de un amplio servicio de sanidad en Escocia, y abarca asuntos tales como servicios de hospital y de especialidad; de medicina general y de odontología; servicios farmacéuticos y de oftalmología; medidas preventivas, atención

médica y de convalecencia a cargo de las autoridades locales; servicios de higiene mental; investigación; servicios de ambulancia, bacteriológicos, etc.

Han transcurrido más de tres años desde el establecimiento del Servicio en julio de 1948 y, durante ese tiempo, han surgido problemas en su administración y dirección que, bien observados por los funcionarios, son afrontados en la actualidad con verdadera energía. Entre ellos se halla el de asegurar la coordinación de las tres ramas principales del servicio (hospitales, ejercicio de la medicina general y servicios sanitarios locales); la necesidad de acentuar el trabajo preventivo; la conveniencia de mejorar la situación y nivel profesionales de los que ejercen la medicina general; el valor de fomentar la educación y la conciencia sanitaria de la población, y la tarea de lograr una distribución apropiada por todo el país de los elementos facultativos de que se dispone.

*Bélgica*²⁴

El país se halla dividido en nueve provincias y 2,670 municipios. En cada provincia hay un gobernador designado por el rey y asistido por un consejo provincial, y los municipios están administrados por un cuerpo de burgomaestres y regidores (*échevins*) elegidos entre los miembros del consejo comunal. De los diferentes rasgos de interés de esta organización administrativa, es digno de mención el de la existencia de un fondo común (*Fonds commun*) que suministra recursos complementarios a los comités locales de asistencia social para ayuda a los enfermos crónicos, como tuberculosos, afectados de cáncer o de trastornos mentales.

Los belgas son muy amantes de sus libertades y tradiciones locales. A base de la iniciativa de las autoridades locales, se ha logrado un notable progreso en la organización de los servicios de sanidad y asistencia social; pero las instituciones creadas lo son a veces para el solo beneficio de una provincia o municipio determinado.

Por otra parte, la iniciativa privada, que desempeña un papel muy importante, ha aportado valiosas contribuciones que vienen a suplir y complementar las actividades que desarrollan las instituciones públicas, sobre todo en los campos de la hospitalización y médicosociales.

Los servicios descentralizados se hallan organizados, por lo general, sobre bases provinciales. En cada provincia se encuentran los siguientes: (a) una inspección sanitaria (en Brabante hay dos), a la que se hallan adscritos uno o más inspectores de sanidad autorizados para ejercer como médicos, cirujanos y parteros poseedores de títulos de higienistas, y cierto número de enfermeras visitadoras instructoras en higiene; (b) una inspección

²⁴ Documento de trabajo inédito OMS/ASP/Grupo de Trabajo/7

general de abastos; (c) una inspección de carnes; y (d) una inspección de farmacias. En Bruselas y en Amberes hay también servicios de sanidad marítima, de fronteras terrestres y de aeropuertos encargados de la aplicación de las diferentes convenciones internacionales y de la protección sanitaria fronteriza. Hay dos médicos higienistas adscritos a estos servicios en calidad de inspectores.

La higiene social se halla bajo la jurisdicción de otra Dirección General incorporada al Ministerio de Salud Pública y de la Familia, y en este aspecto las actividades están igualmente centralizadas y descentralizadas. Los servicios centralizados comprenden una dirección de las actividades médicosociales; una inspección de las escuelas de enfermeras; un servicio de estadística nosológica y la inspección médica de las instituciones para enfermos mentales. Los descentralizados comprenden, por ejemplo, el servicio de administración sanitaria que tiene a su cargo, además de otras actividades, la de inspección médica de los funcionarios públicos y del funcionamiento de la medicina forense. Los servicios de bienestar social, asistencia familiar y vivienda se hallan agrupados bajo una sola dirección general.

El control sanitario de los trabajadores comprende el examen previo a la admisión para cualquier ocupación; la supervisión médica de los adolescentes y los reconocimientos durante el proceso de investigación de las enfermedades específicamente profesionales. El objetivo de esta última actividad es obvio. Su aspecto médico, junto con el de la supervisión económica y social llevada a cabo para el control de la salud del trabajador, se definen claramente en las disposiciones de la Orden de 18 de octubre de 1945 que crea el referido servicio.

Todos los individuos cualquiera que sea su edad, ocupados en trabajos que los exponen a contraer alguna enfermedad de tipo profesional, se hallan obligados a someterse a examen médico para el mencionado proceso de investigación. La periodicidad de los exámenes se determina en cada caso concreto en relación con la naturaleza de la enfermedad a que se halla expuesto el trabajador y al riesgo de contraerla. En la actualidad los reconocimientos se llevan a cabo en relación con las siguientes enfermedades: saturnismo, hidrargirismo, arsenismo, intoxicaciones por el cadmio, flúor, manganeso, fósforo blanco, el berilio, el bisulfuro de carbono y los carbohidratos aromáticos y grasos; para las dermatosis provocadas por los compuestos de cromo, por maderas exóticas, por la anilina y sus derivados, por el alquitrán, por las resinas y sus derivados y por alcaloides vegetales; para trastornos epiteliales de la epidermis causados por resinas, por el alquitrán de hulla, por aceites minerales y bituminosos, y para las afecciones producidas por las radiaciones del radio, rayos X y rayos ultravioletas y para las pneumoconiosis.

El examen médico de los obreros se realiza a expensas de la empresa, que lo confía a médicos generales o a institutos médicos libremente elegidos por ella. En realidad, este servicio lo prestan todos los cuerpos médicos del país. La inspección médica del trabajo se limita por tanto a asegurarse de la buena organización y funcionamiento de dicho servicio.

De conformidad con los preceptos reglamentarios, se puede obligar a los gerentes de las empresas a que pongan a disposición de los trabajadores, sometidos al riesgo de ciertas enfermedades o accidentes o que ejecutan trabajos especialmente antihigiénicos, los medios necesarios para la protección de su salud.

Estados Unidos de América

Históricamente, la mayor parte de la tarea que implica el cuidado de la salud ha sido llevada a cabo en este país por el médico particular, afirmación que es aplicable también actualmente a un gran número de países. El desenvolvimiento del sistema de seguro contra enfermedad y de otros procedimientos para subvenir a los servicios médico-sanitarios, apenas si han hecho más, frecuentemente, que cambiar el sistema de pago. Las autoridades sanitarias de los Estados Unidos, reconociendo la posibilidad de que continúe dicho estado de cosas, han venido investigando y desarrollando durante mucho tiempo relaciones complementarias por medio de las cuales la autoridad pública proporciona ciertas instalaciones y servicios. Estos tienden a ser los que se hallan más allá del alcance de los médicos particulares, o los que, por razones económicas o de otra naturaleza, no es probable que busque el individuo. La norma para el control de las enfermedades transmisibles comprende, por ejemplo, la provisión de sustancias inmunizantes a los médicos particulares, así como su aplicación por organismos sanitarios oficiales. Debido al creciente aumento de las enfermedades crónicas, las autoridades públicas desarrollan programas de investigación para descubrir la presencia de nuevos casos, que son sometidos después al cuidado de los médicos particulares para su atención. Esto supone, entre otras cosas, la extensión de los servicios públicos de laboratorio más allá de sus primitivos límites, que se reducían al diagnóstico de la enfermedad infecciosa y a los análisis con fines sanitarios. De este modo, tanto la organización de salud pública como el médico particular desempeñan el papel que les corresponde en el plan general.

Un arreglo un tanto parecido existe entre los organismos públicos y las instituciones privadas. Los hospitales voluntarios continúan desempeñando un papel principal en el cuadro general del cuidado de la salud. Por otra parte, el Gobierno proporciona los fondos para su construcción y fija las normas fundamentales de su funcionamiento. Al mismo tiempo, desde hace muchos años existen hospitales públicos para la atención de las en-

fermedades crónicas, y su instalación sigue en aumento. Tanto en lo que se refiere al cuidado médico como a la hospitalización, sin embargo, se está gradualmente extendiendo el papel de la autoridad pública en respuesta a las necesidades, siempre en aumento.

Francia

Desde los tiempos de Napoleón I la estructura de la administración sanitaria en Francia se halla basada fundamentalmente en la división política del país en 90 departamentos. De un departamento a otro el promedio de población varía de 400,000 a 500,000 habitantes. Un prefecto representa al gobierno central y debe rendir informe a un consejo departamental elegido por sufragio directo. Este consejo aprueba el presupuesto local, en el que han de incluirse los gastos de sanidad del departamento. El Estado y los ayuntamientos contribuyen en partes proporcionales a los mismos, y su contribución varía considerablemente de acuerdo con los ingresos medios per cápita de cada departamento.

En cada departamento hay un funcionario médico designado por el Ministro de Salud Pública y Población, que se encarga de los servicios sanitarios, actuando bajo la autoridad administrativa del prefecto. Técnicamente, se halla bajo la supervisión del Ministerio y de sus representantes, que se conocen con el nombre de "inspectores generales".

El director de los servicios sanitarios de cada departamento es auxiliado generalmente por uno o dos funcionarios médicos, de los cuales uno actúa como delegado, y por una enfermera de salud pública jefe. En la mayoría de los departamentos franceses las enfermeras sanitarias de distrito son contratadas localmente y deben estar en posesión del título de trabajadoras sociales (diplôme d'assistante sociale). En la actualidad se están adoptando medidas para proveer a cada departamento de un médico sanitario, pero no han sido todavía cubiertas las plazas debido a las dificultades que presenta el encontrar personal adecuado. La administración local es también la que provee de funcionarios administrativos al director de salubridad.

En todas las ciudades de 100,000 ó más habitantes, el alcalde designa un funcionario médico a tiempo completo, eligiéndolo de entre una lista de solicitantes aprobados previamente por la autoridad central. Dicho funcionario trabaja bajo la supervisión técnica del director de salubridad del departamento, y es primordialmente responsable del control de las enfermedades transmisibles, del servicio de inmunización y del saneamiento del medio, de la ciudad. El control de la tuberculosis y de las enfermedades venéreas, así como los servicios de protección y de asistencia maternoinfantil dependen directamente del director de salud pública del departamento, sea cual fuere el tamaño de la población.

El servicio de higiene escolar está organizado y dirigido por médicos dedicados a tiempo completo a dicha labor, nombrados por el Ministerio de Educación nacional. Los médicos escolares deben trabajar en estrecha cooperación con todos los funcionarios locales de sanidad dependientes del director de salud pública del departamento.

Finalmente, en varios países en los que se presta ayuda pública, federal o nacional a una colectividad local, se han adoptado medidas para la presentación periódica de presupuestos que muestren la distribución total de los gastos, junto con un plan general de las actividades a desarrollar. Los departamentos de salubridad locales rinden también cuenta de sus erogaciones y presentan informes de los servicios y labores efectuados, si bien esa información tiene por objeto la orientación, inventario y planificación futuros.

Nota Final

{x En el presente informe, se ha intentado tratar, aunque de modo general, algunos de los diferentes problemas con cuya solución se enfrenta la administración sanitaria en diversos países. Pero son muchos los que quedan por considerar todavía y otros apenas si se han estudiado muy superficialmente. Las tendencias actuales en el desenvolvimiento de la asistencia sanitaria no favorecen el fraccionamiento de la administración sanitaria. También es cierto que el individuo facultativamente adiestrado tendrá que asumir una responsabilidad mayor en las funciones administrativas generales. Entre los asuntos que merecen nueva consideración se encuentran los relativos al detalle de la organización y financiamiento de los programas de sanidad para hacer frente a las necesidades del público en diferentes colectividades y en diversos países.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TÉCNICOS

(Ediciones en español)

	Número	Fecha
No. 24 Enfermería, Comité de Expertos en, Informe de la Primera Reunión Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	259	Octubre 1951
No. 10 Sancamiento Ambiental, Comité de Expertos en, Informe de la Primera Reunión Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	263	Mayo 1952
No. 30 Higiene Escolar, Servicio de, Comité de Expertos en, Informe de la Primera Reunión Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	265	Noviembre 1952
No. 22 Educación Profesional y Técnica del Personal Mé- dico y Auxiliar, Comité de Expertos en, Informe de la Primera Reunión Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	266	Diciembre 1952
No. 31 Higiene Mental, Comité de Expertos en, Informe de la Segunda Reunión Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	267	Diciembre 1952
No. 42 Higiene Mental, Comité de Expertos en, Subcomité de Alcoholismo Informe de la Primera Reunión Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	1*	Julio 1953
No. 41 Reglamento Sanitario Internacional Reglamento No. 2 de la OMS Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	2*	Agosto 1953
No. 9 Higiene Mental, Comité de Expertos en, Informe de la Primera Reunión Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	4*	Octubre 1953
No. 53 Estadísticas Sanitarias, Comité de Expertos en, Tercer Informe Publicación de la Oficina Sanitaria Paname- ricana	5*	Noviembre 1953
No. 55 Administración Sanitaria, Comité de Expertos en Primer Informe Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	6*	Diciembre 1953

* Corresponde a la nueva numeración de la serie de Publicaciones Científicas.