

- 3) Asistencia a los servicios nacionales de salud en la planificación, ejecución y evaluación de programas, etc.
  - a) Fortalecimiento de los servicios de asesoramiento y programas existentes
  - b) Intercambio de conocimientos y experiencias por medio de la organización de seminarios regionales
- 4) Adiestramiento y enseñanza
  - a) En el INCAP, el IANC y otras instituciones
  - b) Becas
  - c) Subvenciones para la celebración de cursos y seminarios
  - d) Servicios de asesoramiento
- 5) Publicaciones y material docente
  - a) Preparación de libros de texto
  - b) Traducciones
  - c) Diapositivas y otro material didáctico (por conducto del INCAP, el IANC y el centro de recopilación de datos)
  - d) Establecimiento de un depósito central de material docente
- 6) Investigaciones aplicadas
  - a) Servicios de asesoramiento para la planificación y coordinación
  - b) Subvenciones

## PLANES NACIONALES DE SALUD

Si bien el análisis de la situación en función de los objetivos de Punta del Este, en materia de planificación de la salud, revela que existen problemas críticos que deben ser superados para asegurar el progresivo perfeccionamiento e irreversibilidad del proceso de planificación, los países de las Américas continúan explorando nuevas técnicas y métodos de análisis de los problemas con el propósito de medir sistemáticamente las necesidades conforme a su orden de prioridad de tal manera que se atiendan mejor las necesidades actuales y se desarrollen mejor los servicios futuros.

No obstante, el análisis de la evolución de la situación del sector salud indica inequívocamente que en todos los casos, no importa el grado de imperfección o éxito alcanzado en la planificación del sector salud, la formulación y puesta en práctica de los planes ha constituido en todos los países un instrumento de cambio positivo.

Un resultado importante del proceso de planificación de la salud se refleja en el aumento de servicios logrados a base de los fondos asignados al sector de la salud, y la estrecha relación que existe entre los diversos subsectores. También es cada vez más evidente el empleo de personas competentes en

la administración y organización científica para mejorar la calidad de los servicios existentes y llevar a cabo los planes de salud.

La distribución de los recursos no alcanza a llenar las necesidades mínimas de salud y, sin embargo, en 10 países con una población total de 30 millones de habitantes se contaba con 2,023 unidades que prestaban atención de consulta externa, o sea una unidad por cada 15,000 personas. Durante 1967 se terminaron de construir 117 nuevas unidades que representan un incremento del 8%, y en muchos países existen planes de aumentar el número de unidades de salud, particularmente en las zonas rurales, donde se necesitan con urgencia.

A pesar de que la ausencia parcial o total de programación de sistemas hospitalarios de algunos países ha tenido como resultado la mala distribución de recursos, el número de camas de hospital ha aumentado gradualmente en Latinoamérica de 685,000 en 1960 a 764,000 en 1964 y 776,000 en 1966. Las razones de camas con respecto a la población han permanecido al mismo nivel durante esos seis años: 3.2 por 1,000 habitantes. Las camas en hospitales que proveen atención de enfermedades de corta duración—enfermedades infecciosas agudas, materni-

dades y hospitales pediátricos—han aumentado de 452,000 en 1960, a 590,000 en 1966, mientras que el número de camas en hospitales especializados—tuberculosis y enfermedades mentales—ha disminuido.

Siguiendo los acuerdos consignados en la Carta de Punta del Este, la Oficina Sanitaria Panamericana ha promovido sistemáticamente, desde 1962, el proceso de planificación de la salud integrado en el proceso del desarrollo económico y social cuyo resultado se refleja en el hecho de que siete países tienen planes de salud en ejecución, otros nueve han comenzado este proceso y 10 países más han manifestado su decisión de iniciarlos a corto plazo. Asimismo se han hecho mayores esfuerzos en materia de capacitación de personal mediante la enseñanza ofrecida en el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, en Santiago, Chile; el curso ofrecido en la Universidad Johns Hopkins, de Baltimore, Maryland, E.U.A.; cursos ofrecidos en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Panamá, Paraguay, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela; otros organizados en la Universidad de las Indias Occidentales, en Jamaica y en Trinidad y Tabago; en la Escuela de Medicina Aeroespacial de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, en San Antonio, Texas, y otros organizados por la Cruz Roja Canadiense, en Ottawa, Canadá.

Por otra parte, los Gobiernos de las Américas han concentrado sus esfuerzos para organizar servicios generales de salud capaces de poner al alcance de los habitantes los beneficios de la técnica sanitaria moderna. Varios programas de carácter experimental y demostrativo, llevados a cabo con la asesoría de la OPS/OMS y la ayuda del UNICEF, sirvieron de marco de referencia para comprobar la efectividad de los servicios generales de salud como instrumento básico de la materialización de las acciones de los programas nacionales.

Para 1961 existían 16 proyectos para el desarrollo de servicios generales de salud en

igual número de países. En 1965 el número ascendió a 31 en 27 países y territorios. En 20 países se contaba con proyectos de alcance nacional que incluían la programación de actividades y coordinación de esfuerzos de los niveles centrales, intermedios y locales de los servicios generales de salud.

A fines de 1967, la OPS/OMS colaboraba en un total de 41 proyectos para el desarrollo de servicios generales de salud en 27 países y territorios. Diecinueve eran de alcance nacional y entre ellos algunos tenían propósitos identificables con los de los planes nacionales de salud.

La OPS ha venido estudiando, asimismo, el problema de la formación de personal para la administración de servicios médicos a través de una serie de reuniones hasta llegar a definir una política al respecto. De ahí que se convocó un simposio en Medellín, Colombia, donde se confrontaron las necesidades de personal administrativo, reconocidas por la práctica de administración de servicios, con las posibilidades de reorientación de los cursos de administración de servicios médicos y de administración hospitalaria, a fin de darles un contenido adecuado y ampliarlos a las distintas disciplinas que participan en la administración hospitalaria.

### El proceso de planificación

La experiencia demuestra que la formulación de una política es condición necesaria para el desarrollo de un proceso de planificación de la salud. Esta política debe a) estar informada por el análisis de la situación sectorial y sus tendencias más probables; b) estar regida por los requisitos que el plan de desarrollo económico y social impone al sector; c) resumir la expresión de la voluntad de cambio en cuanto a niveles y estructuras de salud y en cuanto a la movilización de los recursos necesarios para lograr ese cambio, y d) ser confrontada con una estimación de la capacidad operativa del sistema sectorial para poder realizar el cambio deseado.

Sin embargo, un plan de salud no puede

pretender alcanzar la realización de sus metas si no define los programas básicos de desarrollo de la infraestructura sectorial lo suficiente como para asegurar la implementación de sus proyectos y programas de inversión de servicios, en la dirección, cuantía y velocidad fijadas.

El proceso de planificación debe ser diseñado según el plan que traslada el énfasis de la planificación nacional a la regional, tal como fue expresado por los Presidentes en la Reunión de Punta del Este en 1967, estableciendo líneas de investigación sistemática y continua, y trasladando recursos hacia el campo de la investigación. De ahí que surja la necesidad de continuar la formación y capacitación del personal no sólo para manejar instrumental técnico específico, sino también para integrar el sistema administrativo responsable de la preservación y mejora de la salud de los pueblos.

La reciente creación del Centro Panamericano de Planificación de la Salud constituye una respuesta eficiente de los países a la necesidad de solucionar estos dos aspectos fundamentales.

Es del mayor interés destacar que hay algunos países que comienzan a pensar en un "sistema nacional de salud" como instrumento adecuado para extender la cobertura de los servicios de atención médica. Es de notar a este respecto que de la población total de Costa Rica, 504,773 habitantes (33.97%) reciben servicios médicos del seguro social; 7,765,035 (18.19%) en México; en Venezuela 1,373,292 (15.39%) y en Panamá 168,315 (13.08%).

Los programas de coordinación institucional a nivel central establecen una articulación del sector salud que es altamente recomendable para que el sistema funcione en el ámbito nacional. Sin embargo, es menester que esta coordinación de las autoridades centrales se proyecte hacia los niveles intermedios y locales si se han de satisfacer las aspiraciones de la comunidad.

## Mejoramiento de los servicios generales de salud

El fin de los servicios generales de salud es poner al alcance del mayor número posible de habitantes los beneficios de la ciencia sanitaria moderna, para lo cual se requieren diversas categorías de funcionarios técnicos dentro de los campos de la medicina, ingeniería, ciencias sociales y la administración pública.

El extender la cobertura de los servicios generales de salud y fortalecer sus actuales estructuras constituyen las dos medidas prioritarias que se lograrán con la aceptación previa de una política de salud cuyos lineamientos determinen la coordinación o integración de los organismos de estado que tienen la mayor responsabilidad y que prestan el mayor volumen de las atenciones a la salud en un país. De ahí la urgente necesidad de diseñar esquemas que hagan viable el uso de todos los recursos gubernamentales en forma concertada en el campo de la salud.

## Mejoramiento de la atención médica

La demanda creciente de los países para recibir asistencia técnica en el campo de planificación y administración hospitalaria obliga a revisar las circunstancias y características generales que presenta actualmente el problema hospitalario en la región. Es recomendable, por lo tanto, llevar a cabo la investigación operacional necesaria a fin de darle a los hospitales del futuro una gran flexibilidad compatible con los rápidos cambios de la tecnología médica y con la proyección comunitaria de la acción del hospital.

Las instituciones de seguridad social cuyos capitales forman parte del sector público descentralizado tienen un importante papel que jugar en el financiamiento de los programas de construcciones hospitalarias. Instituciones internacionales se han interesado por ayudar en la construcción, ampliación y modernización de hospitales con la sola condición de que "los hospitales propuestos constituyan un componente importante de un programa

integral de salud del país o contengan un elemento esencial de un programa de enseñanza médica encaminada a formar los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de un plan nacional de salud". Asimismo se aboga por la organización de servicios de mantenimiento de instalaciones y de equipos hospitalarios como única manera de defender el capital invertido y además subrayar la necesidad de aplicar medidas de higiene ambiental y de seguridad en el trabajo que transforme el hospital en un ejemplo de organización sanitaria donde se ha de formar personal afin.

El rápido avance de la ciencia y la tecnología está obligando a los países en vías de desarrollo a tomar medidas urgentes para mantener el ritmo de progreso que les permita prestar servicios de calidad técnica compatible con los avances de la medicina moderna. El perfeccionamiento de la calidad técnica redundará en una mayor tranquilidad del paciente, una mayor satisfacción profesional y una mejor distribución de trabajo entre profesionales de distintas categorías: médicos, enfermeras, administradores y personal auxiliar.

Uno de los proyectos específicos destinado a elevar el nivel de la calidad de los servicios es la instalación de unidades de cuidado intensivo en hospitales docentes a fin de que los futuros médicos y enfermeras tengan una oportunidad de ver la aplicación de técnicas modernas de diagnóstico y tratamiento. Igualmente, el mejoramiento de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento—laboratorio, banco de sangre, anestesiología, radiología—contribuye en forma importante a mejorar la calidad de las prestaciones hospitalarias, y, además, a elevar el nivel de rendimiento.

La complejidad de las funciones de un hospital moderno exige un equipo multidisciplinario responsable del manejo ejecutivo de sus distintos departamentos y su supervisión por lo general se delega en el médico como mejor conocedor del proceso de salud y enfermedad.

En cierto modo, el hospital es una representación de la administración del gobierno local que además debe proporcionar las condiciones necesarias para la atención médica de alta calidad científica, las facilidades para la educación y adiestramiento de profesionales y técnicos y las condiciones adecuadas para la investigación.

Dada la variedad de responsabilidades relacionadas con la administración de un hospital, la V Reunión de Directores de Escuelas de Salud Pública reconoció como principio general, que todo médico debe tener conocimientos básicos de administración hospitalaria, y por ende corresponde incluir nociones de la administración en el programa de las escuelas de medicina, específicamente en el plan de estudio de los departamentos de medicina preventiva y social.

De acuerdo con estas líneas generales la formación profesional debería comprender, entre otras cosas:

a) La promoción de la enseñanza de principios administrativos o residencia, para darle al estudiante de medicina los conocimientos básicos de administración con los cuales podrá colaborar mejor donde le corresponda actuar durante el ejercicio profesional futuro.

b) La organización de cursos para el médico especialista, en los cuales la planificación debe constituir una disciplina básica y la administración hospitalaria una especialización, y, simultáneamente, la promoción de la investigación administrativa y operacional como base del proceso docente.

c) La creación de cursos especiales en las escuelas de salud pública o en otros institutos apropiados para la formación de personal directivo del servicio de enfermería, departamentos de dietética, ingeniería hospitalaria, suministros, estadísticas, etc.

#### **Coordinación en el otorgamiento de las prestaciones**

La integración de funciones preventivas y curativas constituye uno de los principios éticos de la profesión médica que se ha venido aplicando en el ejercicio privado de la profesión. Los consejos higiénicos y alimentarios al enfermo y a su familia, las vacunas,

los exámenes dirigidos a detectar enfermedades ignoradas, son labores todas de carácter preventivo que el médico tradicionalmente desempeña junto con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Por lo tanto la Primera Reunión de Ministros declaró que "la doctrina de la integración no admite separación entre prevención y curación", es decir, que "existe una dependencia mutua entre la medicina individual y colectiva".

### TASA DE SUICIDIO DE MEDICOS EN LOS ESTADOS UNIDOS

Según los resultados de un estudio realizado por el Dr. Paul H. Blachly, Profesor Adjunto de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregon, E.U.A., las tasas de suicidio entre los médicos variaban de 10 por 100,000 en los pediatras (ligeramente inferior a la tasa nacional de 10.9) a 61 por 100,000 en los psiquiatras. La edad media de médicos suicidas fue de 48.8 años. El estudio se basó en la sección de noticias de fallecimientos publicada en el *Journal of the American Medical Association*, órgano que a partir de su número de mayo de 1965 incluyó en esa sección las noticias de decesos por suicidio de miembros de la profesión. Se tomó en cuenta para el estudio las noticias publicadas durante un período de 128 semanas a partir de la fecha mencionada. En ese período se registraron 249 suicidios comprobados y 56 fallecimientos cuya causa pudo ser suicidio. Comparativamente el suicidio produjo más defunciones que las causadas por accidentes aéreos y de vehículos de motor, ahogamiento por inmersión y homicidio considerados todos ellos en conjunto. De los médicos que se suicidaron, 6.5% eran mujeres, mientras que con respecto a la tasa de defunción de médicos por todas las causas, las mujeres sólo representaban un 3.6 por ciento. En la primera etapa del estudio se enviaron cuestionarios a los parientes más cercanos de los médicos fallecidos por suicidio, con lo que se comprobó que:

Es, pues, menester modificar los planes de estudio en las escuelas de medicina, para unificar la enseñanza de la medicina preventiva con la medicina clínica: programa que ya está en marcha en la mayoría de las escuelas de medicina del Continente. (Organización Panamericana de la Salud: Documento REMSA/9; *Informe Anual del Director, 1967*, Documento Oficial 86; y *Hechos que revelan progreso en salud*, Publicación Científica 166, 1968.)

- El 55% tenían hijos pequeños.
- La mayoría estaban bien preparados para ejercer su profesión pero sólo el 61% se consideraban bien establecidos en ella.
- El 39% consideraban que su situación económica era inadecuada.
- El 38% gozaban de buena salud, el 51% sufrían trastornos de poca importancia, el 9% padecían alguna enfermedad grave y el 2% padecían alguna enfermedad mortal.
- Ninguno de ellos parecía gozar de buena salud mental: se recogieron indicaciones de que el 75% se hallaban deprimidos o turbados.
- En un 36% no había antecedentes de tratamiento psiquiátrico. De los demás, el 38% se habían sometido a tratamiento de esa clase y un 26% se hallaban en tratamiento a su fallecimiento.
- Al 39% se le atribuyó beber con exceso o ser alcohólicos; de hecho, un 19% bebían al tiempo de su muerte.

La incapacidad de superar la dependencia de drogas y la crítica de colegas encabezó la lista de causas de ansiedad, seguidas por fallecimiento de algún familiar y fracaso en los negocios.

El autor del estudio menciona dos problemas específicos del médico que pueden contribuir al suicidio: 1) en condición de paciente, el médico es tratado con precaución especial que a menudo suele ir en detrimento suyo y 2) el 40% de los médicos suicidas