

LA ASISTENCIA MÉDICA EN UN PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

En su última reunión celebrada en Nueva York del 3 al 5 de octubre de 1944, la Asociación Americana de Salud Pública aprobó con ciertas modificaciones el informe* preparado por la Subcomisión de Asistencia Médica de su Comisión de Práctica Administrativa.

En la preparación de este informe se tomaron en cuenta los siguientes puntos: (a) La necesidad de un plan nacional de asistencia médica; (b) los objetivos del mismo; y (c) recomendaciones en cuanto a acción inmediata.

LAS NECESIDADES

(1) Una gran parte de la población recibe insuficiente e inadecuada asistencia médica, principalmente debido a que las personas no pueden sufragar a base de pago individual el costo de los servicios cuando los necesitan, o a no tener a mano esos servicios.

(2) Existen decididas deficiencias en las instalaciones físicas que se necesitan para facilitar servicios bastante adecuados, comprendiendo hospitales, centros de salud y laboratorios. Las necesidades son más agudas en las colectividades pobres, en los distritos rurales y en las zonas urbanas en las que la población ha acrecentado rápidamente, o en las que la creación de recursos ha sido dejada al azar, o el apoyo económico, inadecuado.

(3) Existen grandes deficiencias en el número y distribución del personal necesario para facilitar dichos servicios, y aquí de nuevo las necesidades varían según los tipos del personal y de las distintas localidades.

(4) Existen grandes deficiencias en el número y tipos del personal idóneo necesario para administrar los recursos y servicios mencionados.

(5) Muchas localidades todavía no cuentan con departamentos de sanidad pública, y otras los mantienen en forma inadecuada; por lo cual algunas de ellas jamás han utilizado la labor sanitaria organizada a fin de menguar el gravamen de la enfermedad, y otras reciben los beneficios de la misma sólo parcialmente. En estas localidades, principalmente, se carece de información sobre los beneficios de la moderna asistencia médica.

(6) Necesitase con urgencia una expansión de la investigación científica, pues a pesar de los adelantos científicos pasados y actuales todavía nos faltan conocimientos relativos a la prevención, dominio o curación de muchas enfermedades.

Cada uno de los seis puntos enumerados más arriba puede subdividirse en muchas partes componentes que representen necesidades específicas, pero en general las soluciones de esos grandes problemas

* Tomado del *Am. Jour. Pub. Health*, 984, sbre. 1944.

exigen un ataque simultáneo por cuatro frentes, a saber: distribución del costo; construcción de las instalaciones necesarias; preparación del personal; y expansión de los conocimientos.

LOS OBJETIVOS

(1) Un plan nacional de asistencia médica debe poner al alcance de la población todos los esenciales servicios preventivos, diagnósticos y curativos.

(2) Ese plan debe asegurar que los servicios facilitados sean de calidad máxima y que se presten en condiciones satisfactorias, tanto para el público como para las profesiones.

(3) Dicho plan debe comprender una constante justipreciación de las prácticas seguidas y difusión de los conocimientos científicos.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones presentadas en este informe representan guías o jalones para la formulación de una política de acción, creyéndose que el estudio de las mismas por las distintas profesiones y otros interesados, producirá nuevas y más específicas recomendaciones en cuanto a la obtención de los objetivos de un plan nacional de salud.

(1) Los Servicios.

(a) Un plan nacional debe proponerse facilitar servicios comprensivos para todo el pueblo de todas las zonas del país. A la luz de los conocimientos actuales esos servicios deben comprender asistencia hospitalaria, servicios médicos (médicos generales y especialistas), servicios complementarios de laboratorio y de diagnóstico, enfermería, servicios dentales esenciales y las medicinas y aparatos que se receten. Esos pormenores deben continuar siendo susceptibles de alteración, conforme a los cambios en los conocimientos, prácticas y la organización de los servicios.

Debido a ser todavía inadecuados el personal y los medios, no puede alcanzarse dicha meta en seguida, pero sí en un término de 10 años. Al principio deben facilitarse para la nación en conjunto la mayor parte de dichos servicios que sea posible, tomando en cuenta los recursos, el personal y las instalaciones materiales en ciertas localidades. La escala del servicio debe extenderse con la mayor rapidez posible, acelerándola por medio de disposiciones dedicadas a conseguir la preparación del personal necesario y la creación de nuevas instalaciones y de organizaciones.

(b) Es imperativo que el plan comprenda y preconice el suministro de servicios preventivos para toda la población. Estos servicios comprenden higiene maternal e infantil, higiene escolar, control de las enfermedades transmisibles, disposiciones especiales con respecto a la tuberculosis, los males venéreos y otras enfermedades prevenibles, diagnóstico de laboratorio, nutrición, educación sanitaria, biodemografía, y otras funciones aceptadas de los organismos sanitarios que hoy día sólo se facilitan para parte de la población.

(c) Hasta donde sea compatible con los requisitos de un plan nacional, los estados y localidades deben gozar de amplia latitud para adaptar sus servicios y métodos de administración a las necesidades y condiciones locales.

(2) Financiación de los Servicios.

(a) Los servicios deben ser sostenidos adecuada y sólidamente por medio del seguro social, complementado por impuestos generales, o solamente por medio de impuestos generales. El sostenimiento exclusivo por el seguro social daría por resultado la exclusión de ciertos grupos económicos, y podría posiblemente excluir ciertos segmentos ocupacionales de la población.

(b) Los servicios deben ser sostenidos sobre una base nacional, de acuerdo con la capacidad económica con participación Federal y Estatal y bajo condiciones que permitan al Gobierno Federal nivelar el gravamen del costo entre los distintos estados.

(3) Organización y Administración de los Servicios.

(a) Un solo organismo responsable constituye un requisito fundamental para la administración eficaz a todos los niveles: federal, estatal y local. Los organismos sanitarios—federales, estatales y locales—deben hacerse cargo de las principales obligaciones en lo relativo a la administración de los servicios de sanidad del futuro, pues por virtud de su experiencia administrativa y la responsabilidad inherente al desempeño de una encomienda pública, disfrutan de una capacidad única entre los organismos públicos para abordar mayores obligaciones y de desempeñar con integridad y competencia sus deberes hacia el público. Los actuales organismos sanitarios, tal como se hallan constituidos hoy día, tal vez no estén en aptitud ni debidamente constituidos y organizados en todos los casos para hacerse cargo de todas las tareas administrativas que impone un servicio sanitario nacional expandido. Sin embargo, los funcionarios sanitarios deben ir pensando en la forma de desempeñar esas nuevas obligaciones mayores, preparándose para ello a sí mismos y también a sus subalternos. Esta preparación debe emprenderse ahora mismo porque cuando el público se ponga a considerar a quién deben encomendarse las obligaciones administrativas, se gobernará en gran parte por la capacidad para esas funciones que hayan desplegado los funcionarios de salud pública, y por la iniciativa que hayan mostrado preparándose para dicha tarea.

(b) El organismo facultado para administrar dicho programa debe contar con el consejo y asesoramiento de un cuerpo que represente las profesiones, otros focos de servicios y los beneficiarios de los servicios.

(c) Los médicos particulares de cualquier zona administrativa local deben ser pagados conforme al método que prefieran, es decir, honorarios por servicio, cápita, salario o combinación de estos métodos. Ninguno de estos métodos es perfecto, pero llámase la atención sobre el hecho de que el sistema de honorarios por servicio no se adapta por sí solo para un sistema de mucha amplitud.

(d) El principio de la elección libre debe retenerse para la población y las profesiones.

(e) Instase a los departamentos de sanidad de los estados y a otros organismos sanitarios para que inicien estudios encaminados a determinar las zonas administrativas lógicas y prácticas que requiere un plan nacional de asistencia médica.

(4) Instalaciones Físicas.

(a) Ya junto con el desenvolvimiento de un plan dedicado a financiar y a administrar los servicios mencionados, o aun antes, hay que preparar un plan para la construcción de hospitales, centros de salud y otras instalaciones necesarias, incluso modernización y expansión de los medios ya disponibles. Ese plan debe basarse en subsidios federales a los estados y permitir la participación de los organismos, tanto voluntarios como públicos, con resguardos apropiados para asegurar el empleo económico y en escala colectiva de los fondos públicos. Debe recalcar la conveniencia de combinar las instalaciones hospitalarias con el alojamiento de los consultorios de los médicos, las clínicas y los departamentos de sanidad.

(b) La ayuda federal a los estados debe suministrarse sobre una base variable de participación bilateral, conforme a la situación económica de cada estado.

(c) Debido a su historia de experiencia y realización en este campo, el Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos debe administrar el plan de construcción en lo relativo al papel federal, en cooperación con los organismos federales que tienen a su cargo servicios sanitarios y construcciones.

(d) Los fondos disponibles conforme a este programa sólo serán concedidos si: (1) El organismo administrativo del estado ha estudiado las necesidades del estado en cuanto a hospitales, centros de salud e instalaciones similares, y redactado un plan integral para el desenvolvimiento de las instalaciones necesarias (tomando en cuenta las de los estados adyacentes); o de no existir tal plan estatal, si el proyecto se conforma a los estudios de las necesidades de construcción realizados por el Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos; (2) El proyecto dado propuesto se conforma al plan integral para el estado; sus planos y especificaciones en cuanto a arquitectura e ingeniería han sido aprobados por el organismo estatal y el Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, y hay bastantes garantías de que recibirá apoyo y mantenimiento de conformidad con pautas adecuadas.

(e) Instase a los departamentos estatales de sanidad a que lleven a cabo estudios encaminados a formular planes estatales para la construcción de los hospitales, centros de salud e instalaciones similares que se necesiten. Estos estudios deben realizarse en cooperación con los organismos oficiales de sanidad, con las asociaciones estatales de hospitales y otros grupos que posean conocimientos o intereses especiales en esa rama.

(5) Coordinación y Organización de los Organismos Oficiales de Sanidad.

(a) Las obras de los múltiples organismos nacionales, estatales y locales de sanidad deben coordinarse con los servicios suministrados por un plan nacional. No existe justificación funcional o administrativa para dividir los seres humanos

o las enfermedades en muchas categorías para ser atendidas por numerosas administraciones independientes. Es difícil reorganizar organismos o combinar obras y esto no puede ejecutarse a la carrera, por lo cual deben emprenderse sin tardanza estudios y conferencias al nivel federal así como en los estados y colectividades, en los que la organización sanitaria ya resulta innecesariamente compleja.

(b) Los gobiernos federal y estatales deben facilitar mayores subsidios para la extensión de una organización sanitaria adecuada a todas las zonas de todos los estados. Esos subsidios federales aumentados deben otorgarse a condición de que se establezcan en todas las zonas del estado dado servicios sanitarios que representen por lo menos cierto mínimo estipulado.

(6) Preparación y distribución del personal.

(a) Conforme a los recursos disponibles para el plan, deben tomarse disposiciones económicas para ayudar al personal profesional y técnico idóneo a obtener educación y adiestramiento perfeccionado.

(b) El plan debe permitir el estudio del empleo más eficaz del personal auxiliar (por ejemplo higienistas dentales, ayuda-enfermeras y técnicos), y debe facilitar ayuda económica para su preparación y utilización.

(c) Deben buscarse alicientes profesionales y económicos para alentar a los médicos, dentistas, enfermeros y otros, a ejercer su profesión en los distritos rurales. Deben implantarse con la mayor rapidez posible, planes que alienten la distribución lógica del personal, y en particular médicos, en vista de la próxima desmovilización de las fuerzas armadas. Esos planes deben integrarse con el sistema integral de servicios y el establecimiento de instalaciones físicas más adecuadas.

(7) Educación y Preparación de Personal Administrativo.

(a) Debe alentarse económica y técnicamente la educación y preparación de personal administrativo, sobre todo tratándose de personas que pueden servir como administradores del plan de asistencia médica, administradores de hospitales y de centros de salud y de enfermeras y supervisoras.

(b) Los departamentos estatales de sanidad deben utilizar los fondos de adiestramiento que ya hay disponibles para adiestrar su personal en técnicas, tales como la administración de servicios sanitarios y médicos y hospitales. Este plan de adiestramiento puede contribuir más que ninguna otra obra al futuro papel del organismo sanitario oficial. Como corolario llámase la atención de las escuelas de higiene sobre la importancia de establecer los cursos necesarios de adiestramiento.

(8) Expansión de la Investigación.

(a) Deben ponerse mayores fondos a la disposición del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos y de otros organismos gubernamentales (federales, estatales y locales) para investigación y para subsidios a instituciones no utilitarias para investigación básica de laboratorio y clínica, y para estudios y demostraciones administrativas destinados a mejorar la calidad y a aminorar el costo de los servicios.

(b) Los organismos de investigación y los que tienen a su cargo la concesión de subsidios deben ser secundados por competentes cuerpos

asesores profesionales, a fin de garantizar el empleo sabio y eficiente de los fondos públicos.

La Asociación Americana de Salud Pública, por conducto de su organización nacional y de sus sociedades constituyentes, está dispuesta a colaborar con los varios cuerpos profesionales y las organizaciones cívicas que estén interesadas, bien en el suministro o recibo de servicios médicos, con mira a implementar los anteriores principios generales.

La música como terapéutica.—El Consejo Nacional de Música de Estados Unidos, realizó recientemente una encuesta para averiguar hasta qué punto usan la música en los principales hospitales de enfermedades mentales y nerviosas, teniendo contestaciones de 209 instituciones. En 192 de ellas utilizan la música en una forma u otra, y el resto manifestó la imposibilidad de usarla debido a restricciones de guerra, razones económicas, o falta de personal o de medios. En 160 instituciones ejecutan programas artistas de paso, enfermos, coros de iglesias, bandas, etc. En 152 usan música en discos y solamente en 23 con fines terapéuticos y en 134 para ambas cosas: terapéutica y entretenimiento. La mayoría de los directores de instituciones están de acuerdo en que toda diversión musical es terapéutica en sí, considerando más eficaz la participación activa de los enfermos en los programas, que el ser meros oyentes. La ejecución en grupo desarrolla un espíritu de cooperación y camaradería y ayuda a los enfermos a vencer sus impedimentos. El personal psiquiátrico de uno de los hospitales cree que las disonancias y ruidos del "jazz", representan un factor perturbador para todos los tipos de enfermos. La música de banda, las canciones folklóricas y de los negros, ejercen un influjo calmante. Sin embargo, la música no es específica en el tratamiento de los desórdenes mentales y existe el peligro de que algunos enfermos la empleen para expresar y reforzar sus ideas extraviadas.—*Jour. Am. Med. Assn.*, 718, nbre. 11, 1944.

Patología del oriente ecuatoriano.—El Ministerio de Previsión Social del Ecuador en cooperación con el Instituto Anatómico de la Universidad Central, destacó una comisión científica sanitaria (jul.-agto. 1943) para realizar observaciones sobre la patología de la zona oriental del Ecuador en la Provincia de Napo-Pastaza, siguiendo el trayecto Papallacta, Baeza, Cotumbo, Archidona, Tena y Napo. La comisión encontró como dolencia más prevaliente el *paludismo*, que afecta más o menos a la mitad de los habitantes. El *pian* se encontró principalmente en Cotundo y Archidona: 36 positivos entre 757 examinados. Los *parásitos intestinales* son frecuentes, resultando positivos 143 (84.09%) de 169 exámenes y predominando el *trícocéfalo* 59.76%, el *anquilostoma* 48.52%, y el *ascáride* en 39.05%. El *bocio* se encontró en 182 (22.35%) de 856 indios examinados. Las *micosis* son numerosas, observándose además casos de reumatismo, tuberculosis y dermatosis parasitarias y un caso de pie de Madura. Como recomendaciones generales y conclusiones, la comisión presenta los siguientes puntos: (1) realización de medicina social mediante una campaña de educación sanitaria; (2) dotación de agua potable y canalización; (3) letrinas higiénicas; (4) e instalación de dispensarios permanentes provistos de un laboratorio completo.—ANTONIO SANTIANA, Y OTROS: *Prev. Soc.*, 56, sbre.-dbre. 1943.