

# LAS TENDENCIAS INTERNACIONALES EN LA ORGANIZACION Y ENSEÑANZA DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION DE LA SALUD\*

JOHN B. GRANT, M.D.

*De la Fundación Rockefeller y de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico*

La mayor parte de la población mundial vive en países todavía insuficientemente desarrollados. En el último decenio, muchos de estos países han orientado, en creciente medida, sus esfuerzos para convertirse en "estados" o países con orientación social en sus programas (*welfare states*), en los cuales el cuidado de la salud recibe especial atención. Los tres componentes principales de estos servicios son los siguientes: personal e instalaciones; organización para la distribución de los servicios de salud y financiamiento de los servicios. Los países o "estados" con orientación social presentan dos tendencias generales. La primera, a generalizar los servicios de protección de la salud, y la segunda, a la repercusión que la tendencia anterior tiene en el adiestramiento del personal sanitario profesional para que pueda servir con eficacia a la organización ya aludida. En la constitución de estos nuevos "estados" con organización social, el goce de los servicios de protección y cuidado de la salud se considera un derecho fundamental del ciudadano. Esto ha obligado a una reorganización radical, casi revolucionaria, de los sistemas hacia una mayor distribución de los servicios de protección de la salud.

El nuevo tipo de distribución general de los servicios de protección de la salud en estos nuevos estados con orientación social consiste en el establecimiento de centros locales de salud que ofrecen servicios curativos, preventivos y, en algunos casos, éstos combinados con los de asistencia social. Estos centros de salud están adscritos a hospitales donde se cuenta con servicios especializados que atienden aproximadamente a medio millón de personas, cifra que, en términos generales, constituye un área re-

gional. En ciertos casos, estos hospitales regionales pertenecen a instituciones dedicadas a la enseñanza y a la investigación médicas. El concepto de cooperación regional fue enunciado por primera vez en el "Dawson Report—1920"<sup>1</sup>. Muchos de los países industrialmente más avanzados han establecido dentro de una área geográfica dada, un sistema unitario de coordinación entre las agencias que rinden servicios de medicina curativa, medicina preventiva, salud pública y servicio social. Algunos de los datos bibliográficos más importantes sobre el particular aparecen anexos a este trabajo.

Este principio de coordinación se ha venido aplicando en los estados con orientación social más recientes. La eficaz distribución de los cuidados médicos permitirá, con el tiempo, la regionalización universal.

Conviene señalar, desde el punto de vista histórico, que el tipo de seguro de enfermedad iniciado por Bismarck estaba destinado especialmente a evitar el desarrollo del socialismo. Este tipo de servicios médicos, pagados por adelantado, progresó paralelamente al industrialismo, en particular en Europa Central y Occidental. La enseñanza médica, en la época de Bismarck, entraba en su segunda fase, durante la cual se agregaron a las ciencias clínicas las nuevas ciencias fundamentales recién constituidas, con objeto de alcanzar un mejor diagnóstico de la patología clínica. En los 70 años posteriores a Bismarck hubo un progreso asombroso de los conocimientos médicos, lo que, a su vez, ha tenido por resultado una superespecialización en la enseñanza de la medicina clínica. En el

<sup>1</sup> Gran Bretaña, Ministerio de Salud, Consejo Consultivo de Servicios Médicos y otros Servicios Afines: *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services*. Londres, H. M. Stationery Office, 1920.

\* Manuscrito recibido en octubre de 1958.

mismo período se realizaron también cambios sociales imprevistos. La aparición de estos estados con orientación social coincide con el comienzo de la tercera fase de evolución de los conocimientos médicos y de su enseñanza, i.e., la medicina social, basada en la idea de que la patología social es con frecuencia la causa inmediata de la patología clínica. El progreso en este campo del saber se aceleraría notablemente si las escuelas de medicina controlaran los servicios comunales de salud para fines de investigación y de enseñanza, de la misma manera que controlan ahora los servicios clínicos.

La mayoría de los nuevos estados con orientación social se enfrentan con una grave escasez de personal sanitario de todas las categorías. Aunque importante, este problema no lo es tanto como la queja general de que las instituciones docentes actuales, en particular las escuelas de medicina, no preparan el personal competente que necesitan los centros de salud. En consecuencia, las administraciones sanitarias se esfuerzan en hallar medios expeditos de orientación del estudiante a fin de remediar esta falta de preparación fundamental. La finalidad de la enseñanza de medicina debiera consistir en preparar médicos capacitados para ejercer la medicina general en su propia colectividad.

En los países de Asia, una gran parte del ejercicio de la medicina general consiste en prestar servicios en centros periféricos de salud y en administrarlos. El plan de estudios de medicina en estos países se basa en los de Estados Unidos y de Inglaterra y no está orientado hacia la satisfacción de las necesidades del servicio de protección de la salud en dichos países. Es cierto que la calidad de la enseñanza médica no debe salir perjudicada a causa de las necesidades apremiantes del servicio. No obstante, los estudios de medicina que no están orientados hacia la satisfacción de las necesidades locales no constituyen una "enseñanza de calidad" en el verdadero sentido de la expresión.

La solución de este problema no será fácil ni inmediata, sino que requerirá que se realicen ensayos sobre la ampliación de la buena enseñanza más allá de lo que se realiza en

las salas de los hospitales y de los dispensarios, es decir, en el seno de la propia colectividad. Las universidades han aceptado, desde hace mucho tiempo, el principio de que deben controlar sus servicios de enseñanza e investigaciones en sus hospitales y dispensarios o clínicas externas. Ahora deben extender el mismo principio al control de los servicios de la colectividad, tales como los "centros primarios de salud" y las "unidades sanitarias periféricas", en donde el practicante y el interno pueden disponer de medios para prepararse en los aspectos que se van convirtiendo, cada vez más, en la práctica general en su colectividad. Por desgracia, no hay todavía en ningún lugar del mundo un centro de salud que haya establecido normas mínimas para el servicio ni para el adiestramiento, similares a las que se dan ya por supuestas en hospitales y en las clínicas externas. La ampliación indicada del adiestramiento clínico del estudiante no se podrá llevar a cabo eficazmente en tanto no se elaboren las mencionadas normas mínimas para los centros de salud y no se acepten en cada país y estado.

El problema que se acaba de mencionar y la urgencia de encontrarle solución fueron reconocidos en una reciente reunión de un Comité de Expertos de la OMS sobre Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar<sup>2</sup>. Una de las recomendaciones formuladas por ese Comité fue que los centros docentes deberían proporcionar la manera de efectuar prácticas de campo en materia de salud pública, de igual modo que se proporciona enseñanza clínica y práctica en los planes de enseñanza médica, odontológica y de enfermería de los hospitales clínicos. Se señaló que estas actividades no se pueden llevar a cabo más que mediante instructores en salud pública debidamente capacitados y un plan de estudios de salud pública preparado de una manera minuciosa

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud: *The Foreign Student and Post-Graduate Public Health Courses* (Sixth Report of the Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel). Technical Report Series, 1959, 159.

para aplicarlo en los centros de salud de la colectividad dedicados a la enseñanza. Consideramos que las normas fundamentales de un centro de salud de la colectividad dedicado a la enseñanza deberían ser las siguientes:

1. Los centros de salud son las instituciones periféricas de la colectividad encargadas de los servicios de protección de la salud. Pueden desempeñar una o varias funciones de salud pública, servicios curativos o de asistencia social proporcionados a la colectividad y sostenidos, en general, mediante la imposición fiscal. Estos centros pueden constar de una o varias dependencias. De todas maneras, el centro debe estar orgánicamente unido a un centro regional que preste servicios a los centros periféricos y supervise sus funciones.

La colectividad que dispone de un centro de enseñanza debe ser representativa del conjunto de la población del estado. El área que abarque deberá ajustarse a una de las divisiones administrativas existentes, de suerte que los resultados de las instalaciones piloto puedan aplicarse fácilmente en otros lugares. La población de la región en que esté situado el centro debe ser lo suficientemente numerosa para que esté en condiciones de aprovechar los servicios de todo el personal técnico. Un epidemiólogo y un cirujano del tórax, con personal auxiliar competente, pueden atender a las necesidades habituales de una población de, por lo menos, 500.000 habitantes.

2. Los servicios facilitados por esos centros deberán ajustarse a las disposiciones legales del estado, el cual presupuestará las actividades de este servicio sobre una base estatal *per capita*.

3. Se deberá consultar a la universidad respecto al nombramiento de todo el personal, y cualquier miembro de éste transferido de la universidad al centro, deberá poseer conjuntamente nombramientos del departamento de sanidad y de la universidad, y viceversa. El director del centro ha de estar preparado desde el punto de vista profesional y docente para dirigir un centro de enseñanza y será responsable ante la universidad de las fun-

ciones docentes del centro. Si se trata de una persona nombrada por la universidad, responderá administrativamente de sus funciones ante el departamento de sanidad.

4. La universidad tiene derecho a nombrar personal para el centro y establecer los servicios que estime necesarios para una enseñanza e investigación satisfactorias, previa aprobación del departamento de sanidad. Sin embargo, la universidad se hará cargo de cualquier necesidad presupuestaria que no figure en el presupuesto antes mencionado.

5. El centro contará con un consejo consultivo integrado por representantes de la colectividad, de los servicios y de la universidad.

6. El centro de salud tendrá un consejo ejecutivo constituido por un representante de cada uno de sus principales campos de actividad. Las funciones de este consejo serán las de ocuparse de la marcha administrativa del centro y de la preparación de un presupuesto anual, que, a través del consejo consultivo, se transmitirá a la universidad y al departamento de sanidad.

7. La preparación de los procedimientos habituales y de los manuales de salud pública estará a cargo de los jefes de los campos de actividad correspondientes del departamento de salud pública de la universidad, y cuando se estime indicado, los manuales clínicos estarán a cargo de los jefes clínicos de medicina, cirugía, pediatría y obstetricia de la escuela de medicina. Lo mismo rige para el caso de que la seguridad social sea una de las funciones del centro y exista una escuela de asistencia social; de otro modo estas funciones incumben al departamento de bienestar social del gobierno estatal.

8. La universidad facilitará el número conveniente de instructores para los estudiantes del centro, de acuerdo con las normas establecidas y según el número de estudiantes y la materia de que se trate.

9. Se contará con los registros adecuados.

10. Es preferible que el centro de enseñanza se halle próximo al centro médico docente. Se dispondrá también de salas para seminarios y otros servicios de enseñanza, de

acuerdo con las actividades docentes que se lleven a cabo.

11. Asimismo, resultará provechoso para el centro establecer un laboratorio de planificación e investigación para la administración de los servicios regionales de protección de la salud.

Existe una necesidad imperiosa, sobre todo en los países menos desarrollados, de establecer un organismo que catalice conceptos o recomendaciones respecto a las necesidades de personal y de adiestramiento de las profesiones encargadas de proteger la salud. Tal vez el mecanismo más eficaz consista en una comisión mixta que represente a los ministerios de sanidad y de educación, en los casos en que las escuelas de medicina dependan de este último. Esta Comisión de Personal y Adiestramiento tendría una pequeña secre-

taría, pero su éxito dependería de la preparación y capacidad, en materia de enseñanza médica, de su secretario o director. Este organismo elaboraría los planes de educación teniendo en cuenta las necesidades de personal, y, al mismo tiempo, serviría de enlace, en materia de educación, entre la autoridad central y las instituciones de campo.

Los organismos internacionales interesados en el progreso de las escuelas de medicina, con el fin de preparar personal sanitario profesional en los países menos desarrollados deben colaborar en la creación, en cada país, de un centro médico cuyos planes de estudio se orienten de manera que permitan preparar al médico general para atender debidamente a las necesidades de su país en materia de medicina general.

#### BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Hospitales y Asociación Americana de Salud Pública: *Coordination of Hospitals and Health Departments; Joint Statement of Recommendations by the American Hospital Association and the American Public Health Association*. Am. Jour. Pub. Health, 38:700-708 (mayo) 1948.
- , Comisión de Atención Hospitalaria: *Hospital Care in the United States*. Nueva York, The Commonwealth Fund, 1947.
- Bridgman, R. F.: *Un Plan Français de Reorganisation Hospitalière*. Techniques Hospitalières, París, 10 y 11 (jul.-agto.) 1946.
- Commonwealth del Parlamento de Australia, Comité Mixto de Seguridad Social: *Sixth Interim Report*. Canberra, Commonwealth Government Printer, 1943.
- Dickinson, Frank G., y Bradley, Charles E.: *Medical Service Areas; Population, Square Miles and Primary Centers*. American Medical Association, Bureau of Medical Economic Research Bulletin 80 (incluye como suplemento un mapa del área del servicio médico), Chicago, The Association, 1951, 48 pp.
- Gran Bretaña: *Hospital Survey, The Hospital Services of London and Surrounding Area; Hospital Survey, The Hospital Services of Berks, Bucks, and Oxon; Hospital Survey, The Hospital Services of the Eastern Area; Hospital Survey, The Hospital Services of the South-Western Area; Hospital Survey, The Hospital Services of South Wales and Monmouthshire; Hospital Survey, The Hospital Services of Sheffield and East Midlands Area; Hospital Survey, The Hospital Services of the West Midlands Area; Hospital Survey, The Hospital Services of the Yorkshire Area; Hospital Survey, The Hospital Services of the North-Western Area*. Londres, H. M. Stationery Office, 1945. *Hospital Survey, The Hospital Services of the North-Eastern Area*. Londres, H. M. Stationery Office, 1946.
- Nuffield Provincial Hospitals Trust. *The Hospital Surveys—The Domesday Book of the Hospital Services*. Oxford, Oxford University Press, 1946.
- Mountin, J. W.; Pennell, E. H., y Hoge, V. M.: *Health Services Areas*, U. S. Public Health Service Bull., No. 292, Washington, Government Printing Office, 1945.
- , y Greve, Clifford H.: *Public Health Areas and Hospital Facilities; a Plan for Coordination*. Public Health Service Publication 42, Washington, D. C., Government Printing Office, 1950, 119 pp.
- Organización Mundial de la Salud: *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Serie de Informes Técnicos, 1957, 122.
- Unión Sudafricana: *Report of the National Health Services Commission*. Pretoria, Government Printer, 1944.