

EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD. UNA EVALUACION DEL CASO BRASILEÑO¹

Marcos Kisil²

Introducción El sistema de servicios de salud del Brasil y sus programas

El sistema de servicios de salud del Brasil se caracteriza por una gran variedad de dependencias públicas que a menudo compiten entre sí y duplican sus servicios y por la concentración de sus recursos en zonas urbanas centrales de grandes ingresos. En el Brasil existen tres grupos principales de proveedores de servicios de atención de la salud que trabajan dentro de: a) el sector privado, que abarca alrededor de 23 millones de habitantes, o el 20% de la población; b) el subsector oficial, que cubre a unos 25 millones de personas (otro 20%) y c) el sistema de seguridad social, que comprende alrededor de 50 millones de personas (otro 40%). Unos 20 millones de habitantes no están amparados por ninguna clase de servicio de atención de salud de tipo institucional.

El subsector privado

Entre los servicios que ofrece el subsector privado figuran los de médicos particulares, ya sea directamente a unidades

¹ Basado en un trabajo presentado ante la Reunión Interregional sobre el Desarrollo de Material de Capacitación, en el Manpower Program for National Health Development (MPNHD), patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y celebrada en Washington, D.C., EUA del 10 al 14 de octubre de 1983. Aparece en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 19, No. 1, 1985.

² Universidad de São Paulo, Escuela de Salud Pública, Programa de Estudios Avanzados en Administración Hospitalaria y de Sistemas de Salud (PROAHS) y Fundación Getúlio Vargas.

familiares individuales o mediante contratos con empleadores y arreglos de tipo cooperativo para atender a grupos de personas. (Los médicos particulares también trabajan en gran número para el sistema de seguridad social, donde se les compensa sobre la base de honorarios acordados por servicio por cada tipo de intervención. Alrededor de 35 millones de personas, o sea el 70% de los beneficiarios del seguro social, están amparados de esta forma.) En su mayor parte el sector privado no está reglamentado y, por consiguiente, es difícil de observar y evaluar. Empero, como se verá más adelante, los servicios médicos privados y de otro tipo contratados por el sistema de seguridad social se consideran muy antieconómicos.

El subsector oficial

El subsector oficial consta de tres niveles. En el más alto figura el Ministerio de Salud, que tiene poderes reguladores y coordinadores, es responsable de llevar a cabo campañas de salud en toda la nación y ofrece asistencia técnica a dependencias individuales y a estados. Este organismo también tiene jurisdicción general (pero poco control verdadero) sobre varias agencias nacionales especializadas, entre ellas la Superintendencia de Campañas (SUCAM), que lucha contra enfermedades endémicas y epidémicas; la Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública (FSESP), que se ocupa de la salud y sani-

dad básicas en regiones fronterizas y otras zonas estratégicas, y el Instituto Nacional de Nutrición (INAN).

El siguiente nivel de la estructura de salud pública consta de las secretarías de salud de los estados. Hace varios años el Ministerio de Salud le dio a las secretarías de los estados la responsabilidad total cotidiana de la atención de la salud en sus respectivos territorios. Sin embargo, estas responsabilidades no se cumplen adecuadamente en muchos casos. Las razones principales parecen ser la falta de flexibilidad operativa (que se origina en el reglamento del servicio civil y otros) y de apoyo político de los gobiernos de los estados, todo lo cual ha dado por resultado una deficiente organización, administración, contratación de personal y financiación.

El tercer nivel del subsector oficial lo componen las secretarías de salud de los gobiernos municipales, que son las unidades básicas del servicio de salud pública. Empero, la mayoría de las administraciones municipales del país (unas 4 000), están tan mal administradas y financiadas que sus servicios de salud con frecuencia se limitan a proporcionar pequeños fondos adicionales para actividades de salud administradas por el estado, y a proporcionar servicios de ambulancia. Son excepciones notables de este patrón general los municipios de grandes zonas metropolitanas industrializadas, como São Paulo, Rio de Janeiro y Curitiba, donde los gobiernos municipales son económicamente sólidos y se han dedicado a ampliar mucho más sus propios servicios de salud. Un hecho de particular importancia que apoya la posible expansión de los servicios municipales (en comparación con los de los estados), es la flexibilidad operativa que le confiere la ley a los gobiernos municipales que incluye flexibilidad en asuntos relacionados con la organización, contratación de personal y niveles de remuneración.

El sistema de seguridad social

El Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMPS) del Ministerio de Previsión y Asistencia Social suministra los servicios de salud del seguro social. El INAMPS, que actúa como organización general para fondos de asistencia médica urbana, rural y especial, desde los últimos años se viene financiando por medio de contribuciones de empleadores y empleados, equivalentes al 4% del sueldo. Conforme a normas internacionales, esto representa un esfuerzo considerable y un nivel notable de financiación del sector salud.

Los servicios del INAMPS (cuya calidad varía mucho) se suministran por intermedio de sus propias instalaciones y también, y esto es muy importante, a través de hospitales privados y médicos individuales. Los múltiples arreglos del INAMPS, así como las muy variadas circunstancias en las que se desenvuelve en diferentes regiones del país, dificultan hacer una evaluación general. Sin embargo, es evidente que la financiación del campo de la salud en el seguro social ha aumentado de manera constante durante los años a medida que ha ido creciendo la urbanización (la principal clientela del INAMPS es la fuerza laboral urbana) y como resultado de la mayor cobertura proporcionada a nuevos grupos de trabajadores. En contraste con el Ministerio de Salud y las secretarías de salud de los estados, que deben financiar sus programas por medio de asignaciones del ingreso general, el INAMPS es financiado por impuestos específicos sobre el sueldo. Esto le ha proporcionado al INAMPS una base de ingresos garantizada y en constante aumento, que lo ha protegido eficazmente contra los vaivenes de los exámenes legislativos.

También se acepta, en términos generales, que: a) el INAMPS ofrece medicina casi exclusivamente curativa (en contra-

posición a la preventiva); b) tal medicina curativa tiende a ser de mayor orientación técnica que lo que justifican las necesidades de la mayoría de los beneficiarios del INAMPS o la financiación disponible; c) el control que ejerce el INAMPS sobre sus propios servicios se considera deficiente y el control sobre los servicios que contrata del sector privado se considera incluso peor y, por último, d) como resultado de todas estas circunstancias, un número relativamente bajo de trabajadores urbanos mejor pagados y beneficiarios con necesidad de recibir cuidado intensivo reciben servicios excesivos con una tecnología médica curativa de alto costo, mientras que la mayoría de los beneficiarios son atendidos inadecuadamente por medio de intervenciones curativas, y todos ellos carecen de beneficios que se podrían ofrecer a través de la asistencia preventiva. Estas circunstancias; que fomentan injusticias en la cobertura y aumentan el derroche considerablemente, se hacen más críticas con la rápida urbanización, las repetidas dificultades financieras del INAMPS y la presión popular por que se aumente y mejore la cobertura.

Planificación

No existe una planificación efectiva a nivel de agencias (a pesar de haber unidades de planificación en todas ellas) y, por consiguiente, se carece de una planificación para el desarrollo nacional de la salud en el Brasil. El efecto negativo de todo esto en la atención de la salud se complica con una escasez de sistemas de información de orientación administrativa y la falta de actividades de supervisión y evaluación. En unos cuantos lugares se realizan investigaciones de índole operativa, principalmente en Minas Gerais, con la participación de la Secretaría de Salud del Estado y de ciertos municipios, pero son obviamente inadecuadas en otras partes.

Estas son actividades prioritarias necesarias para poder mejorar la equidad, efectividad y eficiencia de los servicios de salud.

Desempeño del sector

Cobertura

Tres rasgos prominentes caracterizan la cobertura de la asistencia médica en el Brasil: primero, la función predominante del subsistema de seguridad social y su abrumadora orientación hacia la atención curativa de alto costo; segundo, grandes divergencias en la naturaleza, frecuencia e intensidad de la cobertura entre subsistemas y dentro de ellos, combinado con un gran derroche; y tercero, el número todavía elevado de personas (20 millones) que no tienen acceso a una atención médica moderna. Los requisitos previos para lograr una solución a estos problemas incluyen el ponerse de acuerdo en cuanto a la definición de la cobertura de salud básica, sus objetivos, su intensidad, sus niveles de costo y prioridad. Otro requisito es la cooperación entre agencias conforme a metas planeadas, modelos de servicio uniformes y supervisión.

Servicios

La naturaleza pluralista del sistema de atención de salud se refleja en la existencia de una variedad de instalaciones e instituciones de salud. Médicos dedicados a la práctica privada ofrecen la atención primaria; diferentes tipos de centros de salud dotados de médicos y algunas veces de personal auxiliar; puestos de salud; grandes departamentos (ambulatorios) de consulta externa en hospitales públicos y privados, y unidades de emergencia urbanas especiales. Los hospitales públicos y pri-

vados, así como centros de salud rurales (unidades mixtas) de referencia ofrecen la atención secundaria. Los hospitales mayores de los centros urbanos, los hospitales universitarios y una variedad de instituciones especializadas brindan la atención terciaria.

Las proporciones generales de personal, instalaciones y servicios de salud frente a la población son inferiores a las de otros países latinoamericanos en una etapa de desarrollo similar. Por ejemplo, el número promedio de visitas médicas y conexas por cada 100 habitantes por año en 1978 fue de 120 en el Brasil, 130 en Colombia y 180 en Chile, mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideró 200 como un promedio deseable para 1980 para los países de ingresos medios de América Latina. Los servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado (que surten un importante efecto sobre la salud) se ofrecen a tan solo el 55 y el 30 %, respectivamente, de la población brasileña; estos porcentajes son más bajos que los de Chile y Colombia en estas categorías.

No obstante, las estadísticas generales como estas solo tienen una importancia limitada, pues el personal y las instalaciones de salud tienden a estar distribuidos conforme a niveles regionales de desarrollo y favorecen fuertemente las zonas principales de los grandes centros urbanos en detrimento de las zonas periurbanas y rurales pobres. Un análisis de la distribución del personal e instalaciones de salud en 1975 reveló que las zonas centrales metropolitanas tenían, como promedio, cuatro veces más médicos y dentistas, por una población determinada, que las zonas rurales y periurbanas pobres. Del mismo modo, las zonas centrales metropolitanas tenían de ocho a 10 veces más enfermeras, auxiliares de enfermería y camas de hospital por población determinada, y de ocho a 10 veces más per-

sonas con servicio de agua y de alcantarillado adecuados. Sin duda alguna, esto se debe al dualismo básico de la sociedad y economía brasileñas y a un deseo de los trabajadores de salud de obtener las mejores condiciones de vida y cargos en las instalaciones de salud adecuadas que generalmente están disponibles en las zonas metropolitanas centrales de grandes ingresos. Como resultado, parece haber una cobertura de servicios de salud sumamente insuficiente y en vías de deterioro en los suburbios pobres de las grandes ciudades (que son las zonas de población de mayor crecimiento de la nación) y también en las ciudades de tamaño medio y sus zonas rurales aledañas.

Abundan ejemplos del trato injusto y el derroche que crean estas condiciones. Por ejemplo, del 90 al 95 % de todos los niños lactantes sanos en las zonas metropolitanas son tratados por pediatras en lugar de serlo por enfermeras, y más del 60 % de los casos de tuberculosis y lepra, por especialistas en tuberculosis y por dermatólogos, respectivamente, en lugar de serlo por médicos generales. De igual modo, los servicios contratados por el INAMPS con médicos y hospitales privados producen una atención más constante que la suministrada por las instalaciones estatales o los propios servicios del INAMPS. O sea, los servicios por contrato hacen unas 30 radiografías y 60 exámenes de laboratorio por cada 100 consultas de pacientes ambulatorios, frente a siete radiografías y 15 exámenes de laboratorio por cada 100 consultas en los servicios estatales y del INAMPS; 100 consultas en los servicios contratados producen un promedio de 15 ingresos hospitalarios, en comparación con tres hospitalizaciones por cada 100 consultas en los servicios estatales y del INAMPS; y los servicios contratados tratan alrededor del 42 % de todas las consultas como casos de emergencia, mientras que solo el 12 % es tratado bajo esta categoría

por los servicios de los estados o por los propios servicios del INAMPS. Además, muchos hospitales propiedad del INAMPS están cerrados o subutilizados, mientras que cada año se contratan más hospitales privados. Estas condiciones exigen una reorientación y reorganización radical de los servicios de salud existentes a fin de mejorar tanto la equidad como el rendimiento.

Financiación

El gasto del Brasil en atención de salud se ha calculado provisionalmente en US\$ 6 000 millones en 1982, o \$ 50 per cápita. Esto asciende a \$ 60 por beneficiario, porque el 15% de la población no está amparado por el servicio. Estas cifras colocan al Brasil a la delantera de países en etapas de desarrollo similares, tales como Colombia y el Perú. Además, los gastos del Brasil en el campo de la salud han aumentado de manera constante y sustancial en términos relativos, del 1% del PNB en 1950 al 2,5% en 1975 y el 4% en 1981. Esta cifra se compara favorablemente con la correspondiente a Italia del 6,4% del PNB en 1977 y con la del Reino Unido del 5,2% en 1979. Es evidente, por tanto, que el compromiso general contraído por el Brasil en cuanto a recursos económicos para la atención de salud es adecuado. Los recursos adicionales que habrá disponibles merced a los impuestos sobre nómina para el seguro social que fueron aumentados recientemente (suponiendo que el sector salud mantenga su parte aproximada de alrededor de un cuarto de la financiación total de la seguridad social), más nuevos recursos que se asignarán a través del Fondo de Inversión Social (FINSOCIAL) parecen asegurar que los niveles existentes de financiación relativa y absoluta de los servicios de salud se mantendrán o aumentarán durante el próximo decenio. Además, la asignación de recursos econó-

micos al sector de salud (y dentro del sector) —incluidos los niveles federal, de los estados y municipal— está notablemente libre de asignaciones para usos especiales, circunstancia esta que mejora considerablemente el potencial para una asignación y uso adecuados de los recursos.

La proporción del INAMPS en la financiación general del sector salud ha aumentado considerablemente durante los años: desde el 13% de los gastos públicos en salud en 1949 hasta un 85%, aproximadamente, en 1982. El resto (15% del total en 1982) se divide entre el Ministerio de Salud, las secretarías de los estados de salud y los municipios más grandes y más fuertes en términos económicos. La proporción cada vez mayor que recibe el INAMPS en la financiación general de la atención de salud se ha debido principalmente a la habilidad de la agencia para compartir los fondos generados por los impuestos sobre nómina para el seguro social, que aumentan rápidamente, al mismo tiempo que se estaban reduciendo los presupuestos federales para la atención de salud. El resultado final ha sido la creación de una situación en la que cualquier plan de financiación del sector salud, para demostrar que es factible, por necesidad tiene que depender de la participación voluntaria del INAMPS.

En general, la utilización de los recursos financieros por el sector salud ha sido deficiente. Una parte desproporcionada de la financiación se ha dedicado a la atención especializada injustificada de relativamente poca gente, mientras que al mismo tiempo los servicios de atención de salud pública han sufrido una constante escasez de los fondos necesarios para cubrir sus gastos. Para peor, se ha alegado que las innecesarias intervenciones médicas y el fraude manifiesto dentro de los servicios del INAMPS han aumentado los gastos considerablemente y contrarrestado buenas posibilidades de ahorros, sin afectar a la calidad o la cantidad de los servicios justificados.

Personal

En los últimos años, las tendencias básicas en la administración de personal de salud del Brasil han representado: 1) una expansión sustancial (en parte a expensas de la calidad) en el número de dentistas y médicos; estos últimos ahora ascienden a alrededor de 150 000, o uno por cada 800 habitantes en comparación con uno por 1 000 habitantes en el Reino Unido, y se ha registrado un aumento desproporcionado en el número de especialistas en comparación con los de medicina general; 2) el resultante abandono de los profesionales de salud conexos, especialmente enfermeras registradas (que ascendían tan solo a 25 000 en 1980), y 3) una abundancia de auxiliares y ayudantes de enfermería muy mal adiestrados (60 000 a 70 000, de los cuales la mayoría comenzó a trabajar en el último decenio).

Este patrón de adiestramiento de personal se originó en el decenio que se inició en 1960, cuando el número de escuelas de medicina aumentó de 25 a 73, y el de graduados médicos de menos de 1 600 por año a más de 9 000. Sería difícil exagerar la importancia de este acontecimiento. Como resultado, gran número de graduados especialistas se dedicaron a la práctica privada e ingresaron en el sector de la salud pública en las grandes ciudades y ocasionaron cambios importantes. Entre estos figuran: 1) un enorme y caprichoso aumento en las instalaciones hospitalarias de universidades y de otras instalaciones especializadas en pacientes internos en las zonas céntricas de las grandes ciudades; 2) una subsiguiente ampliación de las instalaciones para pacientes de consulta externa en estos hospitales de elevado costo, concentrando más los servicios de salud por zonas geográficas y creando una gran demanda (en su mayor parte injustificada) de productos farmacéuticos y servicios; 3) surgimiento de un sistema de seguro social de salud dedicado extensamente a contra-

tar y financiar médicos particulares e instalaciones privadas; 4) una excesiva concentración de servicios contratados del sector privado en atención especializada, intensiva, compleja y costosa que ha elevado considerablemente los costos por paciente; 5) la evolución de arreglos que dificultan el controlar esta situación; tal serían los procedimientos que permiten a los reguladores (el personal del INAMPS) "regularse" ellos mismos en sus funciones como contratistas del INAMPS, y 6) una tendencia (que se origina en la expectativa de los médicos a devengar mayores ingresos) a trabajar parte del tiempo para varios patronos, en contraposición a dedicarse de lleno a una sola entidad; esta última tendencia, combinada con la consiguiente reducción de posibilidades para establecer una relación personal entre el médico y el paciente y con calendarios de trabajo no cumplidos, ha hecho decaer el orgullo de los médicos, así como su lealtad hacia determinadas instituciones y beneficiarios, y también su eficiencia y, por ende, ha elevado los costos de utilización del personal de salud.

Para resumir, la atención de salud en el Brasil ha evolucionado a lo largo de tres líneas bastante independientes basadas en diferentes filosofías, objetivos, normas técnicas y niveles de financiación. El resultado final ha sido un rendimiento deficiente por parte de los organismos del sector salud y los servicios privados de atención de salud en relación con las necesidades prevalecientes y la considerable financiación suministrada por el gobierno y las unidades familiares privadas. En ese sentido, para mejorar el rendimiento parece que habría que llegar a un acuerdo en cuanto a la definición de la cobertura de salud básica, así como respecto a la prioridad deseada, objetivos, intensidad y costo de dicha cobertura. En estos momentos se están malgastando extensos recursos administrativos, económicos y humanos, creándose una situación que exige

la racionalización de los recursos usados conforme a una planificación y normas de operación adecuadas; todo ello con el fin de mejorar la cobertura para aquella parte del pueblo que ahora recibe algo y extender servicios de salud modernos a unos 20 millones de habitantes que carecen de ellos.

Medidas gubernamentales

El gobierno es bien consciente de estos problemas y recientemente ha venido tomando medidas enérgicas y sostenidas para contrarrestarlos. Desde 1975 ha tratado de mejorar la estructura jurídica de los servicios de salud, así como su estructura orgánica para ampliar la cobertura. Se ha tratado de alcanzar el primer objetivo mediante el establecimiento de una estructura jurídica básica para un sistema de salud nacional al amparo de la Ley No. 6229 (1975), que define más claramente las jurisdicciones institucionales, así como mediante la reorganización y consolidación del sistema de seguridad social.

El logro del segundo objetivo (ampliación de la cobertura) ha implicado una serie de medidas importantes. Entre otras cosas, el gobierno ha introducido un programa de atención de salud primaria en el nordeste del Brasil para llevar al interior las acciones de salud (PIASS), que emplea auxiliares como proveedores de atención médica y ha incorporado componentes del sector salud en proyectos integrados de desarrollo rural en apoyo de la atención de salud rural primaria. También ha puesto la financiación del INAMPS a la disposición de instalaciones de salud orientadas por el PIASS en el nordeste. Además, el gobierno ha establecido dependencias y fondos para financiar programas sociales como el Fondo de Asistencia Social (FAS); para producir y vender medicamentos básicos, llamado Control de Medicamentos

(CEME); para mejorar la nutrición, Programa Nacional de Nutrición (PRONAN) y para extender la cobertura de los servicios de agua y alcantarillado, Programa Nacional de Saneamiento (PLANASA). Todas estas medidas demuestran una enérgica y continua dedicación del gobierno a mejorar el sector salud.

Más recientemente, el Gobierno ha establecido una comisión interministerial para ocuparse de la política y planificación de la salud llamada Coordinación Interministerial de Planeamiento (CIPLAN). También ha venido haciendo un gran esfuerzo por transformar el programa PIASS en uno integral de atención de salud primaria a nivel nacional para las zonas rurales; este esfuerzo de ampliación, que es financiado conjuntamente por el INAMPS y la Secretaría de Salud del Estado, hace gran hincapié en la atención preventiva.

Otro nuevo acontecimiento positivo y de gran importancia ha sido el establecimiento de un Consejo Consultivo de Administración de Salud Previsional (CONASP). En las reformas propuestas por el CONASP (oficialmente aprobadas por el Ministerio de Previsión y Seguridad Social en septiembre de 1982) se busca dar una reorientación básica a las actividades del INAMPS, que sirva de base para una reorganización importante de los servicios de salud a través de la seguridad social. Las propuestas principales entrañan la introducción de un sistema de referencia; mejor supervisión, controles y auditorías, combinadas con la introducción de métodos de contabilidad de costos en todo el INAMPS; planificación y coordinación de actividades a nivel de los estados por comisiones encabezadas por las secretarías de salud de los estados e incluyendo a representantes del INAMPS, el Ministerio de Salud, las secretarías de salud de los estados y el sector privado; cambio del sistema de pagos del INAMPS de modo que se basen en el procedimiento realizado (por ejemplo, gastrectomía, cirugía del cora-

zón, etc.) en vez de unidades de servicio (por ejemplo, consultas ambulatorias, exámenes de rayos-X, pruebas de laboratorio, etc.); cofinanciación por el INAMPS de costos ordinarios de atención de salud primaria pagados por las secretarías de salud de los estados y otros servicios de organismos públicos; utilización de instalaciones públicas en la mayor medida posible, antes de contratar nuevos servicios privados, y empleo de personal a tiempo completo con sueldos adecuados.

Algunos de estos cambios ya se están introduciendo a título experimental en Curitiba, la capital del estado de Paraná. La evaluación preliminar indica que la adopción de un sistema de referencia ha reducido el volumen de casos observados en los niveles secundario y terciario, de 35 ó 40% de aquellos registrados al nivel primario, a menos de 15%. También parece haber reducido la proporción de hospitalizaciones, de 6,5% de todas las visitas ambulatorias, a 5% (esta proporción es de 2% en Gran Bretaña). Estos acontecimientos, combinados con controles más estrictos, ya han producido ahorros en exámenes de laboratorio y tratamientos de fisioterapia más reducidos, que han compensado con creces los mayores costos resultantes de ofrecer cobertura a una mayor cantidad de beneficiarios en el nivel de atención de salud primaria.

Este proyecto piloto de Curitiba actualmente va a entrar en una segunda etapa (que entraña la participación de la red de servicios de salud básicos de la municipalidad) en la que tanto los beneficiarios del INAMPS como los ajenos al mismo son atendidos por igual. Este modelo de Curitiba también se está aplicando en el municipio de Niteroi (estado de Rio de Janeiro) mediante un acuerdo trilateral entre el Ministerio de Salud, el INAMPS y la municipalidad, y se están haciendo planes para realizar acuerdos similares en otras regiones del Brasil. Parece que, en conjunto, estas medidas mejorarán consi-

derablemente no solo el rendimiento del INAMPS, sino también la coordinación entre los distintos organismos y la utilización de los recursos.

El gobierno federal también está tomando otras medidas destinadas a mejorar la atención de la salud. Entre otras cosas, recientemente ha establecido un fondo nacional social (FINSOCIAL), ya citado, con ingresos obtenidos de un aumento en los impuestos para financiar la ampliación de actividades en el sector social. Los ingresos de FINSOCIAL, basados en las recaudaciones del primer trimestre, se calcularon en US\$ 2 000 millones en 1982. Además, el mandato del Banco Nacional de Desarrollo Económico (BNDE) fue ampliado para incluir el sector social en su análisis y financiación de proyectos. Asimismo, el gobierno del estado de São Paulo está preparando un proyecto de salud para São Paulo basado en un modelo de atención de salud primaria, y mediante el cual se trata de emplear el concepto de atención de salud basada en la población (atención para satisfacer las necesidades médicas de todos los miembros de la familia) y enfocar varias cuestiones importantes de política del sector salud mediante la coordinación entre organismos. Con las modificaciones apropiadas, se podría aplicar en otras zonas metropolitanas.

En resumen, el INAMPS y el gobierno hacen grandes esfuerzos por mejorar y ampliar la cobertura de salud a costos por unidad más bajos. Actualmente se lleva a la práctica una nueva evaluación de la atención de la salud y se están tomando medidas importantes para ayudar a resolver problemas de salud críticos tanto en las zonas rurales como en las urbanas de rápido crecimiento del Brasil.

Una estructura para una mejor cobertura

El objetivo definitivo del desarrollo del sector salud en el Brasil consiste en ex-

tender una cobertura de salud adecuada de similar calidad y costo social económico a todos los brasileños, sin importar su capacidad para pagarlo. Las medidas principales necesarias para lograrlo son: 1) concretar una definición de lo que es una cobertura adecuada y establecer criterios acordados por una mayoría e indicadores para medir esa cobertura; 2) establecer un plan nacional para el desarrollo de la salud y una estrategia para el sector salud, basados en prioridades de atención de salud primaria y encaminados a tipos particulares de cobertura y zonas geográficas; 3) asignar responsabilidades específicas al gobierno federal, al Ministerio de Salud, secretarías de salud de los estados, al INAMPS y a los municipios para poner en práctica el programa nacional, y 4) coordinar el desarrollo de la salud con el desarrollo económico general, una mejor nutrición y saneamiento básico.

Definición y medición de la cobertura

En la actualidad no se puede calcular cuán adecuada es la cobertura de salud ofrecida a la población del Brasil. Entre otras cosas, no existe una definición clara de lo que constituye la atención de salud primaria, y no se ha llegado a un acuerdo en cuanto a si dicha atención se debiera suministrar mediante un método integral basado en las necesidades de la familia (en oposición a enfoques verticales más específicos, tal como programas de atención de salud materno-infantil o campañas de vacunación). Es necesario llegar a un acuerdo con respecto a los indicadores específicos de la adecuación de la cobertura, así como sobre la perfección de la cobertura (indicadores tales como el número de visitas a domicilio a mujeres embarazadas por profesionales de salud conexos, el número de exámenes de lactantes sanos, desnutridos o enfermos por determinadas clases de trabajadores de salud y el nivel de trata-

miento de pacientes de enfermedades crónicas). A su vez, estos indicadores deben estar claramente relacionados con los costos unitarios, con el número de intervenciones en cuestión y con el efecto que surten en el estado de salud de la población atendida.

Los principales organismos y dependencias de salud deben ponerse de acuerdo en cuanto a los objetivos y a los indicadores de la cobertura de salud a fin de poder establecer metas asequibles y encontrar maneras de determinar hasta qué punto los programas acordados logran alcanzar esas metas. El modelo de atención de salud primaria que en la actualidad se elabora para el proyecto de São Paulo cumple con estos requisitos porque: 1) define las necesidades de salud de una familia típica de una urbe metropolitana y los servicios básicos requeridos para atender esas necesidades (como se indica mediante las características de la población, perfiles de morbilidad y mortalidad, y parámetros de costo y financiación) y 2) es un modelo diseñado conjuntamente por el Ministerio de Salud, el INAMPS, la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y el municipio de São Paulo para promover su aplicación uniforme por todas las dependencias, así como su futura aplicación (con modificaciones apropiadas) a otras zonas metropolitanas.

Planificación del desarrollo

Brasil carece de un plan nacional para el desarrollo de la salud o de una estrategia para el sector salud con metas, prioridades y calendarios bien definidos. El desarrollo a través de los componentes del sector salud (en su mayoría de proyectos de desarrollo rural integrados) trata de satisfacer únicamente las necesidades de salud locales subordinadas a requisitos de desarrollo agrícola. Como resultado, la ampliación de la cobertura ofrecida por la

atención de salud ha sido coordinada de manera deficiente y ha surtido muy poco efecto o ninguno en políticas y programas. El programa de atención de salud primaria para el nordeste, el ya citado PIASS, constituye un intento por planear y poner en ejecución el desarrollo de salud rural, pero adolece de deficiencias importantes relacionadas con la importancia casi exclusiva que da a la atención de la salud materno-infantil, y con la falta de atención a servicios de apoyo basados en zonas urbanas y a sistemas de referencia, y con el poco reconocimiento de las capacidades y compromisos de cada estado para con el desarrollo de la salud.

Es cierto que el gobierno y el INAMPS ahora están dedicados a varias actividades que parecen destinadas a mejorar mucho la equidad, efectividad y eficiencia de la atención de salud. No obstante, estas loables acciones no están basadas en un consenso con respecto a prioridades, objetivos y normas de desarrollo nacional. Como resultado, no examinan específicamente el problema básico de la utilización de recursos del sector salud. Como todo esto sugiere, es necesario que el gobierno tome medidas específicas en los niveles más elevados con objeto de elaborar y poner en práctica un plan nacional de desarrollo de salud.

Coordinación entre organismos

Al poner en práctica un plan nacional de desarrollo de salud, es preciso aclarar las responsabilidades específicas de cada organismo. Ya existen ciertos parámetros básicos que ayudarán a definir tales áreas de responsabilidad. Entre estos figuran: 1) los planes gubernamentales para descentralizar el proceso decisorio y pasarlo a las secretarías de los estados de salud y a las municipalidades de acuerdo con sus aptitudes; 2) los mandatos de facto de las secretarías de salud de los estados y las

municipalidades para ofrecer atención de salud primaria, así como del INAMPS para proporcionar atención especializada; 3) la vital función financiera del INAMPS y 4) las facultades y aptitudes del CIPLAN (la comisión interministerial encargada de política y planificación de salud) en materia de planificación y coordinación con respecto al desarrollo general entre sectores y del Ministerio de Salud en cuanto al desarrollo del sector salud.

Estos parámetros —basados en la historia, en el marco jurídico de la nación y en los planes del gobierno— sugieren enfáticamente la necesidad de asignar en el futuro responsabilidades adecuadas específicas a los distintos organismos. Además, es preciso establecer un sistema de coordinación para fomentar la integración apropiada de los servicios entre los principales organismos, a fin de asegurar el uso efectivo de los recursos en un momento en que se están movilizando en gran escala.

Relaciones entre sectores

Las mejoras en el campo de la salud no se pueden hacer en el vacío. El desarrollo económico general e ingresos más elevados, especialmente entre los pobres, son requisitos previos para lograr una buena salud mediante el mejoramiento de la nutrición y de la vivienda. Se necesita emprender actividades específicas destinadas a mejorar la nutrición con objeto de suplementar los servicios de salud, específicamente para que las mujeres embarazadas y las madres lactantes y sus hijos puedan hacerse más resistentes a las enfermedades. Un saneamiento básico (especialmente agua potable pura) es una contribución importante para reducir la morbilidad y mortalidad ocasionadas por las enfermedades gastrointestinales y de las vías respiratorias. Así pues, para que la cobertura de salud ampliada tenga un efecto suficientemente amplio y sostenido,

debe ser coordinada con mejoras en otros campos afines al de la salud.

Reorientación de recursos y educación en administración de salud

Reorientación de recursos

Hasta hace muy poco, los recursos de salud se han concentrado en suministrar una atención curativa cada vez más compleja en los hospitales, en detrimento de una combinación más equilibrada de fomento de la salud y prevención por una parte, e intervenciones curativas, especialmente a nivel de atención de salud primaria, por la otra. Esta situación ha caracterizado no solamente al INAMPS, sino también a las secretarías de salud de los estados (que financian hospitales universitarios y otros de atención terciaria especializada). El resultado ha sido una atención excesivamente intensa y compleja suministrada a un costo muy elevado e injustificado.

La deseada reorientación de los recursos hacia una atención de salud básica podría lograrse del modo más eficiente mediante programas basados en modelos de atención de salud primaria, tal como los empleados en São Paulo (para las zonas metropolitanas), por el PIASS (para las zonas rurales) y en Minas Gerais (para zonas urbanas y rurales integradas). Todos estos modelos comparten ciertas características comunes, tal como el uso de técnicas estandarizadas para prevenir enfermedades, fomentar la salud y tratar las enfermedades entre grupos de población claramente definidos a un costo unitario relativamente bajo.

Educación en administración de salud

Dentro de este contexto y el de la campaña para alcanzar la salud para todos

para el año 2000, parece vital el examinar la situación actual de la educación en administración de salud en el Brasil.

Para los fines de la clasificación, puede decirse que, básicamente, existen tres tipos de programas de educación en administración de salud en el Brasil. Lo que podría llamarse el tipo 1 consiste en programas en los que el componente de salud predomina y el componente administrativo queda subordinado al primero. Dichos programas se encuentran en las escuelas de salud pública dentro de las facultades o disciplinas de administración de hospitales, administración sanitaria, planificación de salud, y así sucesivamente. Estos programas, diseñados para graduados y profesionales de las ciencias médicas provenientes del campo de la salud (médicos, enfermeras, dentistas, etc.), oscilan desde programas especializados de orientación profesional a programas de posgrado con una fuerte orientación académica. Los programas de este tipo están bien establecidos en el Brasil en la Escuela Nacional de Salud Pública de Rio de Janeiro y la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo.

Más recientemente, los departamentos de medicina comunitaria o social de varias escuelas de medicina han establecido programas en los cuales la administración y planificación de salud ha recibido cada vez más atención. Estos programas están diseñados para estudiantes de medicina, residentes médicos o estudiantes graduados con diploma de maestría. La Escuela de Medicina de la Universidad de São Paulo, en Ribeirão Preto, tiene un programa que ofrece un buen ejemplo de esta clase.

Otro programa, que podemos llamar del tipo 2, le presta mayor atención a la administración. Los programas de este tipo generalmente se encuentran en escuelas de administración de empresas, donde el campo de la salud se considera tan solo como uno más donde aplicar las

teorías y prácticas de la administración. Tales programas se pueden diseñar para estudiantes universitarios (que buscan sus títulos en administración de empresas, en administración pública o de hospitales) o para estudiantes de posgrado (que buscan sus títulos de maestría o doctorado en administración de empresas o en administración pública). Entre los programas de esta índole en el Brasil figuran los de la Escuela San Camilo de Administración de Hospitales y la Fundación Getúlio Vargas.

Una tercera clase de programa (el tipo 3) busca un equilibrio entre la atención prestada a la salud y a la administración. Estos se observan a nivel de posgrado y universitario. Un ejemplo de programa de tipo 3 es el de la residencia médica en administración de salud establecido desde 1975 por la Fundación Getúlio Vargas y el Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo. Además, en esta categoría figuran muchos de los llamados programas de educación continua orientados hacia la administración de salud y la solución de problemas afines, se incluyen, dentro del contexto brasileño, importantes programas que ofrecen organizaciones como la Asociación de Hospitales de São Paulo, el Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud/Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (NUTES/CLATES), así como por organismos públicos como el Ministerio de Salud y el sistema de seguridad social. A este respecto, resulta interesante observar que la universidad ha hecho hincapié en adiestrar gente para ocupar cargos altos administrativos, mientras que los programas de "educación continua" de servicios de salud han prestado más atención a preparar gente para ocupar cargos administrativos a niveles medio (supervisión) y bajo.

Históricamente, los programas del tipo 1 evolucionaron primero, seguidos por los del tipo 2 y por los del tipo 3. Por lo tanto, es importante observar tres cosas. Pri-

mero, se ha registrado un descenso en la función desempeñada por las escuelas de salud pública conforme han venido a compartir su única responsabilidad docente de antaño en el campo de la administración de salud. Segundo, otras instituciones académicas como las escuelas de medicina y las de administración pública y de negocios han comenzado a ofrecer educación de esta clase. Y tercero, las organizaciones de servicios de salud ya están jugando un papel en este proceso educacional.

Las causas de estos acontecimientos son inciertas, pero pueden haber ocurrido por cualquiera de dos razones. Por una parte, el número de administradores de salud graduados de las escuelas de salud pública puede haber sido insuficiente para atender las crecientes demandas y necesidades de los servicios de salud (razón cuantitativa). Por la otra, el proceso de administración de servicios de salud podía necesitar administradores con tipos de conocimiento y aptitudes distintos de los ofrecidos tradicionalmente por las escuelas de salud pública (razón cualitativa).

Teniendo en mente estas consideraciones, vale la pena examinar varios enfoques innovadores de la educación en administración de salud que se están implantando actualmente en el Brasil. Los tres aquí descritos han sido adoptados por una escuela tradicional de salud pública, por una escuela tradicional de administración pública y de empresas, y por el NUTES en Rio de Janeiro.

El programa de descentralización de la Escuela Nacional de Salud Pública

En 1975, la Escuela Nacional de Salud Pública decidió descentralizar su curso de salud pública que hasta entonces venía enseñándose en la antigua capital, Rio de Janeiro. La meta de esta política de descentralización consistía en atender la creciente demanda de candidatos de otras

partes del Brasil y también preparar una masa crítica de recursos humanos, dentro del contexto de las condiciones predominantes, para participar en programas prioritarios diseñados para extender la cobertura de los servicios de salud al nivel de atención de salud primaria.

La parte descentralizada resultante del programa, designada como el Curso Básico de Salud Pública, ofrece una carga de trabajo de 800 horas que hay que terminar en 100 días. Este curso básico es un requisito previo para tomar el curso de especialización de la escuela, que sigue al primero y que se ofrece únicamente en Rio de Janeiro.

Cada curso básico ofrecido en un local diferente es el producto de un esfuerzo conjunto de la Escuela Nacional de Salud Pública, de las secretarías de salud de los estados y de una universidad local (que han creado a consorcios locales para este propósito). Estos consorcios funcionan actualmente en 14 de los 16 centros donde se ofrece este programa. La mayoría de los cursos se han ofrecido en el norte y el nordeste del Brasil.

A fin de llevar a cabo esta expansión y descentralización, fue necesario preparar cuerpos docentes locales. Por consiguiente, la Escuela Nacional de Salud Pública hizo un gran esfuerzo por identificar, seleccionar y adiestrar docentes locales para convertirlos en profesores. Muchos de estos fueron antiguos estudiantes de la escuela, otros pertenecían a la universidad local participante y otros procedían de servicios de salud locales. En

total, los miembros del cuerpo docente de la escuela nacional asumieron aproximadamente el 10% de la carga de trabajo, los de las universidades locales alrededor del 34%, y los de las secretarías de los estados, un 25%. El 53% de los miembros del cuerpo docente procedía de servicios de salud fuera de las universidades.

Con respecto a la capacitación de los profesores, el 58% había terminado el curso de especialización de la escuela nacional, el 28% tenía su maestría y el 9% un doctorado. En términos de demanda, había un promedio de 2,4 solicitantes por cada plaza de estudiante disponible.

En el cuadro 1 se muestra el número de solicitantes para el curso, el número de estudiantes matriculados y el número de estos que había terminado el curso en 1980. De igual modo, en el cuadro 2 se muestra la distribución de graduados del curso, por estado, desde 1975 hasta 1980. Respecto a la preparación profesional de estos estudiantes, más de un tercio (37%) eran médicos, el 28% enfermeras y el 10% dentistas. En total, el 85% de los estudiantes procedía del campo de la salud.

Al cabo de siete años, durante los cuales este programa ofreció más de 50 cursos y capacitó a más de 1 800 estudiantes, se pudieron observar los acontecimientos siguientes:

- Las secretarías de salud de los estados mostraban un interés cada vez mayor en mejorar la capacitación de su personal y participar en dicho adiestramiento.
- Hubo una mejor coordinación entre

CUADRO 1—Número de solicitantes para el Curso Básico de Salud Pública descentralizado de la Escuela Nacional de Salud Pública; número de estudiantes matriculados y número que concluyó satisfactoriamente el curso en los años de 1975 a 1980, inclusive.

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	Total
Número de solicitantes	244	339	335	609	980	1 672	4 179
Número de estudiantes matriculados	142	167	210	299	397	506	1 721
Número de estudiantes que terminaron el curso	128	161	198	284	381	491	1 643

CUADRO 2—Número de cursos descentralizados en cada estado que ofrece el curso desde 1975 hasta 1980, y número de estudiantes que terminaron satisfactoriamente el curso en ese período.

Estado	Número de cursos ofrecidos 1975-1980	Estudiantes que terminaron el curso de 1975 a 1980
Bahía	6	191
Rio de Janeiro	9	363
Rio Grande do Sul	6	184
Pará	6	198
Pernambuco	5	159
Amazonas	3	92
Maranhão	3	85
Geará	3	90
Minas Gerais	2	63
Mato Grosso do Sul	2	59
Paraíba	1	35
Alagoas	1	33
Goiás	1	29
Paraná	1	35
Santa Catarina	1	27
Total	50	1 643

las universidades y los servicios de salud interesados.

- Los estados participantes mostraron una mayor capacidad para administrar y ofrecer los cursos.

- Había surgido una profesión para los trabajadores de salud como resultado de los cursos.

- Dentro de las secretarías de salud de los estados habían surgido estructuras para el desarrollo de personal de salud.

- Hubo cambios en el curso tradicional de la Escuela Nacional de Salud Pública en Rio de Janeiro, que desde 1969 a 1974 había capacitado a 231 personas, y desde 1975 a 1 643 con el programa descentralizado.

La experiencia PROAHSA. El Programa de Adiestramiento en Administración de Servicios de Salud (PROASA), que en el Brasil toma el nombre de Programa de Estudios Avanzados en Administración Hospitalaria y de Sistemas de Salud (PROAHSA)

ha iniciado otro enfoque innovador en São Paulo. PROAHSA, que ha recibido apoyo técnico clave de la Organización Panamericana de la Salud, forma parte de una red de programas financiados por la Fundación W. K. Kellogg.

Establecida en 1975, PROAHSA ha dado una respuesta potencial a las necesidades en materia de administración de salud. Sus metas básicas han consistido en fomentar la enseñanza y la investigación en el campo de la administración de salud y en ofrecer asistencia técnica para la prestación de servicios de administración de salud. Este programa fue creado como una empresa conjunta por la tradicional escuela de administración pública y de empresas de la Fundación Getúlio Vargas y el centro médico universitario de la Universidad de São Paulo.

Entre los conceptos fundamentales que llevaron a la creación y conformación de PROAHSA figuran los siguientes:

- 1) Se pensó que existía la necesidad de que una institución educacional y una institución de servicios iniciaran una empresa conjunta de suerte que las dos pudieran compartir la responsabilidad de establecer una relación efectiva entre la teoría y la práctica.

- 2) También había la necesidad de un programa que pudiese relacionar varias disciplinas (trabajo del curso, investigación y asistencia social) dentro del campo de la administración de salud.

- 3) Estaba presente la idea de que cualquier actividad está unida a esos tres objetivos básicos diferentes, dando lugar a la potenciación del rendimiento y resultados del programa.

- 4) Se consideró que el programa debería ser creativo e innovador. Así pues, la falta de un modelo único de aceptación general para la educación en administración de salud, combinado con las diferentes necesidades en materia de recursos humanos en este campo, dio por resultado varios programas innovadores. Uno de es-

tos es una residencia médica en administración de salud, un programa a tiempo completo de dos años para médicos recién graduados. Otro ofrece cursos intensivos en administración de salud ajustados a las necesidades de instituciones específicas, tal como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud o el sistema de seguridad social. Por ejemplo, uno de esos cursos, ofrecido en virtud de un contrato entre PROAHSA y el sistema de seguridad social, está diseñado para ayudar a poner en práctica un plan para la reorientación de la atención médica en diferentes partes del Brasil.

5) Se consideró que el programa no debería tener una estructura rígida. Por lo tanto, no se ha dividido en departamentos ni a los profesores se les han asignado responsabilidades únicas. Como resultado, todos los miembros de la facultad pueden dedicarse a una variedad de actividades diferentes y la burocracia interna se ha mantenido a un mínimo.

Aunque el programa PROAHSA se dedica activamente a preparar personal para ocupar altos cargos administrativos, sus funciones se han concentrado cada vez más en estudios de la atención primaria y la ampliación de la cobertura. Uno de esos estudios recientes fue llevado a cabo por un profesor y varios estudiantes de posgrado bajo el patrocinio de la Fundación W. K. Kellogg, la OPS y la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM). Este estudio, que examinó 33 proyectos innovadores para la integración de la enseñanza y los servicios de salud al nivel de atención primaria en la América Latina, concentró la atención en el contenido administrativo de esos proyectos.

La experiencia NUTES/CLATES. El NUTES/CLATES con anterioridad ha dirigido su atención hacia la investigación, el desarrollo y la distribución de materiales de enseñanza para estudiantes de las profesiones de la salud, especialmente de

medicina. Más recientemente, este centro ha comenzado a preparar materiales para gente al nivel local, entre ellos materiales que tratan de temas sobre administración.

El programa del NUTES/CLATES en este campo, conocido como Capacitación en Sistemas para Administradores de Servicios Locales, fue aplicado por primera vez en el estado de Rio Grande do Sul en combinación con un curso descentralizado de salud pública ofrecido por la Escuela Nacional de Salud Pública y la nueva Escuela de Salud Pública de Rio Grande do Sul, afiliada a la Secretaría de Salud del Estado.

Este programa del NUTES/CLATES ofrece un curso básico en administración de salud conforme a un sistema modular. Esto es, cada unidad de enseñanza/aprendizaje es autosuficiente, y todas están diseñadas de modo que el estudiante pueda estudiarlas por sí solo, usando instrucciones programadas. El programa consta de 26 unidades modulares, incluida una dedicada a epidemiología, una a planificación de salud, tres a la organización de unidades de salud, tres a sistemas de información, una a la administración de suministros, ocho a la administración de personal, seis a administración financiera y dos a la educación en salud.

Cada unidad está compuesta por una serie de elementos que ilustran y analizan el material que se va a aprender, y por cada serie de elementos hay una serie correspondiente de ejercicios con los que el estudiante puede demostrar que domina el material. Cada unidad, presentada usando una metodología de estudio de casos y técnicas de solución de problemas, está escrita de modo que se asemeje lo más posible al mundo real del cual proviene el estudiante.

Este material para el programa, que ha sido examinado por el personal docente de PROAHSA, ejemplifica un producto obtenido compartiendo la responsabilidad de enseñar el material; compartir en este

caso entraña un grupo técnico (NUTES/CLATES), una escuela de administración (PROAHSA) y un programa descentralizado de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Observaciones finales

Como ya hemos señalado, el Brasil actualmente carece de una política oficial específica y clara sobre la capacitación de personal de salud en el campo administrativo. No obstante, se ha registrado una notable tendencia a trabajar juntos por parte de las distintas organizaciones aquí mencionadas.

A este respecto, cabe señalar que algunas de estas relaciones cooperativas han sido estimuladas por una nueva institución privada sin fines de lucro, la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO). Creada gracias al ánimo impartido por la OPS, ABRASCO trata de unir a todas las instituciones y personas interesadas en los diversos aspectos de la salud colectiva.

Asimismo, debemos observar que los ejemplos tomados de las experiencias de la Escuela Nacional de Salud Pública, PROAHSA, y el NUTES/CLATES tienen ciertas características comunes. Cada uno de ellos entraña el uso de métodos innovadores; ninguno, por sí solo, podría satisfacer las necesidades educacionales del sector salud en el campo de la administración; y cada uno de ellos, de su propia manera constituye una parte notable del esfuerzo general por alcanzar la salud para todos en el año 2000.

Resumen

El sistema de servicios de salud del Brasil incluye un subsector privado que atiende a alrededor del 20% de la población, un subsector oficial que atiende otro

20%, y un subsector de seguridad social que sirve a otro 40%. Un 20% de la población carece de cobertura del servicio de salud.

Dentro de este sistema mixto, el personal y las instalaciones de salud se han concentrado mucho en las zonas centrales metropolitanas; y mientras que la financiación general del sector salud en 1982 parecía adecuada, una parte desproporcionada de esa financiación se estaba usando para ofrecer una atención de alto costo y a menudo innecesaria a un número relativamente pequeño de personas. Esta situación desequilibrada se ha agravado por una rápida expansión en el número de médicos y dentistas brasileños que ejercen su profesión en los últimos años. Una expansión que ha fomentado un crecimiento enorme y arbitrario de instalaciones hospitalarias en grandes ciudades, prácticas de empleo parcial que han disminuido la eficiencia y la moral de los médicos, y una concentración excesiva dentro del sistema de salud en una atención especializada, intensiva y compleja. El problema también se ha complicado por la creciente predominancia del sistema de seguridad social (sistema que recibió aproximadamente el 85% de todos los fondos de salud pública en 1982) y por la tendencia de este a negociar, con el sector privado, contratos que alientan el derroche y una atención innecesaria.

Del lado positivo, el gobierno ha estado al tanto de estos problemas y recientemente ha venido tomando medidas decisivas para contrarrestarlos. Entre esas medidas figuran esfuerzos por reorganizar y consolidar el sistema de seguridad social, pasar leyes que definan mejor la jurisdicción de determinadas instituciones del sector salud, y fomentar un amplio espectro de medidas diseñadas para ampliar la cobertura del servicio de salud.

Dentro de este contexto, vale la pena examinar los actuales patrones de la enseñanza en el campo de la administración

de salud. En la actualidad existen tres tipos básicos de enseñanza en administración de salud: uno que destaca el componente de salud, otro que se concentra en el componente administrativo y otro que trata de equilibrar ambos elementos. Históricamente, el tipo de educación en administración de salud dominado por este componente surgió primero, seguido del dominado por el aspecto administrativo y luego el más equilibrado.

En cuanto a acontecimientos innovadores, desde 1975 la Escuela Nacional de Salud Pública de Rio de Janeiro ha estado trabajando con organismos de salud de los estados y universidades locales en muchas partes del país con el propósito de descentralizar su curso básico de salud pública y ofrecerlo en varios lugares diferentes. Otro programa que ha recibido apoyo y financiación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación W. K. Kellogg ha fomentado la enseñanza y la investigación en administración de

salud y ha proporcionado asistencia técnica para promover la prestación de servicios de administración de salud. Por último, el Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud/Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (NUTES/CLATES) ha comenzado a preparar materiales educacionales para residentes locales y ha iniciado un programa en colaboración con otras agencias, que está diseñado para ofrecer un curso básico en administración de salud que el estudiante puede aprender por sí solo valiéndose de instrucciones programadas. Al examinar estos distintos programas innovadores, cabe observar que ninguno, por sí solo, puede satisfacer las necesidades del sector salud en materia de educación en administración de salud; pero cada uno de ellos, a su propia manera, constituye una parte significativa de un mayor esfuerzo por parte del sistema de salud brasileño para alcanzar la meta de la salud para todos en el año 2000. ■

BIBLIOGRAFIA

- Banco Interamericano de Desarrollo. Brazil: General Socioeconomic Trends and Outlook. In: Inter-American Development Bank. *Economic and Social Progress in Latin America, 1980-1981 Report*. Washington, DC, 1982.
- Bobenrieth, M. y Peña, J. *Directorio de programas regulares (grado y post grado) de administración de atención de salud de América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1977.
- Cordera, A. y Bobenrieth, M. Planificación educativa en atención de salud. *Bol Of Sanit Panam* 91(6):484-498, 1981.
- Cordera, A. y Bobenrieth, M. *Administración de sistemas de salud*. Organización Panamericana de la Salud, México, 1983.
- Kisil, M. Administración pública en el sector salud para el decenio 1980-1990: I. Fundamento Teórico—Elección pública y acción social. *Bol Of Sanit Panam* 92(3):248-256, 1982.
- Kisil, M. Administración pública en el sector salud para el decenio 1980-1990: II. Examen comparado de tres paradigmas generales. *Bol Of Sanit Panam* 92(4):328-336, 1982.
- Kisil, M. Administración pública en el sector salud para el decenio 1980-1990: III. Profesión o disciplina académica. *Bol Of Sanit Panam* 92(5):418-427, 1982.
- Kisil, M. Administración pública en el sector salud para el decenio 1980-1990: IV. Problemas y tendencias en Estados Unidos de América y en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 92(6):520-528, 1982.
- Kisil, M. Administración pública en el sector salud para el decenio 1980-1990: V. La relación entre el gobierno y el mercado. *Bol Of Sanit Panam* 93(1):37-45, 1982.
- Organización Panamericana de la Salud. Reunión Regional de Administración de Salud. Estudio de cuarenta y cuatro programas regulares de educación en administración de atención de salud. Documento de trabajo. Washington, D.C., 1977.
- Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud de las Américas, 1977-1980*. Publicación Científica 427. Washington, DC, 1982.

Education in health administration. An assessment of the Brazilian case (Summary)

Brazil's health service system includes a private subsector serving about 20% of the population, an official subsector serving about 20% more, and a social security subsector serving another 40%. About 20% of the population lacks health service coverage.

Within this mixed system, health manpower and facilities have been heavily concentrated in metropolitan core areas; and while overall financing of the health sector as of 1982 seemed adequate, a disproportionate share of that financing was being used to provide high-cost and often unnecessary care for a relatively small number of people. This unbalanced situation has been aggravated by a rapid expansion in the numbers of practicing Brazilian physicians and dentists in recent years—an expansion that has promoted massive and haphazard growth of hospital facilities in large cities, part-time employment practices that have lowered physician efficiency and morale, and an excessive concentration within the health system upon specialized, intensive, and complex care. The problem has also been aggravated by the increasing dominance of the social security system (a system which received roughly 85% of all public health funds in 1982) and by that system's tendency to make contracts with the private sector that encourage waste and unnecessary care.

On the positive side, the Government has been aware of these problems and has recently been taking strong measures to counteract them. These measures have included efforts to reorganize and consolidate the social security system, to pass legislation better defining the jurisdictions of particular health sector institutions, and to promote a broad spectrum of actions designed to extend health service coverage.

Within this context, it is worth reviewing

current patterns of education in the field of health administration. At present there are essentially three types of health administration education in Brazil—one emphasizing the health component, one emphasizing the administrative component, and one seeking to balance these two elements. Historically, the health-dominated type of health administration education emerged first, followed by the administration-dominated type and then by the more balanced type.

Regarding innovative developments, since 1975 the National School of Public Health in Rio de Janeiro has been working with state health agencies and local universities in many parts of the country for the purpose of decentralizing its basic public health course and giving it in a number of different places. Another program, which has received support and funding from Pan-American Health Organization and the Kellogg Foundation, has promoted teaching and research in health administration and has provided technical assistance to promote the delivery of health administration services. Finally, the Nucleus for Educational Technology in Health/Latin American Center for Educational Technology in Health (NUTES/CLATES) has started to prepare educational materials for local residents and has undertaken a program in collaboration with other agencies that is designed to provide a basic course in health administration that can be self-taught by the student, using programmed instructions. It should be noted, in examining these various innovative programs, that none, by itself, can meet the health sector's needs for education in health administration; but each, in its own way, constitutes a significant part of a larger effort by the Brazilian health system to attain the goal of "health for all by the year 2000."

Educação em administração de saúde. Uma avaliação do caso brasileiro (Resumo)

O sistema de serviços de saúde do Brasil inclui um subsetor privado que atende cerca de 20% da população, um subsetor oficial que atende outros 20% e o subsetor da previdência

social que atende 40%. Cerca de 20% da população carecem de cobertura do serviço de saúde.

Dentro desse sistema misto, o pessoal e as

instalações de saúde concentraram-se muito nas zonas centrais metropolitanas; o financiamento geral do setor da saúde em 1982 parecia adequado, mas uma parte desproporcional desse financiamento estava sendo utilizada para oferecer um atendimento de alto custo e freqüentemente desnecessário a um número relativamente pequeno de pessoas. Essa situação desequilibrada agravou-se por uma rápida expansão no número de médicos e dentistas brasileiros que exercem sua profissão nos últimos anos. Uma expansão que fomentou um crescimento enorme e arbitrário de instalações hospitalares em grandes cidades, práticas de emprego parcial que diminuíram a eficiência e a moral dos médicos e uma concentração excessiva dentro do sistema de saúde num atendimento especializado, intensivo e complexo. O problema também agravou-se devido à crescente predominância do sistema de previdência social (sistema que recebeu aproximadamente 85% de todos os recursos de saúde pública em 1982) e pela tendência deste a negociar com o setor privado contratos que incentivam o desperdício e um atendimento desnecessário.

Do lado positivo, o governo tem consciência desses problemas e recentemente tomou medidas decisivas para resolvê-los. Entre essas medidas figuram esforços para reorganizar e consolidar o sistema de previdência social, aprovar leis que definam melhor a jurisdição de determinadas instituições de setor da saúde e fomentar um amplo espectro de medidas destinadas a ampliar a cobertura do serviço de saúde.

Dentro desse contexto, vale a pena examinar os atuais padrões de ensino no campo da administração de saúde. Atualmente existem três tipos básicos de ensino em administração

de saúde: um que destaca o componente de saúde, outro que se concentra no componente administrativo e outro que trata de equilibrar ambos os elementos. Historicamente, o tipo de educação em administração de saúde dominado por esse componente surgiu primeiro, seguido do dominado pelo aspecto administrativo e depois o mais equilibrado.

Quanto às inovações, desde 1975 a Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro vem trabalhando com entidades de saúde dos estados e universidades locais em muitas partes do país com o propósito de descentralizar seu curso básico de saúde pública e oferecê-lo em vários lugares diferentes. Outro programa que recebeu apoio e financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde e da Fundação W. K. Kellogg fomentou o ensino e a pesquisa em administração de saúde e proporcionou assistência técnica para promover a prestação de serviços de administração de saúde. Por último, o Núcleo de Tecnologia ao Ensino de Saúde/Centro Latino-Americano de Tecnologia ao Ensino de Saúde (NUTES/CLATES) começou a preparar materiais educativos para residentes locais e iniciou um programa em colaboração com outros órgãos, elaborado para oferecer um curso básico em administração de saúde que o estudante pode seguir por si só valendo-se de instruções programadas. Ao examinar esses diversos programas, deve-se observar que nenhum, por si só, pode atender as necessidades do setor da saúde em matéria de educação em administração de saúde; mas cada um deles, à sua maneira, constitui uma parte significativa de um esforço maior por parte do sistema de saúde brasileiro para alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000.

Education en administration de la santé. Evaluation du cas du Brésil (Résumé)

Le système de services de santé du Brésil comprend un sous-secteur privé qui traite environ 20% de la population, un sous-secteur public qui traite 20 autres % et un sous-secteur de sécurité sociale qui sert encore 40%. Vingt pour cent de la population ne sont pas couverts par le service de santé.

Dans le cadre de ce système mixte, le personnel et les installations de santé se situent pour beaucoup dans les zones centrales métropolitaines; et bien que le financement général du secteur de la santé en 1982 ait paru suffisant, une part disproportionnée de ce financement était utilisée pour offrir des soins coûteux

et souvent inutiles à un nombre relativement restreint de personnes. Cette situation déséquilibrée est encore aggravée par la rapide expansion du nombre de médecins et de dentistes brésiliens qui exercent leur profession depuis quelques années. Une expansion qui a favorisé une croissance énorme et arbitraire des installations hospitalières des grandes villes, la pratique d'emplois à temps partiel qui a diminué l'efficacité et le moral des médecins et une concentration excessive dans le système de santé sur une médecine spécialisée, intensive et complexe. Le problème s'est encore compliqué par la prédominance croissante du système de sécurité sociale (système qui a reçu environ 85% des fonds consacrés à la santé publique en 1982) et par la tendance de ce système à négocier avec le secteur privé des contrats qui favorisent le gaspillage et les soins inutiles.

Sur le plan positif, le gouvernement s'est montré conscient de ces problèmes, et a pris récemment des mesures décisives pour les surmonter. Parmi ces mesures, figurent les efforts pour réorganiser et consolider le système de sécurité sociale, promouvoir des lois définissant mieux la compétence de certaines institutions du secteur de la santé et promouvoir un vaste éventail de mesures destinées à élargir la couverture du service de santé.

Dans ce contexte, il convient d'examiner les schémas de l'enseignement dans le domaine de l'administration de la santé. Actuellement, il existe trois types fondamentaux d'enseignement de l'administration de la santé : un qui met l'accent sur l'élément santé, un autre qui se concentre sur l'élément administratif et un troisième qui s'efforce d'équilibrer ces deux éléments. Historiquement, le type d'éduca-

tion de l'administration de la santé dominé par cet élément est apparu le premier, suivi de celui dominé par l'aspect administratif, puis par celui de l'équilibre.

En ce qui concerne les nouveautés, depuis 1975, la Faculté nationale de santé publique de Rio de Janeiro travaille avec des organismes étatiques de santé et des universités locales dans de nombreuses régions du pays afin de décentraliser son enseignement fondamental de la santé publique et de l'offrir en divers endroits. Un autre programme qui a reçu appui et fonds de l'Organisation panaméricaine de la santé et de la Fondation W. K. Kellogg a permis de développer l'enseignement et la recherche dans le domaine de l'administration de la santé et a dispensé une assistance technique pour promouvoir la prestation de services d'administration de la santé. Enfin, le Noyau de technologie de l'enseignement de la santé/Centre latino-américain de technologie de l'enseignement de la santé (NUTES/CLATES) a commencé à préparer du matériel didactique pour les résidents locaux et a lancé un programme en collaboration avec d'autres institutions, qui est destiné à offrir un cours de base en administration de la santé que peut suivre l'étudiant de lui-même au moyen de l'enseignement programmé. Lorsque l'on examine ces programmes novateurs, il convient de faire remarquer qu'aucun en soi ne peut satisfaire les besoins du secteur de la santé en matière d'éducation en administration de la santé: mais chacun d'entre eux, à sa façon constitue un élément important d'un effort plus général de la part du système de santé brésilien pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.