

INFORME DAWSON



INDEXED

INFORME DAWSON

sobre

EL FUTURO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y AFINES

1920

*Informe provisional presentado al Ministerio de Salud
de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consul-
tivo de Servicios Médicos y Afines*

Traducción al castellano del *Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920*, por la Oficina Sanitaria Panamericana. Publicado con el permiso de H.M. Stationery Office, Londres. Propiedad del Gobierno del Reino Unido (Crown Copyright Reserved).

Publicación Científica No. 93

Febrero de 1964

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington, D. C. 20036, E.U.A.



SUMARIO DE MATERIAS

	<i>Párrafo</i>
SECCION I	
Términos de referencia	1
Propósito del Informe Provisional	2
Situación actual de los servicios médicos	3
Costo creciente de los servicios	4, 5
Objetivos de los planes de servicios médicos	6
Disponibilidad de los servicios	7
Clasificación de los servicios	8
Servicios domiciliarios	9
Centros primarios de salud	10
Centros secundarios de salud	11, 12
Hospitales docentes	13
Servicios complementarios	14
Diagrama del plan de servicios	15
Propuestas de planes similares	16
Resumen	17
SECCION II	
Servicio domiciliario	
Alcance del servicio domiciliario	18
Labor de los médicos generales	19, 20
Provisión de locales	21
Los médicos generales y el trabajo de medicina preventiva	22 - 26
Los médicos generales y los servicios auxiliares	27
Farmacia	28
Enfermería	29 - 32
Parteras	33
Enfermeras visitadoras	34
Servicios odontológicos	35
SECCION III	
Centros primarios de salud	
Centros constituidos por médicos generales	36
Alcance de los centros	37, 38
Servicios para la comunidad	39
Servicios auxiliares	40
Servicios dentales en los centros	41
Farmacia	42
Servicios de ambulancia	43, 44
Principios y diseño de los centros primarios de salud	45, 46
Personal: Funciones de los médicos generales	47
Personal de los servicios públicos	48
Ventajas del establecimiento de centros primarios de salud	49, 50
Naturaleza de los servicios del médico general	51
Servicios a tiempo completo y a tiempo parcial	52

SUMARIO DE MATERIAS (Cont.)

SECCION IV

Centros secundarios de salud

Ubicación de los centros secundarios de salud	53
Servicios de tipo consultivo en los centros	54
Servicios públicos en los centros secundarios de salud	55
Importancia del equipo	56
El equipo en los centros secundarios de salud	57
Relaciones con los centros primarios	58
Servicios curativos: provisión de locales	59
Construcción de centros nuevos completos	60
Tratamiento de pacientes en los centros secundarios de salud	61
Funciones de los consultores adscritos a los centros	62
Remuneración a los consultores	63, 64
Arreglos de transición en cuanto a personal	65
Cualidades del personal consultor	66
Método de elección	67, 68
Establecimiento de salas privadas en los centros de salud	69, 70
Pago por tratamiento en el centro de salud	71 - 73

SECCION V

Otros elementos del plan propuesto

Servicios complementarios	74
Hospitales docentes con escuelas de medicina	75 - 80
Hospitales particulares	81 - 86
Investigación	87
Uniformidad de las historias clínicas	88 - 91
Administración	92 - 104

SECCION VI

Pormenores sobre algunas de las disposiciones de los servicios

Introducción	105
Servicios de laboratorio	106 - 115
Servicios odontológicos	116 - 127
Servicios de bienestar materno-infantil	128 - 133
Educación física	134 - 144
Centros de rehabilitación	145 - 146

SECCION VII

Resumen de recomendaciones	147 - 149
----------------------------------	-----------

PROLOGO DE LA EDICION ESPAÑOLA

Esta traducción al español fue hecha por la Oficina Sanitaria Panamericana, satisfaciendo una sugerencia del Doctor John B. Grant, por muchos años destacado funcionario de la Fundación Rockefeller y en sus últimos tiempos, antes de su fallecimiento en 1962, consultor del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. La publicación de este documento de interés y valor histórico se realiza gracias a la gentileza del Gobierno del Reino Unido, que concedió la autorización correspondiente.

Las mayores obligaciones que la Primera Guerra Mundial impuso a las dependencias gubernamentales indicaron enormes deficiencias en la organización del Gobierno del Reino Unido. Resultado de ello fue la creación de un Ministerio de Reconstrucción ad hoc que examinara la organización de cada Departamento o Ministerio. El informe y las recomendaciones del Ministerio de Reconstrucción fueron publicados en 1918.

La recomendación principal expresa lo siguiente: "El primer principio de la buena administración exige que cuando se haya de emprender una función especial, ésta se lleve a cabo por un solo cuerpo directivo para toda la comunidad que necesite el servicio, y no que para los diferentes sectores de la comunidad haya diversos cuerpos directivos". Esta recomendación motivó, entre otros cambios en el Gobierno, el establecimiento del Ministerio de Salud en 1919. Una de las primeras medidas adoptadas por éste fue la designación de un Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. El primer informe de este Consejo se refiere al futuro de estos servicios (el Informe Dawson de Penn), y se publicó en 1920.

NOTA PRELIMINAR DEL MINISTRO DE SALUD

1. Con la publicación de este Informe, el primero que se recibe del Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines establecido por la ley del Ministerio de Salud, en 1919, se espera facilitar el examen de los asuntos de que trata.
2. El Ministerio de Salud y las autoridades locales están considerando la adopción de medidas sobre algunos problemas examinados en el Informe, y se están formulando propuestas de acción en otros asuntos.
3. Muchas de las recomendaciones del Consejo han de considerarse necesariamente en relación con una política general de expansión y desarrollo de los servicios de salud (incluso el problema de la futura administración de los servicios confiados actualmente a las autoridades encargadas de la aplicación de las leyes de pobres) que el Gobierno someterá oportunamente al Parlamento.

Mayo de 1920

C. ADDISON

CONSEJO CONSULTIVO DE SERVICIOS MEDICOS Y AFINES

LISTA DE MIEMBROS

The Right Hon. Lord Dawson of Penn, G.C.V.O., K.C.M.G.,
C.B., M.D., F.R.C.P. (Presidente)
C.J. Bond, Esq., C.M.G., F.R.C.S. (Vicepresidente)
N.G. Bennett, Esq., M.B., B.Ch., L.D.S.Eng.
R.A. Bolam, Esq., O.B.E., M.D., M.R.C.P.
Victor Bonney, Esq., F.R.C.S.
H.G. Dain, Esq., M.B., M.R.C.S.
A. Fulton, Esq., M.D.
Sir William S. Glyn-Jones
T.A. Goodfellow, Esq., C.B.E., M.D., M.R.C.S.
G.E. Haslip, Esq., M.D., M.R.C.S.
T. Eustace Hill, Esq., O.B.E., M.B., B.Sc.
F.G. Hopkins, Esq., D.Sc., F.R.S.
Miss M.H.F. Ivens, M.B., M.S.
Miss Janet E. Lane-Clayton, M.D., D.Sc.
A. Linnell, Esq., M.R.C.S.
J.A. Macdonald, Esq., LL.D., M.D.
E.W. Morris, Esq., C.B.E.
John Robertson, Esq., C.M.G., O.B.E., M.D.
T.W. Shore, Esq., M.D., M.R.C.S.
Sir William A. Tilden, D.Sc., F.R.S.

SECCION I

Al Muy Honorable Christopher Addison, M.D., M.P.
Ministro de Salud

Excelentísimo Señor Ministro:

1. En octubre pasado usted se refirió a las funciones del Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines en los términos siguientes:

"Considerar y formular recomendaciones acerca del esquema o los esquemas necesarios para proporcionar en forma sistemática aquellos servicios médicos y afines que, a juicio del Consejo, deben estar a la disposición de los habitantes de una región dada".

Presentar un informe detallado sobre tan amplia y extensa referencia, requeriría mayor estudio y consideración que aquel que el Consejo ha podido dedicarle en el tiempo disponible.

2. Sin embargo, en vista de la urgencia que atribuye al establecimiento metódico de una política de salud constructiva y de la íntima relación que existe entre los servicios médicos y los problemas relativos a la ley de pobres* y al gobierno local, estimamos que facilitaremos el progreso si exponemos la orientación de nuestras deliberaciones y conclusiones y, en consecuencia, tenemos el honor de presentar un informe provisional.

3. Los cambios que recomendamos se hacen necesarios debido a que la organización de la medicina se ha revelado inadecuada y porque no pone las ventajas del conocimiento médico, de manera adecuada, al alcance de la población.

Esta insuficiencia de organización se ha hecho más patente ante la ampliación de los conocimientos y ante la creciente convicción de que es necesario poner a disposición de todos los ciudadanos los mejores medios para mantener la salud y curar las enfermedades.

*Nota del Traductor: Preferimos traducir "ley de pobres", mejor que "beneficencia" o "leyes de indigentes", por conservar la denominación inglesa, muy conocida y divulgada.

4. La disponibilidad general de los servicios médicos "sólo puede asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuida en función de las necesidades de la comunidad." Tal organización es indispensable por razones de eficiencia y costo, como asimismo en beneficio del público y de la profesión médica. Con la expansión del conocimiento, las medidas necesarias para resolver los problemas de la salud y las enfermedades se tornan más complejas, reduciéndose el ámbito de la acción individual y exigiendo, en cambio, esfuerzos combinados. Para que éstos puedan rendir los mejores resultados deben concentrarse en la misma institución. A medida que aumentan la complejidad y el costo del tratamiento, disminuye el número de personas que pueden pagar toda la gama de servicios. Además, la opinión pública mejor informada reconoce que el hogar no siempre ofrece las mejores condiciones higiénicas para el tratamiento de enfermedades graves, que requieren atención especial para dar al paciente plenas oportunidades de recuperación.

5. En otros tiempos se trataban en casa del paciente estados patológicos como la apendicitis, mediante cataplasmas y drogas. Ahora se recurre a la operación, que es más efectiva, pero requiere más equipo, un grupo de personas y mayores gastos. Las enfermedades pulmonares eran antiguamente objeto de examen clínico y tratadas con medicamentos. Ahora, además de eso, pueden ser necesarios los servicios del anatómo, patólogo y del radiólogo.

Esto significa mayor eficacia, pero al mismo tiempo más organización y gastos más cuantiosos.

6. La medicina preventiva y la curativa no pueden separarse en virtud de ningún principio sólido, y en cualquier plan de servicios médicos, deben coordinarse estrechamente. Deben además colocarse dentro de la esfera del médico general, cuyas funciones deben abarcar la medicina tanto para el individuo como para la comunidad. Parece que la orientación actual del servicio de salud, hacia la inclusión de ciertas especialidades de la labor curativa, tiende a privar al estudiante de medicina y al médico de la experiencia que necesitan.

7. Cualquier plan de servicios debe ser asequible a todas las clases de la comunidad, en las condiciones que se determinarán más adelante. Al emplear el término "asequible" no queremos significar que los servicios sean gratuitos, sino que excluimos por el momento la determinación de la manera como se han de pagar. Además, cualquier plan debe ser de tal naturaleza que pueda crecer, ampliarse y adaptarse a las diversas condiciones locales. Debe comprender todos aquellos servicios médicos que son necesarios para la salud de la población.

8. Las consideraciones precedentes son algunas de las que han orientado el plan esbozado a continuación.

Los servicios pueden clasificarse en:

domiciliarios, aquéllos que se consideran distintos de los institucionales, e individuales, distintos de los servicios públicos.

9. Empezaremos con el hogar y con los servicios, preventivos y curativos, que se relacionan con el hogar, es decir los del médico, dentista, farmacéutico, enfermera, partera y enfermera visitadora.* Son éstos los servicios denominados domiciliarios y constituyen la periferia del plan; los restantes son principalmente de carácter institucional.

Un centro de salud es una institución donde se concentran diversos servicios médicos, tanto preventivos como curativos, formando una organización.

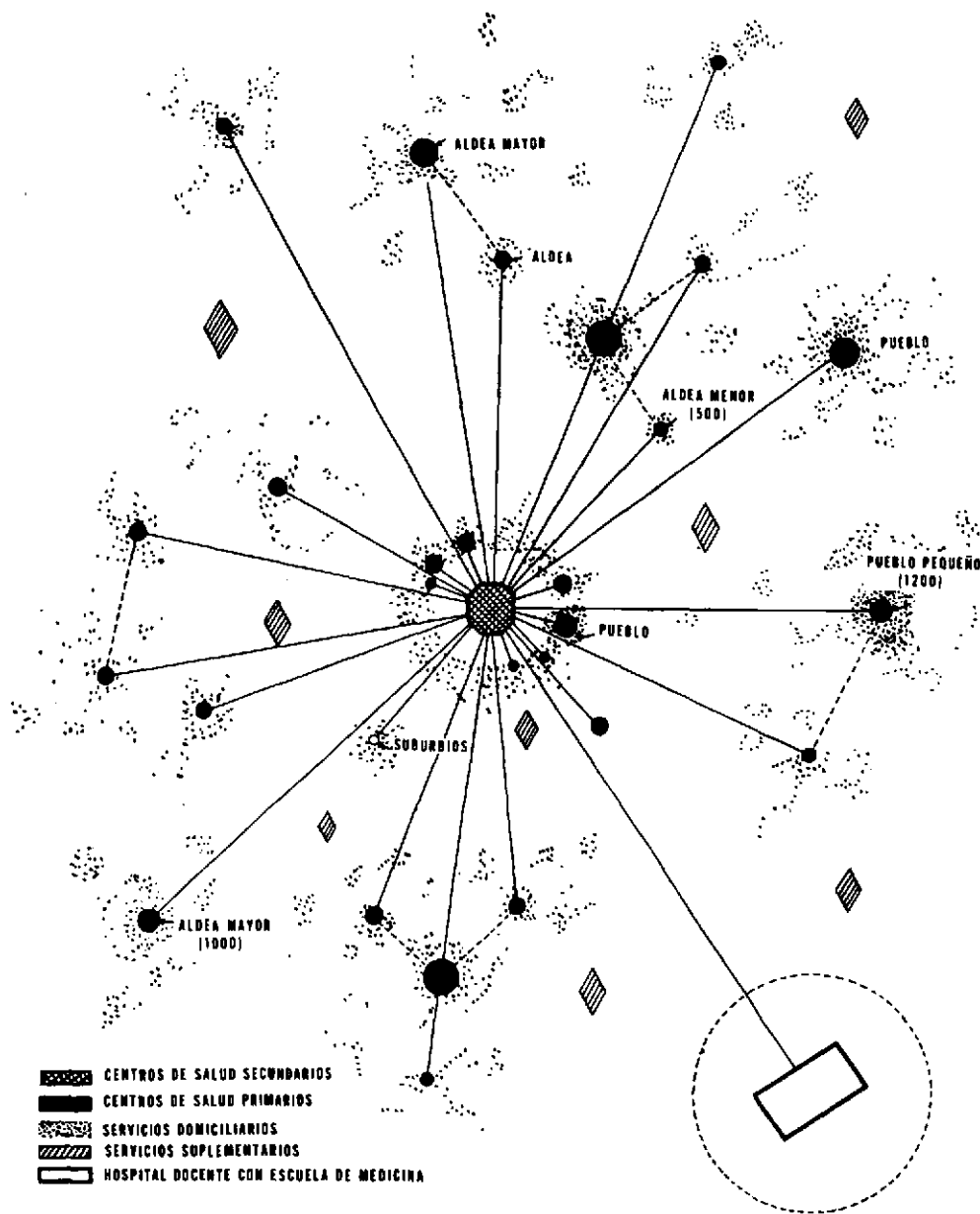
Los centros de salud pueden ser primarios o secundarios: el primero presta un servicio más sencillo y el último más especializado.

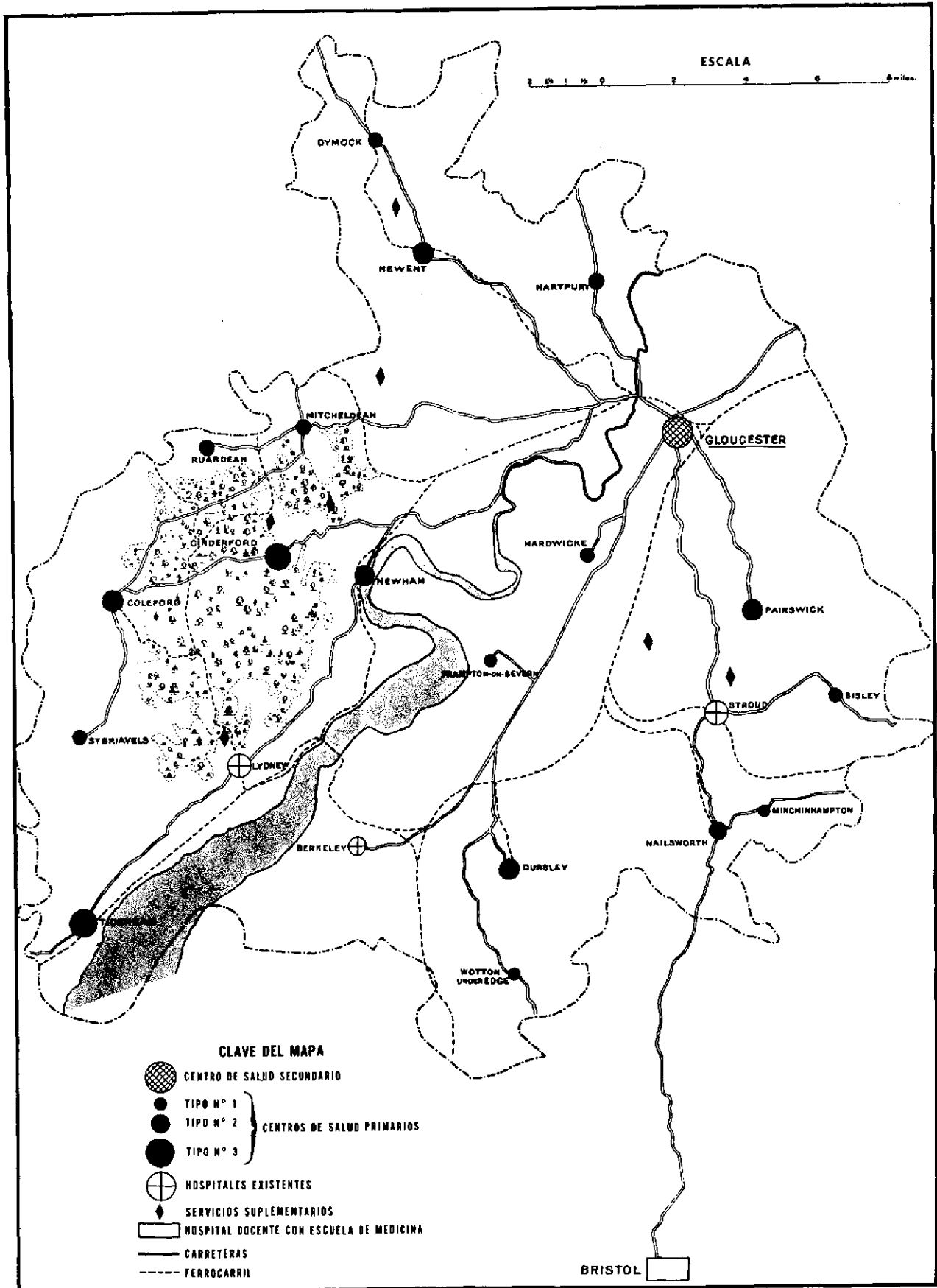
10. Los servicios domiciliarios de determinada región deben contar como base un centro primario de salud, es decir, una institución dotada de los servicios de la medicina curativa y preventiva, que estarán a cargo de los médicos generales, junto con un eficiente servicio de enfermería y con la ayuda de consultores y especialistas visitantes. Los centros primarios de salud variarán en tamaño y complejidad según las condiciones locales y en cuanto a su situación en la ciudad o en el campo, pero el personal estará constituido, en su mayoría, por los médicos del correspondiente distrito, reteniendo los pacientes los servicios de sus propios médicos.

11. Un grupo de centros primarios de salud debe a su vez tener como base a un centro secundario de salud. Los centros primarios remitirán los casos difíciles o aquellos que requieran tratamiento especial, estén situados los centros primarios en la ciudad misma o en el área rural circundante. Los centros secundarios necesitarán de equipo más variado y el personal médico habrá de ser más especializado. Los pacientes que ingresan en un centro secundario de salud dejarán de ser atendidos por sus propios médicos, quedando bajo el cuidado del personal médico del centro. Mientras que el personal del centro primario de salud estará integrado principalmente por médicos generales, el cen-

*N. del T. En los países de habla española se denomina a la "health visitor" de muy diversas maneras. Visitadora sanitaria, enfermera sanitaria, enfermera de salud pública, etc. Hemos preferido traducir como enfermera visitadora, porque nos parece que así aludimos también a su posible actuación como asistente o visitadora social.

DIAGRAMA DE UN AREA MOSTRANDO TODOS LOS SERVICIOS





tro secundario de salud estará atendido especialmente por consultores* y especialistas. Se trataría de un servicio funcional de consulta a cargo de especialistas o de médicos generales que desempeñan una función consultiva.

12. Los centros secundarios de salud deben necesariamente estar situados en ciudades, único lugar donde puede esperarse el establecimiento de un servicio eficaz de consulta bien equipado, y donde se cuenta con los medios de comunicación necesarios.

La selección de ciudades debe ser objeto de cuidadosa atención, y se necesitará plena información acerca de los servicios hospitalarios y afines que en ellas existan, como asimismo de su distribución en relación con la población y de los medios públicos de transporte. En las zonas rurales las corrientes naturales comerciales y de tráfico indicarán la población o poblaciones donde conviene establecer un centro secundario de salud. A este respecto, queremos subrayar la importancia de realizar con anticipación una "encuesta hospitalaria". Los resultados de esta encuesta permitirán determinar en qué zonas las condiciones son inadecuadas y el grado en que lo son.

Los centros secundarios de salud variarán en tamaño y complejidad, según las circunstancias.

13. Los centros de salud secundarios deben vincularse a su vez con un hospital docente** que cuente con una escuela de medicina. Esto es conveniente, primero en beneficio del paciente, quien en los casos difíciles disfruta de las ventajas de las mejores técnicas disponibles y, segundo, en beneficio del personal médico adscrito a los centros secundarios, que pueden así seguir hasta las últimas etapas a una enfermedad en la que intervinieron desde el principio, se familiaricen con el tratamiento adoptado y aprecien las necesidades del paciente después del regreso a su hogar.

Convendría a veces incorporar los centros secundarios de salud a los hospitales docentes, donde estos últimos existan.

* N. del T. Creemos conveniente distinguir entre consultante, que es el experto que durante un lapso de tiempo asesora sobre una materia, y consultor, que es el médico llamado en consulta sobre uno o varios casos concretos.

** El hospital anexo a una escuela o facultad de medicina recibe en español distintas denominaciones locales. Hospital clínico, de clínicas, de enseñanza, etc. Nos parece más concreta y exacta, entre las diversas denominaciones, la de hospital docente.

14. Servicios complementarios--Algunos servicios complementarios formarán parte esencial del esquema: se relacionarán con los centros primarios y secundarios de salud, a menudo atenderán a una extensa región y necesitarán de personal especial. Deben estar equipados para atender pacientes de tuberculosis, enfermedades mentales, epilepsia, ciertas enfermedades infecciosas, etc., y para aquéllos que necesiten de tratamiento ortopédico.

15. En el diagrama adjunto puede verse el esquema de los servicios.

16. El esquema podrá comprenderse mejor tomando como ejemplo el caso de Gloucestershire, donde las autoridades locales del condado y sus ciudades, las autoridades del hospital y todos los médicos han convenido* un plan de servicios que no difiere en sus finalidades del bosquejado en el presente Informe.

Gloucestershire ha sido dividido en zonas, y hemos seleccionado aquélla de la cual es centro la ciudad de Gloucester. Esta zona tiene unas 30 millas de norte a sur y unas 24 de este a oeste. El Río Severn es casi bisector y no la cruza ningún puente de carretera al sur de Gloucester; hay un puente de ferrocarril 14 millas al sur de esa ciudad. Comprende varios tipos de poblaciones. Está el distrito minero del Bosque de Dean; en Lydney hay talleres de hojalatería, en Cam fábricas de paños y en Dursley talleres de ingeniería, entre otras industrias en el área. Por otra parte, hay grandes zonas rurales, algunas de las cuales están poco pobladas.

En el mapa se indican los lugares adecuados para establecer centros primarios de salud, teniendo en cuenta la distribución de la población y medios de comunicación. Estos centros son de tres categorías, según la complejidad de los servicios necesarios. Pueden verse en el mapa los hospitales rurales y los servicios complementarios, existentes y previstos. En la ciudad de Gloucester (50.035 habitantes) estaría el centro secundario de salud y en Bristol el hospital docente con su escuela de medicina.

Tenemos entendido que bajo los auspicios de la Asociación de Hospitales del Noreste, se prepara un esquema completo, basado en principios similares, para su aplicación en los condados de Durham y Northumberland.

*Este resultado se logró bajo la orientación del Dr. J. Middleton Martin, funcionario médico de salud del condado.

17. La idea dominante que inspira nuestras recomendaciones es la de ofrecer los mejores servicios para la salud de la población. Nuestras recomendaciones tienden a asegurar:

- 1) Adquisición de edificios y equipo.
- 2) Servicios convenientemente correlacionados y asequibles a todos.
- 3) Oportunidad para realizar el mejor trabajo posible y para el progreso del saber.
- 4) Coordinación entre la medicina preventiva y curativa.
- 5) Libertad de acción para médico y paciente.

En las condiciones existentes los médicos no tienen a menudo tales oportunidades; no tienen fácil acceso a recursos como la bacteriología, bioquímica, radiología, electroterapéutica, y cuentan con inadecuados medios de ayuda de consultores y especialistas. Por consiguiente, no siempre pueden satisfacer las necesidades del paciente ni las suyas propias.

Es posible que, a primera vista, algunos consideren que el esquema que hemos esbozado es tan ambicioso que sería impracticable. Comprendemos muy bien que su aplicación ha de ser lenta y por la dificultad para adaptar las instituciones y métodos existentes, quizás imperfecta. Además de la falta de equipo material, no se dispone actualmente de personal adiestrado en número suficiente, aunque la aceptación y aprobación de este esquema por profesionales y público, servirían de estímulo educativo para la preparación de ese personal. Para establecer bien cualquiera de sus partes y evitar errores en el esfuerzo local, debe tenerse presente el esquema en su totalidad. Se trata de una empresa que debe empezar de una vez y proseguirla con constancia y con un ritmo proporcionado a la ilustración y empeño que demuestre la opinión pública local tanto de los profanos como de los profesionales. Cualquier esfuerzo, por pequeño y localizado que sea, podrá ser de utilidad si se orienta en relación con el esquema en su conjunto.

Un centro primario de salud, con sus servicios organizados, establecido por el esfuerzo local, servirá a la comunidad en que esté situado si se concibió con el criterio adecuado y está bien situado y organizado conforme a principios acertados.

SECCION II

Servicio domiciliario

18. El servicio domiciliario es el primer elemento de cualquier esquema de servicios médicos sistematizados. Comprende los servicios médicos, odontológicos, farmacéuticos, de enfermería, partera y enfermera visitadora.

19. Médicos--El médico debe establecerse en un lugar fácilmente accesible a sus pacientes. Debe atender a éstos en su domicilio o en su consultorio, y proporcionar el tratamiento que sea de su competencia; o si opina que un paciente puede ser tratado con más provecho en el centro primario de salud ha de poder disponer el traslado del paciente a ese centro, bajo su cuidado. Debe poder atender partos en los hogares de los pacientes que han hecho con él los arreglos necesarios o, caso de convenir, obtener su traslado a una cama de maternidad en un centro primario de salud o a una institución especial.

20. Cuando se necesite la asistencia de un médico consultor o especialista y sea imposible trasladar al paciente a un centro primario o secundario de salud, el médico podrá pedir que acuda dicha ayuda al hogar del paciente.

21. La costumbre de que cada médico general tenga consultorio en su propio domicilio debe, en circunstancias normales, continuarse, pero en donde, por tratarse de zonas congestionadas, el médico no puede por sus propios medios proporcionar atención adecuada, debe ser posible, si el interés público así lo requiere, que la autoridad de salud proporcione comodidades en el centro primario de salud o en algún otro lugar, en condiciones razonables y previa consulta con el Consejo Consultivo Médico Local. Allí donde las condiciones locales y la opinión médica favorezcan el plan, podrían ensayarse con provecho los consultorios colectivos, adscritos a un centro primario de salud o establecidos en otro lugar.

22. El trabajo de medicina preventiva debe realizarlo el médico general tanto en el domicilio de sus pacientes como en el centro primario de salud y la autoridad sanitaria debe estar autorizada para efectuar pagos determinados por esa labor.

23. Creemos que en cualquier esquema de servicios médicos mejorados, el médico general debe aconsejar sobre la manera de prevenir las enfermedades, y la mejora de las condiciones de vida de sus pacientes debe ser un elemento importante de su tarea.

24. El médico general, si posee formación adecuada, debe desempeñar una función importante en el servicio de la colectividad, por ejemplo: vigilancia prenatal; bienestar de la infancia (tanto en la edad preescolar como en la edad escolar); educación física, tuberculosis, enfermedades venéreas. Será el primer eslabón en cualquier cadena de servicios destinados a mejorar las condiciones de la industria y a prevenir cualquier influencia desfavorable o perjudicial que actúe sobre la salud de los trabajadores.

25. Además de esos servicios que el médico general proporciona al paciente individual, se ha incrementado en los últimos años el gran sector de trabajo constituido por la medicina preventiva, que requiere médicos con adiestramiento y experiencia especiales.

26. El servicio de médicos expertos ha sido de gran valor en todos los asuntos relacionados con: 1) vivienda, 2) drenaje, 3) eliminación de aguas servidas, 4) recolección y eliminación de basuras, 5) abastecimiento de agua, 6) alimentos, su inspección y adulteración, 7) enfermedades epidémicas, 8) estadísticas vitales, 9) condiciones de las fábricas y 10) otros varios estados que ejercen influencia directa sobre la salud de la población.

27. Para la eficaz realización de su propio trabajo, los médicos necesitarán de la ayuda de servicios auxiliares como los del farmacéutico, enfermeras, parteras* y visitadoras.

28. Farmacia--En el servicio domiciliario, los pacientes podrán obtener (como en el pasado), medicinas, utensilios y requisitos médicos y quirúrgicos de los farmacéuticos de su elección. El paciente pagará directamente al farmacéutico o a través de algún procedimiento relacionado con el suministro de esos artículos conforme al Plan Nacional de Seguro de Salud.

29. Enfermería--La enfermería domiciliaria constituye parte esencial de un servicio de salud.

Tal necesidad, que tanto se deja sentir, ha suscitado diversos esfuerzos formales para satisfacerla de parte de diversas asociaciones voluntarias de enfermería. Estas asociaciones son sostenidas principalmente mediante suscripciones voluntarias, retribuciones y contribuciones provenientes de autoridades y sociedades públicas. Se persigue la concentración de esfuerzos mediante la afiliación de asociaciones de distrito a las Asociaciones de Enfermería del Condado, algunas de las cuales están a su vez afiliadas al Queen Victoria's Jubilee Institute for Nurses. Dichas asociaciones, sin embargo, no pueden satisfacer plenamente esa necesidad.

30. Estimamos que debe disponerse de servicios de enfermería para todas las afecciones y personas que el médico considere necesario. Los servicios de enfermería de un distrito determinado deben estar situados en los correspondientes centros primarios y secundarios de salud (veáanse los párrafos 40 y 58, más adelante).

31. La responsabilidad de la provisión de un servicio de enfermería corresponde a la autoridad de salud, quien deberá valerse, en lo posible, de las excelentes organizaciones existentes.

*N.del T. Matrona, comadrona, comadre y obstetra son maneras de designar en español a la misma profesión. Preferimos partera por ser más explícita y además por ser la denominación elegida por la O.M.S.

32. Proponemos, con su aprobación, remitir la consideración ulterior de los servicios de enfermería a que nos referimos a un comité especial. Mientras se realiza ese estudio, nuestras observaciones no tienen otro objeto que esbozar nuestros puntos de vista acerca del lugar que corresponde a la enfermería en el esquema general.

33. Parteras --Esbozamos los servicios de obstetricia más adelante en este Informe (párrafos 128 a 133) y proponemos, del mismo modo, remitir el asunto a un comité especial para que lo estudie más detalladamente.

34. Enfermeras visitadoras--No se han examinado con detalle las funciones de la visitadora. Sin embargo, estamos de acuerdo en que su labor debe ser primordialmente preventiva. En su trabajo entre escolares, con tuberculosos, puede ser necesario para ella hallarse asociada con ciertos aspectos de la medicina curativa. Pero no ha de aconsejar en cuanto al tratamiento de personas enfermas ni, sabiendo que están enfermas, visitarlas a título de personal de salud, a menos que sea con el consentimiento y bajo la supervisión del médico que atienda al paciente.

35. Servicios odontológicos--Deben ser en parte domiciliarios y en parte institucionales. El tratamiento domiciliario se presta comúnmente en el consultorio del dentista y ocasionalmente en el domicilio del paciente. Los buscará el paciente por iniciativa propia o por recomendación de un médico. En caso necesario el tratamiento dental debe llevarse a cabo en cooperación con el tratamiento médico. El que un paciente asista al consultorio del odontólogo o al centro de salud dependerá, ciertamente, de la mutua conveniencia del paciente y del dentista, la accesibilidad del centro y de otras condiciones locales.

SECCION III

Centros primarios de salud

36. En los centros primarios de salud se concentrarían las actividades y los servicios de salud de los distritos atendidos.

El rasgo distintivo de estos centros primarios de salud, en contraste con los centros secundarios de salud, es que el personal de los primeros estaría constituido por médicos generales.

37. Acomodación--Habría salas de diversos tamaños y para distintos fines, incluso para obstetricia. Se tendrá en cuenta el empleo creciente de la fisioterapia natural de las enfermedades.

Se equiparían clínicas donde los médicos podrán ver a sus pacientes y consultarse entre ellos.

Podría preverse además acomodación para:

Quirófano, con el equipo necesario.
Salas de radiología.
Laboratorio para investigaciones sencillas.
Dispensario.
Baños, incluso para hidroterapia sencilla.
Equipo necesario para masajes, electricidad, educación física.
Depósito de cadáveres.
Sala que sirva de lugar de reunión para los médicos generales del distrito y para archivo de las historias clínicas según normas convenidas y uniformes.

38. Sólo algunas de estas instalaciones se hallarán en los centros más pequeños, por ello los centros mejor equipados debieran ayudar a los que cuenten con menos equipo.

39. Servicios para la comunidad--Se contaría con locales para servicios de la colectividad tales como atención prenatal, bienestar de la infancia, inspección médica y tratamiento de escolares, educación física, examen de casos sospechosos de tuberculosis y enfermedades profesionales, etc. Estos servicios estarán en lo posible adscritos al centro primario.

40. Cuando en determinados distritos no se disponga por el momento de los servicios de parteras, el centro debería proporcionar tales servicios y además contar con locales para residencia, no sólo de las enfermeras y parteras que allí trabajan, sino también para aquellas personas que prestan servicios análogos en la vecindad.

41. Servicios dentales--Un aspecto importante del centro sería una clínica dental, con personal de cirujanos dentistas visitantes, empleados a tiempo parcial o, en caso necesario, a tiempo completo, y enfermeras adscritas al servicio.

Proporcionaría todas las formas ordinarias de tratamiento a pacientes de todas las edades. El actual servicio dental escolar podría con provecho trasladarse a la clínica, siempre que ello fuera posible.

42. Farmacia--La prestación de los servicios farmacéuticos necesarios para quienes deban ser tratados en cualquiera de las instituciones descritas en este esquema es asunto difícil, al que estamos dedicando cuidadosa atención. Se propondrá la creación de un comité para que estudie e informe acerca de las funciones futuras del farmacéutico en relación con los servicios que estamos recomendando, así como del adiestramiento más adecuado y las condiciones que deben exigirse a quienes van a desempeñar esas funciones y para que informe al respecto. Esperamos poder tratar con más detalle estos asuntos en un informe ulterior.

43. Servicio de ambulancias--Un servicio de ambulancia sería parte indispensable del esquema. Mantendría el enlace entre el centro primario de salud y los domicilios particulares, por una parte, y con el centro secundario de salud que sirve de base al centro primario, por otra.

44. El servicio de ambulancia debería poder ampliarse. Además del traslado de los enfermos, podría usarse el transporte motorizado en los distritos poco poblados para servir como clínicas ambulantes tanto para servicios curativos como públicos.

45. El establecimiento de esos centros primarios sería necesario tanto en los distritos rurales como en las ciudades, porque son parte esencial de un eficaz servicio de medicina general. Su estructura y alcance variarán considerablemente en la ciudad y en el campo, así como en las diversas localidades, pero el principio básico será el mismo.

46. ...En muchos casos, edificios ya existentes como hospitales de la ley de pobres transferidos a la autoridad de salud, u hospitales rurales, podrían adaptarse con ese propósito, a menos como un comienzo. Por otra parte, sería importante no efectuar alteraciones onerosas en edificios que, por sus ubicaciones o estructuras, tan sólo pueden ser provisionales. Los centros de salud y los hospitales requieren un terreno adecuado, no sólo para su futura expansión, sino también para instalaciones al aire libre, tratamiento de convalecientes, educación física y otros servicios semejantes. Probablemente muchos proyectos de hospitales conmemorativos de guerra resulten defectuosos porque sus promotores ignoran esas consideraciones y no se dan cuenta de que un hospital moderno debe formar parte de una organización más amplia.

47. Personal--El médico general atendería en el centro primario a aquellos de sus pacientes que requieran tratamiento hospitalario, independientemente de su condición social, aunque bajo diferentes condiciones de servicio. Los consultores y especialistas del personal del centro de salud secundario, al que esté adscrito el centro primario, atenderían en las condiciones del servicio a intervalos fijos y, en casos de emergencia, a pedido especial. Estos y otros consultores podrían atender a pacientes distintos de los adscritos al centro, si el paciente paga sus servicios. El centro primario proporcionaría al paciente (en los términos que describiremos en los párrafos 72 y 73) alimentos, servicios de enfermería y todo el equipo necesario para el tratamiento eficaz, pero no asistencia médica, la que sería pagada por el paciente, mediante algún sistema de seguro, o por la autoridad de salud.

48. Personal de los servicios públicos --Cada uno de los servicios públicos descritos en el párrafo 39 debería estar, en lo posible, bajo la dirección de un médico (o más de uno) que ejerza en la región y que esté especialmente preparado para ese cargo. Los puestos de dirección de estos servicios públicos deben ser a tiempo parcial y pagados de acuerdo con el tiempo empleado. También en el caso de estos servicios debe contarse con el asesoramiento de consultores.

49. Eficiencia del servicio--El mejoramiento del nivel de eficiencia profesional sería una de las ventajas, de no poca importancia, que se conseguirían como consecuencia de esa estructura institucional. El progreso de la medicina se ha incrementado tanto que ha excedido los días usados para su aplicación. En el hospital el estudiante estudia los problemas de la enfermedad en circunstancias favorables; tiene a mano no sólo el equipo de la sala, sino laboratorios de radiografía, anatomopatología y química; puede ordenar sus observaciones y verificar resultados. En la actualidad abandona el hospital para ejercer la profesión, comprobando que hay una enorme discrepancia entre su preparación y las limitadas oportunidades que le ofrece el concurrido número de pacientes que acuden a su consultorio y los que atiende a domicilio, y cuanto más se progresa en la medicina más acentuado es ese contraste. El centro de salud contaría con equipo y ofrecería el estímulo necesario para realizar un buen trabajo; daría asimismo oportunidades para la observación, la investigación y el perfeccionamiento. Las enfermedades, además, se descubrirían en sus comienzos y, por tanto, cuando es más fácil la curación. Juzgamos solamente por su efecto sobre el personal médico y el conocimiento de la medicina no cabe exagerar los beneficios que se reportarían a la comunidad con el establecimiento de estos centros de salud.

50. El centro primario sería la sede de la organización de la salud y de la vida intelectual de los médicos de esa unidad. Los profesionales, en vez de estar aislados, como sucede ahora, podrían reunirse y estarían en relación con consultores y especialistas; se fomentaría así una corriente intelectual y una camaradería de gran provecho para el servicio. Con el tiempo se organizarían sin duda debates y cursos para graduados y sería fácil y provechoso otorgar licencias con fines de estudio en los hospitales docentes.

51. Naturaleza de los servicios del médico general--Conforme al esquema hasta ahora esbozado, vemos que la labor del médico general sería principalmente domiciliaria y sólo en parte institucional, en su mayoría individual, pero en parte pública. Se comprenderá también que en el centro primario de salud trataría a aquéllos de sus pacientes que concurren, disponiendo allí de todo el equipo necesario y, además, podría aspirar al cargo de director, con sueldo, de uno o más servicios públicos.

De esta manera quedarían garantizadas las ventajas de la organización sin detrimento de la libertad de pensamiento y acción.

52. Servicios a tiempo completo y a tiempo parcial--La posibilidad de instituir un servicio remunerado a tiempo completo para todos los médicos ha sido objeto de nuestra cuidadosa atención, y opinamos que con su adopción el público perdería considerablemente.

Los trabajadores de laboratorio y los administradores de los servicios médicos que no mantienen una relación personal con el enfermo, pueden ciertamente, y con ventajas, percibir su remuneración total como sueldo.

En cambio, el clínico debe tener conocimientos no sólo acerca de la enfermedad sino del paciente; su trabajo es más individual y, si ha de ganarse la confianza, que es tan importante para el tratamiento de la enfermedad, debe existir no sólo una base de conocimientos sólidos sino de armonía personal. El carácter voluntario que posee la asociación entre médico y paciente estimula en el primero el deseo de sobresalir por su pericia y espíritu de cooperación. Hay un verdadero instinto que exige el disfrute de "plena libertad para elegir al médico" y, en lo posible, debemos esforzarnos para convertirla en realidad. En ninguna profesión existe tanta discrepancia entre el trabajo rutinario y el verdadero esfuerzo, y éste último, a nuestro juicio, no se conseguiría en un servicio estatal remunerado a tiempo completo que tendería, por su mecanización, a desalentar la iniciativa, a disminuir el sentido de responsabilidad y a estimular la mediocridad.

SECCION IV

Centros secundarios de salud

53. Los centros secundarios de salud deben estar situados en aquellas ciudades donde se cuente con equipo adecuado, personal eficiente de consultores y especialistas y los medios de comunicación necesarios. Al igual que los centros primarios de salud deben concentrar en una organización los servicios de medicina preventiva y curativa. En la práctica, sin embargo, será a veces difícil llevar todos esos servicios a un mismo lugar ya que en las ciudades habrá que emplear y adaptar los edificios existentes, mientras que en los distritos rurales, donde se pueden adquirir terrenos con menos dificultad, suele ser más fácil construir o ampliar los edificios.

54. Los servicios de los centros secundarios de salud serían principalmente de tipo consultivo. Los centros se ocuparían de aquellos casos que les remitan los centros primarios, ya sea por dificultades de diagnóstico o porque para el diagnóstico o el tratamiento se requiera equipo altamente especializado. Por otra parte, los centros primarios facilitarían la labor de los centros secundarios al tratar casos menos complejos que ahora se envían a hospitales mayores y al recibir pacientes de los centros secundarios, cuando han pasado la etapa aguda de la enfermedad. Aunque en algunos lugares, como en las ciudades más pequeñas, sería necesario que los centros secundarios de salud realicen también servicios primarios, éstos no deben interferir con las funciones específicas del centro secundario.

55. La mayoría de los servicios públicos de los centros secundarios se asemejarían en su función a los servicios correspondientes de los centros primarios, pero habrían de ser modelos de equipo y organización, ya que desempeñarían funciones educativas muy importantes y serían centros de estudio para médicos graduados y de adiestramiento, para enfermeras y demás personal.

56. El centro secundario de salud debe estar completamente equipado, ya que de la calidad de sus servicios y organización dependerá, en gran medida, la eficacia de los centros primarios de salud y de los servicios domiciliarios establecidos en él.

57. Dicho equipo debe comprender:

Servicios generales --médico, quirúrgico.

Servicios especiales --obstétrico, ginecológico, oftalmológico, otorrinolaringológico, dermatológico, ortopédico, génitourinario, odontológico y de higiene industrial.

Laboratorios --patología en todas sus ramas.

Otros servicios --farmacia, radiología, electroterapia, hidroterapia, radioterapia, educación física, masaje y enfermería.

De acuerdo con las circunstancias, algunos de estos servicios posiblemente podrían estar en instituciones distintas, aunque íntimamente coordinadas.

58. Todos esos servicios estarían relacionados desde el punto de vista de las consultas y, en algunos casos, desde el punto de vista administrativo, con los centros primarios. Por ejemplo, la organización del servicio de enfermería habría de tener como base un centro secundario de salud, única manera de poder atender a las diversas necesidades de los diferentes distritos, de mantener un alto nivel de enfermería y de lograr esa variedad en el trabajo tan necesaria para asegurar la eficiencia de la enfermera.

59. El núcleo de los servicios de curación de los centros secundarios de salud estaría en hospitales existentes, porque de éstos y hacia éstos fluiría la corriente del trabajo médico y formarían parte de la vida de sus distritos.

En la amplia organización prevista, las funciones de los hospitales existentes se ampliarán considerablemente; y como los actuales edificios no serán lo suficientemente espaciosos para ese fin, habrán de ser suplementados o ampliados.

En aquellas zonas donde existen hospitales de la ley de pobres modernos y bien equipados, podría obtenerse parte de los locales necesarios transfiriendo esas instituciones del Patronato de Pobres a la autoridad de salud.

Recomendamos encarecidamente que esta reforma se efectúe lo antes posible. Si ésto se hiciera, no sólo se obtendría gran parte de los

locales necesarios sino que sería posible una mejor clasificación de casos. En los edificios del hospital podría alojarse gran número de casos habituales de enfermedad, que aunque no son ni difíciles ni peligrosos, son casos de incapacidad y, como tales, necesitan ser curados sin demora, a fin de que los jefes y madres de familia puedan volver a su trabajo. Actualmente, con la demanda de camas en los hospitales, se postergan estos casos importantes teniendo en cuenta, desde el punto de vista económico, las exigencias de enfermos más graves y urgentes.

60. Sin embargo, en muchas zonas será preciso establecer centros secundarios de salud completos, que sirvan de modelo, provistos de toda clase de equipo moderno.

La separación de los edificios que integran un centro secundario de salud, aunque en las actuales circunstancias suele ser necesario y constituye una desventaja desde el punto de vista de la eficiencia y la economía, debe considerarse como una medida temporal sustituyéndola tan pronto sea posible, por edificios convenientemente equipados y agrupados en un mismo lugar, garantizando así la colaboración y la unidad de control.

61. Los casos remitidos para consulta o tratamiento se atenderían en clínicas ambulatorias u ocuparían camas en el centro secundario. El personal médico del centro secundario se encargaría del tratamiento de dichos casos mientras permanezcan en el centro, mas deben darse a los médicos generales todas las posibilidades para mantenerse en contacto con sus pacientes y reanudar su vigilancia médica una vez que se les dé de alta.

62. Servicios de consulta--Se designarían médicos consultores para estos servicios quienes correlacionarían sus funciones con los médicos y servicios de los correspondientes centros primarios de salud.

Funciones de los consultores (clínicos)--Sus obligaciones consistirían en: a) asistir regularmente a horas fijas a sus consultorios de pacientes externos para examinar los casos que les hayan sido asignados; b) atender en las salas los casos que se les haya encomendado; c) efectuar visitas periódicas a los centros primarios de salud que les corresponda, y d) realizar visitas especiales de emergencia a los centros primarios de salud y, en algunos casos, al domicilio de los pacientes dentro del área que les corresponde, siempre en consulta con el médico general.

63. Remuneración de los consultores--Los consultores serían funcionarios a tiempo parcial y su remuneración se basaría en las horas trabajadas; recibirían honorarios adicionales por las visitas especiales. Esto les dejaría tiempo para el ejercicio privado de la profesión.

64. Consultores (no clínicos)--Del mismo modo, los anatomopatólogos, radiólogos y funcionarios vinculados con los servicios preventivos

y públicos de los centros secundarios de salud visitarían, a título consultivo, los centros primarios de salud situados dentro del radio de acción de su centro secundario. Algunos serían contratados a tiempo completo.

65. En la práctica, el personal de los servicios de consulta figuraría en el personal del hospital o de las instituciones asociadas a éste. Es posible, sin embargo, que al principio parte del personal del hospital se muestre renuente a participar en el servicio médico previsto, pero todos los nuevos nombramientos podrían hacerse de acuerdo con dicha participación.

Al mismo tiempo, sólo se podrían asignar créditos de los fondos públicos para aquellos consultorios ambulatorios o clínicas de pacientes internados de que se disponga para atender las necesidades del servicio médico sistematizado propuesto en el presente Informe.

66. Para optar al cargo de consultor o especialista se exigirían pruebas de que el candidato posee adiestramiento especial y ha adquirido la experiencia necesaria. Para ello deberían considerarse los puntos siguientes:

- 1) Estudios especiales académicos o de posgraduados.
- 2) Tiempo de servicio en hospitales u otros nombramientos donde hubiera tenido oportunidades especiales para adquirir experiencia.
- 3) Reconocimiento profesional local de su competencia en una función de consulta o especializada.

Aunque todos estos elementos proporcionarían indicaciones dignas de tenerse en cuenta, ninguno deberá considerarse como indispensable.

Existe la posibilidad de que los médicos generales sean elegibles para estos cargos y estimamos que su presencia en los servicios de consulta y en el personal de los centros secundarios de salud significaría una gran ventaja.

67. Método de elección--Cualquier médico general que sea elegido para el cargo de consultor o especialista en cualquier especialidad debería disponer de consultorio para el tratamiento de pacientes externos, y en algunos casos, de internos en el centro. Esto significa que formaría parte del personal del hospital antes de su elección o se asociaría al hospital después de ésta. Por lo tanto, los hospitales tendrían interés muy especial en dicha elección. Los médicos del área deberían también interesarse en ella y la autoridad de salud tendría responsabilidad de carácter financiero y administrativo. Es además importante, a nuestro juicio, que se reconozca, por los medios ordenados, que la facultad de medicina de la universidad dentro de cuya esfera de

influencia está situado el centro secundario de salud tiene interés en esos nombramientos. Recomendamos, por consiguiente, que se dé publicidad previa al nombramiento de los consultores y especialistas previstos en el esquema, especialmente en la prensa médica, y que las solicitudes recibidas sean examinadas por un Comité de Selección que exprese la opinión de personas y organismos como los ya mencionados.

68. La selección de personas competentes para esos cargos de consultores es de vital importancia para el servicio y, por lo tanto, es indispensable que el personal médico, que está mejor capacitado para juzgar los requisitos profesionales, constituya la mayoría de los miembros del Comité de Selección. Este Comité informaría a la autoridad encargada de efectuar el nombramiento quien lo confirmaría a reserva del derecho de revisión por el Ministerio de Salud de la presentación del Comité de Selección.

69. Establecimiento de salas privadas en los centros de salud --Sería conveniente disponer de locales para salas privadas, o con recursos económicos propios, como parte de los centros de salud. El establecimiento de esas salas, en estrecho contacto con la organización de los centros, contribuiría sin duda a su funcionamiento eficaz y económico. Además, mientras mayor sea la concentración de los casos graves en un solo lugar, mejor atención podrá prestarles el médico, porque así dedicará más tiempo a su cuidado y menos a los traslados de un lugar a otro. Los servicios esenciales serán idénticos tanto en las salas públicas como en las privadas.

70. Las tarifas de las salas privadas dependerán de los servicios y condiciones locales. No se incluirá en ellas el pago de la atención médica, que correrá por cuenta del paciente. Por otra parte éste debe tener derecho a elegir los consultores y especialistas que colaboren durante el tratamiento.

71. Pago por tratamiento en el centro de salud--Algunos miembros del Consejo opinan que los servicios curativos de los centros de salud deben proporcionarse al paciente gratuitamente por la autoridad de salud. Sin embargo, la mayoría de los miembros estima que con este procedimiento se impondría una pesada carga a los fondos públicos. Los servicios preventivos deben ser proporcionados necesariamente con fondos públicos, porque su relación con el individuo es menos evidente y personal. Además la enfermedad es una preocupación personal directa y la experiencia muestra que el paciente, cuando está en situación de hacerlo, contribuye de buen grado en una u otra forma a costearse su tratamiento. En general, se trataría sólo de una contribución al costo, pues ya se ha señalado que la mayoría de los ciudadanos no podrían pagar en su totalidad ese tratamiento eficiente que estará, a menudo, más allá de sus medios.

72. Recomendamos que se cobren tarifas normales en las salas públicas y por otros servicios curativos, aunque posiblemente esos honorarios varíen de una región a otra del país.

Creemos que estos gastos podrían con frecuencia sufragarse mediante algún seguro, aunque los pacientes privados recomendados por sus médicos tendrían derecho a utilizar esos servicios mediante pago directo.

73. En los centros primarios y secundarios de salud se pagaría normalmente por residencia, alimentos, servicios de enfermería y toda clase de equipo; en el centro secundario de salud será necesario prever el pago de servicios de consulta. Cualquier paciente podrá solicitar el asesoramiento de un consultor o especialista de su propia elección, pagando por su cuenta los honorarios correspondientes.

SECCION V

Otros elementos del plan propuesto

Servicios complementarios

74. Los centros primarios y secundarios de salud deben hallarse correlacionados con ciertos servicios institucionales que de vez en cuando se necesitan mutuamente. Entre esos servicios, denominados "complementarios", cabe mencionar los siguientes:

- Sanatorios antituberculosos.
- Centros de recuperación (centros de convalecencia).
- Hospitales para enfermos mentales, curables o incurables.
- Instituciones para débiles mentales.
- Colonias para epilépticos.
- Centros ortopédicos.
- Hospitales para ciertas enfermedades infecciosas.

Hospitales docentes con escuelas de medicina

75. En aquellas regiones del país donde sea geográficamente posible, es conveniente que cada centro secundario de salud esté vinculado a un hospital docente. La influencia académica y el espíritu de investigación y progreso asociados a un hospital docente se harían extensivos al sistema de servicios primarios y secundarios de salud situados dentro de la esfera de influencia que corresponde a la escuela de medicina.

76. El hospital docente atendería aquellos casos de extraordinaria dificultad y los que requieran conocimientos y equipo especializados. Cuando sea necesario, los pacientes correspondientes a hospitales primarios y secundarios serían admitidos gratuitamente en los hospitales docentes.

77. Del mismo modo, los laboratorios y departamentos especiales del hospital docente serían centros de referencia y servirían de estímulo y orientación a los servicios de laboratorio de los centros de salud del área.

78. El hospital podría iniciar y conducir investigaciones colectivas en las que los centros de salud y los médicos asociados con éstos tengan una participación importante.

79. Conviene organizar y ampliar en mayor grado los estudios para graduados en los hospitales docentes. Debe preverse también el adiestramiento especial del personal de los servicios de salud de la colectividad.

80. A tal efecto, convendría establecer clínicas modelo de salud para la colectividad vinculadas a los hospitales docentes, donde los médicos puedan recibir la preparación necesaria para prestar servicios eficaces en las clínicas colectivas del país.

Hospitales particulares

81. El esquema que hemos esbozado para el establecimiento de centros primarios y secundarios de salud plantea necesariamente el importante problema de saber qué lugar corresponde a los hospitales particulares.

Instituciones de esa clase no sólo han desempeñado la función de proporcionar tratamiento a los enfermos pobres -- algunas de ellas durante siglos-- sino que han constituido centros de progreso de la ciencia médica mediante la educación de médicos y el adiestramiento de enfermeras. Los servicios que prestan al país van más allá de la cura efectiva del pobre que acude a ellos. Todos los enfermos se han beneficiado con su labor; y posiblemente los que no están enfermos deban su buena salud a esas excelentes instituciones.

82. Es sabido que los hospitales pasan por una situación difícil por dos razones: en primer lugar, ha aumentado el precio de los artículos que los hospitales deben adquirir--carbón, alimentos, ropa de cama, etc.--así como los sueldos y salarios que deben pagar. En segundo lugar, la investigación y tratamiento de las enfermedades adquiere cada vez mayor complejidad. No sólo son más caros los objetos que se han consumido siempre sino que difícilmente transcurre un año sin que algún nuevo método de diagnóstico o tratamiento obligue a efectuar nuevos gastos, y en un hospital los gastos de capital son diferentes a los del comercio, en el sentido de que cuando una empresa comercial se desarrolla aumenta su capacidad de ingresos, mientras que cuando el hospital crece aumenta su capacidad de gastos. Por lo tanto, casi ningún hospital del país deja de encontrar dificultades para realizar su labor.

83. Algunos hospitales, que hasta ahora no habían recurrido a la ayuda del público debido a las donaciones recibidas, empiezan ahora a hacerlo porque éstas no son suficientes para hacer frente al incremento de los gastos. Es difícil obtener ayuda para aquellos hospitales que hasta ahora subsistían enteramente de suscripciones.

84. Esperamos que el esquema sugerido beneficiará a estas instituciones, ya que constituyen parte esencial del plan. Recibirían subvenciones por la labor realizada y confiamos en que aquéllas que están convenientemente equipadas puedan recibir subsidios para investigación y que las que cuentan con escuelas anexas puedan también recibir ayuda para su labor muy importante de educación médica.

85. Aprovechamos esta oportunidad para expresar nuestra admiración por la excelente forma en que los hospitales particulares han realizado su tarea, a pesar de innumerables dificultades y a través de largos años, cuando se prestaba menos interés que ahora a la salud de los pobres, y por las infatigables investigaciones destinadas a la prevención de las enfermedades.

86. Deberían crearse hospitales en las zonas donde no existen. En aquéllas que cuenten con un hospital particular, debería solicitarse su ayuda tanto en lo que respecta a camas y equipo como a la experiencia acumulada por su personal y la administración de los servicios médicos, útil para cualquier autoridad de salud. Los beneficios que se obtengan en virtud de este plan dependerán de su cooperación y del grado en que estén dispuestos a coordinar sus servicios con el plan general.

Investigación

87. Esperamos que el esquema de servicios que hemos sugerido facilite la investigación de las causas de las enfermedades y sus posibles remedios.

Los hechos que han revelado la necesidad de tal investigación podrían, a nuestro juicio, ser reunidos en primer lugar por el médico general en una localidad determinada.

En medicina preventiva hay grandes e importantes oportunidades de investigación, que ninguna organización ha explorado a fondo ni han sido en general intentadas por nadie.

Pensamos que debe estimularse la investigación en materia de prevención de las enfermedades, ya que en todas partes se cuenta con los materiales necesarios, y los resultados serían ciertamente muy valiosos.

La naturaleza del organismo u organismos mejor preparados en cada caso para realizar las investigaciones, podría determinarse únicamente teniendo en cuenta la especialidad de que se trate, pero en el caso de investigaciones sobre problemas fundamentales la profesión solicitará sin duda, la orientación y ayuda de las universidades y del Consejo de Investigaciones Médicas.

Uniformidad de las historias clínicas

88. Con miras a una mayor eficacia y progreso de los conocimientos debería establecerse un sistema uniforme de historias clínicas, basado en el método de fichero alfabético. En los centros primarios de salud esos registros serían en la mayoría de los casos sencillos, a fin de no recargar demasiado al personal, mientras que en los centros secundarios de salud y en los hospitales docentes se procurará que el sistema sea completo y organizado para todas las ramas del servicio, o sea los aspectos clínico, patológico y de la colectividad.

89. En el caso de que un paciente sea trasladado de un centro a otro para fines de consulta o de tratamiento, debe acompañarse una copia de su historia clínica.

90. En los centros de salud secundarios y en los hospitales docentes debe haber empleados encargados de velar por la eficacia de este sistema de registro. Esta organización, debidamente dirigida, sería de gran valor para el fomento de la salud en todo el país.

91. Las historias clínicas podrían utilizarse en las investigaciones y en la adquisición de un conocimiento más exacto de las enfermedades y de los resultados de su tratamiento. Los hospitales docentes se encargarían de dirigir el sistema de registro en sus respectivas zonas, de modo que permita obtener conocimientos y preste utilidad, en vez de constituir una acumulación de estadísticas muertas.

En último término, la dirección del sistema corresponde al Ministerio de Salud, el cual seguramente solicitaría la cooperación del Consejo de Investigaciones Médicas.

Administración

92. Hemos esbozado un plan de servicios procediendo de lo simple a lo complejo. En dicho plan, todos los servicios--tanto curativos como preventivos--estarían íntimamente coordinados bajo una sola autoridad de salud para cada área. Los edificios necesarios para establecer todos los tipos de servicios deberían, en lo posible, estar agrupados en tal forma que constituyan una especie de institución a la que podría llamarse "centro de salud".

Los servicios más complejos de los centros secundarios de salud y hospitales docentes deberían establecerse en ciudades de cierta importancia.

93. Para el éxito de cualquier plan de servicios de salud, es indispensable la unidad de ideas y propósitos, así como comunicación completa y recíproca entre los hospitales docentes asociados, los centros secundarios y primarios y los servicios domiciliarios, independientemente de que los centros estén situados en el campo o en la ciudad.

La práctica vigente en materia de administración de salud, que entraña una gran diversidad de responsabilidades, no permitirá lograr esta condición esencial, por lo que se necesitará un nuevo tipo de autoridad de salud que unifique el control local de todos los servicios de salud, tanto curativos como preventivos.

94. Respecto a la naturaleza de esta nueva autoridad de salud, hay quienes son partidarios de un comité estatutario de alguna autoridad local ya existente, mientras que otros favorecen el establecimiento de un organismo ad hoc independiente que administre exclusivamente los servicios de salud. Preferimos diferir nuestra opinión definitiva acerca de cuál de estos procedimientos es más conveniente.

95. Cualquiera que sea la naturaleza de la futura autoridad de salud, será preciso instituir un organismo que garantice la total intercomunicación y coordinación ya mencionadas, y lo que deseamos destacar es que tal intercomunicación es de importancia vital para una eficiente organización de salud.

96. Relación entre la profesión médica y la administración--En opinión del Consejo, una de las condiciones del servicio eficiente es la relación orgánica que debe existir entre la profesión médica y la administración de los servicios de salud. El éxito del servicio dependerá de la cooperación y el entusiasmo de la profesión médica, y si los médicos desempeñan una función de responsabilidad en la administración, la autoridad de salud se beneficiará con su conocimiento y los médicos locales se sentirán identificados con los del servicio desde el punto de vista de su prestigio e intereses.

97. Para llevar esta idea a la práctica, recomendamos: 1) que la profesión médica esté representada como tal en la futura autoridad de salud, y 2) que un Consejo Consultivo Médico Local esté asociado con cada autoridad de salud.

98. Composición del organismo rector de la salud--Los representantes elegidos por votación popular deben constituir mayoría en el organismo encargado de la autoridad de salud; deben integrar, en nuestro concepto, las tres quintas partes (60%) de los miembros. Las dos quintas partes restantes estarán integradas por personas que, por sus conocimientos especiales, sean útiles en asuntos relacionados con la salud, la mayoría de los cuales deben ser representantes de la profesión médica designados por el Consejo Consultivo Médico Local.

Mediante tal procedimiento, los representantes electos tendrían mayoría de votos y los miembros designados aportarían el conocimiento técnico necesario para contribuir al éxito de las deliberaciones.

Convendría establecer métodos en virtud de los cuales la autoridad de salud pueda obtener el asesoramiento y recabar la opinión colectiva de quienes participan en servicios afines, como farmacéuticos, enfermeras o parteras.

99. Consejo Consultivo Médico Local--Recomendamos que en las zonas donde exista una autoridad de salud se establezca un Consejo Consultivo Médico Local compuesto, por ejemplo, de 10 a 20 miembros, número que puede variar según las necesidades del área. Este Consejo debe ser elegido periódicamente entre todos los médicos matriculados que residan en el área. Mediante votación por correo o de otro modo, la autoridad de salud debe responsabilizarse de la marcha de la elección. El funcionario médico principal y los dos subjefes médicos (definidos más adelante) serán miembros ex officio de dicho Consejo Consultivo.

100. Facultad para designar comités especializados--El Consejo Consultivo Médico Local debe estar facultado para designar comités que realicen funciones especiales dentro del campo de su competencia, y cada uno de esos comités debe estar facultado para solicitar la cooperación de personas especialmente versadas en la materia en estudio.

101. Este Consejo podría asesorar con provecho a la autoridad de salud sobre asuntos que afectan la salud de la región, los que le serían remitidos por la autoridad de salud o planteados por su propia iniciativa. Como se ha indicado, el Consejo designaría a representantes médicos que formarían parte de la autoridad de salud.

102. Cuando se trate de asuntos exclusivamente profesionales, que surjan en relación con el servicio, la autoridad de salud podría solicitar y acatar el asesoramiento del Consejo. Aunque sus funciones serían esencialmente consultivas, podría desempeñar otras tareas útiles relacionadas con el servicio, y sería un medio para transmitir a la autoridad de salud la opinión colectiva de los médicos que ejerzan en el área.

103. Funcionarios médicos de la autoridad de salud--El principal funcionario médico de la nueva autoridad de salud sería el jefe administrativo del servicio médico, independientemente de si se reorganice la autoridad existente o se establezca una ad hoc, y tendría responsabilidades y deberes más amplios que los que incumben al actual funcionario médico de salud.

104. Recomendamos que bajo el funcionario médico principal haya dos subjefes médicos, uno de los cuales se encargaría especialmente de la administración de los servicios curativos y el otro de los servicios preventivos. Bajo la dirección de éstos, a su vez, habría funcionarios médicos auxiliares, en número que variará de acuerdo con la extensión y las necesidades del área de que se trate. Entre el personal dependiente del funcionario médico principal estarían los jefes profesionales de los diversos servicios, por ejemplo, el odontólogo principal, la partera principal, etc.

SECCION VI

Pormenores sobre algunas de las disposiciones de los servicios

105. Consideramos útil la explicación con cierto detalle de la manera en que podrían instituirse ciertos servicios, dentro del plan que recomendamos, ya sea en el hogar o en los diversos tipos de instituciones mencionadas en el presente Informe. A tal efecto, tratamos de describir las provisiones necesarias bajo los diversos epígrafes de un plan sistematizado relativo a: a) servicios de laboratorio; b) servicios odontológicos; c) servicios de bienestar maternoinfantil; d) educación física, y e) centros de rehabilitación.

a) Servicios de laboratorio

106. Centros primarios--En cada centro primario debe existir un laboratorio cuya función primordial y esencial ha de consistir en facilitar la tarea del médico general. Debe estar equipado en tal forma que permita a éste efectuar personalmente cualquier examen que pueda y desee. El equipo sería proporcionado por el centro secundario, previniéndose la expansión de los conocimientos y técnicas, así como las necesidades de los médicos interesados.

107. Indudablemente convendría contar siempre con algún ayudante encargado de tal laboratorio, mas la naturaleza de su preparación variará según el tamaño, situación geográfica y necesidades especiales del centro. En los centros pequeños bastarán los servicios a tiempo parcial de un ayudante medianamente preparado. En los grandes centros se necesitarán ayudantes con mayor preparación y debe estudiarse la posibilidad, en ciertos casos por lo menos, de que combinen a la vez la labor del farmacéutico y la del ayudante de laboratorio. En los centros primarios más importantes tal vez se requerirán los servicios de dos ayudantes y convendría que el de más alta categoría, especialmente en los centros más alejados de un centro secundario, pudiera rendir informes, por lo menos provisionalmente, en situaciones de urgencia, como cuando se sospecha de casos de difteria.

Sería útil como procedimiento rutinario que el personal de los centros primarios permaneciera durante períodos ocasionales en el laboratorio del centro secundario, para perfeccionar sus conocimientos y técnicas.

108. El personal de los centros primarios dependería en todo caso del director del laboratorio establecido en el centro secundario, al que están adscritas las organizaciones más pequeñas. A dicho director correspondería conocer las necesidades especiales y cambiantes y velar por que cuenten con el personal necesario. Una de las grandes ventajas de un servicio organizado es la de que, en caso de emergencia, como un brote epidémico, se podría concentrar localmente a los ayudantes de laboratorio mediante el traslado del personal correspondiente.

109. Los laboratorios de los centros primarios estarían en comunicación telefónica con el centro secundario correspondiente y además estarían enlazados con éste mediante servicios de transporte motorizado. En el caso de exámenes que planteen dificultades, se esperaría la visita rutinaria de un consultor del centro secundario o se enviarían a éste sin demora los materiales necesarios. Debe aplicarse, por cierto, un procedimiento bastante flexible al respecto. Algunos tipos de trabajo--como, por ejemplo, exámenes histológicos--podrían comúnmente enviarse directamente al centro secundario, mientras que en otros casos, cuando haya que obtener muestras del paciente, y sobre todo cuando se trata de métodos cuantitativos, puede ser necesaria la visita del consultor al centro primario.

110. Centros secundarios--El laboratorio de un centro secundario tendría funciones importantes. El local debe ser amplio y el personal de categoría altamente calificado. Se realizarán en parte las mismas funciones que en los centros primarios, las que comprenderían también investigaciones difíciles enviadas por los laboratorios más pequeños, y exámenes efectuados por el personal clínico del hospital del centro. Además, el laboratorio se ocuparía del adiestramiento de graduados. El jefe del laboratorio sería un anatomopatólogo muy bien calificado y su personal comprendería especialistas en anatomía patológica, bacteriología y química patológica, quienes además de sus funciones en el servicio interno actuarían como consultores en los centros pequeños. Algunos de ellos se pueden estar preparando para ocupar cargos más altos dentro del servicio; otros pertenecerán a una categoría intermedia. Sus ayudantes, que serían de una categoría adecuada para integrar el personal de los centros primarios, comprenderían personas temporalmente designadas por éstos para realizar funciones educativas.

111. El laboratorio del centro secundario estaría a su vez vinculado al centro principal o universitario correspondiente, pero sólo remitiría a éste problemas de excepcional dificultad, o investigaciones que requieran una técnica costosa o muy especializada.

112. Centros universitarios--Cada centro universitario debería contar con un laboratorio especial consagrado a los servicios de salud. Sería distinto de los departamentos profesionales, aunque mantendría estrecha relación con ellos. Habría intercambio de conocimientos, y tal vez de material, mientras que el personal de los servicios obtendría ayuda y estímulo de la organización universitaria. Por otra parte, la existencia de un laboratorio aparte impedirá que el personal académico caiga en la rutina y se dará a éste plena libertad para la enseñanza y la investigación fundamental que son las tareas que le corresponden. Además, el personal del laboratorio público sería contratado dentro del servicio mismo y los nombramientos dependerían, no de las necesidades profesionales ni del azar, sino (en última instancia, cuando se desarrolle el plan) de su labor meritoria dentro del servicio. Conforme a estos principios se desarrollarán un esprit de corps y un sentido de seguridad dentro de un servicio público auténtico que estimulará su

funcionamiento satisfactorio. Al mismo tiempo, no debería establecerse ninguna barrera rígida entre la anatomopatología académica y la misma aplicada a los servicios de salud, ya que con frecuencia habría intercambio de personal entre ellas.

113. El laboratorio de los servicios de salud de un centro universitario inevitablemente habrá de ocuparse a veces de funciones como las que se realizan en los centros primarios y secundarios. Pero también llevará a cabo investigaciones más difíciles y costosas remitidas por sus centros subsidiarios, y sin interferir con los privilegios del departamento universitario, se encargaría de la mayor parte del trabajo rutinario destinado al hospital principal del centro. Además, debería ensayar o iniciar nuevos métodos y transmitir los conocimientos así obtenidos a los centros subsidiarios. El cargo de director de dicho laboratorio constituiría la más alta distinción del servicio. La autoridad del director será equivalente a la del profesor universitario. En general, será un anatomopatólogo distinguido, cuyas preferencias se orientan más hacia la organización y administración que hacia las funciones docentes.

Investigación

114. Las personas que trabajan en los centros no dejarán de formular sugerencias sobre la investigación independiente. No sería bueno para el servicio ni para la ciencia desalentar la investigación individual.

115. En relación con la investigación en general, la gran ventaja de una organización nacional de laboratorios vinculadas a otras ramas de los servicios de salud, es la oportunidad que ofrece para efectuar investigaciones sistemáticas y realizar trabajo de equipo. El director de uno de los centros principales podría, por iniciativa propia o de alguno de sus colegas académicos, poner en marcha el mecanismo necesario para la investigación a fondo de cualquier problema urgente contando con gran cantidad de material que, suponiendo la buena voluntad del médico general, comprendería casos de los que nunca se dispondría en las salas de los hospitales. Esa investigación organizada podría centrarse principalmente en las primeras etapas de la enfermedad.

Mantenerse al tanto del trabajo realizado en esta esfera y, en caso necesario, subvencionarlo, constituiría una función natural de un organismo tal como el Consejo de Investigaciones Médicas.

b) Servicios odontológicos

116. Es necesario que los esquemas concebidos para proporcionar tratamiento dental a todas las clases de la colectividad se coordinen íntimamente con el plan general de servicios médicos--tanto curativos como preventivos--y formen parte del conjunto.

En el tratamiento bucodental se observa la tendencia a imprimirle un carácter más bien preventivo, pero en todas sus formas, aun en aquellas decididamente curativas, ese tratamiento constituye, en sentido estricto, una rama de la medicina preventiva.

117. El tratamiento odontológico tiende a asegurar la formación normal de las mandíbulas y arcos dentales y una boca limpia y sana en todas las edades. Es evidente que la mayoría de los obstáculos para el logro de este fin derivan de condiciones relativas al crecimiento prenatal o al medio ambiente de la primera infancia. Por otra parte, se han identificado los efectos perniciosos de las enfermedades dentales y sepsis oral a través de los años. El tratamiento dental está, pues, estrechamente vinculado al tratamiento médico en todas las edades.

118. Una clínica odontológica atendida por uno o más cirujanos dentistas debe formar parte de cada centro de salud primario. Esta clínica proporcionaría toda clase de tratamiento ordinario a las madres embarazadas y lactantes, niños en edad preescolar y escolares y población adulta en general. Se proveerían dentaduras postizas. Los cirujanos dentistas tendrían oportunidades para enseñar los principios elementales de la higiene bucal. El establecimiento de esos centros primarios de salud subsanarían muchas de las dificultades que han impedido hasta ahora proporcionar tratamiento dental a los escolares en los distritos rurales. Convendría adscribir a cada centro un servicio de enfermería, conectado con la odontología.

119. En los centros secundarios de salud habría clínicas dentales análogas para atender las necesidades de la población circundante, pero con servicios más amplios, especialmente en lo relacionado con las dentaduras postizas. Para este objeto, que sólo se trata de una necesidad ocasional, no es preciso proporcionar tratamiento cerca del domicilio del paciente, como lo es, por ejemplo en el caso de niños; por otra parte, en una gran ciudad el centro de salud secundario realizará la mayor parte de ese trabajo que de otro modo se efectuaría en centros primarios de salud más distantes. En las clínicas dentales de los centros secundarios debe haber un departamento de ortodoncia.

120. Se adscribiría a las clínicas dentales de los centros secundarios un laboratorio dental en el que se prepararían todos los artículos protésicos, de ortodoncia y algunos quirúrgicos para la región atendida por el centro.

121. El personal de la clínica odontológica estaría formado en parte por funcionarios a tiempo completo y, en parte, por cirujanos dentistas visitantes, junto con un personal de enfermeras y mecánicos dentales. Algunos miembros del personal odontológico del centro de salud desempeñarían las funciones de cirujanos dentistas consultores en los centros primarios correspondientes, mediante visitas periódicas a éstos.

122. Debería existir una estrecha coordinación entre el centro secundario y los centros primarios de salud situados en el área. En cuanto a todos los tipos de tratamiento preventivo, conservador y curativo, las clínicas de los centros primarios atenderían a pacientes de todas las edades.

También se colocarían dentaduras postizas, pero como éstas se harían en el centro secundario, debe preverse la manera de enviar los moldes y dentaduras en las diversas etapas de su preparación. Los casos sencillos de irregularidad de la dentadura podrían tratarse en los centros primarios, mientras que en los más difíciles, de desarrollo anormal de las mandíbulas, será necesario recurrir, al menos ocasionalmente, a un centro secundario y éste proporcionaría en la mayor parte de los casos los dispositivos necesarios.

123. Debe preverse asimismo el tratamiento dental para todas las personas admitidas a centros de rehabilitación, hogares de convalecientes, sanatorios y otras instituciones pertenecientes a los servicios complementarios.

124. Junto a los hospitales docentes hay escuelas de odontología que realizan funciones de educación e investigación. De ellos podría obtenerse personal para los centros primarios y secundarios, ya que debe existir una íntima relación entre esas tres categorías del servicio odontológico. Conviene fomentar los estudios para posgraduados.

125. Actualmente el número de dentistas inscritos en el Registro de Odontólogos dista mucho de ser suficiente para que pueda funcionar cualquier esquema de tipo amplio de tratamiento dental, hecho reconocido plenamente en el Informe del Comité de Reglamentación de la Profesión Odontológica.

126. Pago del tratamiento odontológico--Todas las formas de tratamiento odontológico proporcionado en las clínicas y centros primarios y secundarios de salud deben considerarse como parte del necesario tratamiento médico.

127. La remuneración de los cirujanos dentistas que atienden las clínicas se basarían en el número de horas trabajadas y se podrían tomar las disposiciones pertinentes para que los cirujanos dentistas utilicen la clínica para pacientes privados.

El pago de los consultores dentales se efectuaría sobre la misma base que se aplica a otros consultores.

c) Servicios de bienestar maternoinfantil

128. Ya hemos señalado en el párrafo 33 que tenemos la intención de solicitar de usted la aprobación del nombramiento de un comité en-

cargado esencialmente de examinar a fondo los servicios comprendidos en este epígrafe. Por lo tanto, en los párrafos siguientes nos limitamos a esbozar el alcance y la naturaleza que, a nuestro juicio, deben tener tales servicios.

129. Los servicios se dividirían en:

- I. Servicios domiciliarios;
- II. Servicios institucionales

- 1) en los centros primarios de salud;
- 2) en los centros secundarios de salud, y
- 3) en los hospitales docentes.

I. Servicios domiciliarios

130. Estos deben comprender:

a) Consejos y tratamientos a las embarazadas que no puedan asistir a un centro de salud.

b) Atención durante el parto y cuidado ulterior de la mujer en el hogar. Para cada parto debe contarse con los servicios de un médico y una partera y, en caso necesario, de un anestesista. La asistencia de parteras que tienen el adiestramiento suficiente para saber cuándo es necesario el médico, pero que están preparadas para atender un parto normal, es de importancia para ayudar a disminuir la infección puerperal e impedir daños a la madre y al niño durante el parto. Se podría obtener ayuda adicional de un servicio de asistencia domiciliaria que ejerza funciones bien definidas y trabaje bajo supervisión adecuada.

En el centro de salud primario debe obtenerse equipo de maternidad esterilizado. En caso de parto difícil, el médico ha de poder recurrir a los servicios de un tocólogo experto con la necesaria asistencia y equipo, si así lo desea.

c) Supervisión del bienestar de la madre y del niño y cualquier asistencia médica que se requiera cuando no se pueda concurrir al centro primario de salud. Convendría, ciertamente, desarrollar este servicio en una relación orgánica adecuada con las formas ya existentes de servicios destinados al mismo fin.

II. Servicios institucionales

131. 1) Centros primarios de salud--Dichos servicios comprenderían:

a) Atención e instrucción de las embarazadas, a las que se debe alentar a concurrir al centro con esa finalidad. En caso de que se descubra alguna anomalía o enfermedad, la paciente debería ser tratada en su propio hogar, llevada al centro de salud, o trasladada a uno de los centros superiores, según las circunstancias.

b) Debe disponerse de camas para el parto y para el cuidado ulterior, y con los medios para aislar cualquier caso de sepsis después del alumbramiento. Si el médico general lo desea, deberá contar con los servicios de un consultor de un centro secundario. Las camas disponibles para casos prenatales, de maternidad y posnatales en las salas de un centro primario de salud serán necesariamente limitadas. Si en cualquier distrito se dejara sentir la demanda de más amplios servicios institucionales para tales casos, ésta podría satisfacerse estableciendo un anexo o una institución aparte para tal objeto.

c) Las enfermedades y anomalías que resulten del parto corresponden a la ginecología. Los casos ginecológicos serán trasladados a salas del centro primario de salud; enviados a un consultorio del centro secundario de salud, o tratados como pacientes externos en el centro primario o secundario, según lo que el médico general considere mejor en cada caso. De ser necesario habrá de proporcionar alojamiento para el niño y su madre.

d) Como parte del centro primario debe existir un departamento de bienestar infantil, al que se estimulará a las madres para que envíen a sus niños con el fin de que reciban atención y orientación médicas. Los niños enfermos o débiles que no requieran tratamiento domiciliario deben ser llevados al centro primario o trasladados al centro secundario.

132. 2) Centros secundarios de salud--En muchos casos, dichos centros podrían servir de centro primario para el distrito circundante inmediato. En la medida en que ello ocurra, lo esbozado antes se aplicará también a ellos. Por otra parte, en la medida en que funcionen como centros secundarios, el servicio estaría a cargo de un especialista en obstetricia o ginecología y comprendería:

a) Atención de embarazadas enviadas por el médico general para que se les dé una opinión o para su tratamiento como pacientes externos o internos.

b) Camas y salas para el trabajo de parto, completamente equipadas y con un ginecólogo residente.

c) Consultorio ginecológico de pacientes externos para aquellos casos enviados por el médico general, con miras a recabar una opinión o para su tratamiento.

d) Camas para casos ginecológicos.

e) Tratamiento como pacientes externos o internos de niños enfermos o enfermizos enviados por el médico general. Dicho tratamiento sería dado por el especialista (médico o cirujano) más competente para el caso.

f) Tener previsto el envío de un tocólogo experto, con el equipo necesario, al propio domicilio de la paciente en caso de parto difícil, siempre que el médico general que la asiste solicite tal ayuda.

133. 3) Hospitales docentes--Los departamentos de ginecología y obstetricia ya existentes continuarían como antes, pero deben vincularse con los correspondientes departamentos de los centros secundarios de la zona atendida por el hospital docente.

En muchos casos, el hospital docente podría servir de centro secundario de salud para el distrito más inmediato; habría entonces de ampliar el departamento de ginecología ya existente y, en especial, el de obstetricia.

Las oportunidades que se ofrecen a los estudiantes y graduados de adquirir experiencia práctica en obstetricia y materias afines son actualmente insuficientes y están en gran parte desorganizadas.

La vinculación de los centros secundarios con los correspondientes hospitales docentes permitiría que los alumnos realizaran la tarea clínica necesaria para el aprendizaje eficaz de la obstetricia, cuya importancia pública es tanta que, aun queriendo, no podría ser exagerada.

d) Educación física

134. La educación física, con las cualidades de carácter que engendra, es una necesidad vital para la salud del país.

Desempeña una función importante en la medicina preventiva y curativa y debe incluirse en cualquier plan de servicios médicos. En el reconocimiento de su valor, este país ha quedado a la zaga, hecho demostrado indiscutiblemente si se recuerda que Ling dio ya al mundo su sistema de cultura física en 1813 y si se compara la solidez y prestigio de que goza en la vida social y educativa de Suecia y otros países, con su reciente y escaso desarrollo en este país.

135. La educación física tiene amplia aplicación en el fomento de la salud de la colectividad. Se puede aplicar en forma constructiva y esencialmente educativa (del cuerpo y del espíritu), recreativa o terapéutica.

136. La educación física tiene como finalidad producir un cuerpo sano y vigoroso, de movimientos equilibrados y gráciles; control cerebral--reacciones rápidas y cabales y capacidad de concentración; satisfacción por las realizaciones; disciplina; espíritu deportivo, carente de egoísmo; lealtad y compañerismo.

137. La experiencia en los campos del adiestramiento y convalecencia durante la guerra, y en las escuelas primarias, ha mostrado que la educación física debe consistir no sólo en ejercicios formales, sino en juegos libres o con algún propósito educativo. Se ha comprobado que los objetivos que persigue el ejercicio formal a menudo pueden lograrse mediante el juego y en éste hay espontaneidad y regocijo que faltan en el ejercicio sistemático. Por sus efectos físicamente correctivos y de disciplina es conveniente cierta dosis de ejercicios formales, pero deben ser limitados y seguidos por juegos educativos. Estos últimos ceden su lugar a las actividades recreativas como el baile, la natación, el fútbol, el cricket, etc.

138. Durante los años escolares el entrenamiento físico puede ser meticuloso y sistemático porque forma parte del plan de estudios, pero debe ser algo más que eso. Es aquí donde conviene inculcar la afición por el entrenamiento físico por sus propios méritos, a fin de tener la certeza de que se continuará voluntariamente después de los años de escuela, y estimular el gusto por los deportes al aire libre. Para ésto se requieren maestros bien preparados y con iniciativa que sepan adaptar los ejercicios y juegos a los alumnos de gustos y temperamentos distintos.

139. En los últimos diez años la Junta de Educación ha desarrollado y fomentado progresivamente la educación física en nuestras escuelas primarias bajo la orientación de Sir George Newman y su personal. La extensión de la escolaridad irá acompañada, sin duda, de una extensión de esas ventajas del entrenamiento físico a los adolescentes. En efecto, la ley de educación de 1918 da a las autoridades docentes amplias facultades para proporcionar los medios de educación física y esparcimiento. No obstante, la organización de la educación física debe prever el recreo y entrenamiento físico para la población adulta. Así se podrá mantener la salud y estar en buenas condiciones a pesar de la vida en las ciudades y las tensiones e inconvenientes de algunos empleos. En la actualidad, la gran masa de la población activa no cuenta con medios de esparcimiento físico.

140. Toda colectividad debe poseer campos deportivos especialmente provistos y mantenidos para el entrenamiento físico y para diversiones costeadas por el público. Los beneficios que de ello se obtengan en una mejor salud de la población y una disminución de las enfermedades, compensarán con creces los costos correspondientes.

Los terrenos deben estar dispuestos y equipados en tal forma que satisfagan las necesidades de las diversas edades, de los niños, los adolescentes y los adultos.

Aunque una autoridad pública se encargaría de dotar de equipo a los campos deportivos y de su administración, con las diversiones y los juegos debe ejercerse el menor control posible, sin obstáculos, y dejándolos en manos de asociaciones privadas, como los clubs atléticos, "boy scouts", "girl guides", etc.

En los distritos muy poblados, los espacios dedicados a deportes, aunque de proporciones modestas, pueden servir muy bien si se equipan convenientemente para el entrenamiento físico y recreo de niños, niñas y jóvenes.

141. El tratamiento físico correctivo comprende:

- a) ejercicios activos;
- b) ejercicios pasivos, y
- c) masajes.

El campo de aplicación de este tratamiento a diversas incapacidades y enfermedades se amplía sin cesar y es todavía poco comprendido. Su importancia suele eclipsar al tratamiento a base de medicinas.

Se relaciona por una parte, con la labor curativa que se realiza en los centros de salud y en el domicilio del paciente, y por otra, con la educación física de los adultos. En las escuelas, defectos como pie plano precoz, curvatura posterior incipiente, respiración por la boca, deformaciones torácicas, etc., requieren un tratamiento físico adecuado.

En los centros ortopédicos se usan ampliamente los ejercicios y masajes. La cultura física se relaciona, pues, con la educación, el mantenimiento de la salud y esparcimiento de la población, así como con la cura de enfermedades e incapacidades, y no existe una clara diferenciación entre esas funciones.

142. En cuanto al aspecto administrativo de la educación física, sugerimos que debe quedar bajo el control de las autoridades de educación y salud a través de un comité conjunto, con facultades para solicitar la cooperación de personas que tengan conocimientos especiales en esta materia.

143. Recomendamos que se adscriba a cada centro secundario de salud un médico con especial preparación en este campo. Este especialista vigilará la labor y adiestramiento de los masajistas y ejercerá las funciones de consultor y asesor en toda el área. Esta especialidad de gran importancia ha sido hasta ahora descuidada por la profesión médica, pero tiene el atractivo del interés científico y de la utilidad para el público.

144. Los que practican las diversas ramas de la educación física son numéricamente insuficientes y a menudo no tienen la preparación adecuada. La naturaleza y la duración del adiestramiento necesario para la práctica de los diversos tipos de labor curativa y docente deben ser objeto de detenido estudio. Actualmente se dispone de medios para el adiestramiento de la mujer, pero no existen colegios universitarios para el adiestramiento de los hombres y ese colegio es de urgente necesidad en la metrópoli del Imperio.

Proponemos, con su aprobación, establecer un comité que estudie todo lo relacionado con la educación física.

e) Centros de rehabilitación

145. Los centros de rehabilitación tienen la doble finalidad de devolver la salud a los pacientes, sea después de la enfermedad o antes de que su mala salud se convierta en enfermedad. Muchos de los pacientes que asisten al consultorio del médico o a los departamentos para pacientes externos de los hospitales necesitan descanso, régimen, aire fresco, alimentación adecuada, adiestramiento físico y diversiones para contribuir a devolverles la salud e impedir el desarrollo de la enfermedad. Personas que son víctimas de alguna forma de anemia, dispepsia funcional, estreñimiento, diversas infecciones menores, de debilidad (que significa una débil defensa contra la enfermedad), para citar unos pocos ejemplos, pueden en esta forma recuperar vigor y salud en vez de soportar las consecuencias de enfermedades crónicas o desarrollar una enfermedad orgánica.

146. Tales instituciones son esenciales en cualquier esquema de servicios médicos, y ofrecerán un importante campo de la medicina preventiva y el estudio de las primeras manifestaciones de enfermedad. Deben estar situadas al aire libre y contar con espacio suficiente. No necesitan de edificios complicados y algunas cabañas agrupadas ofrecerán muchas ventajas; podrían usarse algunas de las que todavía están en pie antes de desmontarlas. Para la organización y administración de esos centros de rehabilitación se podría aprovechar la gran experiencia del Servicio Médico Militar, ya que los campamentos de convalecientes y de reposo durante la guerra fueron especialmente satisfactorios y desempeñaron una importante función en el mantenimiento de la salud del ejército. La experiencia de esos campamentos también revela que el éxito de un centro de rehabilitación dependerá, en gran parte, de la preparación y aptitudes especiales del personal a su cargo.

SECCION VII

Resumen de recomendaciones

147. Añadimos un resumen sobre el significado de nuestras diversas recomendaciones y acerca de los elementos que, a nuestro juicio, deben incluirse en los planes para la prestación sistematizada de servicios médicos y afines a los habitantes de un área determinada. Este resumen no ha de entenderse en el sentido de que tiene precedencia o de que constituya nueva interpretación de párrafos más explícitos del Informe, sino tan sólo como una manera convenientemente breve de destacar las recomendaciones principales.

Recomendamos que en los planes se prevean los siguientes servicios y personal:

Servicios

A. DOMICILIARIOS (Párrafos 18 a 35)
(incluyendo actividades preventivas y curativas)

B. CENTROS PRIMARIOS DE SALUD
(Párrafos 36 a 52) incluyendo:

Camas para medicina general, quirúrgicas y para maternidad
Consultorios para pacientes externos
Consultorios odontológicos

Locales para el equipo necesario de tratamiento e investigación
Locales para el funcionamiento de los servicios destinados a la colectividad
Locales para el personal de los servicios auxiliares
Servicio de ambulancia

C. CENTROS SECUNDARIOS DE SALUD
(Párrafos 53 a 63) incluyendo:

Instalaciones para servicios curativos en casos que requieren diagnóstico o tratamiento muy especializado
Local para el funcionamiento de los servicios destinados a la colectividad
Consultorios odontológicos
Locales para el personal de los servicios auxiliares
Servicio de ambulancia

Personal

Médicos
Farmacéuticos
Enfermeras
Parteras
Enfermeras visitadoras y demás personal dependiente de la autoridad de salud

Médicos generales
Consultores y especialistas visitantes
Personal destinado a los servicios para la colectividad
Cirujanos dentistas visitantes

Personal para los servicios auxiliares

Consultores y especialistas

Personal destinado a los servicios para la colectividad
Cirujanos dentistas
Personal de los servicios auxiliares

Servicios (Cont.)

Personal (Cont.)

D. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
(Párrafo 74) incluyendo:

Instalaciones para el tratamiento especializado de la tuberculosis, enfermedades mentales, etc.

Especialistas en las formas adecuadas de tratamiento
Personal de los servicios auxiliares

E. HOSPITALES DOCENTES CON ESCUELAS DE MEDICINA (Párrafos 75 a 80) incluyendo:

Instalaciones para el tratamiento de casos extraordinariamente difíciles
Instalaciones para investigación
Instalaciones para estudio de los posgraduados
(incluyendo adiestramiento para los servicios destinados a la colectividad)

Consultores, personal docente y de investigación

Personal de los servicios auxiliares

148. Recomendamos, además, que en los planes se prevea:

F. El estímulo de la investigación (Párrafo 87), y

G. El funcionamiento de un sistema de historias clínicas uniformes (Párrafos 88 a 91).

Finalmente, hemos presentado recomendaciones acerca de los principios administrativos que deben regir los esquemas de servicios como el que proponemos, incluyendo (Párrafos 92 a 104):

H. El establecimiento de una única autoridad de salud que supervise la administración local de todos los servicios médicos y afines tanto preventivos como curativos.

I. La representación de la profesión médica en cada uno de esos organismos con autoridad.

K. La creación de Consejos Consultivos Médicos Locales.

149. En la Sección VI del Informe (Párrafos 105 a 146) hemos agregado pormenores acerca de algunas importantes particularidades que deben incluirse en los planes que se lleven a la práctica conforme a las recomendaciones precedentes.

150. Hemos sido autorizados por el Consejo para firmar el presente Informe en su nombre, como Presidente y Vicepresidente.

Muy atentamente,

DAWSON DE PENN, Presidente

C.J. BOND, Vicepresidente