

INDEXED

129

ADMINISTRACION DE
SERVICIOS DE

ATENCION MEDICA

*Nuevos elementos para la formulación
de una política continental*



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1966

INDEXED

ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

*Nuevos elementos para la formulación
de una política continental*



Publicación Científica No. 129

Febrero de 1966

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

NOTA

Por la estrecha vinculación que tienen entre sí y por la utilidad práctica de tenerlos en un solo volumen, se han incluido en esta obra los documentos correspondientes a la reunión del Grupo de Estudio de la OPS sobre Coordinación de la Atención Médica en la América Latina (Washington, D. C., 12-16 de julio de 1965), convocado en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de los Estados Americanos, y los de la reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud (Washington, D. C., 20-30 de julio de 1965), con la participación de representantes del Banco Interamericano de Desarrollo. Se presentan sendos discursos del doctor Abraham Horwitz, pronunciados en las respectivas sesiones inaugurales de ambas reuniones. Se incluyen las resoluciones aprobadas por el Consejo Directivo de la OPS sobre las materias de que se trata.

SUMARIO DE MATERIAS

COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA EN LA AMERICA LATINA

I.	Discurso del Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana _____	3
II.	Relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud u otros organismos gubernamentales de salud (<i>Documento de Trabajo</i>) _____	6
	A. Introducción _____	6
	B. Principios doctrinarios y acuerdos internacionales _____	8
	C. Planificación del desarrollo _____	18
	D. Examen de la situación actual en la América Latina _____	20
	E. Ensayos de coordinación o integración _____	28
	F. La falta de coordinación actual y medidas para corregirla _____	29
	<i>Anexo 1.</i> Resolución XL de la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS _____	35
	<i>Anexo 2.</i> Recomendación 69 de la XXVI Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo _____	36
	<i>Anexo 3.</i> Resolución A.2 anexa a la Carta de Punta del Este _____	48
	<i>Anexo 4.</i> Prestaciones por enfermedad y maternidad en regímenes de seguridad social (cuadro) _____	50
	<i>Anexo 5.</i> Formulación de una encuesta internacional _____	51
III.	Informe Final del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en la América Latina _____	53
	Introducción _____	53
	A. Revisión histórica de los obstáculos que han impedido una buena coordinación _____	55
	B. Concepto de coordinación _____	56
	C. Planificación del desarrollo _____	57
	D. Cobertura de las prestaciones médicas de la seguridad social y uniformidad de sus regímenes _____	59
	E. Recursos humanos _____	60
	F. Costos y financiamiento _____	61
	G. Proyecto de encuesta _____	62
	H. Otras recomendaciones _____	63
	Lista de participantes _____	65
IV.	Resoluciones de la XVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS _____	66
	Resolución XIX. Relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud _____	66
	Resolución XXIX. Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas _____	67

SUMARIO DE MATERIAS (cont.)

PLANIFICACION DE HOSPITALES Y OTROS SERVICIOS DE SALUD

I.	Discurso del Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana _____	71
II.	Planificación de hospitales y otros servicios de salud (<i>Documento de Trabajo</i>) _____	74
	Primera parte: Antecedentes de interés para la orientación de los debates. _____	74
	A. Una definición y una política consecuente _____	74
	B. Hacia la formulación de una política continental _____	75
	C. El Consejo Directivo se pronuncia por la intensificación de la asesoría internacional _____	76
	D. Los primeros pasos para cumplir la Resolución XXV _____	78
	E. El Comité Ejecutivo presta su aprobación a un informe preliminar _____	79
	F. Marco de referencia del Comité Asesor a la luz de los acuerdos anteriores _____	80
	Segunda parte: Información básica actualizada para el uso del Comité Asesor _____	81
	A. Consideraciones generales _____	81
	B. Desarrollo de la encuesta _____	84
	C. Conclusiones _____	131
III.	Informe Final del Comité Asesor sobre Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud _____	135
	Introducción _____	135
	A. Consideraciones generales sobre salud _____	136
	B. La planificación como base de la asesoría técnica _____	136
	C. Coordinación de servicios de salud _____	138
	D. Recursos de salud _____	139
	E. Planificación de hospitales y otros servicios de salud _____	140
	F. Conclusiones y recomendaciones _____	141
	Miembros del Comité Asesor _____	143
IV.	Resolución XXXVII de la XVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS: Planificación de hospitales y otros servicios de salud _____	144

**Coordinación de los
servicios de atención médica
en la América Latina**

I. DISCURSO DEL DR. ABRAHAM HORWITZ, DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Pronunciado en la sesión inaugural de la reunión del Grupo de Estudio de la OPS sobre Coordinación de la Atención Médica en la América Latina

Deseo agradecer a ustedes, señores miembros del Grupo de Estudio, su concurrencia a esta Casa, con el fin de asesorar a nuestra Organización y a la Organización de los Estados Americanos en un problema de vasta trascendencia para las Américas. La acción conjunta de ambos organismos internacionales se justifica por las complejidades que ha ido adquiriendo la atención médica y el reiterado propósito de los Gobiernos de perfeccionar los sistemas para servir mejor las ingentes necesidades de sus poblaciones.

La convocación de este Grupo obedece específicamente—en lo que a nosotros respecta—la Resolución XL¹ de la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS. En ella se establece, como petición fundamental, “presentar un informe a la Organización sobre sus puntos de vista para promover una mejor coordinación entre los servicios de salud pública y los programas de atención médica a cargo de las instituciones de seguridad social u otros organismos, y que transmita dicho informe a los Gobiernos”.

Reconoció de esta manera el Consejo Directivo que es susceptible de perfeccionamiento la coordinación entre las instituciones del Estado encargadas de satisfacer la demanda de prestaciones tanto de la población beneficiaria como indigente. Tomó en cuenta,

además, “las necesidades de mejorar los procedimientos para una activa planificación de salud, de extender los índices de cobertura de salud, de coordinar los sistemas de financiamiento y de integrar las acciones preventivas y curativas”.

Al interpretar dicha Resolución, parece natural la conveniencia de medir la magnitud del problema y definir sus caracteres más salientes. Con este propósito se sugiere una encuesta destinada a recoger objetivamente la información que comprenda, entre otros factores, cobertura, disponibilidad de los servicios y accesibilidad a ellos, costos comparados, rendimientos de los recursos humanos, materiales e institucionales. Nos será ilustrativo y útil conocer vuestra opinión sobre el método, el contenido y la forma de llevar a la práctica dicha encuesta, para la cual se incluye una proposición² en el Documento de Trabajo que está en poder de los señores miembros del Grupo.

Al aprobar la mencionada Resolución, estuvo presente en el espíritu del Consejo la obligación moral del administrador de salud de prestar servicios oportunos, al menor costo y de la mejor calidad posible, con invariable consideración a la persona, como miembro de una familia y componente de la sociedad, sometida a los riesgos del ambiente y cuya

¹ Véase pág. 35.

² Véase pág. 28.

adaptación a sus contingencias se revela en salud y enfermedad. En consecuencia, los organismos públicos y privados—en ellos incluidos los institutos de seguridad social—quedan obligados a ajustar sus funciones a la historia natural de los procesos biológicos de los seres humanos. En ellos, las alternativas de salud, enfermedad e invalidez, expresiones de la continuidad de su ciclo vital, corresponden a las acciones de orden preventivo, curativo y social. Lo que es la relación ecológica de cada persona con su ambiente, debería reflejarse funcionalmente en las instituciones que la sociedad ha creado para servirla y de las que es su permanente beneficiario. Las actividades que estas desarrollan, incluidas las de orden económico, deben orientarse a incrementar el bienestar, dándole a cada uno de los habitantes las oportunidades de realizarse en consonancia con su herencia biológica y las características de la cultura. La complejidad progresiva de la vida social, como consecuencia del progreso, ha tornado necesaria la diversificación de funciones con propósitos bien definidos. Nuestra civilización, que vive avances tan sorprendentes de la ciencia y de la técnica, ha obligado a los Gobiernos a crear nuevas estructuras para satisfacer determinadas necesidades imperativamente reclamadas por el medio social. Lo fundamental, sin embargo, cualquiera la magnitud de esta empresa, consiste en no perder de vista este último propósito. Así las instituciones operan como el medio de un fin superior, humanitario y moral. De lo contrario, la acción inmediata se transforma en un todo que no siempre concurre al bien común. Por ello hemos afirmado que la coordinación es una actitud, una manera de ser, de pensar y de actuar; una inclinación espontánea a comprender las causas y las circunstancias que gobiernan cada situación y a buscar los mecanismos para servir al mayor número de interesados. Por perfectas que sean las leyes, las normas y los reglamentos, no alcanzan a sustituir la inclinación anímica, orientada a coordinar efectivamente las instituciones.

¡No se vive sólo de verdades, por absolutas que parezcan!

Cabe preguntarse, entonces, ¿la incoordinación reinante entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud obedece sólo a causas convencionales, derivadas de una falta de definición jurídica del campo de acción de cada cual? O, a la inversa, ¿tiene sus raíces más profundas en un proceso económico y social característico de los países en desarrollo? ¿Cómo facilitar al Estado el cumplimiento de su obligación de proveer cuidados de salud, en lo posible para toda la comunidad, y la coordinación global de los recursos de que dispone?

Del análisis de estas cuestiones que tienen muy directa relación con la experiencia de ustedes, ha de surgir un cuerpo de recomendaciones para promover un más efectivo rendimiento en términos de personas servidas por el Estado.

En el Documento de Trabajo se ha reunido un conjunto de antecedentes relativos a los diversos aspectos de todo el complejo problema planteado por el Consejo Directivo y con respecto al cual queremos conocer la opinión de personas de tan elevada calificación. Esperamos que sea de valor para las deliberaciones y permita sistematizar las recomendaciones que se tengan a bien formular en lo que respecta a procedimientos para obtener un mejor conocimiento del problema y a medidas para establecer un régimen cooperativo más que competitivo.

El auspicio de esta Reunión, en acción conjunta con la Organización de los Estados Americanos, a cuyo Secretario General, el Dr. José A. Mora, le expresamos nuestra más sentida gratitud, simboliza la trascendencia continental del problema. Es uno de aquellos que más directamente afecta el destino de los sectores en estado de necesidad de la América Latina, que han visto renacer sus esperanzas con la revolución de conciencias que significan los postulados de la Carta de Punta de Este. Todo debe tender hoy en las Américas al propósito definido

de mejorar las condiciones de vida y enriquecer las oportunidades de sus habitantes, estimulando la movilidad social para que "sean más, sabiendo más". Las realizaciones sobre integración económica, interdependencia política, reformas estructurales para incrementar el ingreso y redistribuirlo con mayor equidad, deben servir dicho propósito

superior. Es con este espíritu con el que quisiéramos se analizara el problema central que sirve de base a la grata presencia de ustedes en esta Sede. Y así ocurrirá, a no dudarlo, a la luz de una experiencia y ética de servicio que me complace en reconocer y poner de relieve como base de nuestro optimismo.

II. RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD U OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

Documento de Trabajo preparado por el Dr. Alfredo Leonardo Bravo para la OPS y la OEA, como base de discusión en la reunión del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en la América Latina

A. INTRODUCCION

A través de la historia, todos los países han tenido que enfrentarse con la necesidad social y la obligación solidaria de prestar atención médica a los grupos económicamente débiles, vale decir, indigentes y desvalidos. Los países latinoamericanos no podían escapar a esta circunstancia y fue así como, en las primeras etapas de su historia, dieron vida a servicios hospitalarios elementales, copiados del esquema que en esa época predominaba en España, y que estaban destinados principalmente a dar alivio y consuelo a los heridos de las guerras de conquista y a las víctimas de distintas enfermedades que diezmaban los ejércitos. Así nacieron los organismos conocidos como "Beneficencias", originados en la iniciativa y filantropía privadas, y que posteriormente han sido colocados en mayor o menor grado bajo el control de los gobiernos, a medida que el encarecimiento de los servicios exigió un subsidio gubernamental y también, en parte, debido a la introducción de conceptos medicosociales más modernos que fueron transformando poco a poco el antiguo enfoque, puramente caritativo, en uno más avanzado de asistencia social.

Hacia fines del siglo pasado, la revolución industrial, que cambió los sistemas de convivencia de los países europeos y agitó a las masas obreras de esos países, trajo como consecuencia la creación, bajo la inspiración del Canciller Bismarck, de los seguros sociales, como un instrumento de la nueva organización social, que tendía a compensar al trabajador y a sus familiares con prestaciones en dinero y en especie cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, perdía transitoria o definitivamente su capacidad de producir. Como los riesgos cubiertos podían en buena parte ser eliminados o atenuados por medio de la atención médica, resultó evidente que las prestaciones médicas fueron consideradas como la forma más eficaz para devolver a la vida activa—o sea, reintegrar a la producción y restituir el poder de compra—a estos individuos que se habían transformado en elementos pasivos de esta nueva sociedad industrial que luchaba por obtener su afianzamiento definitivo en el concierto de naciones que, hasta ese momento, habían vivido principalmente de las actividades agropecuarias y mineras.

Una vez más los países latinoamericanos, que a la sazón luchaban denodadamente por encontrar su destino en un mundo en transformación vertiginosa, se mostraron sensibles a la influencia venida del viejo continente y, quemando etapas, probablemente antes de estar totalmente preparados para absorber las responsabilidades economicofinancieras y administrativas derivadas del régimen de seguro social, implantaron el sistema, y con él nacieron los servicios médicos de las instituciones de previsión. Su desarrollo en los últimos 40 años ha sido muy acelerado, aun cuando ha tenido diversa evolución en los distintos países, dependiendo en gran parte de la existencia y eficiencia de otros servicios médicos, gubernamentales o de beneficencia, que estuvieran capacitados para absorber el volumen de las nuevas responsabilidades derivadas de un número importante de trabajadores que habían adquirido un derecho legal a recibir atención médica. Los grupos sindicales reclamaban este derecho con la vehemencia comprensible de una nueva clase social que trataba de adquirir personalidad propia. Nadie podría negar la influencia favorable que los seguros sociales han tenido en los países latinoamericanos para impulsar la construcción de hospitales y policlínicas y la organización de nuevos servicios destinados a conceder prestaciones médicas a sus afiliados.

El devenir natural del progreso y la aparición de nuevas necesidades han expandido el marco de las actividades del seguro social hacia lo que, con criterio más moderno, se llama "seguridad social", que es aquella parte de la política economicosocial de un gobierno que, junto a una política de salarios y de pleno empleo, está destinada a proteger al conjunto de la masa trabajadora y a sus familias contra los estados de necesidad, mediante un sistema de prestaciones que restablecen el poder de compra de la familia, asegurando la estabilidad del ingreso, y proporcionan servicios, especialmente médicos, que protegen, promueven o restauran la salud

física o mental, y, por lo tanto, la capacidad productora del afiliado.

Por su parte, los Ministerios de Salud, en cumplimiento de sus obligaciones esenciales de proteger, fomentar y hacer recuperar la salud de los miembros de la comunidad, obligación que a veces deriva de un mandato constitucional que establece que el cuidado de la salud de los habitantes del país es una preocupación preferente del Estado, han adoptado una política de construcciones de hospitales, policlínicas y centros de salud. Estos organismos se han ido acercando progresivamente a los conceptos modernos de organización de servicios locales de salud, que ofrecen a todos los miembros de la comunidad una medicina integral, es decir, preventiva, curativa y social. Estos servicios actúan a través de hospitales, consultorios periféricos y otros centros de atención médica que a veces llevan hasta los sitios de residencia y de trabajo de los ciudadanos todos los beneficios de una medicina que no sólo establece el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que aspira a un "programa de salud" llevado a la práctica por un "equipo de salud" compuesto por profesionales y técnicos de distintas disciplinas. Los servicios disponibles deben abarcar desde la educación sanitaria y alimentaria, las inmunizaciones y los exámenes preventivos de individuos sanos hasta el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y la rehabilitación del inválido.

La formulación y la ejecución de programas de salud por los Ministerios y otros servicios públicos han sido la consecuencia de una transformación conceptual importante, en gran parte originada y perfeccionada a través de todo el movimiento humanístico, político y social, que se inició al término de la última Guerra Mundial con la Carta del Atlántico y que se ha ido delineando con trazos cada vez más precisos gracias a la acción progresiva y permanente de las instituciones internacionales, cuyos organismos técnicos especializados han dado un enfoque universalista al desarrollo económico

y al progreso social, como base de una vida más feliz, libre del temor a la miseria, la ignorancia y la enfermedad y como fundamento de una paz duradera entre las naciones.

Estos son, en breve resumen, los antecedentes históricos que han determinado la situación que, con algunas variantes, se presenta prácticamente en todos los países de América Latina, en lo que a atención médica se refiere. Por una parte hay servicios dependientes del Ministerio que tratan de practicar una medicina integral con todas las limitaciones derivadas de la falta de recursos humanos y materiales; a su lado existen los servicios de las "Beneficencias" públicas o privadas sometidos a cierto grado de control por las autoridades de salud del

Ministerio y cuya misión tradicional es y ha sido dar servicios médicos a los indigentes y desvalidos, servicios que al tratar de alcanzar un nivel científico compatible con el progreso de la medicina se hacen tan onerosos que no pueden subsistir sin fuertes subsidios del fisco; finalmente, la seguridad social, siguiendo su propia trayectoria histórica y obedeciendo también a conceptos doctrinarios internacionales, ha desarrollado su propia red de servicios médicos con los recursos que le dan sus entradas, servicios destinados a dar prestaciones a sus afiliados y que, por lo tanto, cubren solamente a un sector—a veces bastante reducido—de la población que sufre los riesgos de enfermar o morir.

B. PRINCIPIOS DOCTRINARIOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES

1. ORIGEN DEL PRESENTE ESTUDIO Y MARCO DE REFERENCIA

Los organismos internacionales no podían permanecer indiferentes ante el problema que representa la ausencia de coordinación, la duplicación, y a veces la competencia entre los distintos organismos del Estado dedicados a prestar servicios médicos a la población dentro del contexto de la medicina pública. La inquietud que se ha desarrollado entre los responsables de la administración de esta medicina pública a nivel ministerial se ha expresado repetidamente en el seno de las organizaciones internacionales.

El problema se planteó en una reunión de expertos en seguro social convocada en abril de 1959 por la Organización de los Estados Americanos, con el objeto de asesorar al Consejo Interamericano Económico y Social sobre el establecimiento de un programa a largo plazo en el campo de la seguridad social. Una de las recomendaciones formuladas por aquel grupo fue la de que la OEA examinara en sus Estados Miembros las relaciones entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social y los demás servicios médicos nacionales.

En cumplimiento de esa recomendación, la OEA decidió auspiciar un estudio de la atención médica prestada por diferentes entidades en diversos países de América Latina. La Organización Panamericana de la Salud como organismo especializado en los problemas de salud de las Américas, contribuyó con su experiencia técnica a fijar los términos de referencia del estudio y a seleccionar el experto que lo llevaría a cabo. El estudio se practicó en cinco países latinoamericanos que fueron: Brasil, Costa Rica, Chile, México y Perú. El informe final fue publicado originalmente en inglés por la Unión Panamericana, Secretaría General de la OEA, y sus observaciones han sido en parte usadas en el presente documento. La traducción al español fue efectuada por la Oficina Sanitaria Panamericana, y publicada por la Unión Panamericana, en 1964, bajo el título *La atención médica en América Latina*.¹ Este estudio representa un primer paso en el esfuerzo para esclarecer el difícil problema de la coordinación de los servicios

¹ Roemer, Milton I.: *La atención médica en América Latina*. Estudios y Monografías XV, OEA/OPS, Washington, D. C., Unión Panamericana, 1964.

de atención médica entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social. Para continuar el análisis del problema en el plano técnico la OEA y la OPS acordaron convocar una reunión de expertos, auspiciada conjuntamente por ambos organismos.

Por su parte, los participantes en las Discusiones Técnicas² de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Minneapolis, Minnesota (agosto-septiembre de 1962), reconociendo el progreso que los seguros sociales han significado para la cobertura de los riesgos fisiológicos, patológicos, profesionales y sociales, expresaron sus reservas sobre los altos costos que derivan de una operación y administración independiente, la discriminación entre asegurados y no asegurados que debe sufrir la población, los métodos usados para reclutar el personal profesional, y la dificultad que su régimen de autonomía crea para una conducción técnica efectiva y uniforme de los problemas de la salud.

Como una secuela de lo anterior, el Comité Ejecutivo³ de la Organización Panamericana de la Salud, en su 50ª Reunión (Washington, D. C., abril-mayo de 1964), al estudiar el proyecto de programa y presupuesto para 1965, discutió las relaciones que existen entre los Ministerios o Secretarías de Salud y las instituciones de seguro social, planteándose la necesidad de emprender un estudio del problema que cada día va adquiriendo un contorno más trascendental. El debate se materializó con la inclusión del tema en el programa de la XV Reunión del Consejo Directivo bajo el título "Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud".

Durante la XV Reunión del Consejo Directivo (México, D.F., agosto-septiembre de 1964), los Representantes de los Gobiernos

expresaron ampliamente sus opiniones sobre la base del documento de trabajo⁴ sometido a su consideración. A continuación se resumen las más atinentes:

La pugna de los distintos servicios públicos por los fondos no es equitativa en el más alto nivel. Se corre el riesgo de que los resultados tangibles de los beneficios de la seguridad social vayan en desmedro de los resultados intangibles de la salud pública.

* * *

El único camino para producir el equilibrio es establecer un Plan Nacional de Salud, que permita fijar prioridades y metas considerando las posibilidades y recursos nacionales y teniendo en cuenta que una alta proporción de la población necesita de prestaciones gratuitas.

* * *

Para asegurar que la planificación de salud sea integral es conveniente la existencia de una sola autoridad rectora de la política de salud en todo el país, función que constitucionalmente incumbe al Ministerio de Salud.

* * *

Lo anterior no significa disminuir la importancia de los servicios de la seguridad social, los que deberían ser intensificados, pero las relaciones entre ellos y los Ministerios de Salud deberían ser cada vez más estrechas a través de una coordinación de todos los servicios, dejando en claro que coordinar no es someterse, sino vivir con libertad a base de apoyo mutuo.

* * *

Se puso énfasis, además, en la independencia que deben tener los países para resolver estos problemas en la forma que más convenga a sus intereses, a sus recursos y a su estructura jurídica e idiosincrasia. La OPS debería estar en condiciones de ayudar a todos los países que lo soliciten a acelerar y a facilitar la coordinación entre la seguridad social y la salud pública, con el objeto de evitar que se malgasten esfuerzos humanos, económicos, etc., lo que a la larga

² Véase la *Publicación Científica de la OPS* 70, 51-104.

³ *Documento Oficial de la OPS* 60, 217.

⁴ *Documento Oficial de la OPS* 60, 336-342.

perjudica el necesario robustecimiento de ambos programas.

* * *

El Director de la OSP resumió el debate haciendo notar que el asunto presenta complejidades de carácter político, financiero e institucional, por lo que debería ser manejado con prudencia, sometiendo todos los antecedentes a un Grupo de Estudio, sin representación oficial de los países, de carácter puramente técnico y compuesto de personalidades con experiencia en el campo de la seguridad social y en el de la salud que analizaran el problema en todos sus aspectos y formularan proposiciones sobre las medidas que se podrían adoptar para promover esta coordinación que todos desean. El informe de este Grupo sería luego transmitido a los Gobiernos.

Mencionó también el Director de la OSP que algunos países están guiando sus pasos de acuerdo a un Plan Nacional de Salud; otros piensan incorporar todas las prestaciones médicas al Ministerio de Salud; otros, en cambio, prefieren coordinar las acciones locales manteniendo una cierta disociación institucional al nivel central, y otros, finalmente, han decidido no emprender ninguna nueva construcción de hospitales o centros de salud, salvo que responda y esté contemplada en un plan nacional de construcciones.

Como término del debate, el Consejo Directivo adoptó la Resolución XL (Anexo 1),⁵ que podría considerarse como el marco de referencia para el Grupo de Estudio. La adopción de esta Resolución vino a coincidir con la decisión de la OEA ya mencionada y, en consecuencia, los dos organismos interamericanos han unido sus esfuerzos para tratar de alcanzar la solución a un problema que preocupa cada día en forma más candente a sus Estados Miembros. La citada Resolución XL considera indispensable mejorar los procedimientos para activar la planificación de salud, aumentar la acces-

bilidad de la población a los servicios, coordinar los sistemas de financiamiento e integrar las acciones preventivas y curativas, así como las posibilidades de la seguridad social de ir en ayuda de los programas preventivos y curativos, ampliando los índices de cobertura.

La parte resolutive encarece la continuación de los servicios de asesoramiento a los Gobiernos y la intensificación del entendimiento con otras organizaciones internacionales. Pide al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la convocación de un Grupo de Estudio que delibere y participe sus puntos de vista a la Organización, la que, a su vez, los transmitirá a los Gobiernos.

2. EL DERECHO A LA SALUD

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud⁶ establece en su Declaración de Principios que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". Y agrega más adelante que "los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".

Estos principios doctrinarios tienen prácticamente valor universal, ya que la Constitución de la OMS es aceptada por 125 Estados que son parte de ella. Conviene insistir en los aspectos más sobresalientes de esta Declaración por cuanto, en frases precisas e inequívocas, fija los conceptos y normas aplicables al cuidado de la salud, que son los siguientes: a) la salud es un derecho de todos los ciudadanos; b) el concepto de salud es unitario y amplio; c) el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado, y d) las

⁵ Véase pág. 35.

⁶ Documento Oficial de la OPS 47, 24.

medidas que el Estado tome deben ser de carácter integral y adecuadas a la gravedad del daño.

Con anterioridad, la Conferencia Internacional del Trabajo, en su XXVI Reunión, celebrada en Filadelfia, Estados Unidos de América, en abril de 1944, aprobó una recomendación sobre asistencia médica, en la cual se fijaron los objetivos y los métodos que deberían inspirar y regir la concesión de las prestaciones médicas. El texto completo de esta Recomendación 69 es del mayor interés, por lo que se incluye como Anexo 2.⁷ Conviene llamar la atención sobre algunos de sus puntos más salientes, ya que a través de sus disposiciones se advierte un criterio integracionista y consagra el derecho a la salud en términos que siguen siendo de actualidad y podrían ser suscritos por todos los que se han preocupado del problema.

En su parte expositiva la Recomendación se remite a la Carta del Atlántico y después de recapitular las actividades de la Oficina Internacional del Trabajo en los campos de la seguridad social y la atención médica, recomienda a todos sus miembros que los principios en ella contenidos sean aplicados tan rápidamente como las condiciones nacionales lo permitan.

En su parte resolutive reconoce: "El servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo" (párrafo 8); "El servicio de asistencia médica debería garantizar a las personas la asistencia . . . para restablecer la salud . . . (aspecto curativo), . . . y para conservar y mejorar la salud (aspecto preventivo)" (párrafo 1); "El servicio de asistencia médica debería prestarse en estrecha coordinación con los servicios generales de sanidad, ya sea por medio de una estrecha colaboración con instituciones de seguro social que presten asistencia médica y con las autoridades encargadas de los servicios generales de sanidad, ya sea unificando los servicios de asistencia médica

y los servicios generales de sanidad en un solo servicio público" (párrafo 43); "Sería conveniente un servicio público, cuando el servicio deba amparar a toda la población y se desee unir la asistencia médica con los servicios generales de sanidad" (párrafo 10). En otras palabras, la Recomendación 69 de Filadelfia reconoce el derecho a la salud a toda la población, recomienda la integración de medicina preventiva y curativa y la coordinación o unificación de los servicios de asistencia médica del seguro social con los del Ministerio de Salud.

Por lo que se refiere al financiamiento, recomienda que el costo del servicio de asistencia médica se financie con cotizaciones de asegurados y empleadores y que "la parte del costo del servicio de asistencia médica que no esté cubierta por las cotizaciones debería cargarse a los contribuyentes" (párrafo 79). Se recomienda, además, que cuando la asistencia médica sea prestada por un servicio público, su costo sea financiado con fondos públicos, pero que cuando la administración del servicio de asistencia médica esté separada de los servicios de sanidad, un impuesto especial (seguro de salud) sea "reservado exclusivamente para financiar el servicio de asistencia médica" (párrafo 87).

Finalmente, en el orden administrativo expresa que "la administración local de los servicios de asistencia médica y de los servicios generales de sanidad debería estar unificada o coordinada por regiones" (párrafo 104), y agrega que convendría que todos los servicios "estuvieran administrados adecuadamente por una sola autoridad regional" (párrafo 105), con lo cual el principio de regionalización y de unificación de acciones a nivel local está ampliamente reconocido.

Por su parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó y proclamó el 10 de diciembre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuyo Artículo 25, apartado 1, dice: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la ali-

⁷ Véase pág. 36.

mentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".⁸

De nuevo, esta Declaración nos muestra los conceptos básicos a que se ha hecho referencia, esto es, el derecho a protección a través de la coordinación de acciones médicas y sociales a fin de elevar el nivel de vida de los individuos, lo que constituye, en último término, la meta definitiva de todos estos programas, tanto los de salud como los de seguridad social.

No se podría dejar pasar sin un comentario esta coincidencia de pensamiento y de propósitos que salta a la vista en los gobernantes, estadistas y sociólogos que contribuyeron con su pensamiento a formular esta política social, de la cual la asistencia médica y la salud forman parte integrante.

En efecto, la Carta del Atlántico (1941), la Recomendación 69 de Filadelfia (1944), la Constitución de la OMS (1946) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en una forma u otra, definieron en términos claros y concordantes los principios doctrinarios que debían inspirar la acción medicosocial de los países, a fin de dar pasos seguros dirigidos a alcanzar aquel ideal que es común a los servicios de salud y a los de seguridad social y que es el más alto grado de salud y bienestar social de todos los individuos, sin discriminaciones.

Iguales tendencias han tenido expresión en el Continente Americano en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en la Operación Panamericana, en el Acta de Bogotá, y finalmente, con su total expansión, en la Alianza para el Progreso y la Carta de Punta del Este. Por la importancia de este último documento, se incluye como Anexo 3º su Resolución A.2 que contiene el Plan

Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso. La parte de dicha Resolución que trata del problema de la asistencia médica recomienda "formular, para su ejecución progresiva, proyectos destinados a procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud" (Párrafo 2.b-5). Para alcanzar este y otros objetivos, la propia Resolución, entre otras medidas, recomienda: 1) preparar planes nacionales de salud; 2) formar y capacitar profesionales de la salud; 3) perfeccionar la organización y administración de los servicios integrando las funciones de prevención y curación, y 4) promover la investigación científica en los campos de la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

El conjunto de acuerdos y recomendaciones reproducidas conforman una política continental, cuyo elemento básico es el concepto unitario de los cuidados de la salud como un derecho y la idea de regionalización de los organismos locales de salud, vale decir, hospitales y centros de salud. A lo anterior se agrega una metodología que se basa en la planificación, complementada con la organización, la formación de personal y la investigación científica, a fin de aplicar oportunamente los mejores y más recientes conocimientos disponibles.

Inspirados en esta política continental, los Ministros de Salud de las Américas, reunidos en Washington, D. C., en abril de 1963, bajo los auspicios de la Organización de los Estados Americanos y de la Organización Panamericana de la Salud, decidieron, en relación con la materia en estudio, lo siguiente: "Es indispensable que los Ministerios de Salud promuevan la consecución de instrumentos legales e institucionales para la coordinación efectiva, en lo normativo y ejecutivo, de las acciones curativas y preventivas del Estado, entre sí, y de estas con las de organizaciones semiestatales, autárquicas y autónomas, que presten cualquier tipo de

⁸ Publicaciones de las Naciones Unidas. Departamento de Información Pública, 1949.

⁹ Véase pág. 48.

cuidados de salud; el propósito que se persigue es incorporar la actividad médica de esas instituciones, incluyendo los hospitales, al resto de los servicios básicos de salud en los niveles local, intermedio o nacional y con la tendencia a obtener una progresiva integración de estos servicios. La medicina preventiva y la curativa son un todo integral.

Es recomendable fomentar la regionalización de los servicios, con autosuficiencia técnica para la protección, promoción y recuperación de la salud".¹⁰

La enunciación y transcripción de los numerosos acuerdos de importantes cuerpos deliberantes internacionales, compuestos por las más altas autoridades de cada país en esta materia, son ya de por sí una evidencia clara del pensamiento y las tendencias predominantes en el Continente Americano, durante los últimos 20 años.

Finalmente, parece importante mencionar el siguiente párrafo del mensaje del Excelentísimo Señor Presidente de México, Licenciado Gustavo Díaz Ordaz, al Parlamento de su patria al inaugurar el 1 de diciembre de 1964 su período presidencial: "Es preciso coordinar las acciones de los distintos organismos de seguridad social y dependencias de salud pública, para evitar duplicidad de esfuerzos e inversiones. Hospitales, clínicas, sanatorios, dispensarios, deben cubrir el país como única y trabada red de servicios que convierta en posibilidad práctica el derecho del mexicano a combatir la enfermedad con el auxilio de la ciencia. Particular cuidado pondremos en extender la medicina preventiva, cuya base es el saneamiento ambiental".

3. OBJETIVOS Y ACCIONES DE LA SALUD

En último término, el objetivo de todo servicio de salud es alcanzar para toda la población a su cargo el más alto grado de salud posible; en otras palabras, obtener para todos los habitantes un completo estado de bienestar físico, mental y social.

Para poder alcanzar este amplio objetivo, los Ministerios o los servicios de salud necesariamente tienen que organizar servicios de protección, de fomento y de recuperación de la salud y administrarlos con un criterio unitario, aplicando los métodos de la planificación, en la que a cada actividad debe dársele la prioridad que deriva: a) de la incidencia que tiene dicha actividad en la disminución de los riesgos de enfermar y morir; b) de los recursos disponibles para llevarla a cabo, y c) del costo esperado, el cual se apreciará en función del rendimiento ponderado de las acciones planeadas. Una de estas acciones es la atención médica y en ella se concentrarán principalmente los comentarios de este documento, no porque sea la más importante, sino porque esos son los términos de referencia del Grupo de Estudio, y si se hubiera de ampliar el campo a la salud pública la exposición se complicaría extraordinariamente y tal vez se perdería la perspectiva del tema principal.

El Grupo Asesor de la OPS en Atención Médica (Washington, D. C., 1962) aceptó un esquema que define las distintas actividades de salud en forma de una gama que va desde el control del medio en la columna de la izquierda, hasta la protección social en la de la derecha, pasando en las columnas centrales por la protección, el fomento y la recuperación de la salud, como puede verse en el cuadro (véase pág. 14).

Como todo esquema, el que se ofrece adolece del defecto de una exagerada simplificación. Sin embargo, tiene la virtud de clasificar acciones y funciones que son básicas para enfrentar los problemas de salud como un todo indivisible, estrechamente vinculado con el medio ambiente físico, económico y social. En este enfoque unitario de la salud, hay funciones que cumplir y acciones que realizar, las cuales están enumeradas en las cinco columnas del esquema. La agrupación de estas funciones y estas acciones en una u otra forma en los diferentes países, ha dependido de tradiciones históri-

¹⁰ Reunión de Ministros de Salud—Grupo de Estudio. Documento Oficial de la OPS 51, 39.

Actividad	I	II	III	IV	V
Foco	Colectividad	Personas sanas	Personas sanas	Enfermos	Personas incapacitadas y que dependen de otros
Clase	Control del medio	Protección de la salud	Fomento de la salud	Atención médica	Protección social (bienestar social)
Ejemplos	Saneamiento ambiental, vivienda	Control de enfermedades transmisibles, inmunizaciones, descubrimiento de enfermedades asintomáticas	Higiene materno-infantil, higiene mental, nutrición, educación sanitaria	Atención a cargo del médico, atención hospitalaria, programas especiales de atención médica para la tuberculosis y enfermedades mentales	Rehabilitación profesional, protección social y económica de los incapacitados e indigentes

cas, de concepciones políticas o de necesidades de la práctica administrativa. Pero si se acepta un concepto moderno y estrictamente técnico del problema de la salud, es necesario aceptar también que el Ministerio que tiene la responsabilidad de cuidar la salud de los habitantes, debe tener autoridad legal para dirigir, coordinar y supervisar todos los organismos que en una u otra forma están colaborando en esta medicina integral, que es preventiva, curativa y social. No obstante, es evidente que el grado de coordinación o integración de estas acciones encaminadas a obtener salud depende en gran parte del tamaño e importancia del organismo ejecutor. Mientras a nivel local, en la pequeña aldea rural, en el campamento minero, o en el barrio suburbano la coordinación es relativamente fácil y la integración se suele producir en la persona del único profesional disponible para cumplir con todas estas funciones de salud, en cambio, en los niveles más altos y especialmente a nivel central nacional, la complejidad de los servicios y la necesidad de especialización obliga a separar artificialmente estas funciones. La presencia de una autoridad coordinadora a este nivel central es, en consecuencia, una necesidad esencial para mantener la unidad del conjunto.

El programa de los Ministerios de Salud es, en principio, amplio y comprensivo, incluyendo todas las acciones enumeradas en las cinco columnas del cuadro anterior, aun cuando en la práctica tienen un definido mayor énfasis en las columnas I, II y III, vale decir, en las funciones de control del medio, y de protección y fomento de la salud.

Los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, por su parte, concentran su actividad casi exclusivamente en la atención médica (columna IV), con pequeñas proyecciones en algunos casos hacia la columna III, en lo que se refiere a higiene materno-infantil, y hacia la V, en el campo de la rehabilitación, especialmente de inválidos a consecuencia de accidentes del trabajo.

Planteado ya el campo de aplicación de la salud en sus términos más amplios y comprensivos, parece preferible en este capítulo limitar los comentarios a los programas de atención médica que constituyen el marco de referencia del Grupo de Estudio. Ellos deberían ser ejecutados a través de un sistema jerarquizado y coordinado de hospitales de distintos tipos y de servicios de atención ambulatoria y domiciliaria, cuyo conjunto, cada vez que sea posible, debería ser autosuficiente para enfrentar los problemas de-

rivados del aumento de la población; de la irregular distribución geográfica de la misma, de la cual derivan a veces insuperables dificultades para llevar modernos y aun mínimos recursos de atención médica a las áreas rurales; de los costos cada vez más elevados de la atención médica, y de la necesaria adaptación del personal médico y de colaboración a las nuevas concepciones de una atención médica de carácter preventivo, curativo y social.

En este esquema, el hospital es el ejecutor directo de la atención médica, dando respaldo técnico y científico a todos los servicios periféricos de atención ambulatoria. El hospital, por su parte, debería tener también su propio consultorio externo, destinado a dar atención general, ambulatoria y domiciliaria, a la comunidad residente dentro de su propia área de acción, e interconsultas especializadas a los servicios periféricos. De acuerdo con las definiciones formuladas por el Comité de Expertos de la OMS en Organización de la Asistencia Médica en su Primer Informe,¹¹ los hospitales, según su tamaño y el desarrollo de sus servicios especializados, se pueden clasificar en:

a) *El hospital regional*, situado en la ciudad más importante de una región, y que puede trabajar en colaboración con una Facultad de Medicina. Este hospital presta excelentes servicios de medicina general, cirugía general, y obstetricia, de acuerdo con las necesidades de los habitantes de su zona; cuenta, además, con departamentos muy especializados y perfectamente equipados... para atender a cuantos enfermos de la región necesiten esos servicios.

b) *El hospital de categoría intermedia* atiende las necesidades de un distrito más pequeño. Además de los de medicina general, pediatría, cirugía y maternidad, tiene varios servicios de especialidades corrientes, por ejemplo, departamentos de otorrinolaringología, oftalmología y enfermedades infecciosas. En esta clase de hospitales es

indispensable un departamento de rayos X dirigido por un especialista competente.

c) *El hospital local* dispone de servicios de medicina general, cirugía y obstetricia, que atienden las necesidades cotidianas de un reducido grupo local.

Por lo que se refiere a los servicios de atención médica ambulatoria y domiciliaria, cuando están físicamente separados del hospital, constituyen unidades de atención para una comunidad dada. En estos servicios se presentan las mejores condiciones para la coordinación de acciones preventivas y curativas dirigidas a las personas. Este tipo de servicios debería existir en todos los barrios populosos, en las pequeñas aldeas campesinas, en las grandes fábricas, en los colegios y, en una palabra, en todo sitio donde haya una concentración densa de población, como una manera de llevar la atención a los sitios de residencia o de trabajo de los beneficiarios. En estos servicios se podría practicar lo que se ha dado en llamar "medicina de choque", vale decir, el diagnóstico y tratamiento ambulatorio de las enfermedades comunes de diagnóstico sencillo y de tratamiento fácil. Para que esta medicina mantenga un nivel científico aceptable, es conveniente que estos consultorios estén provistos de los elementos de diagnóstico adecuados, tales como fluoroscopia y un pequeño laboratorio y deberían ser atendidos por un reducido equipo médico en que por lo menos las especialidades básicas estén representadas. Debería, además, contar con teléfono y ambulancia para poder trasladar rápida y oportunamente los casos más complicados a un hospital, donde puedan recibir una atención más completa.

Para ciertos sectores rurales muy aislados podrían existir postas o puestos médicos, a cargo de auxiliares, con visita periódica de profesionales, de manera de llevar a estas poblaciones un *mínimum* de atención médica.

En el orden funcional, la atención médica necesita ser regionalizada y dentro de cada región, sectorizada. En cada sector existirá

¹¹ *Org. mund. Salud: Ser. Inf. técn.* 122, 19.

un equipo de médicos y de personal de colaboración para mantener contacto permanente con la población a su cargo, a fin de establecer las indispensables relaciones humanas, vínculo que debe ser estimulado por todos los medios.

No se debe omitir, finalmente, la necesidad de establecer un sistema de remuneraciones para el personal médico y de colaboración, que corresponda al mayor esfuerzo realizado por ciertos individuos y al sacrificio que significan ciertas labores, a fin de establecer incentivos que estimulen la buena atención del paciente y no la limiten como suele ocurrir actualmente en muchos casos.

De acuerdo con la doctrina ya expuesta del derecho a la salud y de la integración de las acciones de salud, a todos estos establecimientos deberían tener derecho a concurrir y a ser atendidas todas las personas residentes en el sector correspondiente, sin discriminación entre asegurados y no asegurados. Las prestaciones deberían, por su parte, ser de carácter integral, es decir, preventivas, curativas y sociales.

Es obvio que este esquema está en funcionamiento sólo en contados lugares, pero marca la tendencia y el ideal a que aspiran llegar muchos Ministerios de Salud, en materia de atención médica.

4. OBJETIVOS Y ACCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Como ya quedó establecido en la Introducción a este Documento, la seguridad social es uno de los elementos de la política economicosocial de un país, y tiene por objeto restablecer, por medio de prestaciones en dinero y en especie, la capacidad de consumo de los grupos de trabajadores asegurados o afiliados y sus familias, cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, han perdido en forma transitoria o permanente su capacidad de ganar y sus medios de subsistencia. Por otro lado, promueve la restitución del trabajador en los plazos más breves posibles a la vida activa,

a fin de que se reintegre a la producción.

El principio básico que inspira estas acciones de la seguridad social, explicado en forma elemental, es que para promover el desarrollo economicosocial de un país es necesario aumentar su producción y para que este aumento se mantenga en niveles altos y progresivamente crecientes, es indispensable, por un lado, contar con la mano de obra adecuada y, por otro, que exista un poder comprador de los productos. Para lo primero es necesario mantener una población activa sana y fuerte, y para lo segundo hay que establecer mecanismos económicos que permitan mantener la capacidad de consumo de toda la población y protegerla de las emergencias que la limitan o la suprimen. Estos mecanismos son: a) el pleno empleo, que asegura trabajo a toda la población activa; b) una política de salarios que garantice una remuneración adecuada a las necesidades vitales del trabajador, y c) la seguridad social, que restablece, a través de las prestaciones en dinero, la capacidad de consumo mínimo del trabajador y de su grupo familiar.

Para responder a estas obligaciones de carácter financiero, la seguridad social constituye un fondo que tradicionalmente ha estado formado por contribuciones tripartitas de empleador, trabajador y Estado. Sin embargo, en la práctica resulta que la contribución estatal proviene de los fondos públicos, acumulados a través de impuestos; el trabajador, por su parte, exige aumentos de salario que le compensen su cotización al seguro, y el empleador, finalmente, carga a sus costos de producción tanto su propia cotización como aquella del trabajador que ha quedado automáticamente involucrada en el salario a través del mecanismo ya indicado. En otras palabras, el total de las contribuciones de la seguridad social son pagadas, en último término, por el público consumidor y contribuyente a través de impuestos directos o de alzas de precios que representan, en cierto sentido, un verdadero impuesto indirecto; vale decir, que la distribución tripartita de las cotizaciones es más o menos discutible,

porque en definitiva el gasto de la seguridad social debe ser imputado al producto nacional.

Esta interpretación del fenómeno financiero de la seguridad social ha traído consigo una tendencia al abandono del antiguo sistema de capitalización de los fondos de la seguridad social y su reemplazo por el sistema de reparto, en el cual se calcula actuarialmente el gasto anual y se destinan los fondos necesarios para financiar las prestaciones esperadas. Como estos fondos provienen del producto nacional, resulta que la seguridad social entra en competencia con otros sectores económicos para obtener en la distribución del producto nacional una porción que sea adecuada para cumplir con su programa, pero no dispendiosa como para limitar los recursos que deben destinarse a la capitalización, a fin de mantener y acrecentar el proceso de la producción industrial. Esto es de trascendental importancia, por cuanto una capitalización aceptable y adecuada aumenta el producto nacional, y en consecuencia acrecienta la riqueza que puede ser redistribuida socialmente en etapas futuras.

En esta forma la seguridad social queda íntima e indisolublemente ligada al desarrollo económico-social de un país y a la planificación de la economía. Las decisiones que los planificadores de la economía tienen que tomar para proveer una adecuada distribución de los recursos disponibles es de una importancia esencial y, desgraciadamente, al ponderar con criterio realista las necesidades de la capitalización, no siempre es posible destinar a la seguridad social los recursos suficientes, de acuerdo con las estimaciones de gastos. Esto que con frecuencia ocurre en los países de escaso desarrollo económico tiene que ser aceptado como un sacrificio transitorio necesario, que posteriormente será compensado por mayores disponibilidades cuando el producto nacional haya aumentado como consecuencia de la capitalización y deje el margen necesario para satisfacer las necesidades del progreso social.

Esta argumentación estrictamente económico-financiera no satisface, sin embargo, los amplios objetivos de la seguridad social, que no sólo son económicos sino también biológicos. En efecto, para la seguridad social, la protección del hombre como entidad biológica y social, tiene la más trascendental importancia, por cuanto es a ese hombre a quien van dirigidos los esfuerzos y preocupaciones del progreso social y es a través de su bienestar físico, mental y social que se alcanzarán los objetivos de la seguridad social. Frente al razonamiento puramente económico, los sociólogos piensan que la protección biológica del ser humano es lo básico y esencial y que, a través de ella, se podrá alcanzar secundariamente el desarrollo económico, para el cual el patrimonio humano es absolutamente necesario.

Es en esta concepción humanista donde se produce la coincidencia entre algunos objetivos y acciones de la seguridad social con aquellos de la salud pública. En efecto, a la seguridad social le interesa el desarrollo y crecimiento normales del niño, para que llegue a transformarse en un adulto sano y vigoroso que sea un elemento de producción y, además, constituya una buena inversión para el seguro social. Igualmente le interesa que el adulto asegurado esté protegido, desde el punto de vista médico, en sus riesgos de enfermar y morir, a fin de evitar las incapacidades innecesarias. Es sobre la base de estas consideraciones que las prestaciones médicas de tipo curativo y a veces también preventivo, se han destacado como una necesidad imprescindible de las instituciones de seguridad social, especialmente cuando la ausencia de otros servicios médicos o la insuficiencia y pobreza de los existentes las han obligado a crear sus propios organismos de atención médica.

Cuando el sistema cubre a la totalidad de la población de trabajadores y a sus familiares, su protección es casi universal y sus resultados son ponderables, por cuanto se alcanza el nivel útil capaz de traducirse en efectivo bienestar social para la mayoría de

la comunidad. Desgraciadamente, con cierta frecuencia los regímenes de seguridad social de los países de América Latina protegen solamente al trabajador (Anexo 4)¹² y, a veces, a ciertos grupos determinados de trabajadores. La falta de cobertura de la familia es un defecto grave que esteriliza los resultados del sistema, altera la unidad familiar, base de la organización social, y atenta contra principios fundamentales de solidaridad.

La cobertura discriminada de ciertos grupos de trabajadores trae como consecuencia que al lado del grupo protegido que recibe los beneficios de la seguridad social se destaca otro, a veces más numeroso que el anterior, con iguales o mayores necesidades, y que por no estar "asegurado" no es acreedor a tales beneficios. En las clases trabajadoras de muy escasos recursos ese solo hecho de no estar asegurado puede colocar al trabajador que necesita atención médica, en la categoría de los "indigentes". Y en algunos regímenes, el propio asegurado cuando se atrasa en sus cotizaciones pierde sus de-

rechos, pudiendo caer en la condición de "indigente".

Estos dos grupos diferenciados, de "asegurados" e "indigentes", han dado lugar a que se mantengan servicios separados para conceder prestaciones médicas a los unos y a los otros, alegando que los primeros han adquirido un "derecho" a través de sus cotizaciones, lo que no sucede con los segundos. Pero hoy, en que se acepta la universalidad del derecho a la salud, como ya ha quedado demostrado, se está notando cada vez mayor interés en un número creciente de países, a no hacer distinciones y conceder las prestaciones en los mismos establecimientos a ambos grupos. En los países de economía poco desarrollada, son las instituciones gubernamentales las que habitualmente asumen esta responsabilidad, mientras en los de economía sólida y de alta renta *per capita* hay un predominio de la participación del sector privado. En uno y otro caso los principios de economía y eficacia deben ser aplicados, a fin de obtener el máximo rendimiento con el mínimo de inversión.

C. PLANIFICACION DEL DESARROLLO

1. EL LUGAR DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA PLANIFICACION

La falta de desarrollo económico, con su cortejo de subalimentación, pobreza, ignorancia, insuficiencia de habitaciones, es, en general, causa determinante de enfermedad, y, a su vez, las enfermedades, al disminuir la capacidad de trabajo, reducen la capacidad de producción y son motivo por lo tanto, de pobreza y miseria. Este círculo vicioso entre pobreza y enfermedad es tal vez el elemento más objetivo que está demostrando la necesidad de impulsar el desarrollo económico simultáneamente con la formulación de un plan de salud integral. Los economistas así lo han comprendido y han llegado a la conclusión de que existe una evidente interdependencia entre salud, educación y econo-

mía, disciplinas que constituyen componentes indispensables en el proceso del desarrollo socioeconómico. Sólo abordando el desarrollo como un todo armónico e indivisible podremos enfrentar con éxito el problema que representa para la civilización occidental la evidente desadaptación ecológica en que vive la mayoría de los pueblos de nuestros países latinoamericanos.

Dentro de la intrincada maquinaria que es necesario movilizar para promover el desarrollo, los servicios de salud y los de seguridad social juegan un papel de primera importancia, por cuanto a través de los primeros es posible romper el círculo vicioso entre pobreza y enfermedad, reduciendo los daños de esta última; la seguridad social, por su parte, contribuye a aliviar el estado de pobreza. La acción planificada, armónica y coordinada de ambos sistemas es, pues, un

¹² Véase pág. 50.

pilar fundamental del desarrollo socioeconómico y del mejoramiento de las condiciones de vida de los pueblos.

En consecuencia, resulta incuestionable que salud y seguridad social tienen la obligación de participar íntimamente en el proceso del desarrollo socioeconómico y para ello tienen que incorporarse plenamente a las actividades de planificación. No podría ni siquiera pensarse en que esta participación fuera fragmentaria. El proceso de la planificación científica exige que cada disciplina haga un cálculo cuantificado de todas sus necesidades y de todos sus recursos para llegar a un diagnóstico realista de la situación y poder sobre esa base tomar las decisiones sobre prioridades de las acciones, todo lo cual lleva a la formulación de una política y a la enunciación de un plan integral y coordinado.

2. BREVE ESQUEMATIZACION DE UN PLAN DE SALUD

Un plan de desarrollo puede ser nacional, provincial, estatal, regional o local; lo importante es que el área geográfica cubierta represente una unidad economicosocial y que dentro de ella la cobertura sea para el total de la población. Cualquier distinción que tienda a eliminar a un grupo de la comunidad compromete necesariamente el éxito de los resultados, ya que los problemas económicos y sociales del grupo eliminado pueden pesar tan fuertemente en el conjunto que, en definitiva, se transforman en un peligro para todos y en un obstáculo para el desarrollo integral.

Otra condición esencial del proceso de planificación es incluir en los estudios el total de los elementos que componen el sector en estudio. Por ejemplo, en el sector salud no sería posible planificar las acciones de protección y fomento dejando a un lado las de atención médica o viceversa. En una comunidad en que la tuberculosis es causa prevalente de enfermedad, invalidez y muerte, sería un absurdo preocuparse solamente de las necesidades preventivas de vacunación,

quimioprofilaxis, pesquisa y aislamiento, sin abordar simultáneamente el tratamiento de los enfermos para cerrar los focos de contagio. A la inversa, sería un grave error planear solamente el diagnóstico y el tratamiento, olvidando todas las medidas epidemiológicas para evitar la transmisión del mal a las personas que rodean al enfermo.

Aunque parezca extraño, situaciones de esta índole han ocurrido en el pasado, como consecuencia de esta dicotomía entre salud pública y atención médica, en virtud de la cual esta última es preferentemente manejada por las instituciones de seguridad y asistencia social. Los Ministerios de Salud, que son los responsables de la planificación del sector salud, con frecuencia no tienen atribuciones para incorporar la atención médica a sus planes de salud. En lo sucesivo, será indispensable que los planes de salud sean efectivamente nacionales y no se limiten a las actividades de los Ministerios de Salud. Se está abogando por la planificación sectorial y no subsectorial de la salud.

El cálculo de las necesidades en el sector salud se hace habitualmente utilizando las estadísticas disponibles de morbilidad y mortalidad generales y las tasas específicas por edades y causas de muerte. En ciertos casos, también es necesario hacer investigaciones complementarias de algunos problemas de salud, para los cuales las estadísticas corrientes no son suficientes. La extrapolación de la experiencia adquirida en otras regiones puede ser aprovechada, siempre que se la someta a las correcciones necesarias, pues de lo contrario puede conducir a graves errores.

El inventario de los recursos tiene que ir acompañado de un estudio del rédito social de dichos recursos, ya que muchas veces simples medidas administrativas que aumenten su rendimiento pueden transformar en suficientes a recursos que de otra manera, pudieran aparecer como inadecuados. Ejemplo típico de lo anterior es el número de camas de hospitales que, con un promedio de estada

de 20 días, pueden ser totalmente insuficientes pero que, potencialmente, podrían doblar su capacidad y rendimiento si el promedio de estada baja a 10 días, por medio de la aplicación de simples medidas tecnicoadministrativas. Otro de los recursos que hay que medir en su rendimiento son los consultorios externos, lo que a veces constituye un problema bastante difícil, porque sólo excepcionalmente los costos de las consultas están registrados separadamente.

Una vez que se ha alcanzado un conocimiento completo, realista, analítico y comparado de las necesidades y recursos, es posible llegar a un prediagnóstico de la verdadera situación de salud de la región o país en estudio. A continuación es preciso tomar decisiones para establecer prioridades, partiendo de la base que los recursos son siempre inferiores a las necesidades. En el establecimiento de prioridades, el estudio de vulnerabilidad de los problemas de salud adquiere importancia por cuanto con frecuencia será preferible atacar primero los problemas que son más vulnerables con los recursos disponibles, con el objeto de ir despejando el campo de problemas innecesarios que hacen más complejo el manejo del conjunto.

Con todos estos elementos de juicio es posible definir una política de salud y formular un plan de salud en el que se han de fijar metas a corto y a largo plazo y una metodología coordinada con otros sectores para ir desarrollando progresivamente los recursos humanos y materiales que se consideren indispensables para llevar a cabo dicho plan.

No se ha hecho esta breve relación de las distintas etapas de la preparación de un plan

nacional de salud con la intención de establecer pautas en este terreno, las cuales, por lo demás, ya han sido definidas por los especialistas. Sólo se desea recalcar que en todas las etapas de preparación de un plan nacional de salud hay dos conceptos que dominan y orientan todas las actividades: la cobertura universal y la integración de acciones preventivas, curativas y sociales.

Hoy, en que la planificación de todas las actividades dirigidas a alcanzar el desarrollo económico y social de los países es aceptada sin discusión y está siendo puesta en práctica por la gran mayoría de los Gobiernos de América Latina como condición *sine qua non* de los programas de la Alianza para el Progreso, cualquier sistema que pretenda discriminar los grupos de población o separar los componentes del sector salud, debe ser considerado como anacrónico y desconectado de las realidades del momento presente. Por esto es que salud y seguridad social tienen una labor importantísima que desempeñar en la formulación de estos planes, respetando estos conceptos generales que son fundamentales y desarrollando bajo este criterio universalista e integracionista sus respectivos planes en lo médico y en lo social, los cuales son paralelos y, en ciertos casos, convergentes para alcanzar una meta común.

Se ha querido también destacar en este capítulo que los elementos esenciales con que trabaja el planificador de salud tienen relación con los riesgos de perder el estado de salud y los recursos de que se dispone para actuar son los hospitales, consultorios externos y centros de salud, en otras palabras, el gran volumen de la planificación de la salud lo constituyen los elementos básicos de la asistencia médica preventiva y curativa.

D. EXAMEN DE LA SITUACION ACTUAL EN AMERICA LATINA

1. LOS SERVICIOS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

De acuerdo con datos de la Organización de los Estados Americanos, 19 países latino-

americanos tienen prestaciones de maternidad y 16 de enfermedad entre los beneficios ofrecidos a los afiliados al seguro social. Pero lamentablemente, en la mayor parte de estos países la población protegida por la seguridad

social es una minoría, de modo que es posible concluir que la prestación médica de la seguridad social llega a constituir a veces un privilegio del que gozan solamente ciertos grupos seleccionados de trabajadores. La gran masa de las poblaciones económicamente débiles de América Latina queda al margen de estos beneficios, lo cual es una grave limitación para los servicios médicos de la seguridad social. A esto debe agregarse algo ya mencionado, que es la distorsión del grupo familiar, ya que la esposa y los hijos del trabajador afiliado no en todos los países pueden ser atendidos por el servicio médico de la seguridad social, que está reservado para el asegurado (Anexo 4).¹³ Esta circunstancia anula toda posibilidad de acción medicosocial o epidemiológica, cuya importancia en la medicina moderna no puede ser desconocida.

Gran proporción de las prestaciones médicas de la seguridad social son concedidas en forma de servicios de carácter ambulatorio, teniendo como base de operaciones grandes consultorios médicos con todas las especialidades y con instalaciones de laboratorio y rayos X, usualmente ubicados en los hospitales del seguro. Por lo que se refiere a la hospitalización general en los casos de enfermedades agudas y a la atención maternal, la mayor parte de las instituciones de seguro social utilizan sus propios hospitales. En aquellos países donde los hospitales de beneficencia o los de los Ministerios de Salud han estado en condiciones de absorber la responsabilidad de la hospitalización de los pacientes asegurados, las instituciones de seguridad social han suscrito convenios con esos hospitales, para lo cual se establecieron formas de cálculo de costos y arreglos para el pago de la hospitalización de los beneficiarios. Estos han sido siempre arreglos que han favorecido posteriormente una mayor coordinación de las prestaciones, ya que de hecho se han estado concediendo prestaciones a asegurados, no asegurados e

indigentes bajo un mismo techo y por el mismo personal técnico.

En otros países, donde al iniciarse las actividades de la seguridad social no existía nada utilizable en materia de hospitales, o los establecimientos disponibles eran antiguos, con instalaciones insuficientes y de reducida capacidad, las instituciones de seguridad social no han tenido más alternativa que invertir parte de sus fondos en la construcción de hospitales y en su mantenimiento, a fin de cumplir con las responsabilidades de dar prestaciones médicas a sus afiliados, de acuerdo con el mandato legal.

En este último caso, los hospitales edificados, equipados y administrados por las instituciones de seguridad social han sido, por regla general, de mejor calidad física que los antiguos hospitales de beneficencia o los nuevos del Ministerio, y con frecuencia han estado bien dotados de personal debido a los salarios más elevados que han podido pagar.

Es un hecho social que el grupo de los empleados va en aumento en casi toda América Latina, creando así una clase media que aspira a un trato diferente del dado al obrero, pero cuyos medios económicos, frente al riesgo de la enfermedad, la hacen comparable a la clase obrera, justificando, por tanto, servicios propios dentro de la seguridad social. La necesidad de ofrecer prestaciones médicas a una clase media en acelerado crecimiento constituye, sin duda, uno de los problemas más críticos de la organización de los servicios médicos en toda América Latina.

En resumen, la seguridad social en América Latina, al prestar atención médica eficiente y oportuna, aun cuando no siempre económica, ha creado una conciencia sanitaria en los grupos laborales y ha canalizado grandes sumas de dinero hacia los servicios médicos, todo lo cual es indudablemente beneficioso para el cuadro general de la medicina organizada. Sin embargo, la limitación de estos beneficios a una minoría de la población y la creación de privilegios y diferencias

¹³ Véase pág. 50.

de grupo son un obstáculo para la organización de servicios de salud en los que se apliquen criterios modernos de cobertura universal y de asistencia médica integral.

2. LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y DE OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES

Los Ministerios de Salud asumen su responsabilidad en la atención médica de la población en formas muy diversas. En algunos países los propios Ministerios con fondos del erario nacional han construido y mantienen hospitales gratuitos para indigentes y no asegurados, especialmente en las zonas rurales. Es también corriente que mantengan centros rurales y suburbanos de atención ambulatoria, con predominio de actividades preventivas, y que tienden a confundirse con los centros de salud. En los países federales es frecuente que el gobierno del Estado o la Provincia tome a su cargo la organización de servicios médicos de diversa índole, inclusive hospitales, y es también habitual que algunos gobiernos locales o municipalidades emprendan planes de atención médica mediante una red de servicios de distinta naturaleza, no siempre coordinados entre sí. Todas estas manifestaciones son expresión de la necesidad que sienten los gobiernos a distintos niveles, de hacerse cargo de la concesión de prestaciones gratuitas a grandes masas de población que, no estando protegidas por la seguridad social, son incapaces de financiar sus propios servicios en caso de enfermedad.

En los últimos años, los Ministerios de Salud han construido un cierto número de grandes hospitales regionales, ubicados generalmente en las capitales de las provincias, que son ejemplos de arquitectura y organización. Estos hospitales cumplen habitualmente funciones preventivas y curativas, están dotados de grandes consultorios externos y con frecuencia sirven a la docencia universitaria, ofreciendo los campos clínicos para la formación de médicos, dentistas,

enfermeras, parteras, y otros profesionales de colaboración médica.

Conjuntamente con el progreso de las construcciones hospitalarias, en diversos países se ha producido un movimiento fuerte y definido hacia el nombramiento de autoridades regionales de salud, las que asumen la dirección ejecutiva de los hospitales y otros servicios gubernamentales y, además, la coordinación de otros servicios médicos no dependientes del Ministerio. En la práctica, sin embargo, esta labor coordinadora ha sido de escasos resultados por la falta de autoridad legal de estos funcionarios y la escasez de los recursos de que han dispuesto para ejercer sus funciones.

Si bien estos hospitales gubernamentales han sido creados especialmente para la atención del indigente y del no asegurado, en la práctica no han podido evitar que, progresivamente, recurran a sus servicios personas de clase media y aun alta, para quienes se han establecido departamentos especiales, donde una atención más personalizada en habitaciones individuales y con médico privado, habilita a los hospitales a cobrar la atención como en una clínica privada, pero habitualmente con tarifas más bajas que estas últimas. Son los llamados "pensionados", departamentos muy característicos de los hospitales latinoamericanos y que constituyen un producto del empobrecimiento progresivo de una clase media que no es capaz de pagar el total de su atención y que, por otra parte, no está protegida por los regímenes de seguridad social.

A veces los hospitales de los Ministerios han sido adquiridos o simplemente transferidos de las antiguas beneficencias, y de ahí que sus funciones de asistencia médica a las clases desvalidas con frecuencia se confundan con las que en el pasado ejercían los hospitales de beneficencia. Esta es una falsa interpretación que es necesario desvirtuar. El hecho histórico ha sido que los Gobiernos han tomado el control de los antiguos hospitales de beneficencia debido a que el alto y creciente costo de la manutención de hospi-

tales ha transformado en ilusoria la acción simplemente benéfica y caritativa para financiar hospitales. Han hecho esto mediante la aplicación de diversas medidas que han variado según la tradición histórica, las disposiciones legales y la idiosincrasia de los países que lo han puesto en práctica. En algunos, por simple mandato de una ley, se ha transferido el dominio de los hospitales al Estado; en otros se ha entregado, también por ley, la autoridad para dirigir y administrar los hospitales, manteniendo juntas locales de beneficencia; en otros se ha establecido un sistema de subsidios, la concesión de los cuales ha habilitado a los Ministerios para ejercer supervisión técnica y cierto control administrativo y financiero; en otros, finalmente, se ha dado autoridad a los Ministerios para establecer un plan de construcciones hospitalarias en el que se fijan ubicación, reglas de funcionamiento y características de construcción, y sólo los hospitales que cumplen con estos requisitos pueden obtener autorización para funcionar.

A través de estos distintos procedimientos, los Ministerios han tomado control de los antiguos hospitales de beneficencia en lo financiero, lo técnico y lo administrativo, control que ha sido más o menos efectivo, según el grado de autoridad ejecutiva de los Ministerios. Pero lo que es más importante es que al hacerlo se cambió sustancialmente la orientación de los hospitales de beneficencia, cuya acción era fundamentalmente caritativa y voluntaria, dedicada al diagnóstico y tratamiento elemental con medios muy simples, generalmente atendidos por médicos *ad honorem* y en manos de religiosas para todos los aspectos de enfermería, farmacia, alimentación, etc. Los hospitales en poder de los Ministerios de Salud han adquirido, por lo general, fisonomía moderna de centro de asistencia médica integral, donde las prestaciones se conceden como consecuencia de un derecho de las personas y en que se utilizan los más recientes adelantos de la ciencia en beneficio de la salud individual y colectiva. La atención está en manos de

profesionales especializados que trabajan jornada completa, y el servicio funciona 24 horas al día, prestando, además, la atención de urgencia que necesita la comunidad.

En otras palabras, si bien los Ministerios se han hecho cargo de los edificios de los hospitales de beneficencia, no es menos cierto que han dado un nuevo giro a las actividades hospitalarias.

La gran limitación operacional de los hospitales de los Ministerios ha sido, en casi todos los países donde están en funcionamiento, la escasez de recursos. El financiamiento adecuado de los servicios ministeriales es, en consecuencia, una necesidad imperiosa si se desea que estos hospitales, algunos de ellos bien dotados de personal idóneo y con excelentes instalaciones y equipos, lleguen algún día a cumplir plenamente con la función que la sociedad les está asignando.

3. RECURSOS EN MATERIA DE PERSONAL E INSTALACIONES

a. *Recursos humanos*

Indudablemente, el obstáculo más serio en los países latinoamericanos para desarrollar los servicios de atención médica es la escasez de recursos humanos y materiales. No sólo se trata de la falta de locales adecuados, aspecto que muchos han logrado superar, sino que la dotación normal de personal adiestrado para hacer funcionar los servicios no existe, lo que obliga a las distintas instituciones empleadoras a entrar en competencia por un mercado de trabajo restringido.

La escasez de recursos limita las posibilidades de remuneración del personal. Esto ha repercutido fuertemente en su eficiencia, por cuanto ha sido difícil inducir un espíritu nuevo y una actitud mental más de acuerdo con las nuevas orientaciones que se han ido produciendo en el seno de las ciencias de la salud. El fenómeno es especialmente visible en el personal modesto que exhibe un bajo índice de preparación e idoneidad. La remuneración insuficiente no permite la

atracción de recursos humanos de mejor calificación.

Por otra parte, el personal médico, igualmente mal remunerado, ha debido recurrir a la actividad profesional privada para mejorar sus ingresos, y en este desempeño dual se ve a menudo sometido a tensiones contrapuestas, creando situaciones de conflicto en las que la actividad hospitalaria resulta perjudicada.

El número de médicos, en promedio, para todos los países latinoamericanos era, según estadísticas de la OPS,¹⁴ de 5,8 por 10.000 habitantes en 1962, cifra que no parecería tan desfavorable si hubiera una distribución uniforme. Hay que considerar, no obstante, que la disponibilidad varía dentro de un amplio rango entre los países, como asimismo entre las ciudades y las áreas rurales dentro de un mismo país. Mientras las grandes capitales tenían, en 1962, una proporción que varía de 7,3 a 28,8 médicos por 10.000 habitantes, tasa que es comparable con la de cualquier región desarrollada del mundo, había zonas del interior, en cambio, en que el número de médicos era de 0,5 a 8,0 por 10.000 habitantes y aún hay regiones muy apartadas en que se encuentra un médico por 50.000 ó 60.000 habitantes. Esta situación es comprensible y es consecuencia de la falta de desarrollo de las áreas rurales, donde no existen condiciones adecuadas para la vida de un profesional y donde es mínima la capacidad de consumo de servicios médicos de la población, como consecuencia de su atraso económico. En un esfuerzo por atraer a los médicos a las áreas rurales, los Ministerios de Salud han construido hospitales rurales, algunos de ellos muy bien equipados, ofrecen incentivos económicos en forma de asignaciones especiales en dinero, y hasta se han dictado leyes que obligan al médico joven, como parte de su formación profesional, a servir en las áreas rurales por un cierto período. En realidad, ninguno de

estos sistemas ha sido satisfactorio, y a pesar de todo, hay cargos en las áreas rurales que permanecen vacantes durante años.

Las instituciones de seguridad social han abordado el problema rural en su integridad sólo por excepción, debido especialmente a que las poblaciones rurales no están habitualmente cubiertas por sus beneficios. Cuando ha sido necesario organizar estos servicios, se han limitado, corrientemente, a establecer postas médicas con atención profesional dos o tres veces por semana y con personal residente no universitario, como una manera de proporcionar un servicio médico mínimo y cumplir así el mandato legal, cuando este existe.

Las universidades están contribuyendo a la formación de médicos en unas 100 escuelas de medicina, pero el esfuerzo parece todavía insuficiente, ya que la graduación anual, en general, apenas alcanza para cubrir las bajas de la profesión médica y la escasez va aumentando debido al crecimiento de la población y a su mayor conciencia sanitaria, que incrementa la demanda de servicios.

Si el número de médicos es insuficiente, la falta de enfermeras y parteras llega a límites casi dramáticos. En el conjunto de América Latina sólo existen 2,1 enfermeras por 10.000 habitantes. La falta de parteras, sumada a la escasez de médicos, trae como consecuencia que en algunas zonas rurales muy apartadas, no menos del 85% de los partos ocurren sin atención profesional de ninguna especie. Las autoridades de salud han tratado de suplir la falta de enfermeras con personal auxiliar, que ha sido formado intensamente y en gran número. Sin embargo, los servicios prestados por este personal son limitados, ya que la formación de estas auxiliares es rudimentaria, consistiendo en cursos de 6 a 12 meses, después de una instrucción básica mínima que no pasa del tercer año de estudios secundarios. Este personal sólo puede trabajar bajo supervisión, y no ha sido autorizado oficialmente para atender partos, de modo que el grave

¹⁴ *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1962. Publicación Científica de la OPS 104.* Washington, D. C., 1964.

problema de la atención obstétrica sigue sin solución.

La disponibilidad de dentistas y farmacéuticos es algo mejor. En varios países se han creado además escuelas de tecnología médica, que forman personal de nivel universitario capacitado para realizar trabajos de laboratorio bajo vigilancia médica.

b. Recursos materiales

Por lo que se refiere a las camas de hospital, la situación exhibe también una gran variación de un país a otro y de una región a otra dentro del mismo país. Hay países que tienen hasta 6,0 por 1.000 habitantes, mientras otros apenas si llegan a 0,6 por 1.000.¹⁵ Estas camas están concentradas en las grandes ciudades y especialmente en las zonas industriales. Esta situación deficitaria y de mala distribución es otro factor que contribuye a la discriminación y a establecer servicios médicos en grupos seleccionados de la población.

Los servicios de atención ambulatoria están especialmente desarrollados y contribuyen eficientemente a la atención de gran número de pacientes. Casi todos los hospitales tienen un consultorio externo muy activo y con gran afluencia de público. Además, existen los consultorios no dependientes de un hospital, que han sido creación de las instituciones de seguridad social en muchos casos, y que han contribuido muy eficazmente a reforzar la atención médica, especialmente de sectores industriales y suburbanos. Por su parte, los Ministerios de Salud han establecido centros de salud, dedicados preferentemente a labores preventivas, pero que necesariamente se han tenido que orientar a la atención médica como resultado de la presión de la clientela.

La disponibilidad de estos recursos en los distintos países latinoamericanos es directamente proporcional al desarrollo económico del país y a la capacidad financiera de la institución patrocinante. En general, la

mayor potencia económica se encuentra en las instituciones de seguridad social; los servicios de los Ministerios de Salud son habitualmente más pobres y los de las beneficencias son los que disponen de menos dinero. De ahí, entonces, que la disponibilidad de servicios para los distintos grupos de la población sufra enormes variaciones, y las diferencias establecidas originalmente por las disposiciones legales se ven agravadas por la distinta disponibilidad de recursos, lo que tiende a agravar los privilegios en favor de ciertos grupos.

4. LAS PERSONAS QUE RECIBEN BENEFICIOS

a. Los trabajadores comerciales e industriales urbanos

Han sido motivo de la principal preocupación de las instituciones de seguridad social. En materia de atención médica gozan de igual privilegio, y generalmente tienen a su disposición servicios ambulatorios y domiciliarios prestados directamente por las instituciones de seguridad social y, además, hospitalización que, o bien se presta en hospitales propios o se contrata en los del Ministerio o de las beneficencias. Igual ocurre con la atención dental y farmacéutica. Aun cuando estos servicios están habitualmente bastante congestionados de público, en ocasiones demuestran una eficiencia técnica elevada y gozan de prestigio entre la clientela asegurada.

b. Los trabajadores de establecimientos industriales aislados (minas, yacimientos petrolíferos, ingenios azucareros)

Tienen con frecuencia a su disposición servicios de buena calidad técnica, prestados por hospitales organizados y mantenidos por las respectivas empresas, los cuales generalmente han sido el producto de convenios laborales en que las instituciones de seguridad social han participado delegando atribuciones, y a veces, reintegrando cotizaciones a las compañías. A diferencia de los servicios médicos para trabajadores urbanos, que

¹⁵ *Ibid.*

están destinados por lo general exclusivamente al trabajador afiliado y no a su familia, los hospitales de las citadas empresas atienden a los familiares, siempre que vivan dentro del campamento, condición que a veces crea situaciones de difícil solución por cuanto los obreros casados no siempre hallan ubicación dentro del campamento y se ven obligados a vivir en poblaciones satélites, con lo que sus familiares quedan privados de la atención médica.

c. *Los trabajadores agrícolas*

Rara vez están protegidos por la seguridad social y dependen enteramente de los servicios médicos gratuitos que les puedan proporcionar los hospitales de beneficencia o de los Ministerios de Salud. No puede negarse que en los últimos años ha habido algún progreso en materia de atención médica rural, como consecuencia de los planes de construcción hospitalaria de los Ministerios que han puesto especial énfasis en los servicios rurales. En aquellas zonas en que se ha construido uno de estos hospitales, la atención prestada es de carácter integral, vale decir, preventiva, curativa y social, y está disponible en forma gratuita para la totalidad de la población. Sin embargo, falta mucho para que todas las regiones rurales de América Latina estén cubiertas por este tipo de hospitales y los que han sido construidos sufren grandemente la escasez de recursos humanos y materiales, como ya se ha explicado.

d. *Los empleados públicos y particulares*

Constituyen la clase emergente de la mayor parte de los países latinoamericanos, que se vuelve cada día más consciente de sus derechos, exige un trato acorde con su importancia social, y pretende la creación de servicios propios dentro de sus institutos de seguridad social, como ya se ha hecho en unos pocos casos. Habitualmente estos hospitales están dotados de grandes comodidades y dan atención a las esposas de los

empleados en caso de maternidad, siendo los servicios obstétricos, en general, los más concurridos.

e. *Las fuerzas armadas y la policía*

Disponen corrientemente de servicios médicos propios para sus miembros y sus familiares, financiados por el presupuesto de la nación.

f. *El personal ferroviario*

Por ciertas tradiciones históricas no bien definidas en algunos países goza de servicios médicos propios.

g. *Los indigentes*

Constituyen un grupo heterogéneo y muy numeroso en los países de América Latina. Típicamente, esta categoría incluye, además de los desocupados, muchas personas comprendidas en los siguientes grupos, por no estar afiliadas al seguro social o por no tener derecho a beneficios como dependientes del trabajador asegurado: trabajadores independientes, comerciantes ambulantes y empleadas domésticas. Todas estas personas deben, pues, recurrir a los hospitales de los Ministerios de Salud, donde algunas veces tienen que comprobar su carencia de recursos.

h. *Las personas de modestos recursos*

Por lo general, no pueden hacerle frente a los costos de diagnósticos o tratamientos complejos y caros, necesarios en los casos de afecciones prolongadas o intervenciones quirúrgicas. En la medida que la ciencia avanza, los costos de la atención médica van aumentando, así como el número de personas en este grupo, cuyo número es difícil de calcular. Este grupo, mal definido, y que en algunos países se conoce con el nombre de "indigente médico", es el que constituye el origen de la mayor parte de los conflictos entre los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y la profesión médica. En el fondo, este grupo representa

a aquellas personas que en un régimen de seguridad social de cobertura amplia deberían tener derecho a prestaciones médicas como asegurados.

Como la mayoría de los regímenes vigentes en América Latina no los protege, los integrantes de este grupo representan la clientela potencial del médico privado, pero como son económicamente incapaces de pagar esta atención de su propio peculio, se ven obligados a solicitar atención gratuita en los hospitales, con lo que entran en competencia con los asegurados, que son los beneficiarios legales, y crean un conflicto con la profesión médica, cuyo trabajo se recarga en proporción al mayor número de enfermos que demandan atención en el consultorio externo de los hospitales.

i. Las clases acomodadas

Compuestas por terratenientes, industriales, banqueros, altos funcionarios públicos o de la empresa privada, y por todas aquellas personas que tienen una renta elevada que les permite pagar los servicios que reciben, son habitualmente atendidas por médicos distinguidos y hospitalizadas en clínicas privadas o en los pensionados de los hospitales del Ministerio de Salud. Constituyen un porcentaje pequeño de la población y no significan problema de tipo medicosocial.

* * *

En resumen, el número de personas que recibe los beneficios de las prestaciones médicas del seguro social en los países de América Latina está limitado por el hecho de que en estos países existe una población activa relativamente pequeña. Esta situación se debe a diversos elementos demográficos y sociales que entran en juego. Por una parte, se trata de poblaciones jóvenes con gran predominio de niños y adolescentes; existen además, numerosos inválidos como consecuencia de enfermedades y accidentes, y, finalmente, la escasez de empleos en los diversos sectores de las actividades económicas mantiene un remanente de desocupación según las regio-

nes y las épocas del año. En definitiva, puede decirse, en términos generales, que no más de un tercio de la población trabaja, y si se agrega que los regímenes prevalentes son selectivos y dejan importantes sectores al margen de sus beneficios o privados de acceso a la atención médica, y que, además, no en todos los países acogen a los miembros inactivos del grupo familiar, el resultado final es que una proporción muy pequeña de la población total, variable en los distintos países, disfruta de acceso a las prestaciones médicas de la seguridad social. Al otro extremo se encuentra el grupo de altas rentas, que financia sus propias necesidades y que es, como ya se mencionó, una minoría.

Fuera del grupo afiliado a la seguridad social y del grupo capaz de pagar por los servicios médicos, se encuentra la gran masa de la población de América Latina, total o parcialmente incapaz de enfrentarse al problema financiero de la enfermedad, que cae en la indigencia tan pronto como es víctima de afecciones prolongadas o necesita tratamientos caros. Este enorme grupo, que se puede estimar en alrededor de los dos tercios de la población y que no está bien definido, es el que crea las mayores dificultades y origina conflictos entre las partes interesadas, vale decir, seguridad social, Ministerios de Salud y profesión médica.

A las circunstancias ya expresadas hay que agregar algunos subgrupos de población que, aun cuando tienen un derecho teórico a las prestaciones médicas, no tienen acceso a ellas debido a la ausencia de servicios o a la falta de personal para prestarlos. Es el caso, por ejemplo, de una buena parte de las poblaciones rurales, en la que hay obreros y empleados afiliados a algún sistema de seguridad social que teóricamente les garantiza el goce de prestaciones, pero que no pueden hacer uso de estas por ausencia total de servicios. Caso parecido es el de ciertos campamentos industriales o mineros, que tienen servicios organizados, a veces incluso existe un pequeño hospital, pero que por su aislamiento no consigue médicos, enfermeras o

parteras a ningún precio, y, por lo tanto, el servicio no funciona o lo hace malamente en manos de auxiliares.

5. NECESIDAD DE COMPLETAR LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

Lo expuesto en los párrafos anteriores ha sido extraído y resumido de diversas publicaciones¹⁶ y aun cuando en ciertos casos puede adolecer del defecto de una excesiva simplificación, sirve como introducción al tema para mostrar sus diferentes facetas y abrir la discusión sobre posibles soluciones.

Sin embargo, la falta de un análisis objetivo de la situación en todos los países que permita conocer la disponibilidad de recursos, su accesibilidad, el costo de las prestaciones, la capacidad de pagar de los distintos grupos de población, etc., es causa de que el problema se esté discutiendo sobre una base teórica y fuertemente influenciada por los intereses de los diversos sectores participantes. De ahí también que se vayan dando soluciones parciales, que benefician a ciertos grupos que logran ejercer bastante presión en un momento dado, pero que no siguen un

plan definido de desarrollo y postergan y entorpecen una solución integral.

Por esto se piensa que las instituciones internacionales que tienen interés en el asunto podrían auspiciar encuestas nacionales, con asistencia internacional, a fin de ir obteniendo la información básica indispensable para un análisis desapasionado y realista del problema.

Debería llevarse a cabo un estudio a fondo, de carácter científico, sociológico y estadístico, mediante una encuesta que permita recoger sobre el terreno información fidedigna y bien fundamentada. Fuera de los obstáculos técnicos derivados de la falta de uniformidad de estadísticas y definiciones precisas, se necesita concitar una actitud desinteresada y cooperativa de instituciones e individuos.

La investigación se llevaría a cabo en los países que se comprometieran a proporcionar los datos requeridos. Se les ofrecería asesoramiento para el desarrollo de la labor, enviando en tales casos, un equipo de funcionarios de la OEA y la OPS. En el Anexo 5¹⁷ se enumeran una serie de puntos que podrían servir de base para esta encuesta.

E. ENSAYOS DE COORDINACIÓN O INTEGRACIÓN

La necesidad de coordinar las acciones de los distintos servicios encargados de la atención médica está en la mente de la mayor parte de los responsables de la administración de salud en América Latina y, en efecto, diversas medidas tendientes a este fin han sido puestas en práctica en diferentes países. A continuación se mencionan algunos ejemplos:

¹⁶ Bravo, Alfredo Leonardo: "Development of Medical Care Services in Latin America". *Amer J Public Health* 48, No. 4, abril de 1958, págs. 434-447; Roemer, Milton I.: *La atención médica en América Latina*. Estudios y Monografías XV, OEA/OSP. Washington, D. C. Unión Panamericana, 1964; Organización Panamericana de la Salud y Organización de los Estados Americanos: "Planificación en salud y seguridad social en la República de El Salvador". Documento mimeografiado. Washington, D. C., 1963.

1. La concesión de subvenciones por el gobierno central a las Juntas Locales de Beneficencia y otras entidades similares. Junto con la subvención, el Ministerio ha impuesto habitualmente normas técnicas y administrativas y ha asumido funciones supervisoras. Ciertamente es que las normas han sido mínimas y la función fiscalizadora no se ha ejercido regularmente por falta de personal de inspección, pero en todo caso se han establecido convenios escritos que progresivamente van orientando la acción hacia objetivos comunes. Cuando las subvenciones han llegado a un monto apreciable, la transferencia de los hospitales se ha producido casi espontáneamente y por acuerdo de las partes. Esto

¹⁷ Véase pág. 51.

ha sido una consecuencia inevitable del alza en los costos operacionales de los hospitales, cada vez que han tratado de mantener un nivel científico elevado de la atención médica.

2. La coordinación entre los diversos organismos de seguridad social en un mismo país. Por medio de un Consejo Superior de Coordinación se ha logrado una gran uniformidad de acción y procedimientos entre las diversas entidades que dan prestaciones médicas a distintos sectores laborales y se ha establecido que en lo sucesivo los nuevos hospitales prestarán servicios indistintamente a los afiliados de todas las instituciones.

3. La concesión de las prestaciones de la seguridad social no sólo a través de sus propios servicios sino también mediante la utilización de los hospitales del Ministerio de Salud u otros, por contrato. En ciertos países, la extensión de la seguridad social está subordinada a la construcción de nuevos hospitales por parte del Gobierno, asegurando así al seguro social un lugar adecuado donde otorgar las prestaciones médicas, y a la vez, al Ministerio de Salud, un ingreso para el sostenimiento del hospital.

4. La aplicación de las directivas técnicas del Ministerio de Salud en materia de estándares, inmunizaciones, productos farmacéuticos, etc., en todos los establecimientos médicos del país, incluyendo los mantenidos por el seguro social.

5. La contratación de servicios por parte de los Ministerios de Salud en los hospitales del seguro social para la atención de los indigentes en aquellos sitios en que los Ministerios no tienen hospitales propios.

6. El establecimiento por parte de los Ministerios de Salud de una estructura administrativa piramidal, con descentralización regional y la colocación, en cada región, de un oficial superior de salud que tiene la su-

pervisión de todos los servicios médicos del área. En la práctica a muchas de estas autoridades regionales les ha faltado el respaldo jurídico y financiero necesario para actuar con eficacia.

7. El dictado de una ley por la que se integran administrativa, financiera y técnicamente ciertos servicios de protección, fomento y recuperación de la salud que anteriormente estaban separados: los servicios de salud pública del Ministerio de Salud, los de protección maternoinfantil, los hospitales de beneficencia, los servicios médicos del seguro social, y los de higiene industrial del Ministerio de Trabajo.

8. La transferencia al Ministerio de Salud, por mandato legislativo, de los servicios médicos de las instituciones de seguro social que antes operaban en forma independiente.

Es fácil advertir que existen en los países iniciativas precisas, aunque aisladas y esporádicas, para propugnar, según los casos, alguna coordinación o integración de los servicios médicos de la seguridad social y de los Ministerios de Salud. Ello revela que no existe todavía una tendencia generalizada en tal sentido y que habrá que emplear tiempo y esfuerzo para vencer los núcleos de resistencia que muestran las instituciones, los gremios y la profesión médica organizada. Hay que confiar en que una información más completa del asunto sea capaz de crear un movimiento de opinión para poner el bienestar común por encima de los intereses de círculo. El presente Documento, al querer allegar los elementos de juicio disponibles, piensa facilitar la labor del Grupo de Estudio y obtener las recomendaciones finales de utilidad práctica para los Gobiernos Miembros, a fin de promover una mayor coordinación de estos servicios.

F. LA FALTA DE COORDINACION ACTUAL Y MEDIDAS PARA CORREGIRLA

Existe la conciencia, repetidamente expresada en numerosas reuniones nacionales y por diversas personalidades, de que la

falta de coordinación actual es causa de discriminación desde el punto de vista social, de limitación de las acciones epidemiológicas

desde el punto de vista de salud pública, y de derroche desde el punto de vista financiero. Por otra parte, hay consenso de opiniones entre los Ministerios de Salud de las Américas y entre los miembros de los Cuerpos Directivos de la Organización de los Estados Americanos y de la Organización Panamericana de la Salud, en el sentido de que es urgente tomar medidas que conduzcan a la coordinación de todas las actividades de salud pública y de atención médica bajo una directiva técnica única, que al mismo tiempo promueva la aplicación de los últimos adelantos de la medicina, permita uniformar procedimientos administrativos y remuneraciones.

¿Quiénes dificultan esta coordinación?
¿Cuáles son las fuerzas que hasta ahora han impedido alcanzar un entendimiento que está en el ambiente? Esto es lo que se tratará de exponer en este capítulo y en forma constructiva proponer algunas medidas que puedan significar un progreso hacia la coordinación.

1. ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA FALTA DE COORDINACION

a. *La profesión médica*

En general, los médicos recelan de todo sistema de seguridad social y de servicios médicos estatales en los que la profesión médica pierde su fisonomía de ejercicio liberal y sus miembros pasan a ser empleados a sueldo de la institución aseguradora o, lo que a veces es considerado aún peor, funcionarios civiles del Estado. Esta defensa del ejercicio profesional privado concita diferentes grados de fervor y se enfoca desde ángulos muy distintos.

Ha habido ocasiones en que propuestas para fundar o extender un sistema de seguro social han suscitado entre la profesión médica una acción gremial que ha ido desde la protesta hasta la huelga. En otros casos, la oposición del gremio médico se ha manifestado en forma más moderada. Por ejemplo, cuando los médicos creyeron que cierta

legislación tendría el efecto de reducir el ejercicio privado de la medicina, insistieron en que desde el punto de vista financiero sus intereses fueran considerados mediante un sistema de libre elección del médico y pago de honorarios por servicio, de acuerdo a un arancel previamente establecido por el Colegio de Médicos. También la clase médica ha pedido una participación predominante en la administración de los servicios de atención médica que involucran su intervención.

En suma, en los distintos países de las Américas existe un denominador común en la defensa de los intereses del ejercicio privado de la profesión médica. Adquiere, pues, toda su importancia, la interrogante planteada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el discurso de apertura de la Reunión del Grupo Asesor de la OPS en Atención Médica (Washington, D. C., 1962): "¿Cuál es la fórmula más adecuada para proteger, por un lado, a una profesión digna y, por el otro, para asegurar que el servicio se preste, en forma eficiente y oportuna, en bien de la sociedad?"¹⁸

Es probable que la respuesta a esta pregunta de fondo tendrá que venir a través de una transacción, en la que la profesión médica reconozca el destino que le depara el progreso de las ciencias sociales y los organismos dispensadores de atención médica acepten que los médicos son el elemento fundamental de los servicios, ya que sin ellos no se puede prestar atención, por lo que tienen el derecho a ser considerados en forma digna. El médico es, en efecto, el profesional encargado de otorgar la atención médica y como esta es un servicio básico de todo plan de salud, resultan evidentes las interrelaciones muy íntimas que existen entre los servicios organizados de salud y la profesión médica. Es por el camino de la intervención progresiva del Estado en la administración de los servicios médicos, que los intereses de ambos entran en conflicto. El problema ad-

¹⁸ *Atención médica—Bases para la formulación de una política continental. Publicación Científica de la OPS 70, 5.*

quiere un carácter aún más agudo cuando la seguridad social interviene en la prestación de servicios médicos, ya que su poder económico y su institucionalismo autárquico muchas veces aparecen para la profesión médica como manifestaciones de una fuerte competencia.

El problema merece que se le preste el máximo de atención, ya que sin una colaboración sincera y eficiente de la profesión médica no se puede esperar una organización gubernamental operante de los servicios de salud.

b. *Los sectores laborales*

Los grupos gremiales y los sindicatos generalmente desconfían de la atención médica estatal y están dispuestos a aceptar de mejor grado la que les dispensan las instituciones de seguridad social, a cuya administración tienen acceso y con las cuales están más habituados a tratar. Por otra parte, es curioso comprobar que en los países latinoamericanos existen algunos prejuicios de clase que hacen que el empleado particular no se quiera mezclar con el empleado público y que ambos deseen mantenerse separados del obrero. Esta actitud es fomentada por la diversidad de regímenes de seguridad social y por la desigualdad de prestaciones que la ley garantiza a los diferentes grupos laborales.

Pero, además de estas actitudes de carácter social, hay gremios que aspiran a que la atención médica que se les preste sea más individualizada, especialmente en consultorio externo y a veces también en la hospitalización. Desean elegir libremente su médico (en lo que coinciden con la opinión de la profesión médica) y también el hospital o clínica que los ha de atender. Finalmente, desean (en este caso en oposición a los médicos) tener participación significativa en la administración del servicio, para estar seguros de que los fondos de su gremio no se van a emplear para financiar la atención a otros grupos o para compensar las deficiencias del presupuesto fiscal.

Es obvio que la satisfacción de todas estas aspiraciones, sumadas a las planteadas por la profesión médica, dificultan la organización de servicios médicos de carácter gubernamental. Por otra parte, la mayoría de estos grupos laborales son incapaces de financiar por sí mismos sus prestaciones médicas, y para obtenerlas necesitan la subvención del Estado.

c. *Las instituciones de seguridad social*

Es comprensible la firmeza con que las instituciones de seguridad social defienden la permanencia de las prestaciones médicas dentro del marco de su administración, por cuanto este servicio les da la deseable jerarquía institucional y la posibilidad de mostrar algunas obras tangibles. También les interesa la concesión de beneficios de carácter personal y social, hecho que las pone en contacto directo con los afiliados y les permite ganarse su adhesión y colaboración.

Actúan en favor del prestigio de las instituciones de seguridad social sus grandes recursos económicos que, generalmente, les permiten construir y mantener hospitales y consultorios externos mejor equipados que los de los Ministerios de Salud. También remuneran mejor a los médicos, lo que las ayuda a atraer a su servicio profesionales destacados.

Está en su contra la circunstancia indiscutible de que protegen sólo a un sector minoritario de la población y de que aun dentro de ese sector hay grupos que gozan de mayores beneficios en cuanto a prestaciones.

Desde el punto de vista técnico, adolecen del grave defecto de concentrar su atención sólo en los aspectos curativos, descuidando por lo general el cumplimiento de las acciones preventivas. Aun cuando con frecuencia se sostiene lo contrario, en vista de que algunas instituciones aportan al costo de las campañas preventivas de los Ministerios de Salud, es inevitable la limitación preventiva y epidemiológica por falta de acceso a la totalidad de la población.

d. *Los Ministerios de Salud y otros organismos gubernamentales*

El concepto tradicional y el criterio de prioridad que llevó a los Ministerios de Salud de América Latina a preocuparse preferentemente de los problemas de higiene ambiental, educación sanitaria, control de enfermedades transmisibles y, cuando más, de la protección materno-infantil, ha perjudicado su acción y trayectoria, al permitir que durante años crecieran a su margen los servicios médicos de la seguridad social. Sólo recientemente los conceptos modernos de la medicina integral han penetrado en los Ministerios de Salud como evidencia incontrovertible de la experiencia sobre el terreno. Es un hecho que no se puede hacer medicina preventiva pura con poblaciones paupérrimas y enfermas, cuyas necesidades más apremiantes son recibir atención médica y ayuda económica.

Como la mayor parte de estas poblaciones son rurales y una gran porción de ellas no está protegida por los regímenes de seguridad social existentes, los Ministerios de Salud han debido asumir la responsabilidad total con un bien entendido concepto de salud social, conforme a la definición de la OMS. Además, como no se puede hacer medicina rural aislada sin el respaldo de servicios urbanos con todas las especialidades médicas, los Ministerios han tenido que dar el otro paso de organizar hospitales urbanos para absorber a la clientela venida de las áreas rurales y también para atender a los numerosos núcleos de habitantes de las ciudades que no tienen medios para ser atendidos en caso de enfermedad. La limitación de sus recursos los ha obligado a desarrollar servicios modestos en sus concepciones arquitectónicas, los que a menudo han resultado estrechos frente a la creciente demanda de una población que, fuera de aumentar considerablemente, va adquiriendo cada día mayor conciencia del valor de la salud y, por lo tanto, exige más servicios y recurre al médico con mayor frecuencia.

Actúa en favor del servicio público su cri-

terio de amplia cobertura y su acción integrada de medicina preventiva, curativa y social. En su contra están la escasez de recursos y la falta de atribuciones legales para tomar bajo su control otros servicios médicos, a pesar de que su *status* jurídico está habitualmente definido por la Constitución que declara a la salud como obligación del Estado y da a este, por tanto, facultad sobre todos los problemas relacionados con la salud.

Razones más poderosas que las puramente técnicas han impedido hasta ahora que esta autoridad constitucional se centre en el organismo técnico que los propios Gobiernos han creado para preocuparse de los problemas de salud.

2. MEDIDAS PROPUESTAS PARA PROMOVER COORDINACIÓN

Analizados ya los factores que juegan en uno u otro sentido, es la responsabilidad del Grupo de Estudio proponer a la OEA y a la OPS medidas que tiendan a superar las dificultades y traigan como resultado final una mayor coordinación o, si fuera posible, la integración de los servicios médicos de la seguridad social con los de los Ministerios de Salud o con los Servicios Nacionales de Salud, según sea el caso. Ellas fluyen de los antecedentes ordenados en las páginas anteriores:

a. *Planificación integral del desarrollo económico y social*, dentro de la cual salud y seguridad social deben tener el lugar destacado que les corresponde como sectores del progreso social, la primera procurando que todos los miembros de la comunidad gocen del más alto grado posible de salud y la segunda restableciendo la capacidad de ganar y por tanto el poder de compra de los asalariados y sus familias, cuando estén temporal o definitivamente incapacitados para trabajar y contribuyendo con sus recursos económicos a la construcción, habilitación y manutención de hospitales y otros organismos locales de salud.

Si se acepta que la planificación es la ordenación armónica de acciones para obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles con miras al cumplimiento de metas a corto y a largo plazo, es evidente que su implantación como sistema tiene que traer consigo la mancomunidad de servicios y la formulación de una política social con un criterio unívoco.

La participación de las instituciones de seguridad social en la planificación de la salud es indispensable para asegurar que la planificación al nivel nacional tome en cuenta los recursos y los servicios de todas las entidades que proveen atención médica. Cualquier esfuerzo para promover la mejor utilización de los limitados recursos humanos, materiales y financieros que un país puede destinar al sector salud, tiene que contar necesariamente con un inventario completo de las disponibilidades de personal médico y paramédico, hospitales, consultorios externos, centros de salud y postas médicas en funcionamiento, y finalmente, los fondos disponibles para financiar los servicios médicos. Sólo con esta información se pueden planear acciones de salud para hacerle frente a las necesidades de toda la población. Sin embargo, puede ser que muchos países no estén aún preparados para aplicar el sistema de planificación con tanta amplitud y perfección, para lo cual se sugieren otras medidas más simples y que podrían considerarse como preliminares y transitorias.

b. *Uniformidad, en el plano nacional, de los diferentes regímenes de seguridad social, a fin de terminar con la desigualdad de programas, que es factor de perturbación al existir prestaciones individualizadas y más amplias. Esta uniformidad debería aplicarse a las cotizaciones (igual porcentaje del salario con un tope máximo), a las prestaciones, y a las remuneraciones de los funcionarios que a igual función deberían tener igual remuneración (esto incluiría a médicos y personal paramédico), con las*

necesarias asignaciones de estímulo para crear incentivos que permitan disponer de personal para trabajos pesados o de mayor sacrificio (áreas rurales, trabajo nocturno, etc.).

c. *Extensión de la cobertura de los programas de seguro social hasta proteger a todos los grupos que viven de un sueldo o salario y a sus familiares, incluyendo a los pequeños comerciantes, pequeños industriales, pequeños agricultores, etc. Se insinúa la conveniencia de estudiar cuidadosamente los mecanismos reguladores, tales como: control de morbilidad, exámenes sistemáticos, educación sanitaria, bono moderador para consultas repetidas, hospitalización justificada, así como la posibilidad de dejar ciertas atenciones sujetas a aranceles (hospitalización en pensionado, prótesis dentarias, obturaciones con oro, libre elección del profesional, etc.).*

Con un sistema semejante se obtendría una cobertura básica universal, un mínimo satisfactorio de atención para cubrir los riesgos de enfermedad y accidentes, y prestaciones adicionales para aquellos que las desearan o estuvieren en condiciones de pagarlas.

d. *Establecimiento de un seguro de salud por el estilo del británico, al cual estuviera afiliada toda la población y por el cual el jefe del hogar haría los pagos en cualquier tesorería o hasta en la oficina de correos, estando el monto de los pagos en función del tamaño de la familia y del salario. Esto requiere un grado de cultura y un nivel económico que tal vez pocos países de América Latina han alcanzado. Es probable que, en las condiciones actuales, la mayor parte de las poblaciones rurales y con seguridad todas las poblaciones indígenas, serían incapaces de solventar ni siquiera este compromiso mínimo. El cálculo del monto tendría que estar basado en el costo del servicio integral de salud y debería representar un porcentaje de este, en el entendido de que el resto lo pagaría el fisco a través*

del presupuesto de la nación, financiado con impuestos generales. El sistema, que no gravaría directamente al empleador, tendría como subproducto que, al disminuir los costos de producción, se podría exigir una baja en los precios, no aceptando, en adelante, que el costo de los servicios de salud se cargue a los precios.

Una buena planificación permitiría que el ingreso por servicio de salud, más el aporte fiscal, resultara en un financiamiento satisfactorio para cubrir los costos de un servicio de salud integral, sin las limitaciones financieras que actualmente sufren los Ministerios de Salud.

e. *Reforzamiento financiero y de la autoridad legal de los Ministerios de Salud*, con el objeto de darles los recursos para perfeccionar sus servicios y el *status* jurídico que les permita ejercer la función coordinadora con autoridad ejecutiva. No cabe duda de que esta autoridad y estos recursos financieros estarán implícitamente contenidos en la legislación que se imponga cuando se haya alcanzado la etapa final de planificación integral. Sin embargo, no es menos cierto que mientras eso se alcanza se podría investir de mayor autoridad al Ministerio de Salud, como por ejemplo, la facultad de estudiar y aprobar por decreto un plan de construcciones de hospitales y otros establecimientos de salud y exigir que toda construcción, pública, semiestatal o privada, se ajuste a ese plan, de manera que ningún hospital, ni centro de salud, ni policlínica, se pueda construir sin la autorización del Ministerio de Salud y sin estar de acuerdo con las especificaciones que este establezca.

f. *Coordinación de las acciones locales de salud*, que es la forma más elemental y fácil de comenzar la coordinación. En los pequeños pueblos de las zonas rurales o mineras, la coordinación se produce de hecho en la persona del único médico disponible. Sin embargo, en un plan sistemático y con la buena voluntad de las partes, se puede llevar la coordinación un poco más allá,

como es, por ejemplo, que en pequeñas ciudades o en barrios de grandes ciudades, la institución que disponga del mejor edificio ofrezca local a la otra para que el personal de ambas se acostumbre a trabajar bajo el mismo techo, aun cuando siga conservando su individualidad institucional. Esto favorece la consulta y la referencia oportuna con evidente beneficio para el enfermo. También en pequeñas ciudades se puede llegar a un acuerdo para el uso en común del único aparato de rayos X o del único laboratorio existente. Ejemplos de tales arreglos existen en numerosos países y se podría propiciar su multiplicación.

g. *Organización de seminarios sindicales*, para poner a los trabajadores al corriente de los objetivos y ventajas del servicio de atención médica integral, de sus relaciones con la seguridad social, y de la manera de usar los servicios para obtener el mejor beneficio de ellos, sin recargar innecesariamente sus establecimientos. A través de cursos o seminarios informativos podría lograrse la cooperación inteligente de los sindicatos y atenuar su oposición.

Sin embargo, es indiscutible que más allá de todos estos métodos que tomarán mayor o menor tiempo en implantarse por las vías legales o reglamentarias, lo que más vale es la buena voluntad mutua y la comprensión inteligente de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social, de que el progreso social, complemento indispensable del desarrollo económico, sólo se alcanzará cuando ambos cumplan con el cometido que les está reservado. Los dos son importantes instrumentos del bienestar social y de la elevación del nivel de vida y no deben competir inútilmente, sino cooperar entre sí para lograr sus objetivos comunes.

Como muy bien dijo el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en la XV Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (Washington, D. C., 1964), "las ciencias de la salud

exhiben una evolución progresiva y paralela con las ciencias sociales. Basta analizar la definición propuesta por la Carta Fundamental de la Organización Mundial de la Salud para apreciar su tendencia universal, como afirmación, como un postulado al servicio del hombre, y como ética de aspiración optimista. Los aspectos somáticos, espirituales y sociales se entrelazan dentro

de una concepción de armonía de la que resulta salud como atributo de la dignidad de una existencia vivida y realizada en plenitud. Puede pues afirmarse que el desarrollo de las ciencias sociales y de la salud es paralelo y consustancial, lo que explica sus comunes propósitos, muchos de los cuales todavía incumplidos, pero a cuya realización tangible se aspira".

ANEXO 1

Resolución XL¹ de la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (México, D. F., 1964)

Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y los de las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (Documento CD15/15);²

Tomando en cuenta las necesidades de mejorar los procedimientos para una activa planificación de salud, de extender los índices de cobertura de salud, de coordinar los sistemas de financiamiento y de integrar las acciones preventivas y curativas; y

Considerando que los organismos de seguridad social están en condiciones de ayudar a los organismos gubernamentales llamados a servir a la población total, en los programas de prevención de estos últimos,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y los de las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (Documento CD15/15), y expresar su agradecimiento por la presentación de dicho informe.

2. Encarecer al Director que continúe prestando servicios de asesoramiento en este aspecto a los países que lo soliciten, así como en la promoción de la coordinación de los organismos internacionales interesados en esta materia.

3. Recomendar al Director que convoque un Grupo de Estudio a fin de que se encargue de presentar un informe a la Organización sobre sus puntos de vista para promover una mejor coordinación entre los servicios de salud pública y los programas de atención médica a cargo de las instituciones de seguridad social u otros organismos, y que transmita dicho informe a los Gobiernos.

4. Facultar al Director para que, en la aplicación del Programa y Presupuesto para 1965, tome en consideración las nuevas necesidades que crea esta resolución.

¹ Aprobada en la decimoquinta sesión plenaria, celebrada el 9 de septiembre de 1964.

² Véase *Documento Oficial de la OPS* 60, 336-342.

ANEXO 2

Recomendación 69 de la XXVI Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Filadelfia, Estados Unidos de América, 1944)¹

Recomendación sobre la asistencia médica

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Filadelfia por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 20 de abril de 1944 en su vigésima sexta reunión;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a la asistencia médica, cuestión que está comprendida en el cuarto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de una recomendación,

adopta, con fecha doce de mayo de mil novecientos cuarenta y cuatro, la siguiente Recomendación, que podrá ser citada como la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944:

Considerando que la Carta del Atlántico prevé “la más completa colaboración entre todas las naciones en el campo económico, con el objeto de asegurar, para todos, mejores condiciones de trabajo, progreso económico y seguridad social”;

Considerando que la Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo, por resolución adoptada el 5 de noviembre de 1941, se solidarizó con este principio de la Carta del Atlántico y prometió la plena colaboración de la Organización Internacional del Trabajo para su realización;

Considerando que la posibilidad de disfrutar de asistencia médica adecuada constituye un elemento esencial en la seguridad social;

Considerando que la Organización Internacional del Trabajo ha promovido el desarrollo de los servicios médicos:

mediante la inclusión de prescripciones relativas a la asistencia médica en el Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo, 1925, y en los Convenios sobre seguro de enfermedad (industria) y seguro de enfermedad (agricultura) 1927;

mediante la comunicación por el Consejo de Administración a los Miembros de la Organización de las conclusiones de las reuniones de expertos relativas al seguro de enfermedad y a la sanidad pública en períodos de crisis económica, a la administración económica de las prestaciones médicas y farmacéuticas del seguro de enfermedad, y a los principios para la acción preventiva y curativa del seguro de invalidez, vejez, viudez, orfandad;

mediante la aprobación por la primera y la segunda Conferencias del Trabajo de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo, de las resoluciones que constituyen el Código Interamericano de Seguros Sociales; la participación de una delegación del Consejo de Administración en la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que adoptó la Declaración de Santiago de Chile, y la aprobación, por el Consejo de Administración, de los Estatutos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que ha sido establecida como organismo permanente de cooperación entre las administraciones e instituciones de seguridad social y actúa de concierto con la Oficina Internacional del Trabajo, y

¹ Oficina Internacional del Trabajo: *Conferencia Internacional del Trabajo—Convenios y Recomendaciones*. Ginebra, Suiza, 1952. Págs. 544-561.

mediante la participación de la Oficina Internacional del Trabajo, como organismo consultor, en la elaboración de sistemas de seguridad social, en diversos países, y a través de otras medidas;

Considerando que algunos Miembros no han tomado las medidas que son de su competencia para mejorar la salud de sus pueblos, mediante la extensión de facilidades médicas, el desarrollo de programas de sanidad pública, la divulgación de la enseñanza sanitaria y el mejoramiento de la nutrición y la vivienda, no obstante la urgente necesidad de actuar en este sentido y la conveniencia de que tales Miembros adopten, tan pronto sea posible, todas las medidas necesarias para alcanzar las normas mínimas internacionales y desarrollarlas;

Considerando que, en la actualidad, es conveniente adoptar nuevas medidas para el mejoramiento y unificación de los servicios médicos, su extensión a todos los trabajadores y sus familias, incluyendo las poblaciones rurales y los trabajadores independientes, y la eliminación de injustas anomalías, sin perjuicio del derecho de cualquier beneficiario del servicio de asistencia médica a procurarse privadamente asistencia médica sufragando él mismo los gastos que ello entrañare;

Considerando que contribuiría a estos efectos la formulación de ciertos principios generales, que deberían servir de pauta a los Miembros de la Organización cuando desarrollen, con este ánimo, sus servicios médicos,

La Conferencia recomienda a los Miembros de la Organización que apliquen los siguientes principios, tan rápidamente como las condiciones nacionales lo permitan, al desarrollar sus servicios de asistencia médica, a fin de cumplir con el punto quinto de la Carta del Atlántico y que informen a la Oficina Internacional del Trabajo, conforme lo solicite el Consejo de Administración, sobre las medidas dictadas para ponerlos en práctica:

I. PRINCIPIOS GENERALES

Carácter esencial del servicio de asistencia médica

1. El servicio de asistencia médica debería garantizar a las personas la asistencia que puedan prestar los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines, así como cualquier otra asistencia que puedan prestar las instituciones médicas:

- a) para restablecer la salud, prevenir el desarrollo posterior de la enfermedad y aliviar el sufrimiento, cuando las personas padezcan alguna enfermedad (aspecto curativo); y
- b) para conservar y mejorar su salud (aspecto preventivo).

2. La legislación debería definir la naturaleza y extensión de la asistencia prestada por el servicio.

3. Las autoridades u organismos encargados de la administración del servicio deberían prestar asistencia médica a sus beneficiarios, recurriendo a los servicios de los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines, y organizando servicios de asistencia médica en hospitales y otras instituciones médicas.

4. El costo del servicio debería financiarse colectivamente mediante pagos regulares y periódicos, en forma de cotizaciones al seguro social, en forma de impuestos, o en las dos formas simultáneamente.

Formas del servicio de asistencia médica

5. La asistencia médica debería prestarla un servicio de asistencia médica del seguro social, completado por la asistencia social, a fin de satisfacer las peticiones de las personas necesitadas que aún no están comprendidas en el seguro social, o un servicio público de asistencia médica.

6. Cuando la asistencia médica la preste un servicio del seguro social:

- a) cada asegurado que cotice, el cónyuge e hijos a su cargo, las personas que, de acuerdo con la legislación nacional, vivan a sus expensas y cualquier otra persona asegurada, en virtud de cotizaciones pagadas en su nombre, deberían tener derecho a la asistencia prestada por el servicio;

- b) las personas que no estén aún aseguradas y cuyos recursos económicos no les permitan sufragarla deberían recibirla de la asistencia social;
 - c) el servicio debería ser financiado con las cotizaciones de los asegurados y de sus empleadores, y con subsidios de los fondos públicos.
7. Cuando la asistencia médica la preste un servicio público de asistencia médica:
- a) cada miembro de la comunidad debería tener derecho a la asistencia prestada por el servicio;
 - b) el servicio debería ser financiado con fondos que provengan de un impuesto progresivo creado específicamente para financiar los servicios médicos o todos los servicios de sanidad, o con fondos que provengan de los ingresos generales de la hacienda pública.

II. CAMPO DE APLICACION

Extensión del servicio a toda la población

8. El servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo.
9. El seguro social estaría indicado cuando el servicio se limite a una parte de la población o a una región específica, o cuando el régimen de cotización ya exista para otras ramas del seguro social y sea posible, ulteriormente, incluir en el régimen del seguro a toda la población o a la mayor parte de ella.
10. Sería conveniente un servicio público, cuando el servicio deba amparar a toda la población y se desee unir la asistencia médica con los servicios generales de sanidad.

Administración de la asistencia médica por un servicio del seguro social

11. Cuando la asistencia médica la preste un servicio del seguro social, todos los miembros de la comunidad deberían tener derecho a obtenerla por el hecho de estar asegurados, y hasta su inclusión en el campo de aplicación del seguro deberían tener derecho a obtenerla, a expensas de la autoridad competente, si sus recursos económicos no les permiten sufragarla.
12. Todos los miembros adultos de la comunidad (es decir, todas las personas que no estén incluidas en la definición de "niños" del párrafo 15) cuyos ingresos no sean inferiores al nivel de subsistencia deberían cotizar al seguro. El cónyuge a cargo de un cotizante debería estar asegurado en virtud de la cotización de este último, sin que ello implique un aumento en la cotización.
13. Aquellos otros adultos, comprendidos los indigentes, que prueben que sus entradas son inferiores al nivel de subsistencia, deberían tener derecho a la asistencia médica como asegurados, y la autoridad competente pagará la cotización en su nombre. La autoridad competente debería determinar, en cada país, el significado de la expresión nivel de subsistencia.
14. Durante todo el tiempo en el cual los adultos que no puedan pagar una cotización no estén asegurados, en virtud del régimen previsto en el párrafo 13, deberían recibir la asistencia médica a expensas de la autoridad competente.
15. Todos los niños (es decir, todas las personas que sean menores de dieciséis años o de una edad más elevada que pueda haber sido determinada, o que dependan para su sustento normal de otras personas, mientras continúan su educación general o profesional) deberían estar asegurados en virtud de las cotizaciones pagadas por los adultos asegurados, en general, o a nombre de estos, sin que ello implique el pago por sus padres o tutores de una cotización adicional.
16. Durante todo el tiempo que los niños no estén asegurados, de acuerdo con el régimen previsto en el párrafo 15, porque el servicio no ampare todavía a toda la población, deberían estar asegurados en virtud de las cotizaciones pagadas por su padre o su madre, o a nombre de estos, sin que ello implique el pago de una cotización suple-

mentaría a este respecto. Los niños a los que no se les preste en esta forma la asistencia médica deberían recibirla, cuando la necesitare, a expensas de la autoridad competente.

17. Las personas aseguradas en un régimen de seguro social que conceda prestaciones en dinero o aquellas que reciban prestaciones de dicho régimen, así como las personas a su cargo tal como las define el párrafo 6, deberían estar también aseguradas, en virtud del servicio de asistencia médica.

*Administración de la asistencia médica
por un servicio público de asistencia médica*

18. Cuando la asistencia médica la preste un servicio público de asistencia médica, su prestación no debería estar sujeta a ninguna condición de prueba, tal como el pago de impuestos o un examen de los medios económicos, y todos los miembros de la comunidad deberían tener el mismo derecho a la asistencia ofrecida.

**III. ADMINISTRACION DE LA ASISTENCIA MEDICA Y COORDINACION
CON LOS SERVICIOS GENERALES DE SANIDAD**

Alcance del servicio

19. Los beneficiarios del servicio deberían poder recibir, en cualquier momento, una asistencia completa de carácter preventivo y curativo, organizada racionalmente y coordinada, siempre que fuere posible, con los servicios generales de sanidad.

*Posibilidad permanente de recibir
una asistencia completa*

20. Todos los miembros de la comunidad cubiertos por el servicio deberían poder recurrir, en cualquier momento y lugar, a una asistencia completa, preventiva y curativa, en las mismas condiciones y sin obstáculos o barreras de naturaleza administrativa, financiera, política o de otra índole que no esté relacionada con el estado de salud.

21. La asistencia médica debería comprender el tratamiento médico general y el de especialistas, a personas hospitalizadas o no (comprendida la asistencia en el domicilio del enfermo); el tratamiento odontológico; los servicios de enfermera en la casa, en el hospital o en otras instituciones médicas; la asistencia prestada, en la casa o en el hospital, por comadronas calificadas y otros servicios de maternidad; el mantenimiento en hospitales, casas de convalecencia, sanatorios y otras instituciones médicas; y, siempre que fuere posible, el material necesario para la asistencia dental, farmacéutica, médica o quirúrgica (incluso miembros artificiales); y la asistencia prestada por cualquier otra persona que pertenezca a una profesión que haya sido legalmente reconocida como profesión afín.

22. Toda la asistencia médica y el material necesario deberían estar disponibles, en cualquier momento y por una duración ilimitada, mientras los mismos sean necesarios, a reserva solamente de la opinión de los médicos y de las limitaciones lógicas que pueden ser impuestas por la organización técnica del servicio.

23. Los beneficiarios deberían poder obtener asistencia médica en los centros u oficinas de que disponga el servicio, cualquiera que fuere el lugar donde se hallaren al surgir la necesidad, ya fuere en su lugar de residencia o en otro lugar de la región donde el servicio esté disponible, sin que para ello se tenga en cuenta si están o no afiliados a alguna institución especial de seguro, los atrasos en las cotizaciones u otros factores que no tengan relación con la salud.

24. La administración del servicio de asistencia médica debería estar unificada por regiones sanitarias suficientemente extensas para que puedan ofrecer un servicio completo, económicamente equilibrado, y debería estar vigilada por una autoridad central.

25. Cuando el servicio médico ampare sólo a una parte de la población o en el caso de que esté administrado por autoridades e instituciones de seguro de carácter diverso,

las autoridades e instituciones interesadas deberían prestar la asistencia a sus beneficiarios, recurriendo colectivamente a los servicios de los miembros de las profesiones médicas y de las profesiones afines, y estableciendo o manteniendo conjuntamente centros de sanidad y otras instituciones médicas, hasta que los diversos servicios se unifiquen regional y nacionalmente.

26. La administración del servicio debería tomar disposiciones para garantizar a los beneficiarios alojamiento y asistencia en un hospital u otra institución médica, ya sea por medio de contratos con instituciones médicas públicas o con instituciones médicas privadas que hayan sido reconocidas, ya sea mediante la creación y mantenimiento de instituciones apropiadas.

*Organización racional del
servicio de asistencia médica*

27. Debería ponerse rápidamente a disposición de los beneficiarios una asistencia médica óptima por intermedio de una organización que garantice la mayor economía y eficacia posibles, mediante la asociación de conocimientos, personal, equipo y otros recursos del servicio y mediante un estrecho contacto y colaboración entre todos los miembros de la profesión médica y profesiones afines y los demás organismos que colaboren en el servicio.

28. La participación, sin reserva, del mayor número posible de miembros de la profesión médica y profesiones afines es indispensable para el éxito de cualquier servicio nacional de asistencia médica. El número de médicos generales, especialistas, dentistas, enfermeras y miembros de otras profesiones que colaboren en el servicio debería adaptarse a la distribución y necesidades de los beneficiarios.

29. El médico general debería disponer de todos los elementos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento, incluidos un servicio de laboratorio y de rayos X; el médico general también debería disponer de los consejos y asistencia de especialistas, de los servicios de enfermeros y comadronas, de los servicios farmacéuticos y otros servicios auxiliares, y de facilidades de hospitalización para que sus enfermos puedan utilizarlos.

30. El servicio debería disponer de un instrumental completo, técnico y moderno, para todas las especialidades, comprendida la odontología; debería ofrecer a los especialistas todas las facilidades necesarias para trabajar en los hospitales o realizar investigaciones, y debería poner a su disposición todos los servicios auxiliares para los enfermos no hospitalizados, tal como el de enfermeros, por intermedio del médico general.

31. Para lograr estos fines, la asistencia médica debería prestarse, de preferencia, en forma de colaboración médica, en centros de diversa naturaleza, que trabajen en relación efectiva con los hospitales.

32. Mientras se establece y se pone en práctica la colaboración médica en los centros médicos o sanitarios, convendría que los beneficiarios obtuviesen la asistencia de los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que trabajen en sus propios consultorios.

33. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a la mayoría de la población, sería conveniente que la autoridad que administre el servicio en la región construyese, equipase y dirigiese centros médicos o sanitarios en alguna de las formas indicadas en los párrafos 34, 35 y 36.

34. Cuando no existan facilidades suficientes para obtener asistencia médica, o cuando al implantarse el servicio de asistencia médica exista un sistema regional de hospitales con dispensarios que dispongan de servicios para medicina general y asistencia por especialistas, sería conveniente la organización de centros en los que los enfermos, estando o no hospitalizados, puedan obtener toda clase de asistencia, o la conversión de los hospitales existentes en centros de dicha naturaleza, completados, en ambos casos, por puestos locales para medicina general y servicios auxiliares.

35. Cuando la práctica de la medicina general esté suficientemente desarrollada fuera del sistema de hospitales y los especialistas ejerzan principalmente como consultores médicos y trabajen en hospitales, sería conveniente establecer centros médicos o sanitarios para consulta externa de medicina general y servicios auxiliares, y centralizar en

los hospitales la asistencia que presten los especialistas a enfermos que estén o no hospitalizados.

36. Cuando la práctica de la medicina general y especializada esté suficientemente desarrollada fuera del sistema de hospitales, sería conveniente establecer centros médicos o sanitarios para el tratamiento de enfermos no hospitalizados, que comprenda la asistencia por médicos generales y especialistas y cualesquiera servicios auxiliares, mientras que los casos que necesiten asistencia en el hospital serían enviados de los centros a los hospitales.

37. Cuando el servicio de asistencia médica no ampare a la mayoría de la población, pero cuente con un número considerable de beneficiarios, y las facilidades de hospitalización y demás facilidades médicas sean inadecuadas, la institución de seguro, o las instituciones de seguro conjuntamente, deberían establecer un sistema de centros médicos o sanitarios que preste toda clase de asistencia, incluso la hospitalización en los centros principales y que, siempre que fuere posible, facilite los medios de transporte; dichos centros serían necesarios especialmente si los asegurados estuviesen dispersos en regiones de población diseminada.

38. Cuando el campo de aplicación del servicio de asistencia médica sea demasiado limitado para que la organización de centros sanitarios completos destinados a los beneficiarios del servicio constituya un medio económico para satisfacer sus necesidades, y las posibilidades de obtener la asistencia de especialistas en la región sean insuficientes, sería conveniente que la institución de seguro, o las instituciones de seguro conjuntamente, mantuvieran puestos donde los especialistas presten su asistencia a los beneficiarios, según las necesidades.

39. Cuando el servicio de asistencia médica ampare solamente a una parte relativamente pequeña de la población, concentrada en una región donde la práctica privada haya adquirido una extensión considerable, sería conveniente que los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que participen en el servicio colaborasen en centros alquilados, instalados y administrados por ellos mismos, donde puedan recibir asistencia los beneficiarios del servicio y la clientela privada.

40. Cuando el servicio de asistencia médica ampare solamente a un pequeño número de beneficiarios, que estén dispersados en una región de población densa con facilidades adecuadas para la asistencia, y cuando no sea posible una colaboración médica voluntaria tal como está prevista en el párrafo 39, sería conveniente que los beneficiarios recibieran asistencia de los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que practiquen en sus propios consultorios y en hospitales u otras instituciones médicas, ya sean públicas o privadas, si han sido reconocidas.

41. En las regiones de población dispersa y alejada de las ciudades debería organizarse un servicio de clínicas ambulantes motorizadas o instaladas en aviones, equipadas para los primeros auxilios, tratamiento dental, examen general y, posiblemente, para otros servicios sanitarios, tales como los relacionados con las madres y niños lactantes, y deberían tomarse disposiciones para el transporte gratuito de los enfermos a los centros y hospitales.

Colaboración con los servicios generales de sanidad

42. Los beneficiarios del servicio de asistencia médica deberían tener a su disposición todos los servicios generales de sanidad, es decir, servicios que presten a toda la comunidad o a grupos de personas los medios para mejorar y proteger su salud antes de que esta se vea amenazada o se vislumbre la amenaza, ya se presten estos servicios por miembros de la profesión médica y de las profesiones afines o en otra forma.

43. El servicio de asistencia médica debería prestarse en estrecha coordinación con los servicios generales de sanidad, ya sea por medio de una estrecha colaboración con instituciones de seguro social que presten asistencia médica y con autoridades encargadas de los servicios generales de sanidad, ya sea unificando los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad en un solo servicio público.

44. Debería obtenerse la coordinación local de los servicios de asistencia médica y de los servicios generales de sanidad, estableciendo centros para la asistencia médica en las

cercanías de las sedes centrales de los servicios generales de sanidad o estableciendo centros comunes que sirvan de sede a todos o a una parte de los servicios de sanidad.

45. Los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que colaboren con el servicio de asistencia médica y trabajen en centros médicos podrán prestar la asistencia médica general que pueda ventajosamente ser ofrecida por el mismo personal, comprendida la inmunización, el examen médico de escolares y de otros grupos de personas, consejos a las mujeres embarazadas y a las mujeres con niños lactantes, así como otra asistencia de esta naturaleza.

IV. CALIDAD DEL SERVICIO

Nivel óptimo del servicio de asistencia médica

46. El servicio de asistencia médica debería tender a la prestación de una asistencia de la mejor calidad posible, habida cuenta de la importancia de la relación entre el médico y el enfermo y de la responsabilidad personal y profesional del médico, y protegiendo al mismo tiempo tanto los intereses de los beneficiarios como los de las profesiones que colaboren con el servicio.

Elección del médico y continuidad de la asistencia

47. El beneficiario debería tener derecho a escoger, entre los médicos generales que estén a disposición del servicio y a una distancia razonable de su domicilio, el médico por el que desee ser asistido de una manera permanente (médico de cabecera); también debería tener el mismo derecho de elección para escoger el médico de sus hijos. Estos principios deberían aplicarse igualmente a la elección de un dentista para la familia.

48. Cuando los centros sanitarios presten asistencia, el beneficiario debería tener derecho a escoger su centro a una distancia razonable de su domicilio, y a escoger, para él y para sus hijos, un médico y un dentista entre los médicos generales y dentistas que trabajen en ese centro.

49. A falta de un centro sanitario, el beneficiario debería tener derecho a escoger su médico de cabecera y el dentista de la familia entre los médicos generales y los dentistas que colaboren en el servicio y cuyos consultorios se encuentren a una distancia razonable de su domicilio.

50. El beneficiario que pueda alegar una razón justificada, tal como la falta de contacto personal y confianza, debería tener derecho a cambiar de médico de cabecera y de dentista de familia, a condición de que los avise previamente dentro del plazo previsto a estos efectos.

51. El médico general o el dentista que colabore en el servicio debería tener derecho a aceptar o rechazar el cliente, pero no podrá aceptar a un número de clientes que exceda de un máximo prescrito, ni rechazar clientes que no le hayan elegido sino que le hayan sido asignados por el servicio, de acuerdo con métodos imparciales.

52. La asistencia prestada por especialistas y miembros de profesiones afines, tales como enfermeras, comadronas, masajistas y otros, debería proporcionarse a instancias y por intermedio del médico de cabecera, que debería tener en cuenta, siempre que ello fuere posible, las preferencias del enfermo, si hay varios miembros de la especialidad o de la profesión que trabajen en el centro sanitario o a una distancia razonable del domicilio del enfermo. Deberían tomarse disposiciones especiales a fin de prestar la asistencia de especialistas solicitados por el enfermo, aunque ello no haya sido aconsejado por el médico de cabecera.

53. Debería prestarse asistencia en el hospital cuando lo aconseje el médico de cabecera del beneficiario o el especialista que haya sido consultado.

54. Si la asistencia en el hospital se presta en el centro donde trabaja el médico de cabecera o el especialista, el enfermo debería ser preferentemente asistido en el hospital por su propio médico de cabecera o por el especialista que le haya sido asignado.

55. Siempre que ello fuere posible, deberían tomarse las medidas necesarias para que

pueda consultarse, previa cita, a los médicos generales o a los dentistas que trabajen en el centro sanitario.

*Condiciones de trabajo y situación de los médicos
y de los miembros de profesiones afines*

56. Las condiciones de trabajo de los médicos y de los miembros de las profesiones afines que colaboren con el servicio deberían tender a alejar del médico u otro colaborador cualquier preocupación de orden económico, garantizándole ingresos suficientes durante los períodos de trabajo, vacaciones, enfermedad y retiro y garantizando pensiones a sus supervivientes, sin limitar su discreción profesional, a no ser mediante la vigilancia profesional, y no deberían desviar la atención del médico u otro colaborador del mantenimiento y mejoría de la salud de los beneficiarios.

57. Sería conveniente que los médicos generales, especialistas y dentistas que trabajen para un servicio de asistencia médica que ampare a toda o a una gran parte de la población fuesen empleados con sueldo por tiempo completo, con garantías suficientes en materia de vacaciones, enfermedad, vejez y muerte, a condición de que la profesión médica esté adecuadamente representada en el organismo que les emplee.

58. Cuando los médicos generales o los dentistas dedicados a la práctica privada de la profesión trabajen parte del tiempo en un servicio de asistencia médica que cuente con un número suficientemente elevado de beneficiarios, sería conveniente pagarles una suma básica fija, por año, acordándoles garantías suficientes en materia de vacaciones, enfermedad, vejez y muerte. Esta suma podrá aumentarse, si se considerare conveniente, con honorarios fijos por cada persona o familia confiada a la asistencia del médico o dentista.

59. Cuando los especialistas dedicados a la práctica privada de la profesión trabajen parte del tiempo en un servicio de asistencia médica que cuente con un número considerable de beneficiarios, sería conveniente remunerarles con una suma proporcional a las horas de trabajo consagradas al servicio (salario por tiempo parcial).

60. Cuando los médicos y dentistas dedicados a la práctica privada de la profesión trabajen parte del tiempo en un servicio de asistencia médica que no cuente sino con un pequeño número de beneficiarios, sería conveniente remunerarles por los servicios efectuados.

61. Sería conveniente que entre los miembros de las profesiones afines que colaboren con el servicio, aquellos que presten asistencia personal fuesen empleados con salario por tiempo completo y con garantías suficientes en materia de vacaciones, enfermedad, vejez y muerte; los miembros de estas profesiones que proporcionen material deberían ser pagados de acuerdo con tarifas adecuadas.

62. Las condiciones de trabajo de los miembros de la profesión médica o de las profesiones afines que colaboren con el servicio deberían ser uniformes en todo el país o para todas las categorías de la población amparada por el servicio, y deberían fijarse de acuerdo con los órganos representativos de la profesión respectiva, a reserva sólo de aquellas variaciones que puedan ser necesarias como consecuencia de la diversidad de las exigencias del servicio.

63. Debería preverse un procedimiento para permitir que los beneficiarios presenten reclamaciones acerca de la asistencia recibida y que los miembros de la profesión médica o de las profesiones afines presenten reclamaciones acerca de sus relaciones con la administración del servicio, ante el organismo de arbitraje pertinente, y en condiciones que presenten garantías adecuadas para todas las partes interesadas.

64. El sistema de vigilancia profesional de los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que trabajen en el servicio debería estar confiado a organismos compuestos especialmente de representantes de las profesiones que colaboren con el servicio, y prever medidas disciplinarias.

65. Cuando, durante el procedimiento referido en el párrafo 63, un miembro de la profesión médica o de las profesiones afines que trabaje en el servicio sea acusado de una falta en el cumplimiento de sus deberes profesionales, el organismo de arbitraje debería someter la cuestión al organismo de vigilancia mencionado en el párrafo 64.

*Nivel de pericia y de
conocimientos profesionales*

66. Debería alcanzarse y mantenerse el nivel más elevado posible de conocimientos y pericia en las profesiones que colaboren en el servicio, y para ello se debería exigir un nivel elevado de formación científica y práctica, y se debería velar para que aquellos que colaboren en el servicio mantengan y aumenten su pericia y sus conocimientos.

67. Los médicos que participen en el servicio deberían tener una formación adecuada en materia de medicina social.

68. Los estudiantes de medicina y de odontología, antes de ser admitidos en el servicio de asistencia médica como médicos o dentistas plenamente calificados, deberían trabajar como ayudantes en los centros sanitarios o en los consultorios, especialmente en regiones rurales, bajo la vigilancia y la dirección de profesionales experimentados.

69. Entre las calificaciones para ingresar en el servicio debería exigirse un período mínimo de internado en un hospital.

70. Debería exigirse a los médicos que deseen ingresar en el servicio como especialistas un certificado de competencia en su especialización.

71. Debería exigirse que los médicos y dentistas que colaboren en el servicio participen periódicamente en cursos postuniversitarios organizados o aprobados a estos efectos.

72. Deberían prescribirse períodos adecuados de aprendizaje en hospitales o en centros sanitarios para los miembros de las profesiones afines, y deberían organizarse cursos postuniversitarios de asistencia periódica obligatoria para aquellos que colaboren en el servicio.

73. Los hospitales administrados por el servicio médico o aquellos que colaboren en este servicio deberían proporcionar facilidades que permitan la investigación científica y la enseñanza médica.

74. La formación profesional y la investigación científica deberían ser promovidas con la ayuda financiera del Estado y con la legislación.

V. FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA

*Constitución de los fondos
para financiar un servicio
de seguro social*

75. La cotización máxima que se perciba de una persona asegurada no debería exceder de aquella proporción de sus ingresos que, aplicada a los ingresos de todos los asegurados, arroje un ingreso igual al costo total probable del servicio de asistencia médica, comprendido el costo de la asistencia prestada a las personas que viven a su cargo, tal como las define el párrafo 6.

76. La cotización pagada por cada asegurado debería representar la fracción de la cotización máxima que pueda pagar sin que ello constituya para él una carga excesiva.

77. Los empleadores deberían estar obligados a pagar una parte de la cotización máxima, en nombre de las personas que empleen.

78. No debería exigirse el pago de la cotización del seguro a las personas cuyos ingresos no excedan del nivel de subsistencia. La autoridad debería pagar cotizaciones equitativas en nombre de estas personas; sin embargo, en el caso de personas empleadas, dichas cotizaciones podrían ser pagadas, total o parcialmente, por sus empleadores.

79. La parte del costo del servicio de asistencia médica que no esté cubierta por las cotizaciones debería cargarse a los contribuyentes.

80. Las cotizaciones de los asalariados podrían ser recaudadas por sus empleadores.

81. Cuando se exija a una clase cualquiera de trabajadores independientes la afiliación a una asociación profesional o la obtención de un permiso, la asociación o la autoridad que conceda el permiso podrían encargarse de la recaudación de las cotizaciones de dichas personas.

82. La autoridad nacional o local podría estar encargada de la recaudación de las cotizaciones de los trabajadores independientes inscritos a los efectos fiscales.

83. Cuando se halle en vigor un régimen de seguro social que otorgue prestaciones en efectivo, sería conveniente recaudar junto con las cotizaciones para dicho régimen las cotizaciones para el servicio de asistencia médica.

*Constitución de fondos
para financiar un servicio público
de asistencia médica*

84. El costo del servicio de asistencia médica debería financiarse con fondos públicos.

85. Cuando toda la población esté amparada por el servicio de asistencia médica y todos los servicios de sanidad estén bajo una sola administración central y regional, sería conveniente que el servicio de asistencia médica estuviese financiado con los ingresos generales del Estado.

86. Cuando la administración del servicio de asistencia médica esté separada de la de los servicios generales de sanidad, sería conveniente financiar el servicio de asistencia médica con un impuesto especial.

87. El impuesto especial debería pagarse a un fondo separado reservado exclusivamente para financiar el servicio de asistencia médica.

88. El impuesto especial debería ser progresivo y estar calculado de suerte que se obtengan ingresos suficientes para financiar el servicio de asistencia médica.

89. No debería exigirse el pago del impuesto especial a las personas cuyos ingresos no excedan del nivel mínimo de subsistencia.

90. Sería conveniente que el impuesto especial fuese percibido por las autoridades nacionales que recaudan el impuesto a la renta o, cuando no exista dicho impuesto, por las autoridades encargadas de la recaudación de los impuestos locales.

Constitución de capitales

91. Además de proveer los recursos normales para financiar el servicio de asistencia médica, deberían tomarse medidas para utilizar el patrimonio de las instituciones de seguro social, o fondos que provengan de otras fuentes, para financiar los gastos extraordinarios que fueren necesarios para ampliar y mejorar el servicio, especialmente para la construcción o instalación de hospitales y de centros médicos.

VI. CONTROL Y ADMINISTRACION DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA

*Unidad de los servicios de sanidad
y control democrático*

92. Todos los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad deberían estar controlados por un organismo central, y deberían estar administrados por regiones sanitarias, tal como se definen en el párrafo 24; los beneficiarios del servicio de asistencia médica, así como la profesión médica y las profesiones afines interesadas, deberían participar en la administración del servicio.

Unificación de la administración central

93. Debería incumbir a una autoridad central que represente a la comunidad la formulación de los principios generales de acción sanitaria, y la vigilancia de todos los servicios de asistencia médica y de los servicios generales de sanidad, a reserva de que consulte y colabore con la profesión médica y las profesiones afines sobre todas las cuestiones profesionales, y a reserva también de que consulte a los beneficiarios sobre las cuestiones referentes a los principios generales y a la administración que interesen al servicio de asistencia médica.

94. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a una parte de ella, y todos los servicios de asistencia médica y servicios generales de sanidad estén

bajo la vigilancia o la administración de un organismo central del gobierno, podrá considerarse que los beneficiarios están representados por el jefe principal de este organismo.

95. El organismo central del gobierno debería mantenerse en contacto con los beneficiarios por intermedio de organismos consultivos en los que participen representantes de organizaciones de las diferentes categorías de la población, tales como los sindicatos, asociaciones de empleadores, cámaras de comercio, asociaciones de agricultores, asociaciones femeninas y sociedad de protección a la infancia.

96. Representantes de los asegurados deberían participar en el control, de preferencia por intermedio de comités consultivos, respecto a todas las cuestiones sobre los principios generales que estén relacionados con el servicio de asistencia médica, cuando este servicio ampare sólo a una parte de la población y el organismo central del gobierno vigile todos los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad.

97. El organismo central del gobierno debería consultar a los representantes de la profesión médica y de las profesiones afines, de preferencia por intermedio de comités consultivos, sobre cualquier cuestión relacionada con las condiciones de trabajo de los miembros de las profesiones que colaboren en el servicio, así como sobre cualesquiera otras cuestiones de orden esencialmente profesional, especialmente sobre la elaboración de la legislación referente al carácter, extensión y administración de la asistencia prestada por el servicio.

98. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a la mayor parte de ella, y todos los servicios de asistencia médica y servicios generales de sanidad estén vigilados o administrados por un organismo representativo, los beneficiarios deberían estar representados directa o indirectamente en dicho organismo.

99. En este caso, la profesión médica y las profesiones afines deberían estar representadas en el organismo representativo, de preferencia con un número igual de representantes que los beneficiarios o el gobierno; los miembros profesionales del organismo deberían ser elegidos por su profesión respectiva o ser propuestos por los representantes de las profesiones y nombrados por el gobierno central.

100. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a la mayor parte de ella, y todos los servicios de asistencia médica y servicios generales de sanidad estén vigilados o administrados por una corporación de expertos establecida por la legislación o en virtud de un estatuto, sería conveniente que esta corporación estuviese compuesta por un número igual de miembros de la profesión médica y de las profesiones afines, por una parte, y de personas calificadas que no pertenezcan a estas profesiones, por otra.

101. Los miembros profesionales de la corporación de expertos deberían ser nombrados por el gobierno central entre los candidatos propuestos por los representantes de la profesión médica y las profesiones afines.

102. El organismo representativo ejecutivo de la corporación de expertos que vigile y administre los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad debería ser responsable ante el gobierno de su programa de acción general.

103. En el caso de un Estado federal, la autoridad central prevista en los párrafos precedentes podrá ser la autoridad federal o la de un Estado.

Administración local

104. La administración local de los servicios de asistencia médica y de los servicios generales de sanidad debería estar unificada o coordinada por regiones constituidas a estos efectos de acuerdo con las indicaciones del párrafo 24, y el servicio de asistencia médica de la región debería estar administrado por organismos que representen a los beneficiarios y que comprendan representantes del servicio médico y de las profesiones afines, o que sean asistidos por dichos representantes, o bien en consulta con tales organismos, a fin de proteger los intereses de los beneficiarios y de las profesiones y garantizar la eficacia técnica de servicio y la libertad profesional de los médicos que en él colaboren.

105. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a la mayor parte de ella en la región sanitaria, sería conveniente que todos los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad estuvieran administrados adecuadamente por una sola autoridad regional.

106. Cuando, en este caso, la autoridad administrativa regional administre los servicios de sanidad en nombre de los beneficiarios, las profesiones médicas y afines deberían participar en la administración del servicio de asistencia médica, de preferencia por intermedio de comités elegidos por las profesiones, o nombrados por la autoridad administrativa regional o por el gobierno central entre los candidatos propuestos por las profesiones interesadas.

107. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a la mayor parte de ella en la región sanitaria y este servicio esté administrado por un organismo representativo, la autoridad administrativa regional, en nombre de los beneficiarios, así como las profesiones médicas y afines en la región, deberían estar representadas en este organismo, de preferencia en número igual.

108. Cuando el servicio de asistencia médica esté administrado por oficinas regionales o por funcionarios regionales de la autoridad central, las profesiones médicas y afines en la región deberían participar en la administración, de preferencia por intermedio de comités técnicos ejecutivos elegidos o nombrados de acuerdo con las disposiciones del párrafo 106.

109. Cualquiera que sea la forma de la administración regional, la autoridad que administre el servicio de asistencia médica debería permanecer, en la región, en contacto permanente con los beneficiarios, por intermedio de organismos consultivos, elegidos por organismos representativos de las diversas categorías de la población, de acuerdo con las disposiciones del párrafo 95.

110. Cuando el servicio de asistencia médica del seguro social no ampare sino una parte de la población, sería conveniente que la administración de este servicio se confiara a un organismo representativo ejecutivo que fuere responsable ante el gobierno y comprendiera representantes de los beneficiarios y de las profesiones médicas y afines que colaboren con el servicio, y de los empleadores.

Administración de las unidades sanitarias

111. Las unidades sanitarias que pertenezcan al servicio médico y cuyas funciones estén garantizadas por dicho servicio, tales como centros médicos, sanitarios u hospitalarios, deberían estar administradas según un sistema de control democrático que incluya la participación de la profesión médica, entera o principalmente por médicos, elegidos por los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines, que colaboren con el servicio, o nombrados previa consulta a estos miembros, en colaboración con todos los médicos que trabajen en la unidad.

Derecho de apelación

112. Los beneficiarios, o los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que hayan presentado reclamaciones ante el organismo de arbitraje mencionado en el párrafo 63, deberían tener derecho a apelar de la decisión de este organismo ante un tribunal independiente.

113. Los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines contra los que haya tomado medidas disciplinarias el organismo de vigilancia mencionado en el párrafo 64, deberían tener derecho a apelar de la decisión de este organismo ante un tribunal independiente.

114. Cuando el organismo de vigilancia mencionado en el párrafo 64 no tome medidas disciplinarias en el caso que le haya sido sometido por el organismo de arbitraje, de conformidad con el párrafo 65, las partes interesadas deberían tener derecho a apelar ante un tribunal independiente.

ANEXO 3

Resolución A.2 anexa a la Carta de Punta del Este (Uruguay, 1961)¹*Plan Decenal de Salud Pública
de la Alianza para el Progreso*

La Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial,

TENIENDO PRESENTE:

Las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar, y

CONSIDERANDO:

Que hay acuerdo entre los gobiernos de las Américas para planificar simultáneamente el crecimiento económico y el progreso social para el decenio que se inició en 1960;

Que con este propósito es indispensable una serie de disposiciones previas destinadas a formular los planes nacionales en forma que consulten los problemas de mayor importancia para las sociedades;

Que mientras se preparen dichos planes, no deben interrumpirse los programas en ejecución sino, por el contrario, ampliarse a nuevas comunidades e iniciar aquellos otros que tengan significado económico-social, dando prioridad a los planes de emergencia en ciertos países;

Que es indispensable coordinar las diversas iniciativas que forman parte del bienestar individual y colectivo, tanto en los planes nacionales como en los proyectos actualmente en ejecución o en los que se realicen en el futuro;

Que el Grupo de Expertos de la Organización de los Estados Americanos sobre Planificación del Desarrollo Económico y Social en América Latina estableció "que el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región", y

Que el Consejo de la Organización de los Estados Americanos recomendó a los gobiernos que al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, se incluyan los programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos, y que también recomendó la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de tales programas (Resolución VII, Segundo Período de Sesiones de la Comisión Especial para Estudiar la Formulación de Nuevas Medidas de Cooperación Económica),

RESUELVE:

1. Recomendar a los gobiernos las siguientes medidas a largo plazo para la prevención de las enfermedades y la defensa y recuperación de la salud.

- a. Preparar planes nacionales para el próximo decenio.
- b. Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación, con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación general del desarrollo económico y del progreso social, para la correspondiente coordinación.

¹ Documento Oficial de la OEA Ser. H/XII. 1 (esp.), 30-32.

- c. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias, como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud.
 - d. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso:
 - (1) Determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión;
 - (2) Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y
 - (3) Ampliar o crear los centros educativos necesarios.
 - e. Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades.
 - f. Adoptar las disposiciones legales e institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, turismo y otros.
 - g. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica, para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.
2. Recomendar a los gobiernos la ejecución de las siguientes medidas de efectos inmediatos:
- a. Dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutrición, la atención médica, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria y otros destinados a la defensa de la salud, reconociendo la debida prioridad a los programas de emergencia de determinados países.
 - b. Formular, para su ejecución progresiva, proyectos destinados a:
 - (1) Suministrar agua potable y servicios de alcantarillado por lo menos al 70 por ciento de la población urbana y al 50 por ciento de la población rural en el próximo decenio, como mínimo;
 - (2) Reducir la mortalidad de los menores de 5 años de edad a la mitad de las tasas actuales;
 - (3) Erradicar del Continente el paludismo y la viruela e intensificar el control de otras enfermedades infecciosas frecuentes, tales como las entéricas y la tuberculosis;
 - (4) Mejorar sustancialmente la alimentación y la nutrición de los grupos más vulnerables de la población, aumentando la ingestión de proteínas de origen animal o vegetal, y
 - (5) Procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud.
3. Establecer, como meta general de los programas de salud en el próximo decenio, un aumento de cinco años en la esperanza de vida de cada persona al nacer.
4. Recomendar a los gobiernos que, cuando lo estimen conveniente, utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud) en la preparación y ejecución de estos planes. Igualmente, apoyar los proyectos de dicho organismo para establecer sistemas de planificación en salud en los países de América Latina.
5. Recomendar asimismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bilateral, que están a disposición de los países de este Continente.

ANEXO 4

Prestaciones por enfermedad y maternidad en regímenes de seguridad social *

País e institución	Prestaciones por enfermedad				Prestaciones por maternidad			
	En dinero		En servicios		En dinero		En servicios	
	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes
<i>Argentina</i>								
Caja de Maternidad	-	-	-	-	X	-	-	-
<i>Bolivia</i>								
Caja Nacional de Seguridad Social	X	-	X	X	X	-	X	X
Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros	X	-	X	X	X	-	X	X
<i>Brasil</i>								
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários	X	-	X	X	X	X	X	X
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes	X	-	X	X	X	X	X	X
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas	X	-	X	X	X	X	X	X
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos	X	-	X	X	X	X	X	X
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários	X	-	X	X	X	X	X	X
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos	X	-	X	X	X	X	X	X
<i>Colombia</i>								
Caja Nacional de Previsión	X	-	-	-	X	-	X	-
Instituto Colombiano de Seguros Sociales	X	-	X	-	X	-	X	X
<i>Costa Rica</i>								
Caja Costarricense de Seguro Social	X	-	X	X	X	-	X	X
<i>Chile</i>								
Servicio de Seguro Social	X	-	X	X	X	-	X	X
(Servicio Nacional de Salud)								
Caja de Previsión de los Empleados Particulares	X ^a	-	X ^a	-	-	-	-	-
(Servicio Médico Nacional del Empleado)								
<i>Ecuador</i>								
Instituto Nacional de Previsión	X	-	X	X	X	-	X	-
(Caja Nacional del Seguro Social)								
<i>El Salvador</i>								
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	X	-	X	-	X	-	X	X
<i>Guatemala</i>								
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	X ^b	-	X ^b	-	X ^c	X ^d	X ^e	X ^f
<i>Haití</i>								
Institut d'Assurances Sociales d'Haiti	-	-	-	-	-	-	-	-

* Preparado por el Programa de Seguridad Social, Departamento de Asuntos Sociales, Unión Panamericana, abril de 1965.

País e institución	Prestaciones por enfermedad				Prestaciones por maternidad			
	En dinero		En servicios		En dinero		En servicios	
	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes
Honduras								
Instituto Hondureño de Seguridad Social	X	-	X	X ^a	X	-	X	X
México								
Instituto Mexicano del Seguro Social	X	-	X	X	X	-	X	X
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	X	-	X	X	X	-	X	X
Nicaragua								
Instituto Nacional de Seguridad Social	X	-	X	X ^b	X	-	X	X
Panamá								
Caja de Seguro Social	-	-	X	X ^c	X	-	X	-
Paraguay								
Instituto de Previsión Social	X	-	X	X	X	-	X	X
Perú								
Caja Nacional del Seguro Social Obrero	X	-	X	-	X	-	X	-
Seguro Social del Empleado	X	-	X	-	X	-	X	X
República Dominicana								
Instituto Dominicano de Seguros Sociales	X	-	X	X ^d	X	-	X	X
Uruguay								
Consejo Central de Asignaciones Familiares	-	-	-	-	X	-	X	-
Venezuela								
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales	X	-	X	X	X	-	X	X

^a Cáncer, tuberculosis, cardiovasculares y sífilis.

^b Sólo cubre enfermedades profesionales y accidentes comunes.

^c Sólo en el Departamento de Guatemala.

^d Sólo en caso de muerte de la afiliada.

^e Hijos menores de dos años.

^f Hijos menores de seis años.

^g Hijos menores de ocho meses.

ANEXO 5

Formulación de una encuesta internacional¹

Bases para la elaboración del cuestionario

1. Organización administrativa

a. *De los Ministerios de Salud:* Capacidad legal para fijar una política superior de salud integral; tipos de servicios realizados; atribuciones sobre otros servicios que presten atención médica.

b. *De los organismos de seguridad social:* Dependencia ministerial; relación con el Ministerio de Salud; administración superior y directivas; personal en función del número de imponentes; sistema de selección y remuneración de los médicos.

¹ Véase Documento de Trabajo, sección D-5, pág. 28.

c. *Ensayos de coordinación*: Relaciones jurídicas y administrativas entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social; actividades preventivas en favor de la familia, como unidad de trabajo; coordinación de servicios a nivel local, especialmente en áreas rurales; política mancomunada de formación, reclutamiento y remuneración del personal.

2. Estudios de cobertura

a. *De los Ministerios de Salud*: Población que teóricamente tiene derecho a atención, de acuerdo con el estatuto legal; población que efectivamente tiene acceso a los servicios; disponibilidad de camas en función de población teórica; promedio de estada e índice ocupacional de las camas hospitalarias; número de consultas externas en función de población teórica; servicios de especialidad; atenciones domiciliarias.

b. *De los organismos de seguridad social*: Riesgos cubiertos, número de personas afiliadas; número de familiares beneficiarios; beneficios concedidos; disponibilidad de camas en función del total de beneficiarios; promedio de estada e índice ocupacional de las camas hospitalarias; número de consultas externas en función del total de beneficiarios; servicios de especialidades; atenciones domiciliarias.

3. Estudio de costos y financiamiento²

a. *En los Ministerios de Salud y en las instituciones de seguridad social*: Factores economicofinancieros y su repercusión en los costos de la seguridad social; contribución financiera comparada de distintos grupos laborales; capacidad económica de los distintos grupos laborales y étnicos para pagar los servicios médicos o para financiar los sistemas de seguridad social que dan prestaciones médicas.

b. *En los hospitales dependientes de una y otra entidad*: Costos de capital comparados con gastos corrientes efectivos; componentes de los costos de capital por cama habilitada y por consultorio externo; análisis de los gastos corrientes por partida presupuestaria (sueldos, alimentación, farmacia, etc.); análisis de los gastos corrientes por departamentos (medicina, cirugía, laboratorio, cocina, etc.); costo por día-cama; costo de la consulta externa por hora de trabajo y por individuo atendido; costo por beneficiario; costo por habitante-año.

c. *Entradas o rentas de los médicos*: Comparando sueldos de los Ministerios con los de la seguridad social y con cálculos de rentas-promedio, según aranceles establecidos por los organismos gremiales.

² En todos estos estudios de costos se usarían las definiciones establecidas por el Dr. Brian Abel-Smith en *El precio de los servicios sanitarios*. Cuadernos de Salud Pública de la OMS No. 17. Ginebra, Suiza, 1964.

III. INFORME FINAL DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA EN LA AMERICA LATINA

Con especial énfasis en las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud u otros organismos gubernamentales de salud

INTRODUCCION

El 12 de julio de 1965, a las 9 a.m., se reunió en la Sala de Conferencias de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Grupo de Estudio convocado conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de los Estados Americanos, para discutir la coordinación de la atención médica prestada por las instituciones de seguridad social y por los servicios dependientes de los Ministerios u otros organismos gubernamentales de salud.

Inauguró la reunión el Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina, quien, al dar la bienvenida a los participantes, dio a conocer que al aprobar la convocación de este Grupo de Estudio, "estuvo presente en el espíritu del Consejo la obligación moral del administrador de salud de prestar servicios oportunos al menor costo y de la mejor calidad posibles, con invariable consideración a la persona, como miembro de una familia y componente de la sociedad, sometida a los riesgos del ambiente y cuya adaptación a sus contingencias se revela en salud y enfermedad". Dijo más adelante el Director, que "los organismos públicos y privados—en ellos incluidos los institutos de seguridad social—quedan obligados a ajustar sus funciones a la historia natural de los procesos biológicos

de los seres humanos. En ellos las alternativas de salud, enfermedad e invalidez, expresiones de la continuidad de su ciclo vital, corresponden a las acciones de orden preventivo, curativo y social" que deben llevar a cabo las instituciones encargadas del cuidado de la salud. Finalmente, el Dr. Horwitz planteó algunas interrogantes que constituyen otras tantas materias para la investigación del Grupo de Estudio. Ellas fueron: "¿La incoordinación reinante entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud, obedece sólo a causas convencionales, derivadas de una falta de definición jurídica del campo de acción de cada cual? O, a la inversa, ¿tiene sus raíces más profundas en un proceso económico y social característico de los países en desarrollo? ¿Cómo facilitar al Estado el cumplimiento de su obligación de proveer cuidados de salud, en lo posible para toda la comunidad, y la coordinación global de los recursos de que dispone?" Terminó el Dr. Horwitz expresando su gratitud al Dr. José A. Mora, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, por la comprensión con que esa Organización prestó su patrocinio conjunto a esta reunión.

A continuación hizo uso de la palabra el

Sr. Beryl Frank, en representación del Secretario General de la OEA, quien después de hacer una historia de las distintas etapas que la OEA y la OPS han cumplido en este trabajo cooperativo en pro de la coordinación de la atención médica "especialmente entre los dos principales proveedores de tales servicios, los Ministerios de Salud y las instituciones de seguro social", terminó declarando que "todos tenemos conciencia de que vivimos un momento histórico que espero va a iniciar una nueva etapa en las relaciones entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social".

El Dr. Carlos Andrade Marín fue elegido Presidente del Grupo de Estudio y el Dr. Nelson de Araujo Moraes, Relator.

El Dr. René García-Valenzuela, Secretario del Grupo de Estudio, indicó la metodología prevista para las sesiones del Grupo y dio a conocer el marco de referencia para sus trabajos, que fue el siguiente:

a) Analizar las relaciones que existen en el momento actual entre los servicios de atención médica u otros dependientes de los Ministerios de Salud y los de las instituciones de seguridad social.

b) Recomendar procedimientos para obtener un mejor conocimiento del problema, que permita a los países reforzar y perfeccionar los servicios locales y nacionales de salud, y a la OPS y a la OEA, establecer los órganos y métodos adecuados para prestar ayuda eficiente en esta materia a los países que la soliciten.

c) Proponer medidas para promover una mejor coordinación en los servicios de atención médica regidos por los Ministerios de Salud, con los de las instituciones de seguridad social u otros organismos, y de todos ellos con los servicios básicos de salud, a través de una planificación efectiva e integral del sector salud.

Por su parte, el Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Asesor Especial de la OSP, dio a conocer el orden del día y el programa de trabajo, explicando, en forma sucinta, el

enfoque que se ha dado al problema en el Documento de Trabajo¹ previamente llevado a conocimiento de los miembros del Grupo. En este documento, después de una revisión de los aspectos conceptuales y de los acuerdos internacionales que rigen el cuidado de la salud, se hace una revisión de la situación actual en distintos países de América Latina, destacando algunos ensayos de coordinación o integración de servicios, como asimismo el lugar que la salud y la seguridad social ocupan en la planificación del desarrollo que cada día están aplicando en mayor grado los países del Continente. Después de analizar las causas que aparentemente están obstaculizando la coordinación entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social y aquellos de los Ministerios de Salud, el Dr. Bravo terminó insinuando algunos de los métodos que podrían promover una mayor coordinación dentro de un plan progresivo y adaptado a las distintas etapas de desarrollo en que se encuentran los servicios de cuidado de la salud de las instituciones respectivas.

El Grupo de Estudio examinó detenidamente el Documento de Trabajo en todos sus capítulos y llegó a la conclusión de que el mismo enfoca con propiedad los conceptos fundamentales del problema y destaca sus aspectos principales, describiendo con fidelidad la situación actual en América Latina, y propone métodos valederos para corregir la falta de coordinación entre las instituciones que prestan atención médica. Por este motivo, el Grupo hace suyas las recomendaciones y sugerencias contenidas en el Documento y decide incluirlo íntegramente como anexo al presente Informe.

El Grupo acordó, además, llevar a la atención de las instituciones patrocinantes los siguientes puntos complementarios que fueron motivo de debate y que se analizan en las páginas siguientes de este Informe.

A. Revisión histórica de los obstáculos que han impedido una buena coordinación.

¹ Véase pág. 6.

- B. Concepto de coordinación.
- C. Planificación del desarrollo.
- D. Cobertura de las prestaciones médicas de la seguridad social y uniformación de sus regímenes.
- E. Recursos humanos.
- F. Costos y financiamiento.
- G. Proyecto de encuesta.
- H. Otras recomendaciones.

A. REVISION HISTORICA DE LOS OBSTACULOS QUE HAN IMPEDIDO UNA BUENA COORDINACION

Los miembros del Grupo tuvieron presente que, si bien la coordinación entre los distintos servicios estatales y privados que dan prestaciones médicas para el cuidado de la salud de diversos grupos de la comunidad es, y ha sido, una preocupación de carácter permanente de los Gobiernos, no es menos cierto que ella adquirió importancia capital, después de aprobada la Resolución A.2 anexa a la Carta de Punta del Este, en la que se hizo mención de la atención médica como uno de los elementos que han de servir de base al desarrollo económico y social de los países de América Latina. Desgraciadamente, en la Reunión de Punta del Este estuvieron ausentes los personeros de la seguridad social. Como consecuencia de esta circunstancia, las declaraciones contenidas en la mencionada Resolución A.2 tuvieron un carácter muy general y no pudieron hacerse cargo de la influencia que la seguridad social tiene dentro del desarrollo socioeconómico. El acuerdo, por otra parte, aspira a dar mayor atención y a perfeccionar los servicios, pero no incluye ninguna disposición respecto a lo que se estima fundamental, esto es, la necesidad de colaboración estrecha entre los organismos responsables del cuidado de la salud de la comunidad.

El Grupo ha creído conveniente llamar la atención sobre el hecho que se observa con frecuencia en numerosos países, en los que no sólo existe falta de coordinación entre Ministerios de Salud e instituciones de seguridad social, sino que también existe entre los distintos departamentos de los Ministerios entre sí o de las cajas de previsión, en sus relaciones mutuas. La consecuencia de esta

falta de colaboración y entendimiento entre distintos organismos gubernamentales es la desintegración del sector salud, que está siendo planificado en forma parcial en subsectores, que se ignoran u oponen entre sí.

Por otra parte, el grupo consideró oportuno dejar constancia de que sería de toda conveniencia establecer la coordinación entre los distintos organismos encargados de la atención médica, no sólo a nivel nacional, sino también coordinar la asistencia técnica que prestan los organismos internacionales, los cuales no siempre se presentan defendiendo idénticos principios ni aplicando iguales métodos.

Se reconoció que una causa importante de la falta de coordinación actual depende de defectos creados por la evolución histórica. En efecto, en la mayoría de los países latinoamericanos la seguridad social antecedió a la creación de los Ministerios de Salud, y uno y otros fueron precedidos por las beneficencias, que tradicionalmente habían prestado servicios médicos a la población indigente y desvalida desde la época colonial. La seguridad social nació bajo la inspiración de los países europeos, con su orientación estrictamente curativa, vale decir, de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Por su parte, los Ministerios de Salud, influidos preferentemente por los conceptos norteamericanos de salud pública, se dedicaron durante mucho tiempo a los aspectos preventivos y de salud ambiental y sólo con posterioridad comprendieron su obligación con respecto a las acciones curativas. Al hacerlo, se han correlacionado o han absorbido, según los casos, los servicios de beneficencia, hacién-

dose cargo, junto con ello, de toda una tradición de atención médica prestada con criterio caritativo, lo que ha determinado la subsistencia de prejuicios institucionales, base de la incompreensión y la falta de coordinación actuales.

Por su parte, los servicios médicos de las instituciones de seguridad social han tenido un desarrollo muy variable en los distintos países del Continente. Mientras que en algunos precedieron a los beneficios económicos, en otros, en cambio, fueron postergados hasta que las instituciones acumularon los capitales adecuados para considerarlos. En aquellos países en que las instituciones de seguridad social dieron preeminencia a la atención médica, construyendo hospitales propios y organizando servicios de alta calidad, la modernización de la atención médica fue rápida y sus recursos materiales, económicos y profesionales han alcanzado niveles de eficiencia, con los que difícilmente pueden competir los Ministerios. En tales casos, la coordinación resulta bastante difícil. En otros países, por el contrario, donde la atención médica prestada por las instituciones de seguridad social fue más lenta, sin organización de servicios propios, la coordinación se ha producido casi en forma espontánea, ya que la seguridad social, al no disponer de hospitales, hubo de comprar servicios en el sitio adecuado, es decir, en los hospitales del Ministerio o de la beneficencia. Se citó, también, el caso de un país en que hospitales del Ministerio fueron traspasados a un organismo de seguridad social, el que, al introducirle modificaciones, los hizo progresar en forma extraordinaria.

Algunos miembros del Grupo expresaron

su opinión en el sentido de que antes de promover desde un comienzo cualquier legislación integracionista de carácter compulsivo, que suele ser resistida, puede ser de mayor interés inicial la coordinación práctica sobre el terreno, especialmente en aquellos sitios o ambientes que mejor se presten a la iniciativa, como son las ciudades pequeñas o ciertas agrupaciones del sector rural.

También se puso de manifiesto que debería tenerse en cuenta la situación diferente que se produce en los países con régimen federal, donde el gobierno central sólo tiene atribuciones normativas y en los que las autoridades ejecutivas son los estados.

Finalmente, se sugirió que se puede llegar a la coordinación a través de una extensión del campo de aplicación de la seguridad social.

El Grupo estuvo de acuerdo en que uno de los mayores obstáculos para una buena coordinación lo constituye el temor que existe, tanto en los gremios beneficiarios como en las autoridades de la seguridad social, de que los fondos reunidos a través de las cotizaciones, puedan, en un régimen coordinado, ser destinados a fines distintos o a financiar el déficit de los servicios dependientes del Ministerio de Salud. Por esta razón, se consideró que la solución debe radicar en una efectiva planificación integral del desarrollo a través de la cual se produzca un adecuado financiamiento de todos los servicios, lo que hará desaparecer estos temores y creará una actitud psicológica más adecuada para la coordinación de servicios, teniendo presente que el objetivo único y común es el bienestar del ser humano como miembro de una comunidad.

B. CONCEPTO DE COORDINACION

Se discutió ampliamente el significado y la distinción que existe entre coordinación e integración. Hubo consenso de que la mayoría de los países latinoamericanos no están aún preparados para una integración

de servicios, entendiendo por tal la unificación total, administrativa y financiera, la cual sólo podría considerarse como un ideal a largo plazo.

El Grupo tomó conocimiento de que la

OPS ha preferido hablar de integración técnica de acciones preventivas y curativas y de coordinación administrativa como elemento de cooperación intra e interinstitucional.

Como conclusión, el Grupo aceptó que para los efectos del tema en discusión debe entenderse por coordinación la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas y privadas para el cuidado de la salud.

Con esta delimitación conceptual, el Grupo estuvo de acuerdo en que sus objetivos deben ser:

- a) obtener que las distintas instituciones del sector salud utilicen racionalmente los recursos de que disponen;
- b) indicar métodos para obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles, y
- c) conseguir que las futuras inversiones y aportes sean proporcionales a las necesidades, a fin de garantizar su pleno aprovechamiento.

Las ventajas de la coordinación parecen obvias como consecuencia de los objetivos definidos en el párrafo anterior, y es evidente que los principios de eficacia y economía tendrían su aplicación integral si los precarios recursos con que cuentan las instituciones y los países se utilizaran al máximo, poniéndolos a disposición del mayor número posible de individuos.

La forma más simple de alcanzar la coordinación es la ordenación de recursos y acciones a nivel local, especialmente en pequeñas comunidades rurales. El Grupo reconoció, sin embargo, que esta coordinación local difícilmente puede tener éxito si no se

produce al mismo tiempo una coordinación de propósitos a nivel nacional, a través de la cual las distintas instituciones participantes decidan aunar sus esfuerzos aun cuando sigan manteniendo su individualidad administrativa e independencia financiera.

También será posible alcanzar la coordinación a través de las medidas que se tomen para realizar una campaña específica dirigida al control de una determinada enfermedad o en un momento de emergencia o de desastres colectivos. En estos casos, será fácil que un programa con objetivos bien determinados y con procedimientos de acción bien precisos pueda ser financiado en forma colectiva por las instituciones y puesto bajo la dirección de un comando único nombrado de común acuerdo. También es posible coordinar el uso de los recursos físicos (hospitales, centros de salud, etc.), como asimismo de equipos tales como laboratorios, rayos X, lavanderías, servicios de alimentación, etc.

Uno de los mayores obstáculos para alcanzar la coordinación en las actividades de campo es la escasez, y a veces ausencia, de personal capacitado. El Grupo reconoció la conveniencia de que los esfuerzos de las distintas instituciones y ministerios se coordinen para organizar cursos de adiestramiento en servicio del personal, con el objeto de superar esta deficiencia.

Un plan de coordinación podría aplicarse a través de la creación de comités centrales y locales de coordinación, con representantes de los sectores interesados. Es importante garantizar a cada entidad el mantenimiento de su independencia y de su personalidad propia, asegurando también a cada institución que no habrá obstáculos para que pueda cumplir con sus obligaciones legales y con sus propios fines.

C. PLANIFICACION DEL DESARROLLO

Hubo expresión unánime entre los componentes del Grupo para reconocer que la salud es un problema único y constituye un

todo que debe planificarse en forma integral y en escala nacional.

En relación con lo anterior, se manifestó

que en varios países latinoamericanos, el sector salud no está representado en las juntas de planificación a nivel presidencial, y en otros, está subdividido en subsectores que hacen llegar sus proposiciones en forma independiente y compiten por autoridad y financiamiento dentro del mismo campo. El Grupo reconoció, sin reserva, que la incorporación del sector salud dentro de la planificación nacional del desarrollo económico y social debe ser considerada como la vía de solución y como el conducto de acceso al más alto nivel, siendo a la vez la mejor fuente de coordinación intra e intersectorial. Un plan nacional de desarrollo equivale a una ley permanente en la que cada elemento adquiere un peso y un valor específico, y sirve para guiar los pasos de los técnicos de los distintos sectores, siempre que cuente con un decidido apoyo financiero y político del Gobierno, condición indispensable para que pueda prosperar. Deben realizarse todos los esfuerzos para que el administrador de salud pueda participar en el desarrollo de la planificación en el más alto nivel, por cuanto es un hecho indiscutible que el mantenimiento de la salud depende de numerosos factores que no siempre son de carácter médico y, a la vez, los programas médicos tienen una repercusión irredimible en el éxito de otros factores del desarrollo. Se citan, como ilustración de lo anterior, los programas de extensión agrícola que deben satisfacer las necesidades nutricionales, produciendo los alimentos protectores de acuerdo con las demandas de alimentación de la comunidad; los programas de vivienda que deben ser complementados con medidas sanitarias como son la provisión de agua potable y la eliminación de basuras y de excretas, que contribuyen inequívocamente a la eliminación de enfermedades y disminución de mortalidad; la instalación de nuevas industrias, que deben ir acompañadas con la aplicación de medidas higiénicas de iluminación, ventilación, control de la contaminación atmosférica, etc., a fin de prevenir accidentes y enfermedades profesionales; la construcción de caminos que permitan el

traslado de enfermos y la concentración de los recursos médicos en grandes hospitales regionales, bien dotados y capaces de prestar una atención médica de alta calidad.

El Grupo reconoció, en forma amplia, que todos estos planes, ajenos al sector salud propiamente tal, y cuya ejecución no es una función de la profesión médica, producen, sin embargo, un impacto indiscutible en la conservación o pérdida de la salud y tienen por lo tanto un interés trascendental para el administrador de los servicios de salud, quien no puede eludir su responsabilidad de plantear estos problemas y contribuir con su información ilustrada a la elaboración de estos planes. El Grupo consideró además que el contacto permanente entre todos los subsectores de la salud y de estos, a su vez, con otros sectores del desarrollo económico y social, habrá de tener una influencia muy favorable en el establecimiento de mejores relaciones de convivencia entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social, y que a través de este trabajo en conjunto se seguirá promoviendo paulatinamente la coordinación y aun se puede esperar que algún día se pueda alcanzar la integración.

El Grupo tomó conocimiento de la existencia de recursos y de becas para el adiestramiento de técnicos de salud en la metodología de la planificación y recomendó que estos recursos, que hasta ahora han estado reservados para los funcionarios de los Ministerios, sean extendidos a los administradores de la seguridad social, ya que el trabajo en común en una disciplina docente y la adquisición de conocimientos similares puede ser también un factor de coordinación.

Por último, se hizo presente que la planificación del sector salud adquiere su pleno desarrollo y utilidad sólo cuando se lleva a cabo en íntima correlación y como parte integrante de un plan nacional de desarrollo económico y social. Los ensayos realizados de planificación de la salud en países donde no existe un plan nacional de desarrollo han tenido un éxito muy relativo y discutible.

D. COBERTURA DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y UNIFORMIDAD DE SUS REGIMENES

De acuerdo con la información disponible, el Grupo de Estudio tomó conocimiento de que el porcentaje de cobertura que ofrece la seguridad social para la atención médica en los países latinoamericanos es relativamente bajo con respecto a la población total y a la población activa de esos países, y que el ideal de su extensión a la totalidad de la población tendrá que hacerse por etapas en relación con los pasos progresivos del proceso de planificación.

La cobertura universal es un ideal que no podrá alcanzarse pronto, ya que hay masas de población rural y grandes grupos indígenas que están al margen de la organización política y social de nuestros países a los cuales no llegan los servicios públicos. Difícil es hacer llegar a ellos, en este instante, los servicios de atención médica. Por otra parte, estas son poblaciones paupérrimas que no tienen capacidad económica para comprar servicios médicos. Sin embargo, el Grupo estuvo de acuerdo en que, a pesar de las graves dificultades que se prevén para incorporar estos sectores a la previsión social, es indispensable, por un concepto de solidaridad, garantizarles salud para convertirlos en elemento de trabajo y de progreso social. Para ello se han ideado sistemas de financiamiento, como por ejemplo, una cotización *per capita* de campesinos pagada por los dueños de las haciendas en las cuales viven, o bien, un impuesto al valor de la tierra, que servirá para pagar el seguro social del campesinado que la cultiva.

El Grupo consideró que es indispensable dar los pasos encaminados a incorporar a los campesinos a la seguridad social, y que este objetivo sólo se puede cumplir a través de la reforma agraria como parte del desarrollo económico, en tal forma que la institución encargada de la atención médica reciba de la administración de la reforma agraria el financiamiento adecuado para ir cubriendo progresivamente las necesidades de atención

médica del campesinado, a medida que los trabajadores agrícolas se vayan convirtiendo de elementos de consumo en elementos de producción.

Por las mismas razones anteriores, el Grupo de Estudio consideró que los países latinoamericanos no están preparados en este momento, y probablemente no lo estarán en un futuro inmediato, para aplicar en ellos un seguro nacional de salud por el estilo del británico o de otros países de alto grado de desarrollo.

Se reconoció, sin embargo, que debería irse a la uniformidad de las cotizaciones y de las prestaciones de los distintos regímenes de seguridad social, y cada vez que sea posible, a su unificación en una sola institución de previsión social para todos los grupos asalariados.

El proceso de unificación no es fácil, por cuanto se levanta la resistencia de aquellos organismos de previsión más influyentes y de más larga tradición, que habitualmente son los mejor financiados. Existen grupos gremiales que tienen suficiente poder político para mantener u obtener su independencia y gozar de sistemas de seguridad social con mayores beneficios que otros grupos. Se hizo presente que para facilitar el proceso de unificación se podría buscar algún convenio por medio del cual todos los organismos de seguridad social hagan uso de los recursos existentes, sin consideración a quién sea el dueño. Se reconoció, sin embargo, que en definitiva la uniformidad de las prestaciones y cotizaciones ofrece el mejor terreno para la unificación de los sistemas de seguridad social y para su coordinación con el Ministerio de Salud. Se dijo además que la elevación de la calidad de las prestaciones es un buen incentivo para que el servicio unificado resulte aceptable para todos los beneficiarios. Se expresó, finalmente, que el factor de uniformidad y suficiencia en los salarios del personal también es un elemento importante que contri-

buye a la unificación de los distintos sistemas.

El Grupo creyó conveniente hacer un llamamiento para que los países eviten, a toda costa, que continúe la diversificación y las subdivisiones innecesarias de los actuales organismos de seguridad social.

Se tomó conocimiento de que algunos sectores laborales de distintos países latinoamericanos se oponen a cualquier esfuerzo de coordinación o integración, por cuanto miran con aprensión lo que califican como un despojo de bienes que consideran propios y de derechos adquiridos, cuyo ejercicio podría verse limitado al incorporarse a sistemas más amplios, en los cuales sus servicios propios

perderían su personalidad e independencia.

Se sugirieron las siguientes vías de solución:

- a) Uniformidad de las prestaciones y cotizaciones en las distintas instituciones.
- b) Acción coordinada en los sectores todavía no cubiertos, como las comunidades rurales.
- c) Incorporación de la familia al beneficio de las prestaciones médicas.
- d) Mejor aprovechamiento de la capacidad instalada disponible.
- e) Edificación en común de los futuros servicios de salud en las áreas no cubiertas.

E. RECURSOS HUMANOS

El Grupo de Estudio analizó la escasez de médicos y de otros profesionales y técnicos adiestrados para actuar en los servicios de atención médica, como asimismo la mala distribución de este personal, que está concentrado principalmente en las grandes aglomeraciones urbanas. Si bien la escasez de personal, por sí misma, no puede reconocerse como un obstáculo para la coordinación, no es menos cierto que, en forma indirecta, un personal sobrecargado de trabajo y mal remunerado, se transforma en un elemento permanente de discordia que siempre está optando a una transferencia a la institución que paga mejor.

Es indudable que la profesión médica organizada tiene relación con el punto en debate. El Grupo reconoció que existe un desajuste en el ejercicio profesional producido por la evolución histórica de la medicina, que mutó de lo individual a lo colectivo, del arte a la ciencia, de la generalidad a la especialidad, y del individuo a la familia, y más recientemente, a la comunidad. En este desajuste, el médico que recibe en la universidad una educación preferentemente individualista y que no ha sido preparado para actuar como líder de la comunidad, siente que ha perdido su primitiva consideración

social y proyecta su disconformidad en problemas de remuneración. El Grupo estuvo de acuerdo en que es menester conseguir la colaboración del cuerpo médico para la función cuidados de la salud, cualquiera que sea el organismo estatal o privado o el sistema que los dispense.

La experiencia vivida por la profesión médica en numerosos países europeos y algunos de las Américas, parecería indicar que el conflicto que afecta al cuerpo médico tiene una tendencia ineluctable a resolverse en contra de sus intereses. Por esta y otras razones, las nuevas generaciones de médicos se están encontrando frente a un hecho consumado contra el cual no pueden luchar.

Algunos miembros del Grupo expresaron que en la lucha por obtener un mejor régimen de remuneración, el médico se defiende fundamentalmente de la contingencia del empleador único que entraña un servicio médico integrado, y del recargo de funciones administrativas que con frecuencia esto lleva consigo. Se dijo que, inevitablemente, el médico tendrá que reconocer, tarde o temprano, que sus aspiraciones tienen necesariamente que ajustarse a las condiciones económicas y a la realidad histórica de la sociedad y de la época en que le cabe actuar.

Sin embargo, el Grupo reconoció que la mayor motivación para el médico y otros profesionales que trabajan en los servicios de salud está en la satisfacción profesional derivada de condiciones de trabajo atractivas, tanto en lo que se refiere a edificios, instalaciones y equipo, como a la posibilidad de enseñar, estudiar y realizar investigación científica y social.

Cada vez que la organización interesada es capaz de ofrecer estas condiciones favorables de trabajo, el resultado es una disminución en las demandas de mayor remuneración. Se dejó establecido, además, que el médico tiene escasa inclinación por las labores administrativas y no acepta el control burocrático. Esta actitud, se dijo, sólo podrá ser modificada a través de la formación de las nuevas generaciones de profesionales en escuelas de medicina que enseñen el ejercicio de la medicina en un medio social cambiante, donde la relación médico-paciente ha sido reemplazada por la relación equipo médico-comunidad.

Hubo unanimidad de pareceres en el Grupo al considerar que es indispensable fomentar una actitud positiva de la profesión médica hacia los fines sociológicos de los servicios de atención médica, y hubo acuerdo para sostener que existe una interdependencia recíproca entre la coordinación de los diversos servicios que permite un mejor aprovechamiento de la energía médica y un cuerpo médico satisfecho que contribuye al proceso general de la coordinación.

F. COSTOS Y FINANCIAMIENTO

Se recalcó la necesidad de hacer comprender que la salud no es el único elemento que debe ser tenido en cuenta en la distribución de los recursos nacionales. Por muy importantes que sean los problemas de salud, la parte del producto bruto nacional o del presupuesto fiscal que se pueda destinar a este objetivo es limitada. Lo importante

En este sentido y para fomentar esta actitud positiva del médico, se propusieron las siguientes medidas:

- a) Participación activa e informada de los médicos en la formulación de los programas de salud.
- b) Perfeccionamiento continuado y participación en actividades docentes y de investigación científica.
- c) Medicina en equipo con obligado intercambio de conocimientos y experiencias entre los componentes del equipo.
- d) Adiestramiento adecuado en problemas administrativos.
- e) Auditoría médica rotativa y libremente consentida.
- f) Seguridad de una jornada completa de trabajo.
- g) Homologación de rentas y escalafones en los servicios estatales y los de la seguridad social.
- h) Beneficios de carácter social (vacaciones, desahucio, jubilaciones, etc.).
- i) Buena dotación de edificios, equipos e instalaciones.

Se destacó que los mismos comentarios referentes a los médicos son aplicables al resto del personal y que una política de coordinación de servicios entre Ministerios de Salud e instituciones de seguridad social, contribuirá igualmente a un mejor aprovechamiento de los recursos humanos disponibles.

está en que los planificadores económicos comprendan la proyección de los planes de salud y les den, en consecuencia, la ponderación que se merecen en la planificación armónica de la inversión de los recursos públicos.

El Grupo estuvo de acuerdo en que la tendencia a la elevación permanente de los

costos de los servicios podría ser frenada por medio de la aplicación del concepto de capacidad instalada, vale decir, que a través de una buena utilización de los recursos se evite que exista una capacidad de atención que no se use y que recargue artificialmente el costo unitario de las prestaciones concedidas. Hubo consenso en que a través de la coordinación administrativa se podría obtener una mejor utilización y rendimiento de los recursos actuales, lo que indirectamente haría bajar los costos por unidad producida. La coordinación de personal y de los equipos podría también contribuir a reducir los costos.

El Grupo reconoció también que la información disponible es insuficiente y sus datos no son comparables por cuanto no se han establecido definiciones que permitan conocer con precisión cuáles son los componentes del costo y cuál es la calidad del servicio prestado.

Sobre este tema, el Grupo acordó hacer las siguientes recomendaciones:

a) La primera medida es obtener el rendimiento máximo de los recursos disponibles a través de medidas tecnicoadministrativas que permitan utilizar los recursos humanos

al máximo de su producción y en su función específica; utilizar las camas hospitalarias en forma racional, reduciendo los promedios de estada y elevando el índice ocupacional hasta niveles óptimos, y finalmente, organizando la recepción, citación y circulación de pacientes en consultorio externo en forma que se eviten las listas de espera, las aglomeraciones y las pérdidas de tiempo.

b) Promover la aplicación de medidas de carácter técnico de protección y fomento a la salud de la comunidad, a fin de reducir la morbilidad y mortalidad, disminuyendo así la demanda de atención médica.

c) Sólo una vez que las dos medidas anteriores hayan sido aplicadas, se podrá conocer en su magnitud real el problema de desequilibrio entre necesidades y recursos y calcular en forma objetiva el financiamiento suplementario que sea adecuado para suplir la deficiencia de los recursos actuales. Este financiamiento podrá venir a través de la extensión de la cobertura del seguro social o a través del presupuesto general de la nación cuando la capacidad económica de las poblaciones no permita su incorporación a los institutos de seguridad social.

G. PROYECTO DE ENCUESTA

El Grupo fue ampliamente informado sobre las dificultades que presenta la realización de una encuesta como la que se propone en el Documento de Trabajo. En primer lugar se señaló que siendo esta una encuesta nacional con asistencia internacional, debería existir un compromiso formal de los Gobiernos participantes, a fin de obtener la entrega de datos completos y acuciosos por parte de todas las instituciones y ministerios participantes.

Por otra parte, se mencionó la necesidad de establecer definiciones muy precisas que permitan recoger datos comparables en todos los países participantes, especialmente en lo que se refiere a costos de los servicios.

En el curso de los debates del Grupo de

Estudio quedó demostrado que hay una gran insuficiencia de información para poder analizar el problema en forma objetiva y sobre base estadística y científica. Los datos que deberá recoger la encuesta serían más o menos los siguientes:

- a) Recursos disponibles en el momento actual.
- b) Costo de los servicios, comparativamente entre el Ministerio de Salud y las instituciones de seguridad social y, por separado, inversiones de capital y gastos de operación.
- c) Utilización de los servicios mediante un análisis de rendimientos de camas hospitalarias y de consultorios externos.

- d) Población cubierta por las instituciones de seguro social y por el Ministerio y/u otros servicios públicos.
- e) Proporción de la población que tiene acceso a los servicios existentes.
- f) Aceptación de los servicios prestados por parte de los beneficiarios y por la profesión médica.

El Grupo consideró unánimemente que se deben realizar todos los esfuerzos posibles para que esta encuesta se lleve a cabo, a pesar de las dificultades que envuelve.

Este Grupo de Estudio u otro parecido podría asesorar a los organismos internacionales, en futuras reuniones o por correspondencia, en la preparación del cuestionario para la realización de la encuesta. Se hicieron los siguientes comentarios y recomendaciones:

a) *Formulación de la encuesta:* En esta etapa previa sería conveniente usar a los componentes del Grupo para que analicen el anteproyecto y expresen su opinión.

b) *Definiciones:* Deberían ser muy precisas, especialmente en lo que se refiere a la atención médica en general y en lo que respecta a costos en lo especial. Con respecto a la atención médica, se apoya la necesidad de una definición para los efectos de la encuesta y se da la hipótesis de trabajo que la OPS ha sostenido con respecto a ella como uno de los servicios básicos de un programa nacional o local de salud.

c) *Simplicidad:* En los países hay una cierta fatiga con respecto a encuestas. Sería de desear que esta no fuera excesivamente laboriosa para facilitarla cuanto sea posible. Se hace presente que podrá ser satisfecha en algunos países sólo en determinados aspectos,

lo que no es óbice para que abarque tales puntos.

d) *Colaboración internacional:* Se insiste en obtenerla en forma activa de la OEA y de la OPS, para obviar la escasez de personal nacional. El buen entendimiento entre ambas organizaciones facilitará la respuesta de los subsectores y ayudará a salvar reservas iniciales. Los consultores deberían ser elegidos con gran tacto por su personalidad técnica y espíritu de síntesis y por su ambiente en un determinado país. Conviene considerar que la encuesta tiene numerosos puntos de evaluación subjetiva. Debería haber un contacto permanente de las organizaciones con los miembros del Grupo y de estos entre sí. Los resultados brutos de la encuesta deberían ser previamente consultados con el país respectivo.

e) *Personal nacional:* Todos reconocieron su escasez y la necesidad imprescindible de adiestramiento previo.

f) *Países que podrían ser elegidos:* Los miembros del Grupo podrían influir en sus países para asegurar el éxito de la encuesta, ya que ella significa un compromiso serio. Panamá y Ecuador manifiestan su ofrecimiento inicial.

g) *Precisión de términos:* Hay necesidad de uniformar la denominación de los servicios y sus funciones principales y sería recomendable para este y otros efectos la elaboración de un glosario.

h) *Información previa disponible:* Existe una buena cantidad de ella, siempre que se la busque en sus fuentes originales. Hay referencias especiales para las organizaciones internacionales de seguridad social.

H. OTRAS RECOMENDACIONES

Además de las recomendaciones mencionadas en cada uno de los capítulos anteriores, el Grupo acordó sugerir las siguientes:

a) Que se haga un esfuerzo internacional permanente, con la colaboración de organismos especializados en salud y seguridad

social, a fin de seguir promoviendo el interés en estas materias y dando pasos progresivos hacia la coordinación de la atención médica en la América Latina.

b) Recomendar la organización de seminarios en que participen asociaciones pa-

tronales, confederaciones de trabajadores y asociaciones médicas, a fin de informarles sobre los beneficios de la coordinación de los servicios de atención médica.

c) Que se promueva la organización de las comunidades a nivel local para los efectos de realizar en ellas la más amplia difusión de los conceptos modernos del cuidado de la salud y buscar su cooperación inteligente hacia los planes de los Gobiernos o de los organismos internacionales.

* * *

El 16 de julio de 1965, a las 2:30 p.m., el Grupo de Estudio celebró su sesión de clausura, en la cual se dio lectura al texto del presente Informe, siendo aprobado por unanimidad de los miembros del Grupo. Todos ellos expresaron su satisfacción por haber participado en una reunión tan constructiva y dejaron constancia de su agradecimiento al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos por haberlos invitado a concurrir, como asimismo al personal de Secretaría y asesores por la colaboración que prestaron a su buen cometido.

A la parte final de esta sesión concurrió, especialmente invitado, el Dr. Walter Sedwitz, Subsecretario para Asuntos Económicos y Sociales de la OEA y Secretario Ejecutivo del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP). En nombre de ambas Organizaciones expresó su satisfacción porque se pudo celebrar esta reunión, en la que distinguidas personalidades dirigentes del seguro social fueron convocadas conjuntamente con altos funcionarios de Ministerios de Salud de varios países de América para intercambiar impresiones y recomendar medidas dirigidas a la promoción de una mejor coordinación de la atención médica en la América Latina. "Es esta una tarea", dijo, "en la que todos estamos empeñados" y "es la tarea del desarrollo económico-social del Hemisferio".

Hizo presente más adelante el Dr. Sedwitz,

que "la planificación económica siempre se ha basado en la necesidad de aumentar la inversión, con el convencimiento de que a través de un incremento de sus valores se puede lograr más producción y en última instancia, más consumo; vale decir, más bienestar para el pueblo. Estamos ahora experimentando la posibilidad de proceder en sentido inverso, o sea, estableciendo, en primer término, las metas de consumo para cada país, que tendrán necesariamente que ser bastante modestas pero que deberán ser cuantitativas y cualitativas, y una vez establecidas estas metas, procuraremos vincular y adaptar la inversión y la producción al consumo en su significado más amplio, que es educación, salud, vivienda, así como alimentos y vestuario, para dar al pueblo una esperanza en el futuro".

"Esta motivación conceptual en el proceso del desarrollo economicosocial lleva inevitablemente a la integración de la planificación social con la planificación económica, en el entendido de que quien dice planificar quiere decir gobernar eficientemente. Pensamos en el desarrollo económico y social como un problema del gobierno nacional y por ello consideramos que debemos dar la suficiente importancia a la participación activa y responsable del pueblo, a fin de vincular a los elementos vivos de cada sociedad con el desarrollo de su país y con los planes políticos de su gobierno".

"Esta es", terminó diciendo, "la posición clara y definitiva del Presidente y de todos los miembros del CIAP, que nos hemos dado cuenta, en forma incontrovertible, que no podremos avanzar más rápidamente en el logro de nuestros objetivos si no obtenemos la participación activa del pueblo de nuestros países y la cooperación sustancial de los Ministerios de Salud, Educación, Vivienda, Seguro Social, etc. Quisiera decirles, para terminar, que nosotros en el CIAP estamos sinceramente dispuestos a colaborar con ustedes en cualquier trabajo de investigación o de información que ustedes necesiten". Finalmente, agradeció al Di-

rector de la Oficina y a sus colaboradores la excelente organización de esta reunión.

El Dr. John C. Cutler, Director Adjunto de la OSP, agradeció al Dr. Sedwitz su presencia en esta sesión de clausura y sus estimulantes palabras y manifestó a los miembros del Grupo la gratitud de la Oficina por haber concurrido a colaborar, con sus conocimientos y experiencia, a las labores de un Grupo de Estudio que, como muy bien lo había expresado el Dr. Sedwitz, constituye

el primer paso en el camino de la coordinación de los servicios de salud pública y de seguridad social y una esperanza para todos aquellos que están interesados en el desarrollo económico y social de los pueblos de América.

Puso término a la reunión con conceptos sentidos y optimistas, el Presidente del Grupo de Estudio, Dr. Carlos Andrade Marín, siendo las 5:00 p.m. del viernes 16 de julio de 1965.

LISTA DE PARTICIPANTES

Dr. Roberto Acosta Borrero
Director del Ministerio de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Dr. Carlos Andrade Marín (*Presidente*)
Presidente del Instituto Nacional
de Previsión del Ecuador
Quito, Ecuador

Dr. Fernando Escalante Pradilla
Subgerente de la Caja Costarricense
de Seguro Social
San José, Costa Rica

Dr. Nelson de Araujo Moraes (*Relator*)
Fundación Servicio Especial de Salud Pública
Río de Janeiro, Brasil

Lcdo. Rodrigo A. Moreno
Administrador del Hospital General
de la Caja de Seguro Social
Panamá, República de Panamá

Dr. Gastón Novelo
Jefe del Departamento de Asuntos
Internacionales
Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F., México

Dr. Daniel Orellana
Jefe de la Sección de Sanidad Internacional
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Caracas, Venezuela

Dr. Tomás Pineda Martínez
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador, El Salvador

Dr. Claudio Prieto
Director General de Sanidad
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción, Paraguay

Dr. Arturo Vasi Páez
Director de la Oficina de Programación
Caja Nacional del Seguro Social
Lima, Perú

Secretaría

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. Alfredo Leonardo Bravo
Asesor Especial

Srta. Mary H. Burke
Estadístico, Departamento de Estadísticas
de Salud

Dr. Oswaldo L. Costa
Jefe, Departamento de Promoción de la Salud

Dr. René García-Valenzuela (*Secretario*)
Asesor Regional en Atención Médica

Dr. A. Peter Ruderman
Asesor Económico

ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS

Sr. Beryl Frank
Jefe, Programa de Seguridad Social
Departamento de Asuntos Sociales
Unión Panamericana

IV. RESOLUCIONES DE LA XVI REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

Resolución XIX ¹

Relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe final del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en la América Latina, con especial énfasis en las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (Documento CD16/25);²

Teniendo presente que el goce del grado máximo de salud es un derecho de todo ser humano, sin ninguna discriminación, derecho que debe ser garantizado por el Estado a través de la organización o promoción de un sistema de servicios de protección, fomento y recuperación de la salud;

Aceptando que los servicios gubernamentales de salud y los servicios médicos de la seguridad social se complementan; y

Reconociendo que las técnicas de la planificación del desarrollo económico y del progreso social obligan a los países a una utilización racional de su capacidad instalada y a una programación metódica y coordinada del desarrollo de sus recursos humanos y materiales,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe final del Grupo de Estudio.
2. Agradecer al Director de la Oficina y a los miembros del Grupo el acabado análisis del problema en estudio, como asimismo a la Organización de los Estados Americanos su eficaz cooperación.
3. Confirmar su resolución anterior en el sentido de que este informe sea transmitido a los Gobiernos con un requerimiento para la aplicación progresiva de sus recomendaciones tendientes a obtener mecanismos de coordinación entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social, poniendo énfasis

¹ Aprobada en la decimotercera sesión plenaria, celebrada el 6 de octubre de 1965.

² Véase pág. 53.

en la necesidad de practicar una encuesta para medir la verdadera magnitud y características del problema.

4. Recomendar a los Gobiernos que en la planificación nacional de todo el sector salud participen las instituciones de seguridad social y todos aquellos organismos públicos o privados que realizan actividades de salud.

5. Recomendar al Director de la Oficina que:

a) Realice estudios, difunda información y ofrezca asesoría a los Gobiernos sobre la forma de alcanzar el mayor grado posible de coordinación entre los Ministerios de Salud y las instituciones autónomas, semiautónomas y privadas que desarrollan actividades relacionadas con la salud.

b) Auspicie y promueva, en colaboración con los organismos nacionales e internacionales interesados, la realización de programas educativos dirigidos a la formación de una doctrina común en la administración de las prestaciones médicas.

c) A través de los Gobiernos respectivos, contribuya a la divulgación de los conceptos modernos del cuidado de la salud entre los grupos laborales y comunitarios locales a fin de asegurar el desarrollo de una actitud favorable a la coordinación.

d) Promueva reuniones conjuntas en que participen tanto dirigentes médicos como otros altos funcionarios de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social de los Países Miembros a fin de estimular la coordinación ya mencionada.

Resolución XXIX ⁸

Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto lo dispuesto en los Artículos 1, 2 y 7 del Reglamento de las Discusiones Técnicas,

RESUELVE:

Seleccionar el tema "Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud" para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

⁸ Aprobada en la decimoquinta sesión plenaria, celebrada el 7 de octubre de 1965.

**Planificación de hospitales
y otros servicios de salud**



I. DISCURSO DEL DR. ABRAHAM HORWITZ, DIRECTOR DE LA OFICINA SANTARIA PANAMERICANA

Pronunciado en la sesión inaugural de la reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud

La Organización Panamericana de la Salud ha llegado a formular una política coherente de atención médica. El cuidado del enfermo es parte de un mismo proceso en el que las acciones de prevención armonizan con aquellas de curación. Tal política refleja los acontecimientos más relevantes del ciclo vital de los seres humanos en el cual los estados de salud y enfermedad se alternan como consecuencia de las variaciones de los mecanismos de adaptación estimulados por el ambiente.

Así considerados, los problemas de salud resultan de la combinación de factores de carácter biológico, económico, histórico y cultural que dan origen a las enfermedades y a su dinámica social. Las diversas funciones y sistemas empleados para resolverlos deben tener, pues, iguales características, es decir, las de un servicio médico social, adaptado a las comunidades de las que es parte integrante.

En la política de la Organización Panamericana de la Salud, la atención médica no es un fenómeno separado de las acciones de prevención. Ambas son parte de un proceso conceptual y administrativamente unitario que se diferencian en etapas de protección, promoción y reparación de la salud, de acuerdo con la naturaleza de los problemas. La salud, a su vez, la estimamos componente

del desarrollo, reflejo del crecimiento económico y de los cambios estructurales destinados a mejorar el bienestar de las personas.

Es característica acusada de nuestra América Latina el desequilibrio entre necesidades y recursos, como asimismo entre los ingresos y la demanda de su población. La distribución de los recursos nacionales no es equitativa, lo que se revela en el marcado desnivel del ingreso real por persona y en la dificultad de acceso de ellas a los servicios. No obstante, las ideas son claras con respecto a lo que procede hacer para modificar este estado de cosas, tanto en el ámbito nacional como continental. Los Gobiernos han reconocido la conveniencia de programar el desarrollo económico y social, diferenciando problemas, dándoles un orden de prelación y fijando metas a ser cumplidas en determinados períodos. El programa involucra reformas estructurales y administrativas que aceleren la aplicación de los recursos allí donde las necesidades y los efectos son mayores, en términos de bienestar. El programa incluye construcciones, habilitación y, lo que es más importante, educación y adiestramiento. En el nivel regional dominan las ideas de integración económica e interdependencia política, y el espíritu de eliminar

un nacionalismo caduco, generador de un estatismo egoísta en el que naufragan las oportunidades de mutuo beneficio por ausencia de una acción solidaria de los países. Estas ideas han permeado toda una labor social en el Continente, en ella comprendida la salud tal como la postula nuestra Organización.

Así se explica el interés de sus cuerpos rectores en los últimos años, con respecto a la atención médica visualizada desde el ángulo de recursos indispensables para promoverla y ejecutarla según una concepción moderna. Muestra de lo anterior es la Resolución XXV,¹ adoptada en la XV Reunión del Consejo Directivo, referente a la planificación de hospitales y otros servicios de salud. En ella se nos instruye a consultar en tal materia, como parte de los planes de salud, a un Comité Asesor cuyas recomendaciones establezcan la forma en que la Oficina Sanitaria Panamericana pueda participar más eficazmente en los planes de construcción, dotación de personal y funcionamiento de hospitales integrados y otros servicios de salud afines, destinados a atender las necesidades de la comunidad en los diversos países. El mencionado Comité es el que ustedes han tenido a bien constituir, formado por personalidades del Continente, cuya valiosa experiencia es garantía de la calidad de las recomendaciones que facilitarán el cumplimiento de la responsabilidad que el Consejo Directivo nos asignara. Deseamos agradecer esta presencia y expresar nuestro reconocimiento por el sacrificio que entraña, justificado, no obstante, por su propósito y su trascendencia.

Tuvo presente el Consejo en la mencionada Resolución, la necesidad evidente de aumentar los hospitales y otros servicios de salud, así como la reorientación de los existentes. Consideró, además, las ingentes sumas que hoy se invierten en construcción, habilitación y operación, sin considerar el

dispendio que entraña la duplicación de servicios y su deficiente administración.

Con el propósito de facilitar la labor del Comité, hemos reunido en un Documento de Trabajo² una serie de antecedentes que tienen relación directa o indirecta con la atención médica y la función salud en las comunidades.

Quisiéramos conocer la opinión que les merecen y sus recomendaciones para cada una de las áreas que se analizan. Se muestra una cuantificación del problema sobre la base de los índices con que habitualmente se lo mide. Ella justifica el interés de la Organización, expresado por el Consejo Directivo, de buscar soluciones compatibles con la realidad actual en el plano económico, técnico, político y social.

La colaboración internacional, por naturaleza, es complementaria y no sustitutiva, toda vez que proviene de la organización que los Gobiernos se han dado para el servicio de sus propias determinaciones. Su éxito se mide en la capacidad de cada país para autoabastecerse en técnicas y recursos y en la posibilidad de diferenciar otras áreas para las que se requiera asesoría.

Hay un problema de extensión continental relacionado con la planificación de hospitales y otros establecimientos, incluida construcción, dotación y funcionamiento adecuado, a fin de satisfacer la demanda real de la población. ¿Cuáles son las responsabilidades que podrían asignarse a la Organización Panamericana de la Salud como asesora de los Gobiernos? ¿Debe limitarse a una recomendación técnica con respecto a un determinado servicio, cada vez que un Gobierno la solicite? ¿O bien debería ampliarse su campo de acción para colaborar con los Gobiernos en un programa de construcción de establecimientos, a tono con el plan nacional de salud y la expansión de la infraestructura económica? Si este último planteamiento se considera factible, ¿qué gestiones procederían para llevarlo a la práctica?

¹ Documento Oficial de la OPS 58, 29-30.

² Véase págs. 74-134.

La formulación de un plan de construcciones y dotación, a largo plazo, lleva envuelta la programación de su financiamiento. Como lo señala el Documento de Trabajo, los recursos domésticos que hoy se invierten son ingentes. A pesar de este esfuerzo nacional, la dotación de camas es inferior a la demanda actual y a la que es dable esperar para satisfacer el crecimiento vegetativo de las poblaciones, aun cuando se racionalice la organización y administración de los servicios en funcionamiento. Es evidente la necesidad de capitales exteriores en créditos de largo plazo y bajo interés, dada la naturaleza social de la inversión. Sobre esta base quisiéramos conocer la opinión del Comité Asesor respecto a la posibilidad de crear un sistema de cooperación regional en el que los recursos domésticos se complementen con los del exterior y el conjunto se invierta en un programa cuidadosamente formulado por los Gobiernos con la colaboración de la Organización. Es posible que para llevar a la práctica esta iniciativa sea indispensable un acuerdo especial como instrumento, verdadera convención, que fijaría las condiciones en que participan los Gobiernos y los inversionistas en una empresa de cooperación de tal magnitud.

Nos satisface profundamente la muestra de confianza que para la Organización significa la Resolución del Consejo Directivo

relacionada con el problema que se está analizando. Por su importancia estimamos que refleja el momento que viven las Américas en el que los problemas se plantean señalando sus orígenes y consecuencias—cualesquiera las implicaciones—así como las soluciones se buscan y ofrecen con imaginación y valentía—cualesquiera los sacrificios. Domina en el espíritu de quienes perciben el destino del Continente, cuya hora ha sonado con retraso, la voluntad de realizar todo aquello que conduzca a ampliar las oportunidades del hombre americano, a acelerar la movilidad social y a mejorar su bienestar.

Hemos aceptado el mandato del Consejo Directivo, sostenidos por el sólido conocimiento y experiencia que ustedes exhiben, señores miembros del Comité Asesor, de quienes esperamos las valiosas recomendaciones que tan vasta labor necesita.

Elas habrán de reflejar también la desinteresada ayuda de que hemos sido objeto por parte del Banco Interamericano de Desarrollo, cuyo digno Presidente, el señor Felipe Herrera, compromete una vez más nuestra gratitud con el envío de un selecto grupo de sus colaboradores, como demostración del estrecho vínculo que las dos instituciones están creando en el campo de la colaboración internacional para el mejor servicio de los países de nuestro Continente.

II. PLANIFICACION DE HOSPITALES Y OTROS SERVICIOS DE SALUD

Documento de Trabajo preparado por el Dr. Humberto Flisfisch para la reunión del Comité Asesor convocado por la OPS en cumplimiento de la Resolución XXV de la XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización

Estamos convencidos de la ausencia de recursos, con una expresión de objetivos definidos y con el financiamiento para cumplirlos.

planificación en el campo de la atención médica. Si la ha habido, se ha manifestado en forma muy limitada. En la mayoría de los países no ha existido ni planificación nacional, ni planificación a largo plazo. En la mayoría de ellos no se cuenta con una ordenación de necesidades, de prioridades, de

(Del discurso inaugural del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al constituir el primer Grupo Asesor en Atención Médica, en marzo de 1962.)¹

PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES DE INTERÉS PARA LA ORIENTACION DE LOS DEBATES

Se ha considerado pertinente ordenar sumariamente, en unos pocos párrafos, aquellos antecedentes que, en la cronología de la actividad internacional y de la Organización, orienten al Comité Asesor en los principales aspectos del sector salud como componente del desarrollo, y de la atención médica incorporada a él como uno de los servicios básicos de cualquier plan nacional o local de salud, dentro de un "sistema" coherente e integral para llevarlo a feliz término. Termina esta primera parte con un mayor detalle de los términos de referencia del Comité Asesor.

A. UNA DEFINICION Y UNA POLITICA CONSECUENTE

La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto definir la atención médica como "el conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor número de personas los recursos del diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno, completo y restaurador y de la observación subsecuente. Tales recursos son dispensados a través de la medicina institucional y privada. La atención médica, como uno de los servicios básicos de un plan integrado de salud

¹ Atención médica. Bases para la formulación de una política continental. Publicación Científica de la OPS 70, 6.

contribuye, asimismo, a la educación y a la investigación. Indirecta e individualmente, colabora en las acciones de protección y promoción de la salud, dentro de programas sistemáticos, coordinados y coherentes.²

Esta definición, suficientemente amplia y ecléctica, distingue entre responsabilidades específicas e inespecíficas para no invadir otras disciplinas; considera a la persona y su familia como la unidad del trabajo social; reconoce la coexistencia de la medicina estatal y privada; colabora desinteresadamente en las acciones de protección y promoción; incorpora el cuidado del enfermo a los programas nacionales y locales de salud; habla de la necesidad de fundar un "sistema"

² *Ibid.*, pág. 52.

de servicios; aboga implícitamente por la coordinación de todas las acciones de salud.

La definición propuesta se incluye como un aporte a la mejor delimitación conceptual del tema "Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud", sometido al debate orientador y constructivo del Comité Asesor, con el sentido de que los hospitales, establecimientos característicos de la atención médica, no pueden ni deben ser considerados independientemente de los restantes servicios con los que se integra dentro de un "sistema" coherente. Tal fue el espíritu del acuerdo del último Comité Ejecutivo al analizar este aspecto conceptual.³

³ *Documento Oficial de la OPS 64*, 113-116.

B. HACIA LA FORMULACION DE UNA POLITICA CONTINENTAL

Son conocidos los eventos que se han venido sucediendo en los últimos años para fortalecer la doctrina de que la salud es un componente del desarrollo económico y del progreso social, porque existe íntima y recíproca relación entre la salud de los hombres y su condición.

Prolongando y perfeccionando los jalones de Buenos Aires (1959) y Bogotá (1960), dicha doctrina se consolidó en la Carta de Punta del Este, Uruguay (1961). En lo que a la atención médica se refiere, se obtuvo la recomendación explícita de "procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud".⁴

La Resolución A.4 anexa a la Carta recomendó que el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos reuniera grupos de estudio en diversos campos del desarrollo económico y social, con el propósito de analizar los problemas de mayor significado y recomendar las medidas para su solución "que puedan servir de antecedentes y ser tomados en cuenta por los

gobiernos de los Estados miembros en la preparación de sus programas nacionales de desarrollo".⁵ En cuanto a salud, la mencionada Resolución señaló que el grupo de estudio respectivo sería organizado por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana. Específicamente le encomendó que "evalúe los problemas predominantes y sugiera líneas generales de acción de efecto inmediato, para el control o erradicación de enfermedades transmisibles, el saneamiento, sobre todo en el abastecimiento de agua y la eliminación de aguas negras; para la disminución de la mortalidad infantil y especialmente de recién nacidos y el mejoramiento de la nutrición. Que recomiende, asimismo, medidas para la educación y el adiestramiento de personal y para el mejoramiento de los servicios de salud".⁶

Para cumplir este mandato, la OPS constituyó, entre otros, el Grupo Asesor en Atención Médica, en marzo de 1962, en Washington, D.C., el cual elaboró un informe final⁷ que estableció las bases para

⁵ *Ibid.*, pág. 34.

⁶ *Ibid.*, pág. 35.

⁷ *Publicación Científica de la OPS 70*, 29-47.

⁴ *Documento Oficial de la OEA Ser./H/XII.1* (esp.), pág. 32.

la formulación de una política continental de atención médica.

En agosto de 1962, se llevaron a efecto (Minneapolis, Minnesota, E.U.A.), las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, que versaron sobre el tema único intitulado: "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud". Tres documentos de trabajo sobre información disponible, aspectos económicos y utilización efectiva de los recursos existentes, le fueron sometidos a su consideración. El informe final del Relator se encargó de resumirlos, siendo aceptado con ligeras modificaciones. Toda la documentación así reunida fue compilada por la OPS en la Publicación Científica No. 70.⁸

Esta orientación general fue consecuentemente considerada por la Reunión de Ministros de Salud—Grupo de Estudio, en abril de 1963, que examinó la atención médica como un capítulo integrante del tema "Mejoramiento de los servicios de salud". El

informe final de dicha Reunión estableció el siguiente propósito fundamental como un compromiso de carácter continental y como una futura línea de acción:

"Es conveniente programar la ampliación de los servicios de salud, especialmente de atención médica, considerando no sólo los costos de inversión en edificios y equipo, sino también los requerimientos cuantitativos y cualitativos de personal y los gastos de operación dentro de lapsos prudentiales, procurando la utilización plena de los recursos existentes. Los planes de construcción deberán ser, necesariamente, consecuencia del plan general de salud".⁹

He aquí resumidos los antecedentes más importantes de una trayectoria histórica antes de llegar a la celebración de la XV Reunión del Consejo Directivo en el que se adoptó la Resolución XXV,¹⁰ que es la que dio origen a la convocación del Comité Asesor en el tema de que se ocupa el presente Documento de Trabajo.

C. EL CONSEJO DIRECTIVO SE PRONUNCIA POR LA INTENSIFICACION DE LA ASESORIA INTERNACIONAL

Durante la celebración de la XV Reunión del Consejo Directivo, efectuada en México, D.F., en septiembre de 1964, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana resumió el problema en la segunda sesión plenaria en los siguientes términos:

"Tal vez en el campo de la atención médica es donde se manifiesta con más intensidad el problema de la utilización de los recursos existentes. Es aún más evidente en la administración hospitalaria en vista de la magnitud de la función y de las inversiones indispensables". . . . "La construcción y dotación de los hospitales es un problema primordialmente técnico, con importantes repercusiones financieras. Debido al enorme volumen de las inversio-

nes que están efectuando los países de la América Latina, la colaboración internacional podría desempeñar una función más activa mediante algún mecanismo de acción regional que sería procedente estudiar en detalle".¹¹

El presente Documento de Trabajo desea llamar la atención sobre esta última idea porque ella constituye uno de los más importantes términos de referencia del grupo convocado para emitir su opinión sobre el particular.

La idea fue acogida por el Consejo Directivo en su XV Reunión. En efecto, en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 8 de septiembre de 1964, reflejó en su Reso-

⁸ Documento Oficial de la OPS 51, 39.

¹⁰ Documento Oficial de la OPS 58, 29-30.

¹¹ Documento Oficial de la OPS 60, 26.

⁹ *Op. cit.*

lución XXV su determinación de llevarla a la práctica.

La citada Resolución expresó en sus considerandos que el proceso de la planificación necesita precisar la función que corresponde a los hospitales y a los demás servicios en el desarrollo ordenado de las actividades nacionales del sector salud; reconoció la necesidad de nuevos hospitales y otros servicios, así como la reorientación de los que ya existen y que los primeros planes de salud se han encargado de poner en evidencia; tomó nota de las ingentes sumas que demanda la construcción y operación de los mismos; manifestó su preocupación por el elevado costo que significa la duplicación de tales servicios y consideró la recomendación del CIES¹² en orden a intensificar la atención ambulatoria. Con el mérito de lo anterior, el Consejo Directivo resolvió:

1. Encomendar al Director de la Oficina que, por medio de un Comité Asesor, estudie los aspectos de la planificación de hospitales y otros servicios comprendidos en la planificación nacional de la salud, y que presente a la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo y a la XVI Reunión del Consejo Directivo un informe sobre la manera en que la Oficina podría participar más eficazmente en los planes relativos a la construcción, dotación de personal y funcionamiento de hospitales integrados y otros servicios afines de salud destinados a atender las necesidades de la comunidad en los diversos países.

2. Encarecer que se tengan en cuenta las recomendaciones formuladas a este respecto por el Consejo Interamericano Económico y Social en su Segunda Reunión Anual al Nivel Ministerial.

El análisis de esta Resolución permite apreciar su amplitud a través de los siguientes principios en ella contenidos:

a) Incorporación ordenada de la atención médica en los planes nacionales o locales del desarrollo económico y social, mejorando los servicios de salud, hospitales y consultorios externos dentro de la doctrina de integración

técnica de las actividades preventivas y curativas.

b) Construcción de nuevos establecimientos de salud y remodelación de los existentes para aumentar los índices de cobertura de la población, dentro de una política continental, nacional o local, mejorando su organización y administración con la ayuda de un adecuado régimen de coordinación de las instituciones interesadas, para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

c) Planificación de los servicios de salud con mejor sentido de su presente y futuro al establecer el monto de las inversiones iniciales en edificación e instalación, los presupuestos de funcionamiento y las necesidades de personal.

d) Reunión de un Comité Asesor para el estudio total del problema con la finalidad de analizar el mejor método para fortalecer y asegurar permanencia a la asesoría internacional completa que es capaz de prestar la Oficina Sanitaria Panamericana.

Con respecto a este último apartado, vale la pena subrayar, una vez más, para una mejor y más completa información del Comité Asesor, la idea de crear un mecanismo de acción regional y la organización, dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana, de un sistema mediante el cual aconsejar a los Gobiernos que lo soliciten, en la programación general de servicios integrados de salud, con énfasis especial en atención médica. De esta manera se desea ayudar a dichos Gobiernos a establecer el número de servicios indispensables, sus características y su distribución geográfica. Igualmente podrán contar con la asesoría adecuada para conocer el tipo y la calidad de sus equipos e instalaciones y sus requerimientos de personal, así como el proceso aconsejable de su formación. Todo esto sobre la base de su financiamiento a través del presupuesto nacional o del aporte del capital exterior, sin olvidar que toda idea de planificación envuelve el estudio previo de la infraestructura económica (vías de comunicación, medios de transporte, fuentes de energía, etc.).

¹² Documento Oficial de la OEA Ser.H/X.4, CIES/580 (esp.), 78-79.

D. LOS PRIMEROS PASOS PARA CUMPLIR LA RESOLUCION XXV

Tales son las principales características y proyecciones de la Resolución XXV que la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS entregó a la Oficina Sanitaria Panamericana para su cumplimiento práctico. Su simple enunciado y comentarios permitían apreciar de inmediato la magnitud del problema y las dificultades a salvar en las próximas etapas.

Su labor quedó claramente señalada con la obligación de reunir al Comité Asesor para que, con todos los antecedentes posibles de reunir, delibere con pleno conocimiento de causa antes de formular las recomendaciones que la Organización y sus Cuerpos Directivos habrán de considerar en el momento oportuno.

Para dar cumplimiento a la ya citada Resolución XXV y aprovechar debidamente la actividad creadora del Comité Asesor, la Organización hubo de establecer, primeramente, los principales elementos de juicio que habrían de ser entregados a aquel, a fin de obtener el cuerpo de recomendaciones que la Organización y sus Cuerpos Directivos necesitan en la materia de su presente y futuro cometido.

Lo escueto de la Resolución XXV no significa, en modo alguno, que se pueden desconocer su contenido y sus requerimientos inmediatos o a más largo plazo. Teniendo esto en cuenta, la Organización se propuso la siguiente pauta general:

a) *Estado actual del sector salud.* Servicios de salud. Clasificación y distribución geográfica de ellos. Índice de cobertura de la población. Responsabilidades específicas de las instituciones interesadas. Grado de coordinación que existe entre ellas. Duplicaciones y superposiciones.

b) *Cuidados de salud.* Establecimientos de tipo preventivo que en una u otra forma

colaboran con el servicio básico de atención médica. Atención médica institucional. Atención médica domiciliaria. Atención médica ambulatoria.

c) *Hospitales.* Clasificación general. Número de establecimientos. Tamaño. Número de camas. Diferenciación de las mismas. Estado de sus instalaciones. Organización y administración. Días-paciente. Estada media. Índice de ocupación. Consulta externa y número de atenciones nuevas y repetidas. Número de consultas-paciente-año. Costos generales y especiales.

d) *Personal.* Grupos profesionales, técnicos y auxiliares. Número absoluto e índices. Distribución. Necesidades de adiestramiento. Insuficiencias actuales.

e) *Planificación.* Programa general de nuevas construcciones y remodelaciones para constituir un "sistema" jerarquizado de servicios de salud, técnicamente integrado, administrativamente coordinado y regionalmente distribuido de acuerdo con las necesidades y demandas locales. Capacidad técnica para enfrentar tales obras (servicios estatales o empresas privadas, personal, materiales, capacidad de construcción). Estudio de las construcciones recientes y costos. Gastos extraordinarios en asesoría foránea para planes, planos, construcción y habilitación. Equipos e instalaciones que pueden conseguirse en el país o que son materia de importación. Costos aproximados de habilitación por cama. Disponibilidades presupuestarias para mantenimiento, reparaciones y renovaciones. Consideración general de aquellos equipos estimados inútiles, inadecuados o superfluos. Requerimientos para el funcionamiento normal del programa una vez terminada la construcción o remodelación en materia de presupuestos funcionales de ope-

ración, requerimientos de personal y gastos de adiestramiento.

f) *Asesoría internacional*. Métodos, procedimientos y organismos a través de los cuales la Oficina pueda intensificar su aseso-

ría técnica a los Gobiernos Miembros en la planificación, construcción, habilitación, remodelación, organización y administración, adiestramiento de personal e investigaciones de servicios de salud y de atención médica.

E. EL COMITE EJECUTIVO PRESTA SU APROBACION A UN INFORME PRELIMINAR

La mayor parte de las consideraciones anteriores fue incluida en el informe preliminar¹³ que se sometió—de acuerdo con lo estipulado en la citada Resolución XXV—a la consideración de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización, que tuvo lugar en Washington, D. C., en abril del presente año. La reacción de este fue estimulante en cuanto a la idea central que se ha venido analizando: la constitución, dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana, de un mecanismo regional para la intensificación de la asesoría internacional en planificación de hospitales y otros servicios de salud.

Las opiniones vertidas estuvieron unánimemente acordes para apoyar la iniciativa de la Organización de hacerle frente al problema de la atención médica dentro de la planificación general de los servicios de salud como parte integrante del desarrollo económico y social; considerar que los niveles de cobertura deben ser aumentados especialmente en lo que se refiere al mundo rural; que no debe considerarse la planificación de hospitales al margen de los restantes servicios de salud; que es indispensable la coordinación dentro de dichos planes de todos los organismos, en una u otra forma, dedicados a dispensar salud.

Por este camino, muchas de las intervenciones hicieron especial referencia a los institutos de seguridad social y a la necesidad de fortalecer los mecanismos de coordinación. Fue menester aclarar que tan importante asunto había sido excluido del informe que se comenta porque la consideración del tema ha sido entregada a otro Grupo de

Estudio¹⁴ que había de considerarlo en especial, a mediados de julio de 1965.

Comentando lo expresado por los Miembros del Comité Ejecutivo, el Director de la OSP señaló algunos aspectos prácticos. Reconoció que se trata de un asunto complejo que debe ser objeto de atención especial. Hace tiempo que los representantes de los Gobiernos y los técnicos de la Oficina vienen observando en la América Latina la curiosa situación de que faltan servicios, cualquiera que sea su naturaleza y calidad, y que los existentes rinden menos de lo que era de esperar. Reconoció la cuantía de las sumas que se están invirtiendo, no siempre en concordancia con las necesidades señaladas por los técnicos. Es un hecho que los Gobiernos, o no cuentan con los recursos, o si los tienen no los aprovechan para que este conjunto del capital nacional y de los medios externos se vierta dentro de una programación racional. La Oficina espera que el grupo de expertos a ser convocado recomiende un mecanismo de carácter continental que permita el aprovechamiento activo de todos los recursos actuales y potenciales, a fin de proporcionar atención a los enfermos y promover salud entre los habitantes. No se ha formulado todavía una idea concreta al respecto, e interesa, por otra parte, que el grupo exprese su punto de vista ya que tal es el mandato del Consejo Directivo. Subrayó, sin embargo, que la Oficina desearía ir más allá de una simple recomendación, facultad ya recibida de parte de los Cuerpos Directivos. Se está pensando en una empresa de mayor envergadura, en vista de la convicción ya

¹³ Documento CE52/4, mimeografiado.

¹⁴ Véase la primera parte de esta publicación.

formada de que el Continente, en su conjunto, cuenta con excelentes técnicos que, cohesionados por el mecanismo de la Oficina, puedan prestar servicios donde ellos se revelen como indispensables. En el ramo de la construcción, de la programación cuantitativa y cualitativa de los recursos, en el aspecto de equipamiento, de la ciencia de la educación y de la capacitación de técnicos relacionados con la materia, se dispone en el Continente de insospechados recursos. Manifestó, en resumen, como anticipo del planteamiento de la Oficina al Comité Asesor, que no se trata de una simple consulta o de recomendación de acciones—que la Oficina ya tiene la facultad de realizar—sino de un análisis a fondo con miras a solucionarlo desde el punto de vista continental en cuanto a la creación de la estructura más adecuada a este logro, capaz de concitar la ayuda informada del capital exterior.¹⁵

El debate del Comité Ejecutivo fue concentrado en la Resolución XVI¹⁶ que traduce la tendencia de este Cuerpo Directivo:

1. Tomar nota del informe del Director sobre la planificación de hospitales y otros servicios de salud (Documento CE52/4), así como de los progresos alcanzados en el cumplimiento

de la Resolución XXV de la XV Reunión del Consejo Directivo.

2. Reconocer los esfuerzos del Director y del personal de la Oficina al formular un plan de operaciones tan acucioso y completo para los estudios y actividades de asesoramiento ya mencionados en la Resolución XXV, y aprovechar la oportunidad para hacer énfasis sobre la necesidad de que este plan de operaciones sea complementado por el trabajo del Comité Asesor que se designe para realizar un análisis profundo del problema de la atención médica en el Continente, que abarque todos los subsectores que participan en la prestación de estos servicios.

3. Destacar la importancia de que en el análisis de este problema en la XVI Reunión del Consejo Directivo participen altos funcionarios encargados de las prestaciones médicas de los servicios de seguridad social, y encomendar al Director que, al convocar la mencionada Reunión del Consejo, sugiera a los Gobiernos que incluyan a dichos funcionarios en sus Delegaciones.

4. Recomendar al Consejo Directivo que preste su apoyo a los planes propuestos y lo obtenga por parte de los Gobiernos Miembros, y solicitar al Director que informe a la 54^a Reunión de Comité Ejecutivo y a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana sobre los progresos alcanzados en la planificación de la atención médica incorporada a los servicios de salud o coordinada con ellos.

F. MARCO DE REFERENCIA DEL COMITE ASESOR A LA LUZ DE LOS ACUERDOS ANTERIORES

Con la información anterior, parece adecuado comentar ahora con algún detalle el marco de referencia del Comité Asesor, antes de suministrar los antecedentes complementarios que habrán de constituir la base de su labor y que van ordenados en la segunda parte de este Documento.

Objetivo cardinal de la Reunión: Pronunciamiento previo sobre la necesidad, conveniencia y factibilidad de establecer, dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana, un organismo de proyección regional de asesoría técnica. Estructura mínima permanente a través de la cual proporcionar a los Gobier-

nos que la soliciten y acepten su procedimiento, la asistencia técnica adecuada en los diversos aspectos de sus necesidades y requerimientos, contratada en cualquier país u organismo y cualquier profesional con la mejor capacidad para dispensarla. Ideas prácticas para el establecimiento de estructuras, métodos y procedimientos de revisión, realización y resolución de las solicitudes y principios contractuales para garantizar los convenios bilaterales o multilaterales.

Tipos de asesoría: Establecer sus modalidades más urgentes y premiosas, muy en especial en lo que se refiere a los estudios preliminares en: a) Planificación general de "sistemas" de servicios nacionales o locales

¹⁵ Documento Oficial de la OPS 64, 115.

¹⁶ Documento Oficial de la OPS 62, 16-17.

de salud, en ellos comprendida la atención médica. b) Planificación de nuevos establecimientos operacionales, en los aspectos de distribución geográfica; construcción; habilitación; estudio de las necesidades de personal y sistemas de selección, formación y orientación; organización y administración de los servicios; costos, presupuestos de inversión y operación; financiamiento nacional e internacional de la empresa. c) Perfeccionamiento de los recursos existentes y remodelación de ellos en caso de necesidad, de acuerdo con los aspectos establecidos en el apartado b).

Requisitos mínimos: Recomendar los criterios de prioridad para la aprobación de las solicitudes de asesoría técnica en relación con: a) Existencia de planes nacionales o locales de desarrollo económico y social, en proyecto o en marcha, en los que exista

paralelismo y equilibrio entre los distintos sectores. b) Deseo y posibilidad del Gobierno solicitante para darse las estructuras, organización y administración indispensables para la consecución de sus metas, a través de las reformas consiguientes. c) Estado actual de los estudios de preinversión. d) Deseo de contribuir con sus áreas de demostración y aplicación. e) Tamaño e importancia de dichas áreas. f) Integración técnica de las acciones preventivas y curativas y coordinación administrativa de las diferentes instituciones de salud.

Si se analiza con cuidado esta parte, se comprobará que en ella han quedado prácticamente incluidos todos los conceptos vertidos en los debates y resoluciones habidos en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización y de los mandatos contenidos en sus resoluciones.

SEGUNDA PARTE

INFORMACION BASICA ACTUALIZADA PARA EL USO DEL COMITE ASESOR

A. CONSIDERACIONES GENERALES

La Resolución XXV adoptada en la XV Reunión del Consejo Directivo encomendó "al Director de la Oficina que, por medio de un comité asesor, estudie los aspectos de la planificación de hospitales y otros servicios comprendidos en la planificación nacional de la salud y que presente . . . un informe sobre la manera en que la Oficina podría participar más eficazmente en los planes relativos a la construcción, dotación de personal y funcionamiento de hospitales integrados y otros servicios afines de salud destinados a atender las necesidades de la comunidad en los diversos países". Reconoció, pues, implícitamente, que la planificación de hospitales y servicios de salud es componente inseparable de la atención médica, de la integración de las acciones de salud, de los programas de dicho sector y, por consecuencia

lógica, de los planes nacionales de desarrollo.

Por otra parte, la elaboración de un documento de trabajo para el Comité Asesor obligaba a estudiar y a analizar no sólo las cifras relativas a hospitales construidos, su costo, dotación de personal, programas para el futuro, etc., sino que también obligaba a examinar, panorámicamente, la situación de la salud en todos los países de América Latina.

La tarea no fue fácil por el corto tiempo de que se dispuso y por la falta de información completa y fidedigna en numerosos aspectos. Sin embargo, a pesar de estos inconvenientes, las facilidades proporcionadas por los Ministros y Secretarios de Salud de los países visitados, por los Directores de Salud y sus colaboradores médicos y no médicos, permitieron conocer buena parte de la organización de los servicios de salud. Igual-

mente, se deja constancia de la ayuda prestada por los funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud que colaboraron en la confección de los programas de entrevistas, visitas, viajes al interior de los países y, particularmente, perfeccionando con su conocimiento la investigación convenida.

Es útil establecer que, en ocasiones, fue más valioso el contacto personal que la obtención de cifras escuetas, muchas veces de dudosa o difícil interpretación.

La necesidad de entregar al Comité Asesor el mayor número de antecedentes, nuevos o actualizados, sobre los aspectos señalados en la primera parte de este Documento de Trabajo, determinó el programa de visitas del Consultor a ocho países que se estimaron representativos del estado actual de la salud y la atención médica en la América Latina. A medida que se fueron cumpliendo las etapas programadas se evidenció, como era de esperar, que la realidad de cada país es diferente, si bien hay en ellos numerosos aspectos comunes que inclinan a una estimación global. Pero cuando se compara la situación del sector salud en estos países, se ve que algunos están viviendo etapas que otros ya cumplieron, aportando estos últimos una experiencia útil, adaptable a las características propias de cada país.

Factores históricos, étnicos, culturales, socioeconómicos, de estructura y organización, agregados a un crecimiento significativo de la población, no acompañado de un desarrollo económico y tecnológico adecuado, han condicionado en el sector salud de los países de América Latina, sistemas y servicios de salud diversos, no fáciles de homologar y susceptibles de ser mejorados con patrones más racionales que aseguren un mejor aprovechamiento de los recursos existentes. Para el logro de estas modificaciones juegan un papel principalísimo la política nacional del Gobierno en ejercicio; la política institucional de los sectores públicos y privados; los hábitos y actitudes del

gremio médico, de los profesionales no médicos y de la comunidad. En más de una oportunidad se pudo apreciar la resistencia de algunos de estos grupos, componentes del desarrollo económico y social, a aceptar planes, programas, sistemas o procedimientos que permitieran alcanzar más fácilmente determinadas metas.

El análisis de la información existente y de la nueva obtenida en los países recorridos, permite evidenciar el esfuerzo que se está realizando en cada uno de ellos para lograr un mejor nivel de salud de la población, esfuerzo que se expresa a través del establecimiento de organismos de coordinación y planificación; programas de construcciones de hospitales, consultorios y otros servicios de salud con recursos propios y/o ayuda foránea; incremento en la formación y adiestramiento de personal a distintos niveles; convenios para lograr una coordinación y a veces una integración administrativa de los diferentes servicios de salud; integración técnica de las acciones preventivas y curativas; fomento de los programas de atención médica, atención médica rural y de los programas maternoinfantiles, nutrición, saneamiento, control de alimentos, epidemiología y programas especiales.

En algunos países del Continente se ha iniciado la elaboración de planes de salud expresados en presupuestos-programas, a través de los departamentos de planificación o planeamiento, a nivel ministerial o subsectoriales. Empleando una metodología racional, de reciente utilización, se busca el mejor aprovechamiento de los recursos de salud existentes, estableciendo costos y prioridades, en los gastos e inversiones. No es posible adelantar los resultados que se obtendrán; la evaluación practicada pocos meses después de iniciada en uno de los países visitados no es, ni puede ser, índice del éxito o fracaso del procedimiento.

En relación con los programas nacionales de desarrollo, llama la atención que en ciertos países la coordinación interministerial es defectuosa o no existe, y en otros sólo se

hayan formulado planes para el sector salud sin el apoyo de los otros sectores, lo que limita e impide la correcta y cabal aplicación del plan. Aún más, la organización de los Ministerios, Secretarías de Salud y Direcciones de Salud exhibe, en algunos países, estructuras que no facilitan una buena elaboración y ejecución de los programas.

Otro hecho significativo que se observa en muchos de los países de América Latina es el avance de la seguridad social en el ámbito de la atención médica. Si bien este importante asunto ha sido entregado a la consideración de otro Grupo de Estudio, se estimó necesario investigar sus relaciones con los demás servicios de salud y todos aquellos aspectos que permitan aportar mayores y mejores informaciones al Comité Asesor.

Un significativo progreso se ha experimentado en el campo de la formación y adiestramiento del personal de salud. Existe inquietud y preocupación en los diferentes países por aumentar los recursos humanos disponibles. Fundamentalmente se han planteado en este sentido dos cuestiones: falta de personal y/o mala distribución de este. Hay países en que se han aplicado índices de distribución de personal y en otros se les ha asignado rendimientos de acuerdo con los presupuestos-programas (planes de salud).

En ciertos países se ha puesto énfasis en la formación de médicos mediante la creación de nuevas escuelas de medicina, que en algunos se han triplicado en los últimos cinco años. La carencia de administradores médicos especializados es notoria en muchos países, por lo que la preparación de estos especialistas está demandando la organización de cursos breves, además de los cursos regulares de larga duración, dictados en las escuelas de salubridad o salud pública y de administración hospitalaria.

Otro rubro importante está representado por la falta de enfermeras, fenómeno generalizado en América Latina. Como en el caso anterior, se han ensayado diversos procedimientos para aumentar su número y

evitar su migración a otros países en los cuales se les ofrece mejores perspectivas económicas. Igual cosa ocurre con los otros grupos profesionales no médicos. Asimismo, ha habido en los últimos tiempos un incremento en la formación de auxiliares de enfermería, previa selección de candidatos, en cursos de tres meses a un año de duración.

La planificación, construcción y remodelación de hospitales, servicios de salud, consultorios externos y otros establecimientos destinados a atención médica en América Latina, exhibe en los últimos cinco a 10 años, una gama multifacética de sistemas, criterios y procedimientos. Es tal vez en este rubro de la atención médica y, por ende, de los cuidados de salud de la comunidad, así como también en la organización y administración de los servicios de salud, donde los organismos internacionales podrían ayudar más efectivamente a los países cuando estos lo requieran, ya que, como se ha expresado precedentemente, no es posible desglosar los programas relativos a construcción de hospitales, consultorios, etc., de los planes de salud sectoriales y de la organización misma de sus servicios, a riesgo de incurrir en duplicaciones, muchas veces de muy elevado costo.

Finalmente, en esta reseña de carácter general, cabe recordar que, cada vez con mayor frecuencia se están elaborando y poniendo en práctica en los países programas internacionales destinados a erradicar diversas enfermedades transmisibles, a resolver problemas nutricionales, de saneamiento básico, etc. De otro lado, un intercambio siempre creciente de profesionales, técnicos y especialistas, está creando en América Latina la conciencia de que es necesario lograr mejores metas (demanda satisfecha y disminución de muertes) mediante el empleo racional de los recursos, adoptando métodos de trabajo y sistemas de organización acordes con la realidad y características propias de cada uno de los países que la integran.

Las consideraciones generales que se

acaban de reseñar aconsejan, una vez más, insistir en la importancia de la Resolución XXV con respecto a perfeccionar, sobre nuevas bases, la asesoría integral y permanente de la Oficina Sanitaria Panamericana

en materia de atención médica, incorporada a los servicios de salud, tema principal sometido al debate del Comité Asesor para deducir las recomendaciones conducentes a la mejor forma de llevarla a la práctica.

B. DESARROLLO DE LA ENCUESTA

La encuesta elaborada para la recolección de informaciones, antecedentes y conceptos, comprendía cuatro grupos de cuestiones:

1. Estado actual del sector salud—servicios de salud.
2. Cuidados de la salud.
3. Recursos en salud (establecimientos, personal, medios económicos).
4. Planificación.

Inicialmente, se incluyeron en estos grupos diversos aspectos a investigar; se fueron desechando algunos por la imposibilidad de obtener respuestas adecuadas o por su escasa utilidad una vez analizados en conjunto y comparativamente los ya existentes con los recién obtenidos en cada país. Podrán ser motivo de investigaciones futuras que permitan completar el conocimiento de la situación de la atención médica en América Latina.

Por otra parte, la cuantificación de los antecedentes recogidos no ha sido fácil en aquellos casos en que la información proporcionada por dos o tres fuentes distintas exhibía cifras discordantes o imposibles de clasificar.

1. ESTADO ACTUAL DEL SECTOR SALUD SERVICIOS DE SALUD

- a. *El sector salud como componente del desarrollo económico y social—Los planes de salud*

En los últimos años, en diversas reuniones internacionales realizadas en América Latina, se ha puesto énfasis en la necesidad de promover el bienestar de los pueblos para mejorar las condiciones de vida. Aceptada esta premisa, los Gobiernos han buscado a

través de planes y programas de desarrollo económico y social, el crecimiento de la economía, de la producción y de la productividad, así como también el mejoramiento de la salud, educación, vivienda y alimentación, trabajo y recreación, entre los más destacados.

En la Reunión de Ministros de Salud—Grupo de Estudio, celebrada en Washington, D.C. en 1963, se expresó en el Informe Final:

Una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es, por lo tanto, un componente esencial del desarrollo y del nivel de vida. Los fondos que se erogan para el cuidado de la salud representan una inversión, una fuente de productividad y no un gasto. Su rendimiento puede medirse en una mejor capacidad de los miembros de una sociedad para crear, producir, invertir y consumir. Puede medirse, igualmente, por la mayor riqueza natural que se obtiene como consecuencia de las acciones sanitarias.

Visto desde otro ángulo, el mejoramiento de la salud implica una elevación de los niveles de vida que favorece fundamentalmente a los grupos de bajos ingresos de nuestras comunidades. En consecuencia contribuye, en forma destacada, a cumplir con una de las finalidades más importantes del proceso de desarrollo, como es la de producir una mejor distribución de un ingreso real creciente.¹⁷

Considerada la salud como un componente del desarrollo, resalta su íntima relación con los otros sectores, por lo que el sector salud no puede quedar fuera de la planificación nacional. Es necesario recordar que los planificadores de salud se han mantenido, hasta ahora, estrechamente vinculados a los Ministerios respectivos y que no siempre han considerado en los planes la

¹⁷ Documento Oficial de la OPS 51, 4.

totalidad de los recursos de un determinado país o región. Estas omisiones en la planificación en salud, con carácter nacional, se deben, en casi todos los países de América Latina, al desconocimiento de la totalidad de los recursos materiales y humanos con que se cuenta en este sector. Sólo en algunos pocos se han estado efectuando censos o catastros de recursos, por personal especializado que recorre todo el país, ya que el procedimiento de la encuesta está sujeto a errores e interpretaciones personales. Es singular el caso, y no el único, que en la capital de un país hasta hace un año, se incluía en la nómina de establecimientos de salud un hospital con 100 camas, en supuesto funcionamiento durante 20 años. Al efectuarse el censo, se comprobó que este hospital jamás había existido. La investigación demostró que este establecimiento sólo alcanzó a llenar el trámite inicial de solicitud de fundación.

Por otra parte, es extraordinariamente difícil obtener antecedentes aprovechables y fidedignos del subsector privado de salud, en el cual la información completa, base de un plan o programa, no existe o es muy deficiente.

Siendo indispensable que los planes de salud no sólo sean planes ministeriales o subsectoriales, sino efectivamente nacionales, al conjugar la totalidad de los recursos de todos los organismos interesados, es menester, previamente, dictar las normas y establecer los procedimientos que permitan alcanzar un conocimiento exacto de la situación real del sector salud.

De acuerdo con una información actualizada a la fecha del presente Documento, en 17 países de América Latina existen Unidades de Planificación en los Ministerios de Salud, habiéndose completado planes de salud en 10 de ellos. Se insiste en que en la mayoría se trata sólo de planes subsectoriales de salud. Asimismo, según estas fuentes, en cinco de los países los planes se encuentran en la etapa de formulación.

b. *Los Ministerios de Salud y sus responsabilidades*

Cuando se pretende analizar el estado actual del sector salud en América Latina, hay que tener presente que, siendo la salud un problema eminentemente médico, con repercusiones económicas y sociales, la formulación y cumplimiento de una política de salud debería ser responsabilidad de un organismo gubernamental único, el Ministerio de Salud, con cobertura universal de la población. A través de los servicios de salud existentes mediante la delegación de acciones, el Ministerio de Salud desarrolla esta política que se expresa en planes y programas que comprenden acciones integradas de salud (preventivas y curativas).

Los antecedentes con que se cuenta permiten asegurar que en ninguno de los países del Continente ha sido entregada dicha responsabilidad al Ministerio de Salud. Por el contrario, otros Ministerios, tales como Trabajo y Previsión, del cual dependen los seguros sociales; Educación, que desarrolla programas de atención médica escolar; Defensa, que cuenta con sus propios servicios curativos; Fomento y Obras Públicas, que han creado servicios de atención médica para ciertos grupos laborales, etc., están participando en el cuidado de la salud de la comunidad. En dos países, el Ministerio de Salud comprende, además, Previsión y Trabajo.

Se ha llegado a este estado de cosas por la incapacidad económica y de recursos, entre otros factores, de los Ministerios de Salud para satisfacer la demanda de atención médica abierta y cerrada y ejecutar los programas de protección y promoción de la salud que son de su incumbencia. Por otra parte, la falta de un adecuado soporte jurídico y administrativo ha contribuido también a mantener esta situación.

Recordemos al respecto que: "La Organización Panamericana de la Salud ha venido abogando por el fortalecimiento jurídico y

administrativo de los Ministerios de Salud. En el primer aspecto, atribuye especial importancia a la ley escrita por su peso en los países de América Latina. En el segundo aspecto, estima que las atribuciones para dictar normas y controlar la administración de los servicios de salud corresponde, por derecho propio, a los Ministerios de Salud, sin negarles su atribución de delegar acciones en otros institutos de salud"¹⁸.

Haciéndose eco de esta doctrina, algunos países han dictado leyes que dan mayor autoridad a los Ministerios de Salud y han modificado y simplificado sus estructuras. Sin embargo, por tratarse de modificaciones recientes, no es posible valorar sus resultados.

c. Los servicios de salud

Ofrecer un esquema que permita agrupar ordenadamente los diferentes servicios de salud que existen en América Latina no es tarea fácil, por la diversidad de sistemas que, con carácter nacional, regional o local, realizan acciones de salud. Los antecedentes expuestos anteriormente explican el por qué de esta situación.

La meta de un servicio único de salud con cobertura universal de la población, con integración técnica de las acciones preventivas y curativas, centralizado en lo normativo, descentralizado en la ejecución de los programas, financiado por un seguro de enfermedad u otro tipo de financiamiento directo, está lejos de ser alcanzada. Para facilitar su ubicación se les agrupa a continuación dentro de un esquema simple y general.

(i) Subsector público

a) Servicios gubernamentales o dependientes del gobierno central, financiados íntegramente por los Gobiernos.

- Dependientes del Ministerio de Salud,

quien establece sus estructuras, dicta normas de organización y administración y las supervisa. En todos los países de América Latina los programas relativos al saneamiento básico, control de alimentos, inmunizaciones, erradicación de enfermedades transmisibles, etc., son responsabilidad de los Ministerios de Salud. En los últimos años se han ido incorporando a su patrimonio hospitales y consultorios de las beneficencias o construidos por el propio Ministerio, y algunos han extendido la atención médica a las áreas rurales mediante un sistema de pequeñas unidades distribuidas en todo el país. Particularmente en cuatro de los países visitados, el número de unidades construidas y funcionando en el quinquenio 1960-1964 fue considerable, asignándosele un papel importantísimo en la solución de los problemas de salud de las comunidades con escasa densidad de población.

- Dependientes de otros ministerios, como los servicios de sanidad militar, naval, de aeronáutica, de policía, escolares con programas propios, servicios médicos de otros ministerios. En todos ellos, se da, fundamentalmente, atención médica curativa en hospitales y consultorios.

b) Servicios independientes o autónomos con financiamiento bipartito o tripartito y en el que el gobierno central es uno de los contribuyentes.

En este grupo se incluyen:

- Los servicios médicos de los seguros sociales que otorgan atención médica curativa a sus afiliados y en algunos a los familiares de los imponentes. Atención maternal a las aseguradas y esposas de asegurados. Subsidios de enfermedad, maternidad y de lactancia, invalidez, y en ciertos países se agregan los accidentes del trabajo. Los otros riesgos cubiertos por los seguros sociales no se consideran por no corresponder, específicamente, a cuidados de salud.

- Sociedades de beneficencia pública que representan los servicios de salud más anti-

¹⁸ La política de la OPS en la atención médica de las comunidades. IV Reunión de Representantes de Países de la Zona IV, julio de 1964. Documento mimeografiado.

guos que existen en América Latina, dando atención curativa en hospitales y consultorios a indigentes o menesterosos. El alto y creciente costo de la atención médica ha obligado a los Gobiernos a ir aumentando gradualmente su contribución a estos servicios para mantenerlos. Mientras en uno de los países del Continente, por simple mandato de la ley, se transfirieron los hospitales de la beneficencia al Estado, en otro existen 21 beneficencias a las que pertenecen el 98% de los hospitales, que se manejan independientemente, a pesar de ciertas disposiciones legales que establecen una supervisión de parte del Ministerio de Salud. En general, se está promoviendo, a través de distintos procedimientos, el control por los Ministerios de los antiguos hospitales de beneficencia en lo financiero, lo técnico y lo administrativo, para incorporarlos a un sistema integrado de salud.

- Sociedades constructoras de establecimientos hospitalarios y de salud; corporaciones locales de fomento, desarrollo y construcciones hospitalarias y sanitarias; corporaciones de saneamiento.

- Servicios e institutos médicos de las facultades de medicina, pertenecientes a universidades del Estado.

c) *Servicios federales y locales.*

- En los países con organización político-administrativa federal, se han creado servicios de salud dependientes de los estados o provincias y departamentos. En algunos existen ministros o secretarios de salud estatales, estadales o provinciales, con o sin dependencia del Ministro de Salud Nacional. En varios países se han obtenido positivos avances en la coordinación de estas secretarías con el gobierno central mediante convenios; en otros, por razones financiero-económicas, los estados han entregado la administración de sus hospitales al Ministerio de Salud.

- Los municipios, como expresión de los gobiernos locales de la comunidad autó-

noma, han creado sus propios servicios de salud, traducidos en atención externa en consultorios y algunas acciones de salud. En aquellas comunidades económicamente suficientes estos servicios han adquirido cierto relieve.

(ii) Subsector privado

En este subsector se han agrupado aquellos servicios en los cuales el gobierno central no tiene participación ni les otorga ayuda económica para su mantenimiento. En algunos de los países visitados se han reglamentado las construcciones de hospitales o establecimientos de salud, determinándose que las clínicas privadas deberán someter sus programas a la revisión del Ministerio de Salud. En varios países los Ministerios han incluido en sus obligaciones el control de estos establecimientos y del ejercicio privado de la medicina. Los servicios de este subsector se han agrupado en:

- Hospitales, clínicas y centros de salud privados, de carácter industrial, religioso no lucrativo y lucrativo.

- Sociedades de beneficencia privada.

- Sociedades mutualistas.

- Entidades privadas voluntarias de salud.

- Facultades, escuelas e institutos médicos, paramédicos o conexos con salud, pertenecientes a universidades privadas.

- Consultorios médicos privados, paramédicos o conexos.

d. *Distribución geográfica de los servicios de salud—Áreas urbanas y rurales*

En las consideraciones que se harán posteriormente sobre los recursos en salud con que se cuenta en América Latina, se insistirá en su distribución geográfica, no concordante con el principio de equidad distributiva, utilizado por los economistas.

Es esencial el conocimiento de la distribución geográfica de la población para la distribución de servicios y recursos. Durante la última década ha habido elevadas tasas de crecimiento en las zonas urbanas, debidas

en parte a la migración, haciéndose a menudo hincapié en los problemas que se presentan, por estas circunstancias, en las grandes ciudades. La distribución urbana y rural es un factor considerablemente variable en los países de las Américas. En unos pocos, una elevada proporción de la población reside en las grandes ciudades y en las zonas urbanas menores, pero en otros se presenta la situación inversa.

No existe una definición común en los países del Continente sobre lo que se entiende por área rural, por lo que la información numérica está sujeta a errores, a veces importantes. En algunos países, es la Oficina del Censo la que ha fijado las características de las poblaciones rurales, atendiendo sólo al número de habitantes, el que se hace variar entre 2.500 (2.499) a 5.000. Tal definición incorpora al sector rural a poblaciones que se encuentran anexadas, en todo sentido, a los centros urbanos con gran densidad de población, contando con todos los recursos de salud, educación, vivienda, transporte, comunicaciones, etc., de que carecen las verdaderas áreas rurales. De allí que parezca más útil buscar una definición que, considerando la carencia o falta de tales recursos, pueda ser común a todas las Américas.

Se ha estimado que más del 50% de la población del Continente se dedica a la agricultura, agrupada en zonas rurales, a la que debería agregarse los que trabajan en las zonas mineras que, también, residen en zonas rurales y que suman, aproximadamente, un 10%, lo que hace un total de cerca del 60% de la población rural de América Latina. Las variaciones que existen en los países van desde el 78% de la población que habita en las zonas rurales en Honduras, al 34% en la Argentina.

Otro hecho que merece destacarse es la concentración de la población urbana en ciudades de más de 100.000 habitantes, el que alcanza relieve porcentual en la Argentina y Colombia.

La situación descrita ha determinado que

en algunos países, en los últimos años, se hayan emprendido programas de atención médica rural que han contado con la ayuda de organismos internacionales y en los cuales se ha creado un verdadero sistema de servicios de salud rurales constituidos por pequeños establecimientos, con o sin camas, según la magnitud de la localidad, con o sin médicos y otro personal, realizando acciones integradas de salud. En ciertos Ministerios y Secretarías de Salud se han establecido Departamentos de Atención Médica Rural que fijan las normas y supervisan estos programas. Lo observado en el campo mismo permite esperar que, una vez perfeccionado el sistema y contándose con los recursos humanos suficientes y eficientes—principal escollo en estos momentos para tal actividad—se logre un progreso notable en la solución de los problemas de salud de este sector tan numeroso de la población de las Américas.

La mayor concentración actual de los servicios de salud en las áreas urbanas, y en aquellos sitios con gran densidad de población, es un hecho generalizado en todos los países del Continente. Ello se explica por la tendencia de los grupos profesionales médicos y otros de laborar en aquellos centros en que existen mayores recursos y una población económicamente mejor dotada para proporcionar ingresos como consecuencia del ejercicio profesional privado; por la necesidad de contar con profesionales dedicados a la docencia, investigación y administración en niveles centrales e intermedios; por la presión, siempre creciente, de tales poblaciones, las que por su mayor cultura y educación exigen más servicios de esta índole.

e. Cobertura de la población

Numerosas e importantes limitaciones de carácter informativo impiden establecer cuál es la población cubierta por los servicios de atención médica curativa. Aun en aquellos países en que se han elaborado planes de salud sectoriales, las cifras son aproximadas

y deberán ir perfeccionándose a medida que se vayan evaluando los resultados obtenidos. Por otra parte, se supone que, teóricamente, el promedio de población protegida por el subsector privado no es mayor del 10 por ciento. El índice potencial de cobertura de los servicios de salud del subsector gubernamental y autónomo, incluyendo a los seguros sociales, alcanza del 80 al 90% de la población.

Las variaciones comprobadas en los distintos países dependen de diversos factores, entre los de mayor importancia, la capacidad económica de los habitantes, la calidad de la atención médica dispensada, la ubicación geográfica de los servicios, las facilidades de transporte y comunicación, además de los históricos, culturales, etc.

f. *Organización de los servicios de salud*

La organización de los servicios de salud en América Latina, cuya descripción general ya se hizo, ha estado condicionada por diversos factores, y, primordialmente, por la concepción que los Gobiernos tienen de los problemas de salud y su solución a través de una política cuya ejecución han entregado al Ministerio de Salud y a otros ministerios.

En general, en todos los sistemas y servicios existe una organización piramidal con centralización de normas y objetivos y descentralización en la ejecución mediante la delegación de funciones y atribuciones.

En los servicios de salud de América Latina hay generalmente tres niveles en cuanto a estructura: un nivel central, un nivel intermedio y un nivel local. (No se consideran los servicios correspondientes al subsector privado.) La autoridad del nivel central, Ministerio o Secretaría de Salud y/o Direcciones de Salud, con sus departamentos o divisiones y secciones, está sujeta a contingencias extratécnicas que explican cómo programas muy bien elaborados deben interrumpirse, modificarse o reemplazarse por otros antes de poder evaluar sus resultados. Igualmente, los cambios periódicos de pro-

fesionales y técnicos directivos influyen sobre el desarrollo de los programas.

Mientras en algunos países la autoridad central está representada por el Ministro o Secretario de Salud, en otros descansa en el Director de Salud. En ambas circunstancias se observa la tendencia a separar lo administrativo de lo técnico, pero siempre bajo una sola dependencia. En el aspecto técnico, el establecimiento de normas y la supervisión de las acciones está en manos de departamentos de recuperación, fomento y protección de la salud, o de Subsecretarías o divisiones de atención médica y salubridad. En el primer caso, estos departamentos están coordinados por el Ministro de Salud o el Director de Salud; en el segundo, la coordinación es teórica a nivel ministerial. No se detallan los otros departamentos y secciones que componen los ya básicamente descritos y que prácticamente se repiten en los distintos países. En la última década se han estado creando a este nivel los Departamentos de Planificación Nacional de Salud con o sin coordinación con el interministerial.

La tendencia a la descentralización técnica y administrativa, con miras a evitar que los Ministerios o Direcciones de Salud se hipertrofién inconvenientemente, ha creado en varios países del Continente un nivel intermedio, que agrupa un cierto número de regiones o zonas de salud, responsable de la coordinación de los servicios y establecimientos que de él dependen y de la aplicación de las normas técnicas emanadas de la autoridad central. Este nivel intermedio debe coincidir con la división regional o zonal politicoadministrativa del país para lograr una cabal coordinación con los otros sectores del desarrollo económico y social. Se ha observado que, a pesar de los buenos resultados obtenidos en este sentido, hay países en los cuales este nivel zonal o regional no existe y en cambio la regionalización se practica en los hospitales, con o sin una estructura bien definida.

Finalmente, el tercer nivel de esta organi-

zación está representado por los centros y unidades locales de salud, con o sin coordinación administrativa y/o técnica de las acciones. En general, el esquema de organización en este nivel es más o menos similar en todos los países del Continente. Postas, centros primarios, medicaturas rurales, centros de salud, unidades sanitarias, consultorios externos con o sin camas, hospitales de diferentes tamaños, etc., se repiten a través de los países de las Américas. En algunos de ellos el énfasis se ha puesto en la atención médica rural con programas específicos; en otros, la atención médica, de este nivel, está involucrada en un solo programa.

g. Los seguros sociales

Originada en Europa, en la segunda mitad del siglo XIX, como consecuencia de la revolución industrial, la seguridad social representa "uno de los elementos de la política economicosocial de un país y tiene por objeto restablecer, por medio de prestaciones en dinero y en especie, la capacidad de consumo de los grupos de trabajadores asegurados o afiliados y sus familias, cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, han perdido en forma transitoria o permanente su capacidad de ganar y sus medios de subsistencia. Por otro lado, promueve la restitución del trabajador en los plazos más breves posibles a la vida activa, a fin de que se reintegre a la producción".¹⁹

Hay en esta definición un principio económico básico de producción y consumo aplicable a todos los miembros de una comunidad, pero que tiene mayor repercusión sobre la población activa. Para mantener este principio económico se precisa, por una parte, una población sana, y por otra, capacidad económica para consumir, mediante la concurrencia de factores como son el pleno empleo, una política de salarios que garantice una remuneración adecuada a las necesi-

dades vitales de todos los habitantes y seguridad social en la forma que se ha señalado.

En su financiamiento, la seguridad social cuenta con contribuciones generalmente tripartitas que varían de una a otra legislación en proporción al sueldo o salario, de cargo del empleador, el empleado y el Estado. Como se ha señalado, en algunos países determinadas prestaciones otorgadas por la seguridad social tienen un financiamiento bipartito, empleador y obrero o empleado.

Para cumplir con las prestaciones relativas a salud, la mayoría de los seguros sociales crearon sus propios servicios médicos para dar atención médica curativa y maternoinfantil a sus imponentes y familiares con distintas modalidades y limitaciones. Se construyeron de esta manera centros de atención ambulatoria y hospitales y se celebraron convenios con los Ministerios de Salud, beneficencias públicas e instituciones privadas para contratar servicios (consultas externas especializadas y hospitalizaciones) cuando carecían de ellos, en general o en determinadas localidades. Esta política ha venido acentuándose en los últimos años en muchos países, en que se observa una tendencia a aumentar las construcciones de establecimientos propios, o como se observó en dos países, a dividir un hospital del Ministerio asignándole camas al Seguro Social quien las organizó de acuerdo con sus propios moldes, con dirección independiente de la del resto del hospital y con regímenes diferentes de remuneraciones y horarios de trabajo de su personal.

Los hospitales y consultorios edificados y equipados por las instituciones de seguridad social han sido, por regla general, de mejor calidad física que los antiguos hospitales de beneficencia o los nuevos de los Ministerios. Con frecuencia han estado bien dotados de personal, tanto profesional como auxiliar, debido a un régimen de salarios más elevado.

De acuerdo con los datos proporcionados por la Organización de los Estados Americanos, 19 países latinoamericanos tienen prestaciones de maternidad y 16 de enferme-

¹⁹ Según se establece en el Documento de Trabajo de la reunión del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en la América Latina; véase pág. 16.

dad, entre los beneficios ofrecidos a sus afiliados por el seguro social. Si bien, como se expresó anteriormente, la cobertura de población es muy variable, sólo podrá ser establecida mediante investigaciones especiales.

La seguridad social en América Latina, al prestar atención médica, generalmente eficiente y oportuna, ha creado una conciencia sanitaria en los grupos laborales y ha canalizado grandes sumas de dinero hacia los servicios médicos, todo lo cual es indudablemente beneficioso para el cuadro general de la medicina organizada. Sin embargo, es necesario poner énfasis en tres reservas derivadas de la estructura actual de los seguros sociales, en la aplicación de criterios modernos de cobertura universal y de asistencia médica integral. Ellos son:

Alto costo de la asistencia médica, que no guarda relación, como se indicará posteriormente en cifras, con lo que se está gastando para proteger a la población no asegurada.

Beneficios que alcanzan a un porcentaje muy pequeño de la población de América.

Creación de privilegios y diferencias de grupos en la atención médica en los países del Continente.

h. Coordinación e integración

Mucho se ha insistido en la integración administrativa de los diferentes servicios de salud, concepto distinto al de integración técnica de las acciones de salud. Defendida arduosamente por unos, impugnada por otros, las posibilidades de realizarla han encontrado escollos en los sectores políticos, económicos, autonomía institucional, personales, escasez de recursos, etc.

Estas limitaciones, válidas también para obtener una buena coordinación de los servicios de salud, merecen destacarse con más

precisión, ya que de sus múltiples alternativas depende el éxito de los programas.

Entre estos, no se debe olvidar la defensa que el gremio médico hace del ejercicio privado de la profesión, oponiéndose a una medicina funcionarizada, por estimar que esta vulnera sus posibilidades económicas; la formación profesional impartida por las facultades de medicina; la desconfianza de los sectores laborales frente a la atención médica estatal que estiman mala o deficiente, y los intereses que han alentado las leyes al otorgar beneficios diferentes. A esto hay que agregar la separación que hasta ahora ha existido, y aún subsiste en varios países, entre las acciones preventivas y curativas, entregadas a la política de instituciones que crecieron separadamente. A pesar de las dificultades indicadas, en el Continente se está produciendo un cambio de actitud que, a corto o a largo plazo, se traducirá en la adopción de nuevos moldes para elevar el nivel de salud de las poblaciones.

Recuérdese a este respecto que en un solo país de América se ha obtenido la integración técnica y administrativa a nivel nacional, y en otro, parcialmente, ya que la cobertura no es universal en cuanto a instituciones y población. Frente a esta realidad se ha señalado, como etapa transitoria o definitiva, la coordinación de los servicios de salud que, en algunos países del Continente, se ha iniciado en algunas regiones y localidades (planes piloto).

Los esfuerzos tendientes a lograr una coordinación efectiva dentro del sector salud se han traducido en los diferentes países en:

(i) Concesión de subvenciones a las beneficencias locales y a otras entidades similares, reservándose el Ministerio de Salud la facultad de dictar normas de organización y administración, a la vez que asume funciones supervisoras. En algunos países en que se ha puesto en práctica este procedimiento, reforzado por convenios escritos, los resultados no han sido los esperados para modificar situaciones tan

arraigadas y tradicionales. Sin embargo, deberá insistirse en ellos, perfeccionando los procedimientos de control y supervisión.

(ii) Transferencia o compra de hospitales y otros servicios de salud entre las instituciones por incapacidad económica de la entidad propietaria para solventar los gastos de operación de los establecimientos o cuando el aporte gubernamental es muy elevado. En uno de los países, el Ministerio de Salud vendió a un Instituto de Seguro Social algunos hospitales en la suma de 36.000.000 de dólares; a la inversa, otro instituto entregó al Ministerio de Salud un hospital para su remodelación y administración. Ejemplos como los indicados están revelando que tales iniciativas pueden promover una coordinación interinstitucional más activa.

(iii) Coordinación entre los diversos organismos de seguridad social en un mismo país, por medio de un Consejo Superior de Coordinación. Con ello se han logrado infinidad de acciones entre las diversas entidades y se ha establecido que en lo sucesivo los nuevos hospitales prestarán servicios indistintamente a los afiliados de todas las instituciones.

(iv) Contratos entre los Ministerios, los seguros sociales y otros servicios de salud, para la utilización de camas sin discriminación de beneficiarios.

(v) Directivas técnicas emanadas de los Ministerios de Salud, de aplicación nacional, en materia de estadísticas, productos farmacéuticos, inmunizaciones, condiciones de los locales de elaboración y expendio de alimentos, etc.

(vi) En ciertos países se han modificado las estructuras administrativas de los Ministerios de Salud, con descentralización regional, destacando en cada área un jefe técnico, especialista en salud, quien tiene la dirección y supervisión de los servicios médicos de esa área. La experiencia

recogida ha demostrado que el procedimiento es adecuado y conveniente; sin embargo, por falta de un respaldo jurídico y financiero, la acción de estas autoridades ha carecido en ocasiones de la eficacia requerida. Por otra parte, en la mayoría de los países, la falta de especialistas en salud ha sido otro factor que ha impedido la finalización del procedimiento.

(vii) En uno de los países, en virtud de haber sido dictada una ley, se integraron administrativa y técnicamente servicios que antes estaban separados, entregando a este servicio todas las acciones preventivas del país y un porcentaje de cobertura en atención curativa que sobrepasa el 70% de la población.

En todo caso, surge la pregunta de cómo alcanzar esta coordinación. Algunas de las medidas recomendables para obtener la coordinación de los servicios de salud son: la planificación integral del desarrollo económico y social; uniformación, en el plano nacional, de los diferentes regímenes de seguridad social; establecimiento de un seguro de salud con cobertura universal; reforzamiento financiero, legal y administrativo de los Ministerios de Salud; coordinación de las acciones locales de salud; educación del sector sindical.

La Primera Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Santiago de Chile del 3 al 10 de abril de 1965, sintetiza su pensamiento sobre el problema en las conclusiones del tema "Los distintos servicios de atención médica y su aplicación en América Latina", expresando:

Todo régimen de asistencia médica de un país debe adaptarse a su historia, realidad economicosocial, condiciones ecológicas, de enseñanza, sanitarias y a su posible evolución planificada.

Considerando:

1. Que existen diferencias entre los países de América Latina en cuanto a su situación demográfica, problemas de salud, características culturales de organización.

2. Que la salud es un derecho y por lo tanto la medicina debe ser universal, oportuna y suficiente, continua a lo largo de la vida y en salud y enfermedad, integral, incluyendo fomento, prevención y recuperación de la salud y con sentido ampliamente comunitario.

3. Que los recursos en el momento actual no parecen suficientes para entregar atención médica con estas características,

Se recomienda como metas a obtener:

1) La formulación de planes nacionales de salud y la existencia de un organismo rector en armonía con otros organismos de planificación nacional.

2) La coordinación de las diversas instituciones de asistencia médica.

3) La centralización de las normas de trabajo y descentralización en la ejecución de las acciones.

4) La regionalización y organización en sistemas planetarios cuya unidad básica es la consulta externa periférica y los organismos locales de promoción y protección de la salud, en una relación funcional con el hospital general.

2. CUIDADOS DE LA SALUD

El proceso del cuidado de la salud en América Latina presenta como principales características su dinamismo y flexibilidad para aplicar las tendencias y conocimientos de las distintas épocas y la constante creación y renovación de sus sistemas en razón a las exigencias del medio. Avanzando con mayor o menor rapidez, los países han ido asimilando la experiencia de otros y adaptándola, en etapas sucesivas, a las condiciones ecológicas de cada uno de ellos.

Cuatro conceptos básicos surgen del examen de los sistemas relacionados con los cuidados de salud:

a) Derecho a la salud y a la seguridad social de los habitantes de un país.

b) Aceptación de la interrelación entre salud, enfermedad y desarrollo económico.

c) Valor del diagnóstico y tratamiento oportuno de la morbilidad y control preventivo de las enfermedades.

d) Consenso de que la medicina curativa, a pesar de la perfección de sus técnicas, por sí sola no podía reducir en forma significativa los elevados índices de morbili-

dad-mortalidad que son influenciados por los factores del medio.

Como consecuencia obligada del progreso científico y técnico, aumentaron los costos, especialmente en reparación de la salud. De allí nació la idea de aunar recursos, coordinar acciones de diversos servicios y formular programas nacionales a través de las oficinas o departamentos de planificación.

Los Ministerios de Salud han abarcado todas las acciones de protección de la salud de sus poblaciones mediante programas orientados al saneamiento básico, control de alimentos, higiene industrial, zoonosis, control de enfermedades infecciosas y parasitarias, etc. Estas acciones ordenadas en Códigos Sanitarios y otros reglamentos, se realizan por especialistas y técnicos a través de una red de servicios hospitalarios, centros de salud, unidades sanitarias, unidades médicas rurales u otras denominaciones que se emplean en los países de las Américas pero que, fundamentalmente, son semejantes. Pero estos programas, en más de un país, frecuentemente tienen dificultades en su ejecución, especialmente cuando otros sectores, por mandato de la ley, tienen también atingencia en ellos. Un buen ejemplo lo da el abastecimiento de agua potable y disposición de excretas de las poblaciones, especialmente en las áreas rurales. Así, en uno de los países visitados, mientras el 73% de la población urbana cuenta con agua potable, sólo el 5% de la población rural dispone de ella. En lo que respecta a disposición de excretas, el 51,6% de la población urbana está provista de alcantarillado y sólo el 40% de la población rural posee algún sistema, en tanto que el 60% restante carece de él y utiliza el campo abierto. De acuerdo con la legislación vigente, el Ministerio de Obras Públicas sólo tiene a su cargo el abastecimiento de agua y disposición de excretas de las localidades con población superior a 1.000 habitantes. Las concentraciones menores y las comunidades aisladas no están incluidas en los programas de la Dirección de Obras Sanitarias del Ministerio de Obras

Públicas. En consecuencia, el Servicio Nacional de Salud tuvo que hacerse cargo de este grave problema sin que ello pudiera constituir la solución, produciéndose dualidades en el aprovechamiento de los recursos, especialmente los humanos.

Igual cosa ocurre en otro de los países en el cual el suministro de agua de las poblaciones está a cargo del Instituto Nacional de Obras Sanitarias (del Ministerio de Obras Públicas) y de la División de Acueductos Rurales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. El primero se encarga de las poblaciones de más de 5.000 habitantes y la División de Acueductos Rurales de aquellas que están en la categoría inferior a dicho margen. El crecimiento vegetativo de la población y la tendencia a la concentración en sectores urbanos mayores de 5.000 habitantes (39 centros en 1941; 127 en 1965), han creado graves problemas al Instituto Nacional de Obras Sanitarias y a la Dirección de Acueductos Rurales en lo que se refiere al financiamiento de las obras y al costo de mantenimiento de estas. Hay también, en este caso, una dualidad de acciones que debe ser corregida para el mejor aprovechamiento de los recursos.

Para no incurrir en repeticiones, todo aquello que se refiera a atención médica cerrada y externa, ambulatoria y domiciliaria se considerará en el capítulo siguiente, relativo a los recursos materiales, humanos y económicos con que cuentan los servicios de salud en las Américas.

3. RECURSOS EN SALUD

Establecida la necesidad de aprovechar en la mejor forma posible los recursos existentes evitando duplicaciones y gastos excesivos y superfluos, programando acciones de acuerdo con las prioridades establecidas frente a los daños y a las necesidades de salud de una comunidad, es necesario conocer previamente los recursos con que se cuenta, es decir, formular una parte del diagnóstico de la situación.

Para los objetivos de este informe, el

examen de los recursos que existen en las Américas se ha dividido en:

a. *Recursos materiales*: número de establecimientos, tamaño; número de camas, distribución por especialidad y geográfica, estado de sus instalaciones y distribución en el país; dependencia; organización y administración; días-paciente; estada media; índice de ocupación; consulta externa, consultas nuevas y repetidas; consultas-paciente-año.

b. *Recursos humanos*: grupos profesionales técnicos y auxiliares; número absoluto, índices; distribución; necesidades de adiestramiento; insuficiencias actuales.

c. *Recursos económicos*: gastos en salud, en atención médica, en personal y en ciertos rubros importantes, tales como alimentación, medicamentos, mantenimiento y otros programas.

Se deja constancia que para la cuantificación de las cifras se han considerado las existentes en la Oficina Sanitaria Panamericana y las obtenidas en los países visitados. La insuficiencia de información en algunos países impide que los datos que se consignan sean completos y absolutamente fidedignos.

a. *Recursos materiales*

(i) Número de establecimientos de salud

Se ha preferido hablar de establecimientos de salud porque esta denominación comprende los hospitales y los centros, unidades de salud, medicaturas rurales, etc., que se destinan al cuidado de la salud en las Américas.

En el caso de los hospitales, esta información numérica tiene un valor relativo puesto que puede o no estar en relación con el número de camas. Así, en un país determinado puede haber pocos hospitales con número suficiente de camas, y a la inversa.

En el cuadro 1 se indican los servicios locales de salud con la población total de cada país, estimada al año que se indica, a la que se agrega su tasa de crecimiento anual.

Cuadro 1. Número de servicios locales de salud en las Américas, con indicación del número de habitantes del país, y su tasa de crecimiento anual.

<i>País</i>	<i>Número de habitantes</i>	<i>Año</i>	<i>Servicios locales de salud</i>	<i>Tasa de crecimiento anual</i>
Argentina	22.024.000	1960	714	1,7
Bolivia	3.668.000	1960	193	1,4
Brasil	78.809.000	1962	3.588	3,1
Canadá	19.272.000	—	—	2,7
Colombia	16.040.000	1964	1.051	3,2
Costa Rica	1.391.000	1963	134	4,0
Cuba	7.336.000	1964	256	2,1
Chile	8.769.000	1964	461	2,8
Ecuador	4.877.000	1961	148	3,1
El Salvador	2.824.000	1964	74	3,0
Estados Unidos de América	191.334.000	1962	2.069	1,6
Guatemala	4.396.000	1964	212	3,1
Haití	4.550.000	1962	188	3,0
Honduras	2.092.000	1964	82	3,0
Jamaica	1.730.000	1963	166	1,3
México	39.643.000	1964	2.895	3,1
Nicaragua	1.584.000	1963	163	3,3
Panamá	1.243.000	1964	186	2,9
Paraguay	1.949.000	1960	258	2,6
Perú	11.357.000	1964	658	2,5
República Dominicana	3.452.000	1964	291	3,5
Trinidad y Tabago	948.000	1963	97	2,9
Uruguay	2.996.000	1964	—	1,6
Venezuela	8.427.000	1964	520	4,0

Se ha relacionado el número de establecimientos de salud con la población y su tasa de crecimiento, porque este es uno de los factores fundamentales en la estimación de las necesidades de camas de un país.

De acuerdo con la información disponible de 1962 y las correcciones introducidas para incluir las construcciones recientes de hospitales en algunos de los países, había en las Américas 17.883 establecimientos hospitalarios, de los cuales 8.404 corresponden a América del Norte, 2.740 a Centro América y 7.739 a América del Sur. Si se recuerda que alrededor del 50% de la población de las Américas se agrupa en Sur y Centro América y se suman los hospitales que en ellas existen, se obtienen 9.479 establecimientos hospitalarios, cantidad superior a la de América del Norte, que alcanza a 8.404. Estas cifras podrían inducir a suponer, falsamente, que en América Central y del Sur hay un número suficiente de hospitales, al aceptar que los que existen en América del Norte son adecuados en cantidad para cubrir las necesidades de su población, lo que no es así si se examina su distribución geográfica, número

de camas, distribución por especialidades en conjunto y, particularmente, en cada país.

(ii) Número de camas

El conocimiento del número de camas de hospital que existen en un país, es uno de los elementos básicos en planificación.

En la información estadística proporcionada por algunos países no se consideran como camas de hospital aquellas que existen en los consultorios, especialmente rurales, en los cuales los enfermos permanecen de 24 a 48 horas y reciben una atención de emergencia, para ser trasladados a hospitales locales o regionales donde se les examina y trata adecuadamente.

Con el objeto de asegurar uniformidad en la recolección de los datos, debería definirse, precisamente, lo que se entiende por cama de hospital y usar una nomenclatura común para los países del Continente.

Se estima que en la actualidad existen en el Continente 2.601.908 camas de hospital, cifra que variará una vez realizado un censo fidedigno de los recursos disponibles. En muchos países se está realizando este recuento con miras a formular un plan nacional

de salud. De este total, América del Norte dispone de 898.230 camas, América Central de 128.097, y América del Sur de 335.588 camas en hospitales generales; en los hospitales de especialidades, las camas alcanzan 988.928, 64.833 y 178.864, respectivamente. Las 117.471 restantes se distribuyen en camas para ancianos y enfermos crónicos. Llama la atención que mientras en América del Norte 851.401 camas están destinadas a enfermos mentales, en América Central sólo existen para ese fin 32.573 y en América del Sur 76.398.

En cambio la proporción se invierte para tuberculosis, ya que al sumar las camas para esta especialidad en América Central y del Sur se obtiene más o menos el mismo número que en América del Norte.

En las metas que se establecen en los planes de salud, se utiliza como índice del número de camas necesarias, entre otros, la relación que hay entre estas por cada 1.000 habitantes. Se ha estimado que las camas que se precisan en la atención de enfermos agudos debe ser de 4,5 por 1.000 habitantes. Si se observan las tasas actuales, se comprueba un déficit para América del Sur y Central, tanto en el total de camas como en las destinadas a los enfermos agudos. Así,

en América Central la tasa total es de 2,7 y de 1,8 para los hospitales generales; en América del Sur de 3,5 y de 2,3, y en América del Norte de 9,2 y de 4,4, respectivamente. Por otra parte, las tasas varían sustancialmente de un país a otro.

Conviene tener presente que la tasa de 4,5 camas por cada 1.000 habitantes está lejos de ser alcanzada en la mayoría de los países de América Latina y que es probable que un mejor aprovechamiento de los recursos, aumentando las horas de atención en los consultorios externos (mañana y tarde, y no sólo en las mañanas, como ocurre en muchos de los países), reduciendo los promedios de estada y elevando el grado de utilización de las camas o índice ocupacional, determinaría que la tasa adecuada pudiera ser inferior a la señalada.

No ha sido posible conocer la distribución de camas por especialidades tales como cirugía, medicina, pediatría y obstetricia, en el total de las camas en hospitales generales. Si bien existe la información obtenida en ciertos países, ella no es suficiente para dar a conocer la situación real en las Américas; sin embargo, pueden ser útiles las cifras que se indican a continuación para conocer la tendencia de los países consignados.

Cuadro 2. Distribución porcentual por camas de especialidades en algunos hospitales de Colombia, Chile, El Salvador, Perú y Uruguay (1962-1964).

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Total de camas</i>	<i>Medicina %</i>	<i>Cirugía %</i>	<i>Obstetricia %</i>	<i>Pediatría %</i>	<i>Tuberculosis %</i>	<i>Enfermedades mentales %</i>
Colombia	1962	31.778	18,4	10,22	12,52	16,81	9,57	15,58
Chile	1963	22.360	18,1	14,8	11,8	19,6	19,8	17,0
El Salvador ..	1964	6.503	44,0		10,8	10,7	24,3	8,9
Perú	1963	18.530	28,4	26,2	9,8	7,4	10,8	2,1
Uruguay	1964	7.243	—	—	4,3	11,0	—	—

En el cuadro 2 se han considerado sólo las camas de algunos servicios, excluyéndose otras por no haber datos. Llama la atención el alto porcentaje de camas destinadas a pediatría en Chile en comparación con los otros, lo que se explica por la alta mortalidad infantil que tiene el país, la más alta de las Américas junto con El Salvador. Igualmente, el Uruguay destina sólo 4,3% de

camas a obstetricia, hecho justificado por el crecimiento lento de la población, cuya tasa es de 1,6 (población envejecida). Es evidente la importancia que tiene la distribución por grupos de edad de la población en la determinación de las camas por especialidades.

Al confeccionarse los presupuestos-programas, mucho se ha insistido en los planes

nacionales o sectoriales de salud, en el concepto de justicia distributiva de los recursos, que guarda íntima relación con las disponibilidades de camas en las áreas urbanas y rurales y la concentración de estas en los grandes centros poblacionales.

En la publicación de la Organización Panamericana de la Salud *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1962*, se expresa:

"El conocimiento de la distribución de las camas de hospital dentro de un país es importante para la planificación de los servicios a ser prestados a la totalidad de la población Debido a que la información disponible se refería a las capitales, a los distritos federales y a las grandes ciudades, para esta presentación se ha dividido cada país en dos partes, a saber: a) la capital o el distrito federal y las ciudades

con más de 500.000 habitantes, y b) el resto del país".²⁰

En el cuadro 3²¹ aparecen los datos de 16 países cuya población estimada en 189 millones representaba el 90% de la población de América Latina, alrededor de 1962. El número de camas de hospital en las capitales y otras grandes ciudades de dichos países era de 5,8 por 1.000 habitantes, o sea, dos veces y media mayor que el número correspondiente al resto de sus respectivos territorios que era de 2,2 por 1.000. Si bien las grandes ciudades son centros de atención hospitalaria, las restantes zonas de estos países, es decir, las ciudades más pequeñas y las zonas rurales donde vive aproximadamente el 77% de la población, también tienen una gran necesidad de servicios.

²⁰ *Publicación Científica de la OPS* 104, 53.

²¹ *Ibid.*, pág. 54.

Cuadro 3. Número de camas de hospital y tasas por 1.000 habitantes, en capitales y ciudades importantes de 16 países, alrededor de 1962.

País	Año	Total		Capitales y ciudades importantes (a)		Resto del país	
		Número de camas de hospital	Tasa	Número de camas de hospital	Tasa	Número de camas de hospital	Tasa
América Latina		572.137	3,0	255.637	5,8	316.500	2,2
Argentina	1962	129.435	6,0	57.639	8,2	71.796	5,0
Bolivia	1962	7.371	2,1	2.028	4,4	5.343	1,7
Brasil	1961	219.233	3,0	b) 96.743	7,1	122.490	2,1
Colombia	1962	c) 44.226	3,0	19.375	3,7	24.851	2,6
Costa Rica	1962	6.016	4,7	3.780	8,6	2.236	2,7
Chile	1962	d) 28.434	3,5	12.686	4,8	15.748	2,9
El Salvador	1962	c), e) 5.787	2,2	2.924	6,0	2.863	1,3
Guatemala	1962	10.250	2,6	4.863	7,6	5.387	1,6
Honduras	1962	e) 2.811	1,4	f) 1.888	4,7	923	0,6
Jamaica	1962	6.825	4,2	g) 4.645	12,0	2.180	1,7
México	1958	47.505	1,4	21.499	2,7	26.006	1,0
Nicaragua	1959	2.738	1,9	948	4,5	1.790	1,5
Panamá	1960	h) 4.340	4,1	2.523	6,9	1.817	2,6
Perú	1961	i) 23.481	2,3	11.018	4,8	12.463	1,5
República Dominicana ..	1962	c), e) 6.222	1,9	3.377	6,8	2.845	1,0
Venezuela	1962	27.463	3,5	9.701	7,4	17.762	2,7

a) Comprende los distritos federales, capitales o departamentos con ciudades capitales, además de otras ciudades con una población de por lo menos 500.000 habitantes, o departamentos con una ciudad de 500.000 o más habitantes.

b) Capitales de Estado y Estado de Guanabara.

c) La fuente difiere de la de cuadros anteriores.

d) Hospitales del Gobierno solamente.

e) Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social solamente.

f) Distrito Sanitario No. 1.

g) Kingston y San Andrés.

h) Fuente: *Panamá en Cifras*, Dirección de Estadística y Censo, Panamá, 1961.

i) Camas en 215 hospitales.

La observación realizada en ocho países del Continente confirma lo expresado anteriormente. Se deja constancia del cambio que anima a las autoridades gubernamentales y de salud, que han comenzado, en algunos países, a dotar de recursos, y particularmente de camas, a las regiones o zonas descritas anteriormente, alejadas de los grandes centros poblacionales.

(iii) Tamaño de los hospitales

Se ha intentado agrupar los hospitales según su tamaño, atendiendo al número de camas de que disponen. El conocimiento de esta medición está relacionado con la organización y administración de los hospitales y con su costo de operación. Se sabe que los

establecimientos pequeños con más de 50 camas y menos de 100 tienen un costo de funcionamiento elevado por el rendimiento menor de sus instalaciones, a la vez que por el personal que precisan. Los hospitales que sobrepasan las 400 a 500 camas (hay un buen número de ellos en las Américas que tienen más de 1.000), presentan dificultades en su manejo, a la vez que precisan un personal muy numeroso, muchas veces con duplicación de funciones.

Se dispone de información muy limitada respecto del tamaño de los hospitales. Al cuadro 4, tomado de la publicación ya citada, se han agregado los datos correspondientes a El Salvador para el año 1964.²²

²² *Ibid.*, pág. 52.

Cuadro 4. Número y porcentaje de hospitales, por tamaño, en países de las Américas, alrededor de 1962.

País	Año	Total	Menos de 50 camas		50-99 camas		100-199 camas		200-399 camas		400 y más camas	
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Canadá	1962	a) 1.375	758	55,1	190	13,8	191	13,9	123	8,9	113	8,2
Costa Rica	1961	b) 45	24	53,3	4	8,9	10	22,2	4	8,9	3	6,7
Chile	1960	c) 217	97	44,7	38	17,5	33	15,2	25	11,5	24	11,1
Ecuador	1959	d) 99	56	56,6	18	18,2	18	18,2	5	5,1	2	2,0
El Salvador	1964	e) 51	27	53	8	15,8	5	9,8	—	9,2	5	9,0
Estados Unidos	1962	e) 6.371	2.125	33,3	1.563	24,5	1.190	18,7	882	13,8	611	9,6
Perú	1961	f) 207	108	52,2	40	19,3	30	14,5	13	6,3	16	7,7

a) *List of Canadian Hospitals and Related Institutions and Facilities*, Dominion Bureau of Statistics, 1962.

b) OMS, Estudio Internacional sobre Utilización de Hospitales.

c) Se excluyen 35 hospitales.

d) *Country Plan for Hospital and Health Center Coordination and Construction in Ecuador*, USOM/ Ecuador, enero de 1960.

e) Se excluyen 657 hospitales (101 hospitales de enfermedades mentales, 11 de tuberculosis y 545 hospitales generales y otros especializados). *Hospitales*. American Hospital Association, 1 de agosto de 1963.

f) Se excluyen 21 hospitales.

A excepción de los Estados Unidos de América y de Chile, más del 50% de los hospitales tienen menos de 50 camas en los siete países analizados en el cuadro 4. En los hospitales con más de 50 camas y en los otros grupos no hay elementos de juicio que permitan establecer comparaciones o diferencias útiles.

En un buen número de países de América Central y del Sur en los últimos cinco años ha habido un aumento considerable de este tipo de establecimientos, con el fin de pro-

porcionar atención médica a las poblaciones rurales y a los sectores periféricos de los centros urbanos.

En Colombia, las camas totales del país, que alcanzaban 44.226 en 1962, se distribuyeron en los hospitales, en atención a su número, como sigue:

Tamaño del hospital	No. de camas	%
Menos de 50 camas.....	9.026	20,41
50 a 99 camas	8.696	19,66
100 a 199 camas	8.515	19,25
200 a 399 camas	5.872	13,28
400 y más camas	12.117	27,40

Estas cifras no se incluyen en el cuadro 4 porque los porcentajes se refieren al número de camas y no al número de hospitales.

(iv) Propiedad de los hospitales

No se posee información completa en cuanto a la propiedad de los hospitales en los países de las Américas. Este desconocimiento de la totalidad de recursos con que se cuenta se está obviando en muchos de ellos mediante censos y encuestas que se han venido realizando en los últimos años para la elaboración de los planes sectoriales o subsectoriales de salud. Es especialmente en el subsector privado donde esta información o no existe o es escasa y en ocasiones poco fidedigna.

En el cuadro 5,²³ reproducido también de *Las condiciones de salud en Las Américas, 1961-1962*, se han agregado las cifras correspondientes a El Salvador y a Uruguay. En este último sólo se han considerado los hospitales de Montevideo, que cuentan, aproximadamente, con el 50% de las camas del país.

En América Latina casi el 45% de los hospitales, con el 67% de las camas, son propiedad del Gobierno; sin embargo, hay marcadas diferencias en la proporción de camas existentes en los hospitales gubernamentales. Los porcentajes variaron desde 40% en Brasil hasta 95% en Costa Rica.

²³ *Ibid.*, pág. 52.

Cuadro 5. Número y porcentaje de hospitales y camas de propiedad del Gobierno en 15 países de las Américas, alrededor de 1962.

País	Año	Hospitales			Camas		
		Total	Del Gobierno		Total	Del Gobierno	
			No.	%		No.	%
América Latina		8.356	3.788	45,3	561.582	374.648	66,7
Argentina	1961	2.253	1.291	57,3	129.435	103.569	80,0
Bolivia	1962	107	62	57,9	7.371	4.547	61,7
Brasil	1961	2.654	416	15,7	a) 210.872	83.826	39,8
Colombia	1961	b) 558	433	77,6	b) 44.686	39.960	89,4
Costa Rica	1961	c) 45	36	80,0	c) 5.751	5.441	94,6
Chile	1962	252	188	74,6	38.047	28.484	74,7
El Salvador	1964	51	35	67,1	6.503	5.889	90,4
Guatemala	1962	45	35	77,8	10.250	9.384	91,6
México	1962	d) 1.925	1.031	53,6	d) 62.964	53.754	85,4
Panamá	1962	27	16	59,3	e) 4.168	3.488	83,7
Perú	1961	f) 164	97	59,1	f) 19.554	17.291	88,4
Uruguay g)	1964	28	18	61,1	8.825	7.243	82,0
Venezuela	1963	326	183	56,1	28.484	24.954	87,6
Canadá	1963	1.346	494	36,6	202.306	85.835	42,4
Estados Unidos	1962	7.028	2.415	34,4	1.689.414	1.132.367	67,0

a) Se excluyen las camas en establecimientos parahospitalarios.

b) Se excluyen dos hospitales sin información.

c) Fuente: *Estudio internacional sobre utilización de hospitales*, OMS (Estudio piloto, 1961).

d) Se excluyen 12 hospitales sin información.

e) Fuente: *Plan Nacional de Salud Pública, 1962-1970*, Panamá, 1963.

f) Se excluyen 64 hospitales sin información.

g) Sólo se consideró Montevideo.

(v) Instalaciones y equipos de los hospitales—Su estado y distribución

El escaso conocimiento de las instalaciones y equipos que existen en los hospitales, su estado actual y su distribución, impide entregar una información ordenada y cuantificada de estas. Sólo existen datos aislados

referentes a una que otra zona, región u hospital en un país, o bien a ciertos equipos e instalaciones en cuanto a número, pero no a su estado actual. La falta de una información correcta en este sentido es uno de los factores limitantes en la confección de los planes de salud.

Sí se sabe que en todos los países de

América del Sur y Central las instalaciones, equipos e instrumental están muy mal distribuidos, tal como ocurre con las camas de hospital, en que hay gran concentración en grandes centros, y pobreza, escasez e inexistencia en los centros pequeños. En Colombia, en un estudio de los recursos existentes realizado en 1962, se comprobó que de 560 hospitales examinados, 274, o sea el 48,9%, tienen equipos de radiología, 201 hospitales (35,9%) tienen laboratorio clínico y 125 (22,3%) poseen bancos de sangre. Datos como estos se repiten en los países del Continente, pero están sujetos a insuficiencias de información que deberán corregirse.

Con referencia a la desigualdad de distribución de los equipos y a las dualidades que esta desigualdad trae consigo, en uno de los países visitados se observó que una de las ciudades pequeñas del interior tenía seis hospitales dependientes de distintas instituciones; en cada uno de ellos había uno o dos equipos de rayos X, atendidos profesionalmente por un médico radiólogo que dedicaba fraccionadamente su horario a cada hospital. El análisis estadístico del rendimiento de los 10 equipos reveló que no era superior a 2,3 exámenes diarios promedio para cada uno de ellos. Si existiera coordinación de servicios, podrían agruparse los equipos, disminuir su número y concentrar el horario de atención del especialista en uno o dos establecimientos con las consiguientes ventajas para la comunidad y la economía de los servicios. Además, podrían enviarse algunos equipos a otros hospitales que carecen de ellos.

(vi) Organización y administración de hospitales

La organización y administración de los hospitales en las Américas presenta diversas modalidades, según los países y servicios que en ellos existen.

En general, las bases de organización y administración de los establecimientos hospitalarios se encuentran en leyes y reglamentos

antiguos y actualizados, cuyo cumplimiento depende de las autoridades ministeriales, regionales o locales y del personal que trabaja en ellos.

El concepto de la centralización de normas y directivas y descentralización en la ejecución de las acciones, con delegación de autoridad traducida en manejo de personal y presupuestos, es un tanto teórico en muchos países del Continente.

En varios países la dirección de los hospitales está en manos de médicos especialistas en salud pública y administración hospitalaria, en otros, de especialistas en administración hospitalaria exclusivamente y en otros de médicos, generalmente jefes de servicio, que se han distinguido por su actividad clínica y/o docente.

En Chile, donde existe un servicio integrado de salud con cobertura preventiva del 100% de la población y curativa del 70%, los directores de los establecimientos regionales y locales tienen en los hospitales las funciones de administradores de salud para el área que les corresponde y de directores de sus respectivos establecimientos. En otros países, los directores de hospitales no tienen funciones de salud pública. En ciertos hospitales la dirección está a cargo de un médico director técnico, clínico y de un médico director administrativo, especialista en administración hospitalaria y/o especialista en salud pública.

La división de las actividades de un hospital en técnicas y administrativas es la norma en los países del Continente. Mediante un equipo de médicos jefes de servicio y otras jefaturas profesionales y técnicas por una parte, y de funcionarios administrativos por otra, los directores de hospitales administran sus establecimientos coordinando las acciones. En algunos países se ha entregado parte de las funciones administrativas (adquisiciones, abastecimiento, bodega, mantenimiento, aseo, movilización) a intendentes o administradores de hospital, que suelen ser profesionales con cursos universitarios de uno o dos años de duración.

En la organización técnica de los hospitales se ha mantenido la división clásica de los cuatro servicios básicos de medicina, cirugía, obstetricia y pediatría, y según su tamaño y recursos, cuentan además con servicios de especialidades y de colaboración diagnóstica y terapéutica. En los últimos años, en ciertos países, en hospitales completos (que cuentan con todas las especialidades) se ha puesto en práctica el concepto de la departamentalización, agrupando los servicios en médicos y quirúrgicos y manteniendo los de obstetricia y pediatría.

La escasez de recursos y la falta de una distribución equitativa de estos evidencia que numerosas áreas o sectores de la población no cuentan con los servicios indispensables de atención médica y de colaboración diagnóstica y terapéutica. De este hecho surgió la práctica de la regionalización de los hospitales que se está utilizando, organizada o intuitivamente, en los países de las Américas. El problema de la falta de servicios adquiere mayor relieve en los de colaboración diagnóstica y terapéutica, algunos de los cuales, por su alto costo, sólo pueden existir en los grandes centros de población.

Llama la atención que en todos los países visitados no exista, en hospitales que sobrepasan las 400 camas, un buen aprovechamiento de los servicios o departamentos en cuanto a las horas de actividad durante toda la jornada de trabajo, lo que da lugar a multiplicaciones inútiles y antieconómicas. Así sucede, por ejemplo, con los consultorios externos de varios países que sólo funcionan en las mañanas con un horario de tres horas, y con inactividad, en algunos de ellos, los sábados. Igual cosa ocurre con los quirófanos o pabellones de operaciones, cuya utilización es de algunas horas en la mañana, reservándoseles para atenciones de urgencia el resto del día.

La multiplicación de servicios es un hecho frecuente. En los hospitales se observan a menudo varios laboratorios con equipo, instrumental y personal propios, en un mismo

establecimiento; varios departamentos o servicios de radiología con recursos y jefaturas independientes. Los esfuerzos tendientes a centralizarlos, a veces con éxito, han demostrado la utilidad del procedimiento.

Dos departamentos fundamentales en la planificación en salud son los de historias clínicas y archivos, y el de finanzas y presupuestos. La historia clínica, indispensable para la elaboración de un diagnóstico correcto y una terapia eficiente; para el conocimiento de los daños (mortalidad-morbilidad de egresos y de consulta); para la investigación y para la docencia, ha demostrado adolecer de vacíos y errores que será necesario corregir. En la revisión de 2.000 fichas o historias clínicas practicadas en un hospital, con miras a elaborar un presupuesto-programa, se tabuló alrededor de un 50% de diagnósticos en el rubro "Otras enfermedades", de acuerdo con la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*.

Si bien la tabulación de las causas de muerte y de los egresos se hace con bastante aproximación en muchos países, la que se refiere a la morbilidad en las consultas es muy incompleta o no existe. Sin embargo, en relación con los planes sectoriales o subsectoriales de salud se está considerando este último aspecto. En algunos países visitados los archivos de historias clínicas no están centralizados, existiendo independientemente en los consultorios externos y en los servicios de hospitalización; en cambio en otros, estos archivos están centralizados, lo que representa el sistema adecuado para una buena administración.

La contabilidad real de costos de un establecimiento hospitalario es también de gran utilidad para conocer su estado financiero, para una buena utilización de los recursos y para la confección de un plan de salud. En muchos hospitales la contabilidad de costos no existe o es rudimentaria. En otros, en el rubro "alimentación" sólo se consideran los ingredientes para establecer el costo de

la ración diaria, con exclusión de los gastos de personal, energía, agua, etc.

Como parte del mismo edificio, o independientemente, los consultorios externos representan la unidad básica para la prestación de servicios de medicina integrada. Han ido adquiriendo cada vez más importancia, ya que la asistencia médica ambulatoria bien organizada permite utilizar racionalmente las camas de hospital, evitando hospitalizaciones innecesarias y prolongadas. La atención que se dispensa en los consultorios externos debe ser humana, racionalizada y económica. Humana, mediante la comprensión de las necesidades físicas, psíquicas y sociales del individuo con respeto a su dignidad e integridad personal; racionalizada, al tener una orientación científica y un desarrollo planificado; económica, administrando mejor los recursos humanos y materiales, sin disminuir la cantidad y calidad de las atenciones. Por otra parte, los consultorios externos deben tener la responsabilidad de la ejecución de las acciones preventivas en su distrito o sector, como se hace en determinados países.

Por falta de información no es posible agrupar los consultorios atendiendo a su tamaño, como inicialmente se intentó. Asimismo, su cuantificación en urbanos y rurales tampoco fue posible. En algunos países, los seguros sociales poseen grandes consultorios en los centros densamente poblados, donde se da atención de medicina general y/o de especialidades, a veces con 2.000 a 3.000 consultas diarias. En los últimos cinco años se ha construido un sistema de consultorios, particularmente en las áreas rurales, en varios países de América Latina; esfuerzo importante, que ha permitido resolver, parcialmente, el angustioso problema de la atención médica de las comunidades rurales, para cuyo efecto cierto grupo de estos consultorios cuenta con 4, 6 y hasta 20 camas. Uno de los serios inconvenientes para el funcionamiento normal de los consultorios es la falta de recursos, en especial los humanos, lo que se considerará en capítulo

aparte. En cuanto a la dotación de equipo e instrumental, generalmente es deficiente, recurriéndose para paliarla a diversos procedimientos que se analizarán más adelante.

Con el objeto de obtener un mayor rendimiento, se ha insistido en la atención sectorizada de la población de un área o distrito, en el consultorio externo correspondiente. Este procedimiento es útil cuando los consultorios cuentan con los recursos adecuados y es posible educar a los consultantes en tal sentido.

Mucho se ha insistido en la conveniencia de fomentar y estimular la atención médica domiciliaria. En los países de América existen opiniones contradictorias respecto de su valor como componente importante en la atención médica. Algunos sostienen que ella debe ser restringida a lo estrictamente indispensable, ya que la experiencia demuestra que la calidad de atención que se puede prestar por este sistema no es satisfactoria, y reduce considerablemente el rendimiento de las horas médicas. Este último aspecto es el que da mayor fuerza a la argumentación, considerando la escasez de médicos que existe en la casi totalidad de los países del Continente. Es en los seguros sociales y en las instituciones privadas donde la atención médica domiciliaria ha alcanzado su máxima expresión, dejándose constancia del alto costo que ella representa.

(vii) Índices de rendimiento

La medición del rendimiento de los hospitales se hace a través de índices aceptados universalmente. Su conocimiento ha permitido establecer, junto a la información demográfica y otras características locales, la necesidad o no de construir nuevos hospitales, consultorios y otros servicios de salud. También han sido utilizados para catalogar a los establecimientos hospitalarios, agrupándolos en excelentes, muy buenos, regulares y malos. Finalmente, son trascendentales para la elaboración de los planes de salud, fijación de prioridades, etc., en

la elaboración de los programas de los hospitales, específicamente, pues permiten evaluar tanto las necesidades como la demanda de servicios.

En el cuadro 6²⁴ se indican los ingresos, días-paciente y tasas por 1.000 habitantes, promedio de estada e índice ocupacional en hospitales generales de 15 países.

Las tasas de ingreso variaron entre 12 y 149,3 por 1.000 habitantes (Paraguay y

Canadá). Igualmente, el número de días-paciente varió entre un país y otro. El promedio de estada, ateniéndose a las cifras proporcionadas, va desde 8,6 hasta 31,1 días. El grado de utilización de las camas, expresado en el índice ocupacional, fue de 64,1 y 64,8 para Colombia y Paraguay y de 69,4 para Panamá, elevándose sobre el 75% en los otros siete países de los que se ha dispuesto de información.

Cuadro 6. Ingresos y días-paciente, tasas por 1.000 habitantes, promedio de estada e índice ocupacional en hospitales generales de 15 países.

País	Año	Ingresos		Días-paciente		Promedio de días de estada	Índice ocupacional
		No.	Tasa	No.	Tasa		
Canadá	1961	2.728.305	149,3	28.803.015	1576,6	10,6	79,3
Colombia	1962	803.485	54,4	8.792.319	595,3	10,9	64,1
Costa Rica	1962	136.220	106,9	1.260.393	981,3	9,3	
Chile	1961	604.636	79,3			12	85,1
El Salvador	1962	116.068		1.575.109		13,5	
Estados Unidos de América	1961	24.093.720	134,9	221.448.055	1209,7	8,6	76,0
Guatemala	1962	130.570	32,5	2.256.716	561,8	17,3	
Jamaica	1961	83.697	51,2				
México	1962	1.532.372	41,2				83,3
Panamá	1961	53.615		1.306.195	1225,3	b)	c)
Paraguay	1961	23.000	12,0				64,8
Perú	1962	313.207		5.976.842		19	76,0
Trinidad y Tabago.....	1962	65.132	75,1				
Uruguay	1963	143.472 a)		4.456.823		31,1	80,0
Venezuela	1964	201.270		1.831.404		9	85,0

a) En Uruguay el cálculo se hizo sobre 13.989 camas en hospitales generales.

b) En Panamá no se indicó el promedio de estancia, pues la información refiere que fue de 5,2 (?) para los hospitales.

c) En Panamá el índice ocupacional varía según los hospitales; así en los oficiales o del Gobierno fue de 69,4, en los del seguro social de 50,2 y en los privados de 33.

En los hospitales para enfermos mentales y para enfermos tuberculosos, las tasas de ingreso fueron mucho más bajas que para los hospitales generales; en los Estados Unidos de América, alcanzó para el primer tipo de enfermos, en 1961, 2,6 por 1.000 habitantes. En los hospitales de tuberculosis los días-paciente se han ido reduciendo en la mayoría de los países.

En el cuadro 7²⁵ aparecen las consultas externas totales, separadas en dos grupos: las de los consultorios de los hospitales y las de los centros de salud.

Es interesante consignar que la demanda de consulta externa ha ido aumentando de

año en año. En varios países el número de consultas por habitante es superior a 1 al año, como es el caso de Costa Rica, Cuba, Chile y Panamá. En algunos países ha habido mayor preocupación en los últimos años por la organización de consultorios externos periféricos y centros de salud, lo que ha determinado este aumento considerable de las consultas externas.

Siendo una de las principales características demográficas del Continente el "crecimiento explosivo" de su población, se ha considerado oportuno intensificar la atención materno-infantil. De acuerdo con la información existente, se sabe que en tres países de América Central y del Sur el 60% de los partos fue atendido por médicos y parte-

²⁴ *Ibid.*, pág. 55, con la adición de los datos correspondientes a Chile, Uruguay y Venezuela.

²⁵ *Ibid.*, pág. 58.

Cuadro 7. Número total de visitas en clínicas para consulta externa en hospitales y centros de salud y tasas por 1.000 habitantes en 14 países, 1962.

País	Año	Total de visitas		Consultas externas en hospitales	Visitas en centros de salud	
		Número	Tasa		Número	%
Argentina	1961	3.503.272	166	a) 2.092.636	1.410.636	40,3
Canadá	1962	.....	.....	6.001.919	.....	.....
Costa Rica	1962	1.439.203	1.130	800.892	638.311	44,4
Cuba	1962	8.264.643	1.169	3.207.064	5.057.579	61,2
Chile	1962	8.631.551	1.075	.....	.....	.....
El Salvador	1962	882.459	336	676.935	205.524	23,3
Guatemala	1962	405.058	101	150.058	b) 255.000	63,0
Honduras	1962	406.765	209	185.432	221.333	54,4
Jamaica	1961	1.083.361	663	546.701	c) 536.660	49,5
México	1962	22.005.451	591	8.395.472	13.609.979	61,8
Panamá	1961	1.200.345	1.077	481.145	719.200	59,9
Paraguay	1962	.....	.....	.....	c) 579.535	.....
Trinidad y Tabago	1962	674.318	754	310.446	c) 363.872	54,0
Venezuela	1962	d) 3.772.703	479	.....	.....	.....

a) Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública solamente.

b) Se excluyen los dispensarios.

c) Incompleto.

d) *Memoria y cuenta*, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1962: "Consultas externas en hospitales y centros de salud del Ministerio y consultas de medicina curativa en medicaturas rurales".

ras. En atención infantil, si se compara el número de niños menores de un año y de preescolares que reciben servicios en clínicas o consultorios, se comprueba que el primer grupo goza de atención preferente, en tanto que el segundo aparece en una situación de negligencia. Esto explicaría por qué la mortalidad infantil se va desplazando hacia el grupo de niños cuyas edades oscilan entre 1 y 5 años.

Las tasas brutas de mortalidad en las tres regiones de las Américas, o sea, el número de defunciones por 1.000 habitantes en todas las edades, son similares en magnitud. En 1962 la tasa de mortalidad en América del Norte era de 9,3 por 1.000 habitantes, la de Mesoamérica, 10,3 y la de América del Sur, 9,6. Sin embargo, existen amplias diferencias de un país a otro dentro de las tres regiones, las que no logran evidenciar los registros de defunción y la distribución por edad de las poblaciones.

En la América Central las tasas variaron desde 6,8 por 1.000 habitantes en Nicaragua a 17,2 en Guatemala. En las otras áreas las variaciones fueron de 2,8 a 13,0.

Si se analiza la tendencia de las tasas brutas de mortalidad en 10 años, se observa que se mantiene más o menos igual en

América del Norte, habiendo descendido en un 25% en América Central y en un 15% en América del Sur.

En el último decenio se ha observado un cambio notable en las tasas específicas de mortalidad, en términos de una sustitución de algunas enfermedades transmisibles por otras no infecciosas, como causas más importantes. A pesar de su descenso, las enfermedades infecciosas como causa de defunción siguen siendo responsables de una mortalidad que en gran medida podría evitarse. En siete países, las enfermedades del corazón constituyen actualmente la causa principal de mortalidad; en dos, los tumores malignos ocupan el primer lugar.

b. Recursos humanos

En el capítulo precedente se hizo una descripción de los recursos materiales destinados a la atención médica, de acuerdo con la información disponible. Se puso énfasis en la falta de estos en muchos de los países, destacándose su mala distribución y, en ocasiones, su mal aprovechamiento. Se insistió en la importancia que su conocimiento tiene en la elaboración de planes nacionales de salud dentro de la planificación nacional del desarrollo económico y social. Siguiendo con la pauta general, a continuación se

analizan los recursos humanos de que disponen los países del Continente, sus índices de distribución, insuficiencias actuales y necesidades de adiestramiento.

En las Consideraciones Generales,²⁶ se hizo resaltar, con respecto a las condiciones actuales del sector salud en las Américas, el esfuerzo que están realizando los países para resolver el angustioso problema de la falta de recursos humanos, así como también su desigual distribución e inapropiado uso de ellos.

El análisis de la información existente sobre el personal que se dedica al cuidado de la salud en las comunidades de las Américas, demuestra que en muchas zonas no se han elaborado estudios valederos sobre los recursos humanos disponibles. Tales estudios se están llevando a cabo en algunos países, en diferentes aspectos; así, por ejemplo, en Colombia se está realizando una investigación para conocer mejor las necesidades de recursos en relación con determinados índices.

En muchos lugares no hay cantidad suficiente de profesionales para ampliar los programas de acuerdo con las metas establecidas, por lo que se utilizan o se necesita un gran número de personal técnico y auxiliar para la atención de algunos servicios esenciales. Esta circunstancia limita grandemente la posibilidad de establecer en forma efectiva las necesidades reales de cada grupo de personal. Por otra parte, si bien los médicos pueden desempeñar ciertas funciones del cuidado de la salud, hay algunas otras que podrían ser realizadas eficazmente por otros profesionales o auxiliares; pero, en general, el número de estos últimos es aún más limitado que el de los médicos.

(i) Médicos

El estudio sobre el personal médico suele requerir algún esfuerzo para relacionarlo con la necesidad de sus servicios. Entre los diversos métodos empleados figuran los siguientes:

- La proporción médico-población o médico-paciente.
- La relación entre mortalidad y morbilidad y los servicios médicos.
- La determinación del promedio de pacientes visitados por médico en unidad de tiempo (método del productor).
- El número de contactos paciente-médico en unidad de tiempo (método del consumidor).
- Los factores de crecimiento económico.
- La prevalencia de las enfermedades pre-
visibles.
- Los cargos profesionales vacantes (como indicadores de necesidades de médicos en determinadas instituciones, o la falta de médicos en determinadas especialidades, etc.).
- Los estudios de la función o utilización.

Cada uno de estos métodos puede proporcionar sólo una información limitada. En cuanto a la proporción médico-población, en un informe sobre recursos humanos para las actividades de salud y programas de educación médica en América Latina se dice lo siguiente:

De ordinario, el número de médicos disponible se expresa mediante la proporción médico-población. El empleo de esta proporción como indicación de que el número de médicos disponible en determinadas localidades es relativamente suficiente, tiene validez limitada. El tamaño de la población no es una medida exacta de la necesidad de médicos en una localidad determinada. Con frecuencia, los pacientes buscan asistencia médica en comunidades vecinas. A medida que aumenta la extensión de la zona en cuestión, esta crítica pierde fuerza, puesto que son pocas las personas que viajan a grandes distancias en busca de servicios médicos. No obstante, las zonas metropolitanas, así como otras localidades que poseen servicios hospitalarios completos y gran número de especialistas, atraen a muchos pacientes de otras zonas. La cantidad y clases de atención médica que una comunidad necesita y busca, varía también con arreglo a factores tales como los ingresos personales, la educación, la edad, la tasa de nacimientos, los antecedentes culturales, la vivienda, el saneamiento del medio y la ocupación de los residentes, e incluso el clima.

²⁶ Véase págs. 81-84.

El número de médicos de una localidad no indica la cantidad de atención médica proporcionada, del mismo modo que del tamaño de la población no se puede deducir la atención médica necesaria para esa población. No pueden medirse las diferencias que existen entre los estados o regiones en lo que respecta a la calidad de los médicos . . . La cantidad de atención prestada por cada médico depende, además, de los hábitos dominantes en materia de consultas médicas, influidos, a su vez, por la edad de los médicos, la cantidad de tiempo invertido en traslados del domicilio de un paciente al de otro, el número de horas que el médico dedique semanal o diariamente a su tarea, las características de las instituciones hospitalarias vecinas y la cantidad de personal médico auxiliar disponible, tales como enfermeras y técnicos.²⁷

En suma, un solo indicador no puede ser utilizado como índice para establecer si se cuenta con un número suficiente de médicos en una comunidad dada o en un país, o si se necesita aumentar su número para la ejecución de los programas del sector salud.

En el cuadro 8²⁸ se establece el número de médicos, escuelas de medicina y médicos graduados y tasas de médicos por 10.000 habitantes en las Américas, en los años recientes.

Utilizando las cifras conocidas de médicos que había en América Latina en 1962, se ha estimado el número que se precisará para 1980, si se mantiene la misma tasa de médicos en relación con la población. Para una población de 244 millones se estima que hay actualmente 134.000 médicos. Para mantener los mismos servicios en 1980, para una población de 374 millones (5,5 por 10.000 habitantes), se necesitarían 206.000 médicos, es decir, se precisa un aumento de 72.000 en este lapso. ¿Están las escuelas médicas en condiciones de proveer la cantidad de médicos indicada? En las 104 escuelas de medicina que existen se están graduando 6.500 médicos por año.

²⁷ *Recursos humanos para las actividades de salud y los programas de educación médica en América Latina*. Informe de la Conferencia de Mesa Redonda celebrada en Nueva York, 1963. Fundación Milbank, 1964. Págs. 18-19.

²⁸ *Publicación Científica de la OPS* 104, 64.

En los 15 años siguientes, de acuerdo a esta estimación, se graduarían unos 100.000 médicos. Parte de los médicos actualmente en actividad y de los graduados quedarán fuera de la práctica de la medicina por fallecimiento, retiro, etc. Suponiendo que esta pérdida sea del 1% anual o prácticamente del 15% en el período considerado, se necesitarán 25.000 médicos para reemplazarlos. De aquí se deduce que si las escuelas de medicina de América Latina continúan con su mismo ritmo de formación de profesionales, pueden mantener el estado actual de los servicios de salud.

Las consideraciones anteriores podrían hacer suponer un panorama satisfactorio en este sentido; sin embargo, la realidad en cada país demuestra que esto no es efectivo. La relación médico-habitantes, varía desde 14,9 por 10.000 habitantes en Argentina a 0,9 en Haití y está por debajo de 3 en seis países.

En un estudio realizado en Colombia²⁹ en febrero de 1965, a propósito de las necesidades de médicos, se establece que las facultades de medicina del país no son capaces de formar los médicos que se precisan. El cupo de ingreso en estas facultades fue de 470 alumnos en 1962; suponiendo que se gradúen 400 médicos anualmente, para 1970 se elevaría el número de médicos en Colombia a 10.000, incluyéndose en esta cantidad los que se eliminan por retiro, fallecimiento, cambio de actividad, etc., que para igual período se ha estimado en 500.

Asumiendo que se necesita un médico por cada 1.000 habitantes, habría en la actualidad un déficit que se acentúa por el crecimiento vegetativo de la población. Concluyen los autores del estudio mencionado que para la fecha indicada, faltarían en el país, aproximadamente 10.000 médicos.

Si se examina el Plan Nacional de Salud elaborado por el Departamento de Planifica-

²⁹ Ministerio de Salud Pública, División de Atención Médica, Colombia. *Factores a considerar para el elevación del nivel de atención médica en el país*. Febrero de 1965.

Cuadro 8. Número de médicos, escuelas de medicina, graduados y tasas de médicos, por 10.000 habitantes, en las Américas, años recientes.

Area	Año	Médicos		Escuelas de medicina	
		Número	Tasa	Número	Graduados (anual) a)
América del Norte		281.441	13,8	98	7.940
Mesoamérica		34.207	4,9	33	...
América del Sur		88.936	6,9	70	...
Argentina	1962	31.831	14,9	9	1.770
Bolivia	1963	1.032	2,9	3	55
Brasil	1960	26.392	3,7	31	1.342
Canadá	1962	21.000	11,3	12	817
Colombia	1962	7.453	5,0	7	442
Costa Rica	1962	575	4,5	1	...
Cuba	1962	5.841	8,3	2	355
Chile	1961	4.729	6,0	4	220
Ecuador	1962	1.620	3,5	3	...
El Salvador	1961	526	2,1	1	29
Estados Unidos de América	1962	260.400	14,0	86	7.123
Guatemala	1962	954	2,4	1	35
Haití	1961	400	0,9	1	41
Honduras	1957	365	2,2	1	34
Jamaica	1961	655	4,0	1	25
México	1961	20.590	5,7	21	1.011
Nicaragua	1960	524	3,5	1	22
Panamá	1962	502	4,4	1	14
Paraguay	1962	1.082	5,8	1	97
Perú	1962	6.010	5,7	4	378
República Dominicana	1960	b) 442	1,5	1	85
Trinidad y Tabago	1962	350	3,9	—	—
Uruguay	1962	2.700	9,3	1	91
Venezuela	1962	5.766	7,3	6	258
Antigua	1962	17	2,9	—	—
Antillas Neerlandesas	1960	137	7,2	—	—
Barbada	1962	82	3,5	—	—
Belice	1962	20	2,1	—	—
Bermuda	1960	37	8,4	—	—
Dominica	1960	8	1,3	—	—
Granada	1962	20	2,2	—	—
Guadalupe	1962	122	4,2	—	—
Guayana Británica	1960	145	2,6	—	—
Guayana Francesa	1962	23	6,8	—	—
Islas Bahama	1962	65	5,9	—	—
Islas Caimán	1962	3	3,8	—	—
Islas Malvinas	1962	4	20,0	—	—
Islas Turcas y Caicos	1962	2	3,3	—	—
Islas Vírgenes (EUA)	1960	24	7,3	—	—
Islas Vírgenes (RU)	1962	2	2,5	—	—
Martinica	1962	122	4,1	—	—
Montserrat	1962	3	2,3	—	—
Puerto Rico	1962	1.721	7,0	1	45
San Cristóbal, Nieves y Anguila	1962	12	2,0	—	—
San Pedro y Miquelón	1962	4	8,0	—	—
San Vicente	1960	10	1,2	—	—
Santa Lucía	1962	10	1,1	—	—
Surinam	1960	149	5,5	1	6
Zona del Canal de Panamá	1962	103	22,9	—	—

a) Los datos son, en general, de 1960, del *World Directory of Medical Schools*, Tercera edición, OMS, 1963. Otras fuentes son: *Supplement to the Second Report on the World Health Situation* (Cuba, Guatemala, Perú); *Anuario Estadístico do Brasil*, 1963, Brasil; Servicio Nacional de Salud, *Desarrollo socioeconómico y planificación*, 1963, Chile; *Medical Education in the United States, 1961-1962*, JAMA, Vol. 182 (Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico); *Demografía*, 1961, Dirección de Estadística y Censo, Panamá.

b) Secretaría de Salud solamente.

ción y Evaluación de Salud de la República de El Salvador para los próximos cinco años (1965-1969), se comprueba que en el rubro referente a las necesidades mínimas de personal se ha considerado un aumento anual de 39 médicos, lo que hace un total de 195 en el período indicado, en circunstancias que el promedio de médicos graduados en la Facultad de Medicina del país desde 1930 a 1962 fue de 15,4 por año.

Mientras que en El Salvador hay 2,1 médicos por 10.000 habitantes, en un estudio hecho en México³⁰ en 1960 se concluyó que la proporción de médicos por 10.000 habitantes llegaba a 6,25 y que en 1970 habría en este país, aproximadamente, 25.100 médicos. Suponiendo que se precisa un médico por cada 1.200 habitantes, se tendría un déficit para ese año de 7.713 médicos, incluyendo en esta estimación las áreas en que hay superávit y en las que hay déficit de médicos por mala distribución en las diferentes regiones del país.

El cuadro 9³¹ demuestra la distribución de médicos y tasas por 10.000 habitantes, en las capitales y ciudades importantes y el

resto del país, en algunos países del Continente.

La desigual distribución de los médicos en las distintas zonas o áreas de un país crea serios problemas en el cumplimiento de las metas señaladas en los programas. En Chile, la proporción de 6 médicos por cada 10.000 habitantes constituye una grave limitación para el desarrollo eficiente del cuidado de la salud de la población, y esta proporción tenderá a deteriorarse aún más a medida que aquélla aumente. La escasez de médicos se hace más notoria por la mala distribución geográfica de estos profesionales, cuyo mayor número se concentra en las Provincias de Santiago, 60%; Valparaíso, 10%, y Concepción, 6%; dicho en otras palabras, las tres cuartas partes de los médicos chilenos están concentrados en las tres grandes ciudades del país. Sólo queda una cuarta parte de estos profesionales para servir al resto del territorio, es decir, 3.500 médicos para 3.400.000 habitantes y 1.500 para 4.600.000. Los ejemplos como el mencionado se repiten, sin excepción, en todos los países de las Américas con las consecuencias consiguientes.

Un serio problema se ha creado en muchos países con la falta de especialistas en salud pública y administración hospitalaria. Este

³⁰ Secretaría de Industria y Comercio; Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Estudio estadístico en relación con la necesidad y distribución de los médicos en la República Mexicana*. México, 1960.

³¹ *Publicación Científica de la OPS 104, 64.*

Cuadro 9. Número de médicos y tasas por 10.000 habitantes, en las capitales y ciudades importantes y en el resto del país, en 13 países

País	Año	Capitales y ciudades importantes a)		Resto del país	
		Médicos	Tasa	Médicos	Tasa
Total		56.653	15,1	48.159	3,4
Argentina	1962	20.353	28,8	11.478	8,0
Bolivia	1963	456	9,7	576	1,8
Brasil	1960	11.684	12,8	14.708	2,4
Colombia	1962	3.784	7,4	3.669	3,8
Costa Rica	1962	408	9,3	167	2,0
Chile	1960	2.929	11,4	1.692	3,3
El Salvador	1960	329	7,3	176	0,9
Guatemala	1958	571	10,1	159	0,5
México	1960	10.047	11,9	11.094	4,2
Nicaragua	1960	246	9,0	278	2,3
Panamá	1960	245	9,1	156	2,0
Perú	1957	2.843	19,2	998	1,3
Venezuela	1962	2.758	21,0	3.008	4,6

a) Se incluyen los distritos federales, las ciudades capitales o los departamentos con su capital, y otras ciudades de 500.000 o más habitantes o los departamentos con una ciudad de 500.000 o más habitantes.

es uno de los factores que retarda la integración de las acciones de salud (preventivas y curativas), y limita grandemente la posibilidad de alcanzar una pronta coordinación administrativa de los distintos servicios de salud. La puesta en marcha de escuelas de salud pública en algunos países, el desarrollo de cursos de administración hospitalaria en todas estas escuelas y la preparación de médicos en administración mediante cursos de tres meses en otros países, está abriendo una nueva perspectiva en este terreno.

¿Qué medidas se han adoptado para modificar la situación creada con el déficit de médicos en el Continente?

- En varios países se ha aumentado el número de las escuelas de medicina en los últimos cinco años. Sin embargo, esta solución sólo empezará a dar frutos en un plazo no inferior a 10-15 años, siempre que, al mismo tiempo, las escuelas existentes aumenten sus cupos de ingreso.
- Se ha insistido en la modificación de los programas de enseñanza de las facultades de medicina, acortando los años de estudio, que varían entre siete y ocho en la actualidad, a la vez que se orienta la enseñanza hacia la formación de un profesional adaptado a las condiciones medico-sociales del país.
- Otro procedimiento propuesto es el de mejorar la distribución geográfica de los médicos. En Chile, se estableció que ningún médico con menos de cinco años de práctica podía ingresar a los hospitales y establecimientos del Servicio de Salud en Santiago, Valparaíso y Concepción, que son las ciudades con mayor concentración de población. Esta medida, junto con la creación de los médicos generales de zona, ha permitido contar con profesionales en las áreas rurales.
- Por otra parte, mejores incentivos económicos, incluso vivienda para el médico en las poblaciones del interior, becas periódicas para su perfeccionamiento en los centros principales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo entregando más

recursos a los establecimientos, son diversas medidas que, entre otras, permitirán un buen aprovechamiento de este recurso humano fundamental en atención médica.

(ii) Otros profesionales no médicos

En este grupo deben considerarse los dentistas u odontólogos, que representan en Centro América una séptima parte de los que hay en América del Norte. En América del Sur, la proporción, haciendo la misma comparación, aumenta a la mitad. Se ha estimado que en 1965 hay en América Latina 51.000 dentistas, y que para mantener esta mínima tasa en relación con la población para 1980 se necesitarían 28.000 más, con un total de 79.000 para ese año. Aproximadamente, se gradúan al año 3.000 profesionales de esta especialidad en América Latina, lo que permitirá, manteniéndose este egreso, elevar su número a 45.000 en 15 años. Si se considera que se deben reemplazar alrededor de 14.000 en los 15 años, por las mismas causas indicadas para los médicos, puede concluirse que el número estimado sería suficiente para cubrir las necesidades derivadas del crecimiento de la población, siempre que se mantuvieren las condiciones actuales de salud. Pero tal como sucede con los médicos, en América Central y del Sur hay una mala distribución geográfica de dentistas, variando las condiciones de un país a otro. El porcentaje anual de graduados por escuela dental es solamente de 20 en América Central y de 40 en América del Sur, lo que permite suponer que estas escuelas podrían aumentar la cuota de alumnos que ingresan anualmente.

Varias otras categorías de personal de salud se necesitan para la atención médica de las comunidades; entre estas se citan las de los farmacéuticos, veterinarios, ingenieros sanitarios, arquitectos. El número de estos tres últimos grupos de profesionales de la salud es limitado, pero han aumentado—especialmente ingenieros y veterinarios—a medida que los programas se han incrementado.

(iii) Enfermeras y auxiliares de enfermería

Uno de los hechos de relieve en las Américas es la falta de enfermeras, lo que repercute de manera importante en los cuidados de salud de la población. Se suele confundir la enfermera con la auxiliar de enfermería. Esta confusión se debe a que en ciertos países se les otorga título o certificado de enfermera a personas que, con estudios del primer ciclo de enseñanza secundaria, realizan un curso de enfermería no mayor de un año.

Para el objeto de este informe, se considera enfermera a toda profesional graduada, universitaria, con estudios de 3 ó 4 años en estas disciplinas. En otros países se usa la denominación de enfermera graduada para evitar confusiones.

En América Latina las enfermeras y auxiliares de enfermería prestan servicios en los hospitales y en los centros de salud trabajando, principalmente, en instituciones oficiales del Gobierno. Las calificaciones y educación de cada uno de estos grupos varían según los países, siendo por ello difícil elaborar datos comparables sobre recursos. A menudo la información sobre el número de los que trabajan en este campo no existe o es incompleta.

En América Central y del Sur el número de enfermeras graduadas por 10.000 habitantes (3,5 y 1,5, respectivamente) es menos de la décima parte del correspondiente a América del Norte.

El cuadro 10,³² que indica el número de enfermeras y auxiliares de enfermería y tasas por 10.000 habitantes en las Américas, demuestra que en cuatro países hay más de 10 enfermeras por 10.000 habitantes (Estados Unidos, 29,6; Canadá, 33,8; Jamaica, 21,0 y Trinidad y Tabago, 14,9). Según los datos disponibles había siete países con menos de una enfermera graduada por 10.000 habitantes, llegando la razón a alcanzar valores tan bajos como 0,4.

Un hecho significativo está representado

³² *Ibid.*, pág. 66.

por el éxodo de estas profesionales fuera de sus países de origen, en busca de mejores expectativas económicas y de perfeccionamiento. En El Salvador, de las 488 enfermeras registradas, 91, o sea el 18,7%, ejercen fuera del país. En Chile, la proporción de enfermeras ejerciendo en el extranjero alcanzó, en un momento, a más del 25% del total. Por otra parte, no se está aprovechando a las enfermeras en sus labores específicas, pues en muchos países se les ha entregado funciones docentes, administrativas y de supervisión a un buen número de ellas.

En América Latina, la cantidad de auxiliares de enfermería es casi tres veces mayor que la de enfermeras profesionales, en tanto que en América del Norte el total de auxiliares de enfermería es sólo un poco más elevado que el de las enfermeras graduadas. Esto se explica por la necesidad de dar algún tipo de atención de enfermería en el caso de América Central y del Sur. No obstante, el valor de las tasas por 10.000 habitantes correspondientes a este grupo de personal auxiliar de enfermería es seis veces más alto en América del Norte (34,2) que en el resto de las Américas (4,3 y 6,9).

A pesar del esfuerzo que se ha hecho en América Latina por solucionar, en parte, el déficit de enfermeras graduadas, mediante el empleo de personal auxiliar de enfermería sigue siendo evidente que hay una gran necesidad de aumentar, en ambos grupos, el personal adiestrado. La escasez de médicos, especialmente en las zonas rurales de América Latina, impone a las enfermeras y auxiliares una mayor responsabilidad. Además, la menor cantidad de enfermeras graduadas con respecto a la población, aumenta el peso de sus funciones, como ya se ha dicho, en el sector de la enseñanza y supervisión, y acentúa la necesidad de fortalecer tanto su formación secundaria básica como su educación profesional.

(iv) Otro personal de salud

En los países del extremo sur de las Amé-

Cuadro 10. Número de enfermeras y auxiliares de enfermería y tasas por 10.000 habitantes en las Américas.

País	Año	Número		Número por 10.000	
		Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Enfermeras	Auxiliares de enfermería
América del Norte		611.765	697.583	30,0	34,2
Mesoamérica		24.631	29.205	3,5	4,3
América del Sur		20.260	94.939	1,5	6,9
Argentina	1961	6.176	18.000	2,9	8,5
Bolivia	1963	367	a) 3.508	1,0	a) 9,8
Brasil	1956	3.296	38.429	0,5	6,2
Canadá	1961	61.699	62.553	33,8	34,2
Colombia	1962	900	3.084	0,6	2,1
Costa Rica	1962	411	1.233	3,2	9,7
Cuba	1962	5.701	2.003	8,1	2,8
Chile	1963	1.375	10.760	1,7	13,1
Ecuador	1962	274	1.714	0,6	3,7
El Salvador	1962	500	1.333	1,9	5,1
Estados Unidos de América..	1962	550.000	635.000	29,6	34,2
Guatemala	1962	466	b) 1.672	1,2	b) 4,2
Haití	1962	357	561	0,8	1,3
Honduras	1963	161	982	0,8	4,9
Jamaica	1961	3.424	...	21,0	...
México	1962	6.000	12.304	1,6	3,3
Nicaragua	1962	263	868	1,7	5,5
Panamá	1962	723	1.144	6,3	10,0
Paraguay	1963	76	1.200	0,4	6,3
Perú	1963	3.441	4.806	3,2	4,4
República Dominicana	1962	207	1.171	0,6	3,6
Trinidad y Tabago	1960	1.254	...	14,9	...
Uruguay	1962	340	2.921	1,2	10,0
Venezuela	1962	2.868	10.512	3,6	13,4
Antigua	1962	106	...	18,3	...
Barbada	1962	248	355	10,7	15,3
Belice	1962	165	...	17,2	—
Bermuda	1959	63	15	15,0	3,6
Dominica	1960	55	—	9,0	—
Granada	1962	114	24	12,5	2,6
Guadalupe	1962	215	...	7,4	...
Guayana Británica	1960	c) 325	...	5,7	...
Guayana Francesa	1962	118	...	34,7	...
Islas Bahama	1962	248	102	22,3	9,2
Islas Malvinas	1962	4	5	20,0	25,0
Islas Turcas y Caicos	1962	7	3	11,7	5,0
Islas Vírgenes (EUA)	1960	19	...	5,9	...
Islas Vírgenes (RU)	1962	6	9	7,5	11,2
Martinica	1962	245	218	8,2	7,3
Montserrat	1962	26	—	20,0	—
Puerto Rico	1962	3.212	4.787	13,1	19,5
San Cristóbal, Nieves y Anguila	1962	132	56	22,0	9,3
San Pedro y Miquelón	1962	3	15	6,0	30,0
San Vicente	1957	74	32	9,7	4,2
Santa Lucía	1962	84	5	9,1	0,5
Surinam	1960	700	...	25,9	...
Zona del Canal de Panamá....	1962	208	343	46,2	76,2

a) 1962.

b) 1960.

c) Gobierno solamente.

ricas, se utiliza un profesional universitario especializado en obstetricia, que recibe diferentes denominaciones según los países: parteras en Argentina y Uruguay, matronas en Chile, obstetrices en Perú. Siendo la atención maternal uno de los problemas de salud más importantes en América del Sur y Centro América, por el crecimiento tan acelerado de sus poblaciones, la colaboración de estas profesionales es extraordinariamente útil, para participar activamente en el control del embarazo y atención del parto en aquellas áreas del interior de los países en las cuales no hay médicos.

En otros países, las enfermeras pueden especializarse además en obstetricia, y están capacitadas para actuar en esta especialidad sin perder su calidad de enfermeras. En uno de los países visitados, se daban cursos mínimos y elementales a las parteras empíricas, a las que el Ministerio de Salud les otorgaba su reconocimiento oficial. Los resultados obtenidos con este procedimiento eran muy satisfactorios, de acuerdo con la información proporcionada por las autoridades de salud de ese país, habiendo disminuido la mortalidad materna y la neonatal en forma apreciable.

Entre los grupos profesionales no médicos están las asistentes sociales o trabajadoras sociales, cuya importancia no ha sido destacada en muchos países del Continente. Tal vez esta actividad, hoy día limitada en gran parte a la solución de casos individuales, encuentre un campo mucho más amplio y de mayor trascendencia en la organización de la comunidad y de grupos y en la orientación de líderes naturales en sectores y barrios.

En varios de los países de las Américas, y en algunos de los visitados, hay muy pocas dietistas, por lo que, como se pudo constatar en diversos hospitales, los problemas en cuanto a la alimentación de enfermos y al personal eran serios e importantes.

Un grupo profesional que cada día está adquiriendo mayor importancia es el de los técnicos de laboratorio que desempeñan sus

actividades en numerosas disciplinas medico-clínicas con excelentes resultados. Es evidente que ante la escasez de médicos en determinadas especialidades, como anatomía patológica, laboratorio, bancos de sangre, optometría y otras, su ayuda sería de gran utilidad.

El conocimiento de los recursos humanos en salud, considerando el número y distribución geográfica de los distintos grupos de profesionales y auxiliares, si bien es útil como indicador para la confección de un plan sectorial de salud en relación con los planes de los otros sectores del desarrollo económico y social, no proporciona una buena información sobre su aprovechamiento y rendimiento. De ahí que es más conveniente conocer en cada país y en cada servicio de salud, las horas útiles de trabajo que cada profesional, técnico o auxiliar tiene contratadas. Esta información sólo existe en algunos países que han elaborado sus planes y sus programas de salud de acuerdo con la nueva metodología en uso, empleando este tipo de medición. El recuento de los recursos, en esta forma, no se ha generalizado ni divulgado.

Otro elemento de importancia es la distribución de personal en un servicio de salud, hospital, consultorio, centro de salud, etc. Se ha intentado hacer esta distribución del personal en los establecimientos en base a índices para cada grupo, por ejemplo, una enfermera para cada 8-12 camas, una auxiliar de farmacia para tantas prescripciones, etc.

Antes de terminar con la revisión de este aspecto tan importante en salud, como son los recursos humanos con que se cuenta para la normación y ejecución de los programas de salud, es conveniente destacar lo que se ha venido realizando en dos campos de este problema. El primero se refiere a la formación, adiestramiento y capacitación del personal, y el segundo a la ayuda que, en forma voluntaria, organizada o no, presta la comunidad a los servicios de salud en el capítulo de los recursos humanos.

Precedentemente se indicaron algunas de las soluciones que los países han estado empleando para encarar la falta de médicos, de especialistas clínicos en algunas especialidades, de administradores en salud pública y administradores de hospitales. Se dijo que en determinados países se habían duplicado las escuelas de medicina y se habían creado escuelas de salud pública. En otros, se ha puesto énfasis en la formación de un tipo de médico que pueda resolver los problemas de los sectores rurales y se ha establecido como obligatorio el trabajo en ellos de estudiantes del último curso de medicina (con una renta compatible), etc. Cursos de perfeccionamiento, becas en el país y fuera de él, completan el panorama en el terreno de los médicos.

Por otra parte, se ha acelerado la formación de enfermeras y de auxiliares de enfermería, observándose, en general, en todos los países, la tendencia a uniformar programas y requisitos de ingreso a las escuelas de enfermeras y cursos de auxiliares de enfermería. Sin embargo, en dos de los países visitados la escolaridad básica exigida, en ambos casos, estaba por debajo de la de los otros países.

Otras profesiones y grupos de técnicos han estado incrementando su número de acuerdo con la capacidad, particularmente financiera.

En la experiencia que las asistentes sociales o trabajadoras sociales o visitadoras sociales han obtenido de su trabajo sobre el terreno o en el campo, se destaca la preponderancia que los líderes naturales tienen como coadyuvantes en la ejecución de programas. Bien orientados, estos líderes son capaces de superar dificultades y alcanzar las metas propuestas. Individualmente, o trabajando con grupos organizados en los sectores rurales (centros de salud, medicaturas rurales, unidades de salud, etc.), o en los hospitales en distintas actividades, se ha comprobado su utilidad. En algunos países donde la carencia de personal era importante, se comprobó cómo mediante esta

ayuda se habían obtenido buenas soluciones transitorias.

Al destacar los esfuerzos que se están realizando en todos los países del Continente, para aumentar y mejorar la cantidad y calidad de los recursos humanos con que se cuenta para el desarrollo de sus planes y programas de salud, surge también la necesidad de orientar estos esfuerzos a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante la ayuda, cuando sea solicitada, de un grupo coordinado que, junto a las autoridades de salud interesadas, pueda planificar la organización de los recursos disponibles y considerar también la programación de las necesidades.

c. Recursos económicos—Gastos en salud

Este Documento estaría incompleto si no se incluyeran algunos antecedentes relativos a los recursos económicos con que se cuenta en el sector salud.

Reseñar los gastos en salud no es tarea fácil, pues no existen cifras que permitan establecerlos, especialmente en el subsector privado, sobre el cual los datos disponibles son muy escasos y de un valor relativo. En el subsector público hay también ciertas instituciones en las que la información pertinente no es del todo fidedigna, por el interés que hay en evitar que ella sea utilizada en contra de la propia institución informante.

Diversos estudios se han realizado en las Américas y en países de otros Continentes, sobre las fuentes de financiamiento y costo de los servicios de salud. Ellos, junto con la información recogida en los países visitados, sirven de base a estas consideraciones.

El costo de los servicios de salud ofrecidos a una comunidad depende de los equipos, edificios y recursos humanos y financieros que son absorbidos por estos servicios y que podrían, alternativamente, ser usados para satisfacer otras necesidades, posiblemente menos urgentes que dar salud. En consecuencia, el proceso de medir el costo monetario de los servicios de salud consiste en una valorización de los recursos, equipos y mano de obra utilizados para proveerlos. Este

costo forma parte de la distribución racional de la renta nacional y, por lo tanto, está limitado por las posibilidades de la economía de un país para financiar servicios de toda especie, entre los cuales, los servicios de salud tienen una alta prioridad. Pero, inevitablemente, deben limitarse a lo que les está destinado sin invadir los recursos correspondientes a otros sectores, ni tampoco aquellos destinados a la capitalización, al desarrollo industrial y económico o a los bienes de consumo. En otras palabras, se deben mirar los problemas de la salud con criterio financiero y adaptar el volumen de sus acciones a la capacidad de la renta nacional para financiarlos.

Mucho se ha discutido sobre el financiamiento de los servicios de salud, en orden a determinar quién debe pagar dichos servicios, si el Estado, si los seguros sociales o el propio beneficiario. Se han utilizado argumentos en pro y en contra de cada una de estas modalidades de financiamiento para justificar un determinado sistema. Es necesario tener presente que quien paga estos servicios es la renta nacional, es decir, la capacidad económica del país para financiarlos. Es evidente, entonces, que mientras mayor sea esta capacidad económica, expresada en riqueza, habrá mejores servicios de salud; que mientras mayor sea el grado de desarrollo económico y social de la comunidad, mayor será su nivel de salud.

En la mayoría de los países, la importancia del gasto médico es apreciable, pues alcanza y suele sobrepasar el 5% del producto nacional y tiende a aumentar en términos tanto absolutos como relativos.

La meta principal de la medicina es satisfacer la demanda, siempre creciente, de servicios, y no limitar sus objetivos a los problemas de la salud, producidos por defectos del desarrollo, en los que habitualmente no se logra el éxito esperado si, paralelamente, no se conjuga con otras medidas que conduzcan a un progreso social armónico.

A continuación se dan algunas cifras rela-

tivas al gasto médico en varios países de las Américas.

Chile. En 1963, la renta nacional en Chile, según estudios realizados por la Corporación de Fomento de la Producción³³ ascendió a 4.400 millones de escudos (1.100 millones de dólares, suponiendo un cambio de 4 escudos por dólar), con un promedio *per capita* de 560 escudos anuales (140 dólares). Las dos principales instituciones de salud que existen en el país, que cubren aproximadamente el 87% del total de la población, gastaron ese año el 5,5% de la renta nacional. De acuerdo con una información proporcionada por el Ministerio de Hacienda³⁴ en 1963, el sector público invirtió en salud un 8,29% del gasto total de ese sector. El análisis de la información disponible del gasto del sector público revela que en 1963 fue de 28,78 escudos (7,19 dólares) por persona; si se observa la tendencia en 10 años, se comprueba un ascenso, con variaciones menores en algunos años. El gasto médico *per capita*, en atención médica en este sector, varía según las distintas regiones del país con tasas que oscilan entre 132,29% en la provincia de mayor densidad de población, a 42,66% en otra provincia del sur del país. El análisis de la estructura del gasto médico en el sector público demuestra que en 1963 las remuneraciones alcanzaron el 51% del total, cantidad a la que debe agregarse un porcentaje de las transferencias, lo que hace subir el gasto por concepto de pagos al personal que trabaja en los servicios de salud. Los gastos de operación llegaron a 25%, los de transferencia a 22% y los de capital a 2 por ciento. En el sector privado, se ha estimado que el gasto médico en 1963 fue de 38,15 escudos (8,53 dólares) por persona al año. De esta cifra, el 66% se gasta en las consultas privadas de los médicos y el 34% restante en los establecimientos asistenciales privados. El Servi-

³³ Corporación de Fomento de la Producción, Chile. "Cuentas Nacionales de Chile, 1958-1963".

³⁴ Ministerio de Hacienda, Chile. "Cuentas Fiscales de Chile. 1963".

cio Nacional de Salud participa del 75 al 93% del gasto del sector público. En los hospitales dependientes del Servicio Nacional de Salud, los gastos generales, sin considerar remuneraciones, ascendieron en 1964 a 45.455.480,53 escudos, de los cuales, entre los más importantes, aproximadamente el 37% correspondió a gastos de medicamentos, el 26% a alimentación de enfermos y personal, el 17% a mantenimiento, conservación de edificios y de equipos e instrumental. Poco más del 50% del presupuesto total del Servicio Nacional de Salud se invierte en remuneraciones del personal.

Argentina. En 1963, el producto nacional bruto en Argentina fue de 953,9 millones de pesos (557.800.000 dólares), con un consumo familiar *per capita* de 29,7. Ese mismo año, el gasto público en salud por el Gobierno Nacional sólo alcanzó al 3,8% del gasto total en ese sector. Por tener Argentina una organización politicoadministrativa de tipo federal, el gasto médico en el sector público se descompone en 38,2% proporcionado por el presupuesto nacional, 35,5% por las provincias y 26,3% por los municipios. Las cifras demuestran una importante participación de los gobiernos provinciales en el total del gasto. El presupuesto nacional de salud pública en 1964 fue de 1,9% del total del presupuesto de la Nación, inferior al de 1960-1961, que alcanzó al 3,09% del presupuesto nacional. Para el período 1964-1965, el presupuesto asignado al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública fue de 12.247.257.261 pesos argentinos, lo que comprende un 59,5% para gastos de personal, 32% para otros gastos, 3,1% para inversiones patrimoniales, y 5,4% para el plan de obras públicas.

Uruguay. El Uruguay es un país con un nivel de ingresos *per capita* relativamente alto, 834 dólares anuales para 1963, en que el cambio fue de 10,20 pesos por dólar. (Téngase presente que en la actualidad el valor del dólar es de 48 pesos, sin que los ingresos *per capita* hayan subido en esa

proporción.) El gasto en salud resulta un poco más elevado en la comparación internacional, tanto en lo que se refiere a su porcentaje, que alcanza 5,36%, como en su valor en dólares *per capita* para 1963. Sin embargo, está mal distribuido y no se traduce completamente en servicios prestados, por el bajo rendimiento de algunos sectores y la falta de planificación.

El sector privado cubre las dos terceras partes del gasto nacional en salud y concentra sus principales recursos en la capital del país. El 50% del gasto privado lo constituye los servicios mutuales (mutualidades médicas) que son del tipo de los seguros voluntarios y acusan síntomas de crisis financieras con deterioro de sus servicios.

Perú. En los 14 hospitales del Seguro Obrero, el costo promedio día-cama fue en 1963 de 400 soles (15 dólares), siendo un poco menos en el Hospital del Seguro Obrero en Lima. El costo por egreso, para el mismo año, alcanzó a 757,8 soles (28 dólares) y el costo por consulta fue de 101 soles (3,7 dólares). El presupuesto del Hospital Obrero de Lima en 1963 ascendió a la suma de 922.000.000 de soles, de los cuales el 68,3% se utilizó en pagos de personal, 19,4% en bienes y servicios, 9,8% en medicamentos y 2,5% en alimentación de enfermos y personal. El Hospital del Empleado, de Lima, dependiente del Seguro del Empleado, gastó en 1964, 225.000.000 de soles, pagándose en remuneraciones el 63% del total, y el 37% en gastos de transferencia y operación. El 18,2% se invirtió en medicamentos y el 4% en alimentación de enfermos y personal. El costo paciente-día-cama fue de 448 soles (18,2 dólares). El costo de la consulta ascendió a 127,8 soles (4,8 dólares).

En la exposición de 1964 del Directorio de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, que posee varios hospitales importantes en la capital del Perú, se lee lo que sigue:

"De la anterior comparación se desprende que en el transcurso de los últimos 16 años los gastos de la institución han subido en

130.000.000 de soles, y como las rentas sólo han aumentado 80.000.000 de soles, el desequilibrio presupuestal existente sobrepasa la suma de 50.000.000 de soles".³⁶

Este déficit es cubierto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, mediante una modificación del presupuesto nacional.

Colombia. En 1963, los gastos en salud en Colombia se elevaron a la suma de 728.000.000 de pesos colombianos en el sector público, incluyéndose en este total la cantidad de 231.000.000 de pesos colombianos que fueron gastados por las beneficencias. En el sector privado, el gasto médico se ha estimado en 462.000.000 de pesos colombianos, estimación sujeta a correcciones, lo mismo que en los otros países, por la falta de una información completa y fidedigna. De esta manera, el gasto total en salud en Colombia, se elevó a 1.200.000.000 de pesos colombianos (se ha considerado el cambio en 17 pesos colombianos por dólar), lo que significaría 75.880.000 dólares gastados en 1963 en el sector salud en el país.

Por pertenecer el 98% de los hospitales del país a las 21 beneficencias que existen, y siendo estas organismos autónomos e independientes, la información respecto a costos en los hospitales es aproximada. Se estima que en 1964 el gasto de las beneficencias fue de 231.000.000 de pesos colombianos. Son conocidas algunas cifras del Instituto Colombiano de Seguro Social, que cuenta con más o menos 3.000 camas en el país. Este organismo invirtió, en 1963, 172.000.000 de pesos colombianos (10.000.000 de dólares) en atención médica y gastó 271 pesos colombianos por paciente-día-cama (15,8 dólares).

El resumen de los egresos de las 411 entidades que recibieron auxilio oficial durante 1962 demuestra cómo se gastaron estos fondos, porcentualmente, en los rubros más importantes: sueldos, 40,55%, alimenta-

ción, 15,03%, medicamentos, 17,86%, mantenimiento y reparaciones, 7,56%.

El costo cama-año se estimó en 5.677,08 dólares y el costo día-cama en 15,55 dólares.

Venezuela. Los gastos fiscales destinados a salud en Venezuela ascendieron, en 1964, a 1.098.773.000 bolívares, comprendiendo las inversiones hechas en atención médica y salubridad. Se excluyen de esta cifra los ingresos del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales provenientes de los beneficiarios, que asciende, aproximadamente, a 200 millones de bolívares. El cambio es de 4,50 bolívares por dólar, lo que representa para ese año un egreso fiscal en salud de 244.000.000 de dólares.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que controla el 80% de los hospitales del país, distribuyó los gastos de estos establecimientos en 1964, como sigue:

Hospitales para enfermos agudos, 101.546.219,92 bolívares, de los cuales 65,2% correspondió a gastos de personal; 7,30% a alimentación; 6,20% a medicamentos y 21,18% a otros gastos. El costo paciente-día fue de 65,25 bolívares (14,49 dólares). En los Centros de Salud, los gastos fueron de 11.497.564,17 bolívares, de los cuales 72,14% se invirtió en personal, 9,20% en alimentación, 7,12% en medicamentos y 11,54% en otros gastos. El costo paciente-día subió a 89,97 bolívares (19,99 dólares).

México. En el anuario estadístico de México correspondiente a 1962-1963, se consignan los gastos en salud que se detallan, que podrían indicar lo que se gasta en el sector público, con exclusión de los seguros sociales cuyos gastos, en algunos países, se reseñan posteriormente. Las cifras parciales anotadas fueron:

Secretaría de Salubridad y Asistencia, 566.010.547 pesos mexicanos; asistencia con fines curativos, 452.707.761 pesos; asistencia social con fines educativos, 28.322.092 pesos; asistencia social en asilos de ancianos, 11.361.398 pesos; asistencia social en casaca-cuna, 4.763.464 pesos; asistencia social con

³⁶ Exposición del Directorio de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, 1964.

finés diversos, 32.682.226 pesos; los que hacen un total de 1.095.846.438 pesos. Según el cambio actual de 12,50 pesos por dólar, el gasto ascendió a 87.667.683 dólares en 1962.

El presupuesto de gastos para 1965, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, presenta una inversión de 891.278.000 pesos (72.122.240 dólares). De este total se consideran 827.660.770 pesos (66.212.860 dólares) distribuidos en: salubridad, asistencia médica y servicios hospitalarios, 520.265.623,73 pesos; construcción de hospitales, 89.712.290,23; maternidad y asistencia infantil, 38.552.256,97 pesos; asistencia social, 83.650.899,43 y servicios complementarios, 95.479.699,64, y en bienestar social, 47.282.000.

El costo paciente-día-cama en los hospitales de las tres instituciones propietarias más importantes del país fue: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 70 pesos (5,62 dólares); Instituto Mexicano del Seguro Social, 200 pesos (16 dólares); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 400 pesos (32 dólares).

Panamá. En los últimos cinco años, la tendencia en la proporción de los gastos destinados a salud para el Departamento de Salud Pública, en el presupuesto nacional, ha sido de aumento paulatino en relación con la renta nacional. En 1962, los gastos en salud pública ascendieron a 12.195.000 balboas, estimándose para ese año un *per capita* para salud de 11,60 balboas. (Un balboa es equivalente a un dólar.) Considerando que en 1962 el Seguro Social gastó 7.321.000 balboas en sus servicios de salud, las sumas totales invertidas en salud en el presupuesto de ese año en el sector público llegan a 19.516.915 balboas, que representan 17,6 balboas *per capita*.

En el sector privado, todos los gastos se han realizado en medicina reparadora, y se supone que el *per capita* en este sector ascendió a 11,4 balboas.

Se piensa que las inversiones en el sector

público irán en aumento, por el mayor número de beneficiarios del Seguro Social, por las donaciones institucionales y por los aportes directos de los enfermos en el momento de recibir atención médica, en la consulta externa o en atención cerrada, que se han calculado en un 15% promedio para el país.

En 1964, el Hospital Santo Tomás, dependiente del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, y que cuenta con 778 camas, gastó 2.254.135 balboas. En igual período, el Hospital del Seguro Social (269 camas) tuvo un gasto de 1.843.071 balboas, sin incluir en esta cantidad el sueldo de los médicos especialistas. El costo día-cama fue de 35 balboas en este establecimiento hospitalario.

El Salvador. En 1964, el gasto médico en El Salvador, en el sector público, fue de 30.000.000 de colones (2,5 colones por dólar), lo que representa 12.000.000 de dólares, de los cuales al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le correspondieron 24.000.000 de colones (80% del total), repartiéndose el resto entre el Seguro Social, Ejército, Ministerio de Educación, Trabajo, Proveduría General de Pobres, Ministerio de Agricultura, etc. No se posee información sobre los gastos en el sector privado. El gasto de salud habitante-año se estimó, para 1964, en 5,51 colones (2,10 dólares).

Ese mismo año, los hospitales dependientes del Ministerio de Salud Pública invirtieron la suma de 12.224.408 colones (4.889.760 dólares).

Es interesante dar a conocer algunas cifras referentes a los gastos médicos realizados por los seguros sociales en los países de las Américas, de acuerdo con la información proporcionada por los respectivos institutos. Recuérdese que el financiamiento de los seguros sociales es bipartito o tripartito, en proporciones diferentes, según las legislaciones de los países.

En Perú, el Seguro Social del Obrero se financia con el 3% del salario obrero, 6% de imposición patronal y 2% de aporte del

Estado. Del 11% del total de este ingreso, un 6,3% se destina a cubrir los gastos correspondientes al riesgo de enfermedad, atención maternal y lactancia, correspondiendo el 30% a estos dos últimos rubros. El financiamiento del Seguro Social del Empleado es diferente, aportando el imponente un 3% de su sueldo o salario, 4% el patrón y ½% el Estado.

En 1963, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con un ingreso equivalente a 7.897.240,20 colones (3.158.891 dólares), gastó en atención médica 4.488.430,11 colones (1.795.372,10 dólares) o sea, el 58,5% del total ingresado. No se incluyen los subsidios por enfermedad y maternidad.

En el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, hubo en 1961 un ingreso total de 141.467.975 pesos colombianos (8.321.645 dólares) ascendiendo las prestaciones a 101.434.663 pesos (5.966.741 dólares), lo que corresponde al 71% de este ingreso. Como en el caso anterior, no se han considerado los subsidios pagados por enfermedad y maternidad.

En la Memoria que la Caja de Seguro Social de Panamá³⁶ presentó a la Honorable Asamblea Nacional de ese país en octubre de 1964 se resume la actividad de ese instituto en el período 1961-1964, por lo que las cifras que se indican corresponden a ese período sin desglose por año. El ingreso total efectivo de todas las fuentes (enero de 1961 a junio de 1964) fue de 63.813.455 balboas, alcanzando las prestaciones por enfermedad y maternidad la suma de 20.012.826 balboas. Si se eliminan de este total los subsidios pagados, la cifra se reduce a 17.906.128 balboas (28%) que representa el gasto neto en atención médica para el período señalado. El Dr. Osvaldo Velázquez,³⁷ en un escrito aparecido el 4 de mayo de 1965

en uno de los diarios de la ciudad de Panamá, expresa:

Los ingresos calculados en la Caja de Seguro Social para 1964 fueron alrededor de 27.000.000 de balboas. El presupuesto nacional para el mismo año fue 81.000.000 de balboas, es decir, el Seguro Social maneja un presupuesto equivalente a más de un tercio del presupuesto nacional. . . . El Seguro Social invirtió en sus prestaciones médicas para ese período 9.200.000 balboas, lo que da un *per capita* de 97,5 balboas. Ese mismo año, Salud Pública invirtió 8.015.000 balboas para la población total menos los asegurados, lo que arroja un *per capita* de 7,2 balboas . . . Los fondos asignados, *per capita*, para prestaciones médicas a la población asegurada son 13,5 veces más que los fondos asignados a Salud Pública *per capita* para el resto de la población

Es también útil consignar algunas cifras referentes a determinados gastos en atención médica. En Argentina, en 1961-1962, el valor de las ventas de 145 laboratorios asociados fue de 12.648 millones de pesos, de los cuales 11.498 millones fueron facturados a farmacias y entidades privadas y 1.150 millones a dependencias oficiales. Si a ello se suman las ganancias de los dueños de farmacia, puede estimarse que la población invirtió una suma aproximada a los 15.000 millones de pesos en la adquisición de medicamentos.

En Chile, la Corporación de Fomento de la Producción estimó que el gasto en farmacia, en 1963, fue de 159.855.000 escudos, de los cuales el sector privado gastó 145.396.000 escudos y el sector público 14.459.000 escudos. El gasto en farmacia en el país se eleva en un 25 a 33% del gasto médico total y es 10 veces mayor en el sector privado que en el público.

En el cuadro 11, se indican los gastos totales en salud en algunos países de América, expresados en moneda nacional.

Los antecedentes que se han expuesto, muy incompletos, sobre el gasto en salud y para algunos aspectos específicos de atención médica, demuestran las diferencias que existen en los distintos países de las Américas en cuanto a sus inversiones en los programas

³⁶ Informe que presenta el Director General de la Caja de Seguro Social a la Honorable Asamblea Nacional. Panamá, octubre de 1964.

³⁷ "Estudio económico de las prestaciones médicas del Seguro Social en relación a la asistencia médica en un plan nacional—Recomendaciones". *La Estrella de Panamá*, 4 de mayo de 1965.

Cuadro 11. Gastos totales y gastos en salud, de los Gobiernos de los países de las Américas (*moneda nacional*).

País	Año	Gastos totales del Gobierno	Gastos en salud del Gobierno					
			Gobierno Central				Adminis- traciones intermedias	Auto- ridades locales
			Total	Total	Ministerio de Salud	Otros minis- terios o departamentos		
Argentina (millones)	1961	191.565	14.129	4.718	4.200	518	5.762	3.649
Bolivia	1963	643.229.926	17.760.000	...	...	...	...	...
Brasil a) (millones)	1964	2.110.257	...	...	77.208	...	...	...
Canadá (millones)	1961	7.183	1.109	421	368	53	623	65
Costa Rica b)	1962	543.000.000	...	26.945.412	10.367.137	16.578.275	...	...
Cuba	1962	1.853.733	109.024	109.024	109.024	...	...	...
Chile	1962	133.888.858	...	...	...	...	...	...
El Salvador	1962	173.823.680	19.063.348	...	5.922.520	...	...	...
Guatemala	1962-63	105.905.000	...	...	c) 9.867.349	...	...	...
Haití	1962	...	18.765.609	16.701.755	...	...	2.063.853	...
Honduras	1962	104.917.977	9.384.063	8.240.555	6.832.860	1.407.695	2.809.943	...
México	1962	12.319.783.000 d)	1.710.584.616	...	...	...	25.289.221	...
Panamá	1962	92.312.377	...	15.061.750	...	...	...	...
Perú	1962	11.291.165.000	...	...	e) 1.174.366.840	...	...	...
Estados Unidos 1960-61 (millones)		114.016	6.940	3.070	1.088	1.982	.....	3.870....

a) Total gastado.

b) Incluye gastos en la Seguridad Social.

c) Se sabe por otras fuentes que en 1962 hubo un gasto de 6.322.906 quetzales por inversiones en los hospitales del Gobierno y subsidios a otros hospitales, lo que probablemente es una parte del gasto total que se indica en el cuadro.

d) De este total, 637.240.244 pesos mexicanos se invirtieron en el cuidado de la salud y en hospitales.

e) De este total, 40.613.509 soles peruanos se destinaron a los hospitales del Gobierno y 12.816.100 soles peruanos a la beneficencia y otros hospitales.

preventivo-curativos. La mayor o menor capacidad económica, los planes de los otros sectores, la política económica del Gobierno, la demanda de atención médica de parte de la comunidad, los recursos materiales y humanos existentes, son algunos de los elementos que determinan estas diferencias.

En ciertos países, el costo paciente-día-cama es distinto según la institución, lo que también ocurre con los gastos en remuneraciones de personal, medicamentos, alimentación, entre otros.

Pueden citarse numerosos ejemplos que complementan lo que se ha expresado en cuanto a la urgencia que existe en orientar para su mejor utilización, coordinada y racionalmente, los recursos disponibles para lograr la solución paulatina de las demandas de nuevos servicios de salud.

Coincidente con estas apreciaciones, la Pri-

mera Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Chile, del 3 al 10 de abril de 1965, en las conclusiones del tema "Gasto médico en Latinoamérica", acordó:

Considerando:

El sector salud cuya producción se materializa en la prestación de servicios médicos integrales, constituye un sector fundamental de las relaciones socioeconómicas, entendiéndose que el desarrollo socioeconómico tiene como objetivo central el incremento del bienestar de la comunidad.

El nivel de la atención de salud está en relación con los recursos de que el sector dispone, los cuales dependen del grado de desarrollo económico que se logre; por lo tanto es indispensable promover el desarrollo económico y social como condición para mejorar los niveles de salud y los servicios médicos.

En Latinoamérica, el gasto médico nacional, en términos generales, está sobre el equivalente

del 5% del PNB, el cual en cifras absolutas es muy variable. Sin embargo, las cifras presentadas permiten afirmar que los recursos se hallan lejos de estar canalizados o dirigidos para obtener un rendimiento adecuado.

Recomendaciones:

Hay acuerdo de que la integración de los recursos médicos permitiría una mejor utilización de los mismos y, en consecuencia, se la recomienda como una meta que debe alcanzarse en el más breve plazo en América Latina. Entre tanto se alcance este objetivo, deberá promoverse, como etapa provisoria, la coordinación de los servicios médicos en los distintos niveles. La integración debe estar orientada por una Política Nacional de Salud y expresada por la planificación del sector, considerada como parte constitutiva de los planes de desarrollo económico y social.

En el proceso de la planificación deben participar junto a los poderes públicos los médicos del país, a través de sus organismos representativos. En los organismos encargados de la administración a nivel superior de los planes del sector los médicos deben tener una participación mayoritaria.

En tanto se logren las metas señaladas, el gasto médico deberá, como mínimo, mantener su proporción dentro del PNB, siempre que ello no signifique una disminución del gasto médico por persona.

La Asamblea, estimando que los estudios de gasto médico son de importancia fundamental para la evaluación de la política de salud y para el cuidado de la salud de la población, recomienda a los países tomar las medidas necesarias para la realización continuada y el perfeccionamiento progresivo de estos estudios.

4. PLANIFICACION

Como se expresó en la primera parte de este informe, el análisis de la Resolución XXV de la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS permite apreciar su amplitud a través de las consideraciones que, sobre los principios contenidos en ella, se expresan en los rubros correspondientes: La incorporación ordenada de la atención médica en los planes nacionales o locales del desarrollo económico y social, mejorando los servicios de salud, hospitales y consultorios externos dentro de la doctrina de la integración técnica de las actividades preventivas y cura-

tivas. La construcción de nuevos establecimientos de salud y remodelación de los existentes para aumentar los índices de cobertura de la población, dentro de una política continental, nacional o local, mejorando su organización y administración con la ayuda de un adecuado régimen de coordinación de las instituciones interesadas, para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes. Planificación de los servicios de salud con mejor sentido de su presente y futuro al establecer el monto de las inversiones iniciales en edificación e instalación, los presupuestos de funcionamiento y las necesidades de personal.

Basados en estos principios, en el desarrollo de este informe se ha mantenido una secuencia que permite deducir, a pesar de la insuficiencia de datos, algunas conclusiones y proponer algunas soluciones al problema de la planificación de hospitales y otros servicios de salud, como lo estableció, explícitamente, la resolución motivo de este informe.

Como el conocimiento que se tiene sobre los puntos que se desarrollarán a continuación, es más exacto en los ocho países visitados (Uruguay, Chile, Perú, Colombia, Venezuela, Panamá, El Salvador y México) que en los del resto de las Américas, se utilizarán de preferencia los antecedentes relativos a estos.

Con el objeto de ordenar la exposición se han considerado las siguientes materias:

- a) Sistemas legales y reglamentarios para las construcciones de hospitales y otros servicios de salud.
- b) Construcciones y remodelaciones de hospitales y otros servicios de salud realizadas en los últimos cinco años. Gastos extraordinarios en asesoría foránea. Costos.
- c) Plan general de construcciones y remodelaciones para los próximos años. Capacidad para llevar a cabo tales obras.
- d) Equipos e instalaciones.
- e) Mantenimiento. Reparaciones. Renovaciones.
- f) Requerimientos para el funcionamiento

normal de los establecimientos una vez terminada la construcción y remodelación.

a. *Sistemas legales y reglamentarios para las construcciones de hospitales y otros servicios de salud*

La revisión de los procedimientos legales y reglamentarios seguidos en varios países de América Central y del Sur para las construcciones de hospitales y otros servicios de salud, ofrece una variedad de sistemas que dificulta su ordenamiento a la vez que su incorporación a la política sectorial de salud, integrante de los planes nacionales de desarrollo. En general, son los Ministerios y Secretarías de Salud los que han reglamentado las construcciones y remodelaciones para sus propios establecimientos. En algunos países se ha intentado que todas las construcciones y remodelaciones que realicen las otras instituciones del subsector público y del subsector privado, deben ser previamente autorizadas por el Ministerio de Salud con supervisión de las obras. Hasta el momento, esta disposición es sólo teórica, y en muy contadas ocasiones, alguna institución no ministerial le da cumplimiento.

Pero, no sólo es el Ministerio de Salud, a través de sus divisiones o departamentos de arquitectura quien confecciona los programas, anteproyectos, proyectos, especificaciones y elabora las bases para las propuestas o licitaciones públicas, sino que también los otros Ministerios o reparticiones fiscales proceden de la misma manera para la construcción o remodelación de los establecimientos de atención médica que son de su dependencia. Y esto ocurre, igualmente, con los seguros sociales y organizaciones privadas. Cada una de las instituciones mencionadas al construir un hospital, un consultorio, un centro de salud, lo hace, en la mayoría de los casos, sin que el establecimiento por construir o construido, forme parte de un plan nacional de construcciones hospitalarias y así se ha comprobado la existencia de varios hospitales en una localidad determinada sin que se justifiquen, como lo demuestran sus

índices de rendimiento. Muchas veces es la presión política local o la de los grupos comunitarios más destacados de una localidad, la que obtiene que se construya un hospital cuya justificación es discutible o su construcción es innecesaria en ese lugar pero plenamente justificada en otro.

En ciertos países, en ocasiones, se ha recurrido a empresas extranjeras para la programación y elaboración de los planes de construcción, e incluso, como se detallará más adelante, contratando préstamos para financiar tales obras.

A continuación se detallan los sistemas utilizados en los países mencionados, de acuerdo con la información que fue posible obtener. Se hace presente que los sistemas que se describirán corresponden a los utilizados por los Ministerios o Secretarías de Salud.

Uruguay. Hasta el momento no han existido programas estudiados de construcciones hospitalarias. El principal motivo radica en que los recursos económicos no alcanzan a cubrir la totalidad de las necesidades de los establecimientos existentes; por lo tanto, los planes obedecen, fundamentalmente, a ordenar una escala de prioridades dentro de requerimientos urgentes.

La División de Arquitectura del Ministerio de Salud Pública, conjuntamente con la División de Asistencia, ha esbozado en una ocasión un programa mínimo de nuevas construcciones, que no se han realizado por las razones ya anotadas.

Para las construcciones se siguen dos mecanismos:

i) Por el Ministerio de Obras Públicas (planes anuales con cargo a recursos votados por el Congreso para los programas de este Ministerio). En este caso, la División de Arquitectura del Ministerio de Salud Pública suministra los programas y anteproyectos.

ii) Directamente por la División de Arquitectura, que proyecta y dirige las obras, financiadas con recursos propios del Ministerio

de Salud Pública (donaciones, proventas, etc.)

En la actualidad la División de Arquitectura pretende llegar a establecer como norma el estudio y formulación de programas que cubran las necesidades de todo el territorio nacional dentro de un planeamiento orgánico.

Por otra parte, la Comisión de Inversiones y Desarrollo Económico (CIDE), que estudia el Plan de Desarrollo Económico, incluye en este Plan un programa de construcciones hospitalarias.

Los proyectos y dirección de las obras están a cargo de arquitectos especializados que integran servicios estatales: División de Arquitectura del Ministerio de Salud Pública y la Sección Hospitales de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas. Llama la atención esta duplicidad de servicios orientados hacia un mismo objetivo, lo que significa un mal aprovechamiento de los recursos, con encarecimiento de los costos. La construcción propiamente tal se hace por empresas privadas mediante la adjudicación de licitaciones o propuestas públicas.

Chile. Desde mucho antes que se creara el Servicio Nacional de Salud existía en el país una institución autónoma, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, encargada de la construcción de los hospitales y otros servicios de salud. Este organismo, que subsiste actualmente, tiene financiamiento legal a través del aporte fiscal y de la compra de acciones o bonos que reditúan un interés del 8%, por parte del Servicio Nacional de Salud, Servicio de Seguro Social, otras instituciones públicas y el sector privado. Cuando la sociedad fue creada, se pensó que el interés de estas acciones interesaría al sector privado, quien las adquiriría en un alto porcentaje. Sin embargo, el empobrecimiento general de la población, como consecuencia del proceso inflacionario permanente en que vive el país, ha determinado que en la actualidad el 90% de las acciones las posea el Fisco.

Para la construcción de los hospitales, consultorios y otros establecimientos, el Servicio Nacional de Salud, a través de los departamentos respectivos, programa, según un plan, las obras que deben ejecutarse sujetas a un orden de prioridades. El Departamento de Arquitectura del Servicio Nacional de Salud proyecta lo programado, elaborando los planos y especificaciones correspondientes y, previa aprobación del Consejo del Servicio, se envían a la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios para su ejecución. La Sociedad, de acuerdo con sus Reglamentos, debe construir en terrenos de su propiedad que obtiene por compra o por transferencia de otros Ministerios cuando ellos son fiscales. Llama a propuestas o licitaciones sobre las bases que ella misma elabora y construye según sea su capacidad económica. En 1964, la Sociedad dispuso de 17.000.000 de escudos (5.230.700 dólares). El Servicio Nacional de Salud invierte el interés que le producen las acciones en la dotación de equipo e instrumental de los hospitales que se construyen.

Las remodelaciones de hospitales y establecimientos las hace, directamente, el Servicio Nacional de Salud con fondos de su propio presupuesto, y participación del Departamento de Arquitectura del Servicio, o mediante la contratación, por los directores de hospitales, de arquitectos privados que reciben una remuneración de acuerdo con un arancel previamente determinado.

Se piensa que la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios representa un mecanismo que podría incorporarse al Servicio Nacional de Salud, obviándose trámites administrativos y remuneraciones de personal que encarecen los costos de las construcciones.

Perú. Hace algunos años, la Ley 11672 creó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, como entidad del sector público independiente, señalando como sus objetivos principales, la realización de obras y servicios destinados a mejorar las condiciones

sanitarias del país, promover la protección de la salud de sus habitantes y propugnar el bienestar social. Los recursos del Fondo provienen de la renta de varios impuestos, como el del timbre antituberculoso, la participación en el producto del impuesto de timbres fiscales, participación en el impuesto de alcoholes y bebidas alcohólicas y la contribución del 3,5% del impuesto de toda suma pagada por los empleadores particulares por retribución de servicios.

Con los objetivos señalados y mediante la aplicación de su renta, el Fondo ha cooperado en la erradicación y control de enfermedades transmisibles (malaria y viruela), ha ayudado al desarrollo de servicios de salud y de vivienda y ha realizado numerosas construcciones asistenciales, entre las que se destacan la construcción y habilitación de 12 hospitales. En una reciente ley, se ha liberado al Fondo de la construcción de viviendas, pero sin dedicar íntegramente sus recursos a la construcción de hospitales y otros servicios de salud, pues mantiene, en su totalidad, las subvenciones a las beneficencias públicas, que en 1964 sobrepasaron los 100.000.000 de soles; subvenciona a otros servicios por valor de 38.000.000 de soles, y se le ha privado de un 25% de su renta que ha pasado al Fondo Nacional de Desarrollo Económico.

Los proyectos de programas de construcciones de establecimientos de salud se formulan en la Oficina de Programas de Salud que existe en el Fondo, la cual tiene además como objetivos realizar labor de desarrollo social mediante programas piloto, atender el fomento de la enseñanza médica y la investigación científica. Estos programas pasan posteriormente a la Oficina Técnica, que tiene por finalidad preparar los proyectos arquitectónicos y los planos de las obras a ejecutarse, comprendiendo instalaciones y costos; realiza, asimismo, el control de las obras que están en ejecución.

El Fondo construye a través de licitaciones o propuestas públicas.

De acuerdo con las obligaciones que la

ley le señaló, y aquellas que le otorgó el Consejo del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, este organismo independiente posee una autoridad normativa y ejecutiva y recursos económicos que lo hacen aparecer en competencia con el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud. Es probable que mediante la integración de estas instituciones se obtendrían resultados más positivos, aprovechándose en mejor forma los recursos con que cada una cuenta.

Colombia. Las características de los servicios de salud en Colombia, la diversidad de entidades propietarias de los establecimientos y hospitales, la falta de un adecuado plan de construcciones, y la carencia de recursos económicos por parte del Ministerio de Salud Pública, han determinado que las construcciones hospitalarias hayan sido muy escasas en los últimos 15 años y ellas se han referido, especialmente, a los centros de salud rurales.

La modalidad o sistema seguido para estas construcciones depende del Ministerio de Salud, que cuenta con un Departamento de Arquitectura que elabora programas y anteproyectos cuya ejecución suele demorar años. En ocasiones, alguna otra institución pública o privada solicita al Departamento de Arquitectura la confección de los planos para construir hospitales.

Venezuela. En el organograma del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela se incluye el Departamento de Servicios Generales, que comprende: Arquitectura Sanitaria, Construcciones y Mantenimiento. Este Departamento es uno de los organismos que participa en la construcción de hospitales.

El proceso seguido para la construcción de establecimientos de salud puede sintetizarse de la siguiente manera:

La Oficina de Coordinación y Planificación Económica de la Presidencia de la República (CORDIPLAN), en la cual hay representantes técnicos de los organismos relacionados con salud, establece la necesidad de construir un hospital. El Ministerio de

Sanidad confecciona el programa en su Departamento de Arquitectura Sanitaria, en el que hay un representante del Ministerio de Obras Públicas. Este programa es enviado por el Ministerio de Sanidad al Ministerio de Obras Públicas—que es el verdadero constructor—quien después de aprobado lo envía a la Oficina de Planeamiento de Salud que lo modifica o no, y lo devuelve nuevamente al Ministerio de Obras Públicas. Este Ministerio desarrolla los planos, especificaciones, etc., y somete a la consideración de la Contraloría General de la República las bases de las licitaciones o propuestas públicas, las que, una vez aceptadas, vuelven al Ministerio de Obras Públicas, quien llama a propuestas o licitaciones, y se inicia la construcción. La inspección de las obras la realiza la Oficina de Arquitectura Sanitaria.

Como sucede en Uruguay, en Venezuela se introduce un nuevo elemento, la muy importante participación del Ministerio de Obras Públicas en la ejecución de las obras.

Panamá. Como en Venezuela, en Panamá es el Ministerio de Obras Públicas el que construye los hospitales y otros servicios de salud, previa programación, proyectos y especificaciones hechos en el Departamento de Arquitectura del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, con participación directa del Director General de Salud Pública. El Ministerio de Obras Públicas ejecuta las construcciones mediante licitaciones públicas.

El Salvador. La Oficina de Planificación es la que establece en El Salvador la necesidad de construir un establecimiento de salud o un hospital, y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe obtener su financiamiento en el Ministerio de Hacienda. Una vez autorizados los recursos (nacionales o extranjeros), el Departamento de Ingeniería y Arquitectura elabora los programas y confecciona los planos correspondientes. Finalizado este trámite, se inician los trabajos por empresas nacionales, previa licitación. La supervisión de las obras

la hace alguna institución supervisora que se contrata de acuerdo con honorarios convenidos.

México. Hasta hace algún tiempo, existió en México, adscrita a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Comisión Nacional de Hospitales (creada en 1954), que tenía por objeto asesorar técnicamente y controlar los programas y proyectos de las nuevas construcciones hospitalarias o la ampliación o modificación de ellas, cualquiera que fuese su gobierno, con objeto de lograr una mayor eficiencia en su funcionamiento. Además, se ocupaba de llevar a cabo un censo hospitalario del país, que permitiera fundamentar una política de construcciones hospitalarias en todo el territorio nacional. El censo hospitalario se efectuó en forma acuciosa por grupos profesionales y técnicos especializados, dándose a conocer sus resultados en una publicación de 1958.³⁹

Esta Comisión participó en los programas de construcciones hasta 1964, en que fue reemplazada por otra entidad llamada Comisión Constructora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que está actualmente en funciones con objetivos similares a la anterior.

La Comisión Constructora es la que programa las construcciones, confecciona los proyectos y especificaciones y llama a propuestas públicas, las que se otorgan a contratistas o a empresas constructoras. Los trabajos de supervisión los hacen los arquitectos e ingenieros de la Comisión, y este control es llevado hasta el laboratorio de concreto, de propiedad de la Comisión, para analizar constantemente el material utilizado por dichas empresas.

México está asesorando a varios países de América Central en materia de construcciones hospitalarias, particularmente el Instituto Mexicano del Seguro Social a los Seguros Sociales de esos países.

³⁹ República Mexicana, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Comisión Nacional de Hospitales: *Censo y planificación de hospitales*, 1958.

La revisión realizada de los procedimientos legales y reglamentarios en práctica en algunos países del Continente para la programación y construcción de los hospitales, pone en evidencia las diferentes modalidades en uso y la necesidad de encontrar un sistema adecuado que permita el buen aprovechamiento de los recursos económicos, mediante la elaboración de programas, no influenciado por factores y circunstancias que los alteren.

b. *Construcciones y remodelaciones de hospitales y otros servicios de salud realizadas en los últimos cinco años. Costos. Gastos extraordinarios en asesoría foránea*

A través de los procedimientos que se han descrito, se han construido en los países de América Latina numerosos establecimientos hospitalarios, centros de salud, etc., obedeciendo unas veces a programas nacionales, regionales o locales y otras a factores ajenos a un programa.

Para los países visitados se confeccionó una pauta que permitiera conocer las construcciones realizadas en los últimos cinco

años, con el número de camas, tiempo que demoró la construcción, costo de la construcción, costo de la habilitación, costo total de la obra y costo por cama construida, lo que se resume en el cuadro 12 que aparece a continuación.

Sólo se dispone de datos generales sobre las construcciones en Uruguay. La Dirección de Arquitectura del Ministerio de Salud Pública invirtió en el período 1961-1964 la suma de 10.765.000 pesos, lo que representa, aproximadamente, 500.000 dólares, estimando un cambio de 20 pesos por dólar (actualmente es de 48 pesos). Por su parte, el Ministerio de Obras Públicas, desde 1960 a 1962 inclusive, había realizado construcciones por un valor de 43.800.000 pesos, lo que representa una inversión de 2.190.000 dólares. Sin embargo, estas cifras no expresan lo verdaderamente gastado, ya que hay partidas en el presupuesto de ese Ministerio que no se hicieron efectivas.

En Chile, para calcular el costo de construcción de la cama en moneda norteamericana, se estimó un cambio de 3,50 escudos por dólar. En el cálculo de los gastos en construcciones no se incluyó la edificación

Cuadro 12. Construcciones realizadas en el período que se indica, en ocho países de las Américas. Número de camas, tiempo que demoró la construcción, costo de la construcción, costo de la habilitación, costo total de la obra y costo por cama construida.

País	Período	No. de camas	Tiempo que demoró la construcción	Costo de la construcción	Costo de la habilitación	Costo total de la obra	Costo por cama construida	
							Moneda nacional	Dólares
Uruguay	1961-64	363	—	—	—	54.565.000 (pesos)	150.000 (pesos)	7.500
Chile	1959-64	2.901	3 años y 3 meses	21.213.753 (escudos)	4.102.000 (escudos)	25.315.757 (escudos)	17.410 (escudos)	4.970
Perú	1962-63	1.678	2 años	193.437.160 (soles)	199.272.658 Crédito alemán	392.709.818 (soles)	2.950.173 (soles)	10.631
Colombia	1960-63	1.463	3 años	—	—	1.281.500 (pesos)	87.544 (pesos)	5.149
Venezuela	1959-64	3.588	2 años	139.872.000 (bolívares)	32.645.000 (bolívares)	172.517.000 (bolívares)	58.960 (bolívares)	13.500
Panamá	1959-64	355	2 años	—	—	1.011.235 (balboas)	2.848 (balboas)	2.848
El Salvador	1959-64	36	1 año y 5 meses	—	—	208.986 (colones)	5.805 (colones)	2.322
México	1959-64	10.410	—	—	—	—	—	—

de 11 consultorios en diversas ciudades del país y ciertos servicios generales en algunos hospitales, cuyo costo fue de 1.360.741 escudos, no considerándose tampoco las inversiones hechas por la Corporación de la Vivienda (CORVI), que construyó cuatro consultorios.

La información de lo construido en Perú comprendió el período 1962-1963. No se incluyen las construcciones de los seguros sociales que merecen un comentario aparte. El cambio fue de 26,70 soles por dólar.

El cambio en Colombia fue estimado en 17 pesos colombianos por dólar. En el período indicado en el cuadro 12, además de las camas construidas en ese país, se edificaron 50 centros de salud, ignorándose su costo. Por otra parte, la información que se posee, emanada de la Oficina de Evaluación, no precisa cifras al respecto.⁴⁰

En Venezuela el cambio se consideró en 4,50 bolívares por dólar. En El Salvador, con un cambio de 2,50 colones por dólar, además de las camas construidas, que se consignan en el cuadro 12, se edificaron seis unidades de salud, con un costo de 406.021,16 colones.

En México no fue posible obtener información sobre el costo de las 10.410 camas construidas y otros servicios de salud durante el período 1959-1964. Sólo se cuenta con el dato de lo realizado.

Para determinar el tiempo que demoraron las construcciones, se promediaron los años transcurridos entre el comienzo y el término de estas. En algunos países los plazos oscilaron entre 1 y 15 años.

Si bien sólo en tres países existen cifras sobre el costo de la habilitación, la relación entre esta y el costo de construcción es muy variable de un país a otro. De acuerdo con lo conocido y las estimaciones hechas por funcionarios de los departamentos de arquitectura de varios países, se pudo estimar esta variación entre un 17 a un 100 por

ciento. Ella depende de lo que se considere como habilitación necesaria y adecuada para un hospital, de los equipos que se adquieran, su número, calidad, complejidad, etc., como pudo observarse en muchos hospitales visitados. (Equipos radiológicos con cine y televisión, en tanto que no hay un solo fluoroscopio en otros hospitales de ese mismo país.)

En el costo de las construcciones hay variaciones dentro de un mismo país, debidas a diversos factores, como la dificultad de transporte de los materiales de construcción, la dificultad para obtener mano de obra especializada en esa área, el tipo de construcción, el tiempo que demoró, etc.

Es de interés conocer el costo de las construcciones de hospitales realizadas por los seguros sociales en los países en que este se conoce, el que es significativamente más elevado que los costos habituales obtenidos por los Ministerios.

En el Perú, el Hospital del Empleado, cuya construcción demoró ocho años (fue inaugurado en 1958), con una capacidad para 1.247 camas, tuvo un costo de construcción de 300.000.000 de soles que, calculados al cambio actual, representan 11.236.000 dólares y su equipamiento 80.000.000 de soles, o sea 3.348.200 dólares. Esta conversión no es exacta, pues debe hacerse calculando el valor del dólar en el Perú en la época en que el hospital fue construido. Por otra parte, el costo por cama construida, de poco más de 11.000 dólares representa una falacia, ya que en vez de su capacidad, que es de 1.247 camas, sólo tiene en funcionamiento en la actualidad 898. El seguro obrero ha construido en los últimos años de 200 a 300 camas, con un costo de 200.000 soles por cama.

En Panamá, el Hospital del Seguro Social, con 269 camas, tuvo un costo de construcción de 2.700.000 balboas (1 balboa = 1 dólar), poco más de 10.000 dólares por cama construida.

Otro aspecto que importa destacar es el de los gastos en asesoría foránea en que han

⁴⁰ República de Colombia, Departamento de Planeación: *Encuesta de las instituciones del gobierno local. Fuentes y uso de fondos*, 1964.

incurrido algunos países de las Américas para la construcción y habilitación de sus hospitales.

Si bien las construcciones de hospitales y de otros servicios de salud se han hecho generalmente con los recursos propios de los países, utilizando su capacidad técnica y económica, en algunas ocasiones se ha contratado a empresas extranjeras para los estudios de los programas, confección de anteproyectos, proyectos, planes y, en otros, para el financiamiento de las obras a ejecutar. En la mayoría de los casos, el costo de la construcción y la dotación de equipo e instrumental ha sido muy superior al obtenido en las construcciones ejecutadas por los Ministerios; los pagos de los intereses cobrados, la exigencia de adquisiciones de equipos de determinado tipo, el pago de honorarios a otras empresas supervisoras de las inversiones (control económico), son factores que aumentan considerablemente los costos.

Algunos hospitales, tales como el de Clínicas de Montevideo, el del Empleado en Lima, el Militar en Bogotá, el del Seguro Social en Panamá, son buenos ejemplos de lo que se señala. En todos ellos, el costo por cama construida fue superior a los 10.000 dólares en circunstancias que, como se ha establecido anteriormente en el cuadro 12, el costo de los hospitales construidos por los Ministerios fue, en la mayoría de los casos, de un 50% o poco más de este monto. En el Hospital del Empleado de Lima se confirmó que con los honorarios pagados a los arquitectos se podían construir 100 camas. Al visitar este hospital, se comprueba la existencia de numeroso equipo e instrumental de elevado costo, suma que pudo haberse invertido para dotar otros hospitales que carecen de la dotación necesaria para proporcionar una medicina integral de buena calidad. El hecho anotado es frecuente con los equipos de radiología, laboratorios, mesas de operaciones quirúrgicas, plantas pasteurizadoras de leche, etc.

En el Perú y El Salvador, los respectivos Gobiernos han convenido—con un consorcio

extranjero el primero y con un Gobierno el segundo—préstamos en dinero para desarrollar un plan de construcciones hospitalarias y de centros o unidades de salud en estos países.

En el Perú, ya se ha cumplido parte del plan elaborado por la Dirección de Salud y el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. La revisión del convenio con el consorcio que obtuvo la licitación indica que el monto del préstamo es de 66.002.532,29 marcos alemanes, pagaderos en 10 años con un interés del 7% anual. Los intereses que deberá pagar el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social al consorcio constructor en los 10 años establecidos en el convenio ascienden a un 32% del total del préstamo. En cuanto a la habilitación, según una de las cláusulas, 21.571.150,69 marcos alemanes se destinan al equipo y 15.135.849,31 marcos alemanes a los gastos de instalación, fletes, despacho de aduanas, transportes locales, etc. Se establece, además, que las instalaciones podrán ser hechas por personal del consorcio o nacional. Otra cláusula señala la liberación de todo pago de impuesto para el consorcio.

En El Salvador, hace aproximadamente un año, se convino con un gobierno extranjero un préstamo para financiar, parcialmente, un plan de construcciones hospitalarias y de unidades de salud, pero en condiciones diferentes a las obtenidas por el Perú. Este crédito es por la cantidad de 6.450.000 colones, pagaderos a 20 años plazo con un interés de 3% anual, con cuatro años de gracia y en cuotas semestrales. Esta suma, agregada a 4.300.000 colones que aportará el Gobierno de El Salvador, hace un total de 10.750.000 colones, que se invertirán en el programa elaborado por el Ministerio de Salud Pública y la Dirección de Salud. En Venezuela hubo algunos hospitales construidos por firmas extranjeras que costaron un 50% más que los construidos por el Ministerio de Obras Públicas, habiendo en ellos una serie de defectos, consecuencia del desconocimiento de la

realidad del país por parte de la empresa constructora.

c. Plan general de construcciones y remodelaciones para los próximos años. Capacidad para hacerle frente a las construcciones

Para la estimación de las necesidades de camas en los próximos años en América Latina, deben considerarse dos factores: 1) el crecimiento esperado de la población a servir; 2) la relación o porcentaje de población al que es esencial dar atención médica adecuada. Hasta ahora no existe un índice único que pueda ser recomendado para la estimación de estas necesidades, ya que está sujeta a numerosas condiciones variables en cada país. Entre estas, deben mencionarse *la estructura o distribución de los grupos de edad de la población, las causas de morbilidad en las consultas externas y en las hospitalizaciones, los sistemas de organización de los servicios de salud, los recursos humanos, la distribución geográfica de la población, la utilización de los hospitales existentes, la demanda de atención médica hospitalaria en relación con las fuentes culturales y los recursos económicos del país, etc.*

Usando sólo el primer factor, el crecimiento esperado de la población, se obtienen las siguientes estimaciones de necesidades de construcción de nuevos hospitales para América Latina entre 1965 y 1980. En este período, el crecimiento de la población será de un 53%, o sea, aumentará de 244 a 374 millones. El mantenimiento de la tasa actual, muy baja, de 3,2 camas por 1.000 habitantes, requerirá contar para 1980 con 1.200.000 camas; estimándose que, actualmente, hay 780.000 camas, se necesitarían para esa fecha 420.000 más, lo que significa que, desde ahora hasta 1980 se deberían incrementar las actuales camas en 28.000 anuales.

Por país, la necesidad de aumentar las camas depende de su dotación actual y su relación con la población. Por ejemplo, el

crecimiento de la población en Argentina es más lento que en México, con una población total menor que este último. Sin embargo, para mantener su alta proporción actual de camas por 1.000 habitantes, necesita construir más camas que México en el período de 15 años (1965-1980). Por otra parte, en la Argentina es suficiente el actual nivel de camas que existe, en tanto que en México es recomendable un aumento por encima de sus tasas actuales. Las informaciones sobre construcciones de hospitales en algunos países en los últimos años ilustran sobre los progresos alcanzados; así, entre 1958 y 1963, las camas de hospital en México aumentaron en un 45% y en Venezuela desde 1957 a 1962 en un 28 por ciento.

Lo dicho para la cobertura de las necesidades de camas en América Latina es también válido para los centros de salud. En 20 países, con aproximadamente 196.000.000 de habitantes, había en 1963-1964 entre centros de salud y otros establecimientos para consulta externa 11.618 locales. Se ignora la extensión de cobertura de población proporcionada por estos centros o unidades, pero si suponemos, como ocurre en algunos países, que cada uno de ellos da atención a 17.000 personas, para 1965 se necesitarían 14.000 de estos centros y para 1980, cuando la población se eleve a 374.000.000, se precisarán 22.000 unidades para mantener la tasa actual, lo que significa construir 8.000 en 15 años, ó 530 anualmente.

Frente a los recursos materiales, expresados en edificios, camas, equipos e instrumental, los planes subsectoriales, sectoriales y nacionales de salud deben considerar: 1) mejor aprovechamiento de lo existente; 2) construcción, remodelación y dotación de establecimientos de acuerdo con las necesidades. Para establecer los objetivos en este rubro, debe considerarse la posibilidad de realizarlos mediante recursos propios, con o sin ayuda exterior, o exclusivamente con recursos provenientes del exterior. No es conveniente, en este sentido, aplicar la me-

tódica escueta de planeamiento, hoy en uso, limitándola sólo a los recursos existentes, porque ello llevaría a un deterioro y estancamiento en el cumplimiento de las metas que van variando de año en año.

De los planes de construcciones para los próximos años, de los cuales se tiene información directa o indirecta, se dan algunos antecedentes que permiten establecer los esfuerzos que se están haciendo en los países para cubrir los déficits de camas y otros servicios de salud.

En dos países, El Salvador y Chile, particularmente en este último, los planes de construcciones deben elaborarse a muy corto plazo, pues los terremotos obligan a modificar estos programas, a postergar los ya iniciados y a invertir buena parte de los recursos destinados a ellas en reparar los daños causados por los sismos y reponer lo que desapareció.

En Chile, hasta antes del sismo de fines de marzo de 1965, se había programado la construcción de 36 establecimientos hospitalarios, con un total de 3.531 camas. De estos, cinco con 272 camas se empezaron a construir ese año; se había solicitado licitación o propuesta para ocho con 322 camas y se encontraban en desarrollo de proyectos los restantes. Además, se ha consultado la edificación de ocho consultorios y 10 puestos rurales.

Igualmente, en El Salvador, con anterioridad al terremoto de mayo de 1965, se había programado para el período 1965-1969 la construcción de tres hospitales generales, con un total de 500 camas y a un costo de construcción de 8.184.492,30 colones, calculándose la dotación de equipo e instrumental en 2.474.407,70 colones, lo que hace un total de 10.760.000 colones (4.300.000 dólares). El costo por cama construida y habilitada sería de 21.500 colones, o sea 8.600 dólares por cama. Además, se proyecta para este período la construcción de 50 puestos y unidades de salud y construcciones, ampliaciones y remodelaciones en otros hospitales por un valor de 8.363.765 colones. La construc-

ción de los tres hospitales indicados inicialmente se financiaría, en parte, por el Gobierno de El Salvador y lo demás, mediante un préstamo de un gobierno extranjero.

De los otros países, Uruguay no tiene programas de construcciones hospitalarias que obedezcan a un plan nacional de salud.

El programa de construcciones futuras en Colombia, en conexión con la Alianza para el Progreso, considera la construcción y terminación de 23 establecimientos, sin incluir su habilitación, con 4.183 camas. El costo total de estas obras alcanza a 394.780.000 pesos colombianos, con un costo por cama construida, sin considerar la habilitación, de 5.551 dólares.

Continuando con los programas bienales iniciados en 1962, Perú ha planificado para 1964-1965 un programa de inversiones financiado por un consorcio que contempla la construcción de 11 hospitales con 1.450 camas en total, por un monto de 346.571.000 soles y un costo por cama construida superior a los 10.000 dólares.

El plan decenal de obras medicoasistenciales de Venezuela (1959-1968), elaborado por los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social y de Obras Públicas, contempla la construcción de 28 establecimientos hospitalarios, de los cuales ocho se iniciaron y no se terminaron en el período comprendido entre 1960 y 1964, y los 20 restantes a partir de 1964. Este plan, que comprende 8.271 camas construidas y habilitadas, representa un gasto de 533.028.000 bolívares, con un costo por cama de 64.445 bolívares (14.320 dólares). Este costo puede variar según las características locales y otras, según se deja constancia en el programa elaborado.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia de México ha hecho un estudio de las inversiones para la construcción y habilitación de hospitales para 1966-1970, que contempla una inversión de 571.000.000 de pesos, correspondiéndole al Gobierno Federal un aporte de 400.000.000 y a los gobiernos estatales, municipales y particulares la suma de 171.000.000 de pesos. Para la rehabili-

tación de 9.700 camas se considera un gasto de 245.616.000 pesos. Además, se ha considerado la inversión de 174.795.000 pesos en la dotación del equipo necesario para las camas nuevas construidas y para las camas rehabilitadas, lo que hace un gasto total de 745.795.000 pesos para el período indicado.

Es de interés consignar que Chile, Colombia, México, Panamá, Perú y Venezuela han incluido en sus programas de construcciones para los años venideros centros de salud, unidades de salud, medicaturas rurales, consultorios externos con o sin camas, postas médicas, con el fin de dar atención médica a aquellas comunidades pequeñas con baja densidad de población.

En Panamá se ha elaborado un plan de construcciones que comenzó en 1963 y que se completará en febrero de 1967. Este plan quinquenal contempla la inversión de 25.-844.000 balboas y comprende la construcción de un nuevo hospital en la región oriental, escuela de enfermería, centros de salud, con camas, y subcentros de salud distribuidos en el resto del país.

En cada uno de los países visitados se obtuvo una respuesta afirmativa en el sentido de que existía capacidad técnica y mano de obra para ejecutar las construcciones planeadas. El principal escollo en todos ellos residía en la capacidad económica para realizar los programas; de allí los convenios celebrados en algunos países con consorcios y gobiernos extranjeros. En cuanto al equipo e instrumental que podría fabricarse en el país y el que debía adquirirse fuera de él, las respuestas fueron muy diversas. Así, en México, se estimaba que el 80% de la dotación podía ser elaborada en el país y sólo el 20% debía importarse, a la inversa de lo que ocurre en otros países en que prácticamente todo el equipo debe importarse. Otros, en cambio, son capaces de producir entre el 40 y el 50% de los equipos e instrumental.

d. *Equipos e instalaciones*

Anteriormente se dejó constancia de las dificultades que había para establecer la

cuantía de la dotación de equipos e instrumental que existe en los países por carecer de información adecuada y fidedigna. Se recordó lo que se está haciendo en diferentes países para obtener, a través de un censo de recursos, los antecedentes que permitan elaborar los planes nacionales o sectoriales de salud. Asimismo, se insistió en la falta de una distribución equitativa del equipo e instrumental en los hospitales, y la existencia de otros considerados inútiles, inadecuados o superfluos. En este último aspecto, en uno de los países, a raíz de una importación de equipos, permanecieron sin utilizarse durante años esterilizadores de parafina y resucitadores, por falta de instrucciones para su uso, y otros equipos acondicionados para ser usados con energía eléctrica en circunstancias que no había electricidad en esas localidades. En otros, la adquisición de aparatos costosísimos que requieren una técnica especial y especialistas para su uso, con un gasto de operación muy elevado por su bajo rendimiento, como los equipos de circulación extracorpórea, suelen aumentar en número, inexplicablemente. En otro, se compró un microscopio electrónico, habiendo hospitales en los cuales faltaban microscopios simples. Los ejemplos podrían multiplicarse indefinidamente y ellos están señalando la necesidad de una programación racional, por intermedio de una asesoría que facilite la adquisición de lo que se precisa para el desenvolvimiento normal de los servicios de salud en el desarrollo de las acciones.

Ocurre también con frecuencia que el mismo tipo de equipos e instrumentos que se adquieren proceden de distintos países y aun de diferentes fábricas en un mismo país, lo que crea graves problemas en relación con las reparaciones por falta de repuestos imposibles de adquirir por carencia de divisas o por haber desaparecido la fábrica que vendió el equipo. Es así como, a menudo, se ven aparatos e instrumentos en desuso después de un corto tiempo de funcionamiento. Es evidente que deberán homogenizarse tales adquisiciones para evitar este

derroche que representa un porcentaje importante en los gastos de un establecimiento.

e. *Mantenimiento, reparaciones y renovaciones*

El mantenimiento y conservación de los edificios y su dotación es un problema que no ha sido abordado en su integridad por las autoridades de salud. En algunos países, este rubro está centralizado en el Ministerio o Dirección de Salud donde existen divisiones o departamentos responsables de esta actividad, con presupuesto y personal especializado, entregándose al director del hospital una pequeña partida presupuestaria para los gastos mínimos. En otros, el mantenimiento y conservación es de responsabilidad directa del establecimiento mismo. Hay variaciones en los porcentajes que se otorgan en cada país para este objeto, pero aun en aquellos en que las sumas asignadas son mayores, siempre están por debajo de las requeridas, sobre todo para muchos de los hospitales de América Latina que tienen entre 25 a 200 años de existencia.

La renovación de equipo e instrumental no se hace con la frecuencia necesaria. En algunos países se han establecido procedimientos legales para utilizar un porcentaje de las entradas propias de los hospitales con este fin, o contratar empréstitos. En otros, los intereses provenientes de arriendos o bonos de sociedades constructoras se emplean para las renovaciones de equipo.

f. *Requisitos para el funcionamiento normal de los establecimientos una vez terminada*

la construcción o remodelación. Presupuestos funcionales de operación. Necesidades de personal y gastos de adiestramiento

Es frecuente observar que una vez terminada la construcción o la remodelación de un hospital, de un consultorio, de un centro o unidad de salud, el establecimiento permanece sin funcionar por un lapso que, a veces, suele prolongarse por años, con el consiguiente deterioro del edificio. Esto se debe a la falta del estudio oportuno del presupuesto de operación y su inclusión en el presupuesto del año correspondiente, y a la carencia de personal suficiente y entrenado para dar atención médica eficiente y oportuna.

Se ha estimado que el presupuesto funcional de operaciones para el primer año de terminada la construcción, varía entre un 25 a un 50% del costo total de esta, por lo que es imprescindible incluir en los programas de construcciones esta estimación. Solamente en el plan de construcciones elaborado por México para 1966-1970, se contempla este gasto, sin que se mencione en los programas de otros países.

Mucho más difícil es proveer el personal adecuado, porque si bien puede determinarse el que se precisa, la falta de profesionales, técnicos y auxiliares es notable en todos los países de América Latina. Ya se han destacado los esfuerzos que se están haciendo en América del Sur y Central para reparar esta carencia de personal, la que seguirá siendo un factor preponderante en el desarrollo de los programas y planes de salud.

C. CONCLUSIONES

En el curso de la revisión que se ha hecho sobre el estado actual del sector salud en América Latina, la estructura y organización de los servicios de salud, los aspectos más destacados sobre los recursos materiales, humanos y económicos con que cuentan estos

servicios, con especial mención de los hospitales, y finalmente, los antecedentes relacionados con la planificación de los mismos, se ha puesto énfasis en lo siguiente:

a) La necesidad de planificar las acciones de salud, programándolas de acuerdo con

los recursos existentes y con las necesidades, a fin de satisfacer la demanda de atención médica y disminuir la mortalidad.

b) La conveniencia de que estos planes de salud tengan carácter sectorial y no subsectorial, y se relacionen y coordinen con los planes nacionales de desarrollo económico y social.

c) Establecer, como base fundamental para el desarrollo de estos planes, que las acciones de salud, tanto preventivas como curativas, sean integradas.

d) Alcanzar, en el más corto tiempo posible, una coordinación efectiva de los servicios de salud, particularmente entre los Ministerios de Salud y los seguros sociales que poseen la mayor cantidad de recursos y tienen la responsabilidad de dar atención médica a las poblaciones.

e) Distribuir adecuadamente los recursos materiales, humanos y económicos, y proveer los medios para cubrir las necesidades derivadas del crecimiento de las poblaciones y de las características propias de cada país.

f) Considerar que la planificación de los hospitales está íntimamente relacionada con los planes de salud y forma parte de los programas de atención médica, de su ejecución y desarrollo.

g) Planificar la construcción, remodelación y habilitación de los hospitales para aumentar los índices de cobertura de la población, mejorando su organización y administración.

h) Planificación de los servicios de salud con mejor sentido de su presente y su futuro, al establecer el monto de las inversiones iniciales, su edificación e instalaciones, los presupuestos de funcionamiento y las necesidades de personal.

i) Recomendar, considerando las conclusiones anteriores, el establecimiento dentro de la Organización Panamericana de la Salud, de un organismo regional para la asesoría técnica a los Gobiernos que la soliciten, orientada al estudio de sus problemas prevalentes, características más acusadas, soluciones recomendables y funciones principales, que en tal carácter deberá asumir la Oficina Sanitaria Panamericana, para asesorar la planificación, construcción, remodelación, habilitación, organización y administración, adiestramiento de personal, operación y financiamiento nacional e internacional de hospitales y otros servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA

- Abel-Smith, Brian: *El precio de los servicios sanitarios—Estudio de los costes y de las fuentes de financiamiento en seis países*. Cuadernos de Salud Pública de la OMS 17. Ginebra, Suiza, 1964.
- Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial, Primera: *Conclusiones del tema: "Gasto médico en Latinoamérica"*. Colegio Médico de Chile. 3-10 de abril de 1965. Santiago, Chile.
- Banco Interamericano de Desarrollo: *Fondo Fiduciario de Progreso Social. Primer Informe Anual, 1961*.
- : *Fondo Fiduciario de Progreso Social. Segundo Informe Anual, 1962*.
- Bravo, Alfredo Leonardo: *Presente y futuro del Servicio Nacional de Salud*. Servicio Nacional de Salud. Chile, 1964.
- Caja Nacional de Seguro Social Obrero: *Legislación*. Lima, Perú, 1961.
- Caja de Seguro Social, Panamá: *Informe que presenta el Director de la Caja del Seguro Social a la Honorable Asamblea Nacional*. Panamá, octubre de 1964.
- : *Estadística. Ingresos y gastos de la institución, año 1963*. Panamá.

- Consejo Económico del Fondo de Jubilación Obrera: *Ley de Jubilación Obrera*. Lima, Perú, abril de 1964.
- Consejo Interamericano Económico y Social: *Segundas Reuniones Anuales del CIES al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial, Octubre-noviembre de 1963, São Paulo, Brasil. Informe del Segundo Período de Reuniones de la Comisión Especial VI al CIES, Salud, Vivienda y Desarrollo de la Comunidad. Grupo: Salud*. Documento Oficial de la OEA Ser. H/X.4, CIES/305 (esp.), 1963.
- Departamento Administrativo de Planificación: *Encuesta de las instituciones del Gobierno Nacional*. Colombia.
- Díaz P., Salvador; Montoya, Carlos, y Vera, Mario: *El gasto médico en Chile*. Primera Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial. Colegio Médico de Chile. Santiago, Chile, 3-10 de abril de 1965.
- Dirección de Estadística y Censo: *Panamá en cifras (Compendio estadístico: años 1959-1963)*. 3 de noviembre de 1964.
- Exposición del Directorio de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Perú, 1964.
- Flisfisch, Humberto: "La medicina rural en Chile". *Revista de Medicina Preventiva y Social*, enero-junio de 1961. Servicio Nacional de Salud, Chile.
- Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social: *Leyes 11672, 12078 y Disposiciones Reglamentarias*. Perú.
- : *Plan Bienal de Salud, 1964-1965. Primera etapa. Licitación No. 111*. Hospital del Rimac, Perú.
- : *Plan Bienal de Obras de Salud, 1964-1965. Programa de Construcción de Posta Médica*. Perú, 1964.
- : *Plan del Millón de Hectáreas*. Perú, 19 de julio de 1964.
- : *Copia de la Escritura Pública del Convenio con el Consorcio Alemán y el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social*. Perú, 1964.
- Fundación Milbank: *Recursos humanos para las actividades de salud y los programas de educación médica en América Latina*. Conferencia de Mesa Redonda, 30 de septiembre-4 de octubre de 1963, Nueva York.
- García-Valenzuela, René: "Integración de los servicios de salud". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LVI, No. 4, abril de 1964. Págs. 305-313.
- González Ruiz, Bernardino, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, y Calvo, Alberto E., Director General de Salud Pública: *Proyecto Especial de Desarrollo Rural. Sector Salud, 1964-1965*. Panamá, diciembre de 1963.
- Hernández Ponda, Antonio: *La situación hospitalaria urbana y rural en Colombia*. Bogotá, octubre de 1963.
- Hospital de Clínicas: *Informe estadístico del año 1963*. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Dirección de Estadística: *Boletín informativo del volumen y costo de las prestaciones asistenciales y pecuniarias en el riesgo de enfermedad no profesional y maternidad*. Bogotá, septiembre de 1962.
- Instituto Mexicano del Seguro Social: *Guía técnico-administrativa para uso del médico del IMSS*. México, 1957.
- : *Medicina preventiva en el IMSS. Programa de control de padecimientos transmisibles*. México, 1958.
- : *Reglamento de las ramas de riesgos profesionales y enfermedades no profesionales y maternidad*. Sub-Dirección General Médica. México, 1958.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social: *Informe Anual de la Dirección General al Honorable Consejo Directivo*. San Salvador, El Salvador, 1963.
- : *Ley del Seguro Social y sus Reglamentos*. San Salvador, El Salvador, 1962.
- Medina, Ernesto; Venturini, Gabriela, y Koempffer, Ana María: *Los distintos sistemas de atención y su aplicación en América Latina*. Primera Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial. Colegio Médico de Chile. Santiago, Chile, 3-10 de abril de 1965.
- Ministerio de Higiene, República de Colombia: *Plan Hospitalario Nacional*, 1956.
- Ministerio de Salud Pública. División de Servicios Técnicos Auxiliares, Sección Bioestadística: *Encuesta hospitalaria, 1962*. Colombia.
- : División de Asistencia Pública, Sección de Administración de Entidades Asistenciales: *La situación hospitalaria y asistencial urbana y rural en Colombia*. Colombia.
- : *Programa de mejoramiento progresivo de los servicios de consulta externa en algunos hospitales del país*. Colombia, agosto de 1964.
- Ministerio de Salud Pública: *Información estadística*. Uruguay, 1965.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: *Planificación de salud en la República de El Salvador. Primer año de experiencia*. San Salvador, El Salvador, mayo de 1965.

- : *Primer Plan Decenal de Salud, 1964-1973*. San Salvador, El Salvador, diciembre de 1963.
- : *Relación circunstanciada y cuenta documentada de las labores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el período comprendido entre el 1 de julio de 1963 al 30 de junio de 1964*. San Salvador, El Salvador, agosto de 1964.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: *Estadísticas hospitalarias en el Perú*. Lima, Perú, 1962.
- : *La oficina sectorial de planificación de salud. Información básica*. Lima, Perú, 1964.
- : *Política de salud pública, 1963-1964*. Lima, Perú.
- Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública: *Plan Nacional de Salud Pública, 1962-1970*. Panamá, República de Panamá.
- Monzo, Oscar R.: *El gasto para salud en relación con el presupuesto nacional y con el producto nacional bruto en los países de América Latina*. Co-relato presentado por la Confederación Médica de la República Argentina. Primera Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial. Colegio Médico de Chile. Santiago, Chile.
- Oliva, Luis Gonzalo: *Los hospitales de El Salvador. Estructura, Funciones y Presupuestos, 1964*.
- Organización Panamericana de la Salud: *Antecedentes para la formulación de una política continental en atención médica*. Reunión de Ministros de Salud—Grupo de Estudio, Washington, D. C., 15-20 de abril de 1963.
- : *Atención médica—Bases para la formulación de una política continental*. *Publicación Científica* 70. Washington, D. C., 1962.
- : *Health Resources*. Washington, D. C., 1965.
- : *Informe de los Seminarios sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria*. *Publicación Científica* 118. Washington, D. C., 1965.
- : *Informes nacionales de salud de los países signatarios de la Carta de Punta del Este*. 9 de noviembre de 1964.
- : *La política de la OPS en la atención médica de las comunidades*. Septiembre de 1964.
- : *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1962*. *Publicación Científica* 104. Washington, D. C., 1964.
- : *Proyecto de Programa y Presupuesto, 1965*. *Documento Oficial* 52. Washington, D. C., 1964.
- : "Planificación de salud y seguridad social en la República de El Salvador—Consideraciones médico-sociales". Informe de la OPS/OEA, 1963.
- Roemer, Milton I.: *La atención médica en América Latina*. Unión Panamericana. Washington, D. C., 1964.
- Sección Salud de la Oficina de Coordinación y Planificación: *Plan de Salud, 1965-1968*. Venezuela, enero de 1965.
- Secretaría de Industria y Comercio, Departamento de Muestreo; Secretaría de Salubridad y Asistencia, Bioestadística: *Estudio estadístico en relación con la necesidad y la distribución de los médicos en la República Mexicana*. 1960.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, Comisión Constructora: *Memoria de Labores, 1958-1964*. México.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, Comisión Nacional de Hospitales: *Censo y Planificación de Hospitales*, 1958. México.
- Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Servicio de Salud Pública, E.U.A.: *The Progressive Patient Care Hospital. Estimation Bed Needs*, 1963.
- Servicio Nacional de Salud: *Desarrollo socio-económico y planificación en salud*. Chile, 1963.
- : *Diez años de labor, 1952-1962*. Chile.
- : *Memoria Anual, 1963*. V Zona, Santiago, Chile.
- : *Asistencia médica y ambulatoria en Chile*. II Seminario Regional. Conclusiones. Santiago, Chile, 1962.
- Sznajder, Jaime, y Cutinella, Adolfo, Sindicato Médico de Uruguay: *El gasto para salud en relación con el presupuesto nacional y con el producto nacional bruto en el Uruguay*. Marzo de 1965.

III. INFORME FINAL DEL COMITE ASESOR SOBRE PLANIFICACION DE HOSPITALES Y OTROS SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCION

El 26 de julio de 1965, a las 8:30 a.m., se reunió en la Sala de Conferencias de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Comité Asesor convocado por la Organización Panamericana de la Salud, para discutir el tema "Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud", en cumplimiento de lo establecido en la Resolución XXV, adoptada en la XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización.

Inauguró la reunión el Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. *(El texto completo del discurso del Director aparece en las págs. 71-73 de esta publicación.)*

A continuación, a nombre del Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, el Sr. Alfred C. Wolf dio a conocer el interés de la institución que representaba en esa ocasión, en los programas relativos al cuidado de la salud y la atención médica en América Latina, destacando lo que el Banco ha realizado en este campo.

El Dr. Sotero del Río (Chile) fue elegido Presidente del Comité Asesor y el Dr. Guillermo Arbona (Puerto Rico), Relator, pasando el Dr. del Río a ocupar la presidencia del Comité. Ambos agradecieron en conceptuosas palabras su designación.

El Secretario Coordinador del Comité Asesor dio a conocer el método de trabajo previsto para las sesiones del Comité y expuso una vez más el marco de referencia para

el desarrollo de la labor, que se transcribe a continuación:

1. Los debates, opiniones y recomendaciones del Comité Asesor serán transmitidos a los Cuerpos Directivos, en cumplimiento de la Resolución XXV de la XV Reunión del Consejo Directivo, sobre planificación de hospitales y otros servicios de salud.

2. El propósito fundamental de la reunión del Comité es la obtención de un pronunciamiento sobre la necesidad, conveniencia y factibilidad de establecer, dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana, un organismo regional para la asesoría técnica a los Gobiernos que la soliciten, orientada al estudio de sus problemas prevalentes, características más acusadas, resoluciones recomendables y funciones principales que en tal carácter debería asumir la Oficina.

3. Se solicitan ideas para establecer las estructuras indispensables, permanentes y transitorias, a través de las cuales se pueda asesorar la planificación, construcción, remodelación, habilitación, organización y administración, adiestramiento de personal, operación y financiamiento nacional e internacional de hospitales y otros servicios de salud.

4. Se solicitan criterios para fijar requisitos mínimos y métodos de análisis de las solicitudes que se reciban, a fin de orientar los estudios de preinversión e incrementar

una experiencia de la cual todos puedan beneficiarse.

Por su parte, el Asesor Especial hizo una síntesis del contenido del Documento de Trabajo,¹ en sus aspectos generales, para reseñar a continuación los diferentes capítulos que lo componen. En una sucinta descripción de su contenido se refirió al estado actual del sector salud, los cuidados de la salud en general, los recursos en salud, planificación de hospitales y otros servicios de salud y las consideraciones generales que el Documento permite extraer.

El Comité Asesor analizó detenidamente el Documento de Trabajo en sus diversos acápites y consideró que el mismo enfoca con propiedad los aspectos fundamentales del problema en discusión. Si bien la información pertinente es incompleta, basta para establecer que la situación de la salud en América Latina exhibe graves deficiencias en sus diversos aspectos. Prevalcen en el Continente elevados índices de morbilidad y

mortalidad, incompatibles con los niveles mínimos a que aspira la sociedad actual, y si bien en varios países se registran mejoras importantes, la situación de conjunto es altamente insatisfactoria. Reconoció, además, que dicha situación es la consecuencia de diversos factores de orden histórico, cultural, económico, de política de los Gobiernos nacionales, de actitudes y hábitos de los diferentes grupos comunitarios, organizados o no, de un país o región, por lo cual se hace necesario desarrollar esfuerzos intensos y sostenidos para superar todo este conjunto de factores. En estas circunstancias, el Comité hizo suyas las recomendaciones y sugerencias contenidas en el Documento y decidió incluirlo, íntegramente, como anexo del presente Informe.

El Comité acordó también destacar los siguientes puntos complementarios que fueron motivo de debate y que se analizan en las páginas siguientes de este Informe.

A. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE SALUD

El Comité Asesor expresó, como delimitación conceptual de comienzo y sin apartarse por ello del contenido de la Resolución XXV sometida a su consideración, su convicción unicista con respecto a los problemas de salud. Como consecuencia del perfeccionamiento de las técnicas de salud pública, del aumento de los conocimientos sobre salud de las poblaciones y del desarrollo de la cooperación internacional en este campo, los países latinoamericanos han logrado importantes progresos en el mejoramiento de la higiene ambiental y en el control de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, estos problemas en algunas regiones mantienen cierto grado de severidad, aun cuando

en otras comienzan a destacarse las enfermedades crónicas de carácter degenerativo como un problema de salud de primera magnitud. Frente a estos hechos la atención médica adquiere los contornos de un servicio básico de salud que es menester desarrollar. Todo lo que en el futuro se emprenda en esta materia debe tender a salvar divisiones tradicionales, las que se encuentran en diferente grado de evolución en América Latina, pero la tendencia hacia la unidad se advierte en la mayoría de los países.

Estimó el Comité que, dentro de esta tendencia unicista, el hospital se va incorporando, cada día más, a una misma estructura de salud.

B. LA PLANIFICACION COMO BASE DE LA ASESORIA TECNICA

El Comité Asesor manifestó su acuerdo, en principio, sobre la necesidad de que la

Oficina Sanitaria Panamericana se dé la estructura adecuada para fortalecer y ampliar la asesoría técnica que los Gobiernos le vienen solicitando con intensidad creciente.

¹ Véase pág. 74.

No obstante, y antes de pronunciarse sobre este objetivo fundamental de la reunión, el Comité consideró aquellos aspectos que tienen estrecha relación entre planificación y asesoría técnica, como un antecedente digno de atención previa.

El Comité sentó la clara diferencia que existe entre planificación del sector salud y planificación de acciones de salud.

En lo que respecta a planificación del sector salud, consideró los problemas relacionados con la organización de un "sistema" nacional para constituir una estructura articulada del subsector público, tendiente a asegurar el funcionamiento eficiente de los servicios que se ofrecen a la población. Se hizo constar el hecho de que en los países de América Latina el subsector público no está manejado por lo común por un solo organismo, lo que a veces da lugar a una importante dispersión. Es de urgencia resolver este problema y enseguida asegurar la coordinación interna, técnica y administrativa, en forma que la segunda no dificulte, sino que facilite, el mejor desempeño de la primera. Los servicios de salud deben prestarse sobre la base de una regionalización adecuada, complementada en el nivel superior con un grado de centralización capaz de asegurar la necesaria unidad de directivas.

Problema importante lo constituye la coordinación entre los subsectores público y privado, orientada a mejorar la eficiencia del sistema nacional, para lo cual es indispensable que el subsector privado se incorpore a los planes generales establecidos para el subsector público de acuerdo con lo que cada país estime más necesario y hacedero.

Un segundo elemento se refiere a la administración del sistema, entendiéndose por tal la necesidad de desarrollar y aplicar técnicas que aseguren la máxima eficacia para el uso de los recursos del sector salud. Lo anterior significa garantizar el pleno conocimiento de los recursos disponibles, así como de sus rendimientos, distribución y el mayor grado

de integración de las acciones, como requisito técnico para su adecuada eficiencia.

Un tercer grupo de problemas es el que se refiere a personal, tanto en lo relativo a su formación como a sus condiciones de trabajo, política de reclutamiento y de remuneración, ya que dicho personal tiene una participación activa, lo que lo hace deseable en número y calidad. Finalmente, se consideraron los problemas de construcción, habilitación y funcionamiento de sus unidades ejecutivas, cualquiera que fuese su nombre.

En cuanto a la planificación de las acciones, son tres los aspectos básicos a considerar, aspectos clásicos de la planificación: demanda, capacidad de prestación y metas a corto, mediano y largo plazo. Se acostumbra a aceptar que la demanda actual está representada por el volumen de servicios que se prestan a la población en un momento determinado, sin que ello signifique olvidar la demanda potencial que corresponde a las necesidades reales, de acuerdo con niveles deseables y factibles. La capacidad de prestación en cuanto a cantidad y calidad implica un estudio de los recursos disponibles y su rendimiento en términos actuales, tanto los del subsector público como del privado. Por lo que respecta a la determinación de las metas a que aspira la colectividad, su nivel se fija como consecuencia de combinar la demanda potencial con la capacidad actual y futura de conceder prestaciones de salud y cuya magnitud determina la cuantía y orientación del esfuerzo necesario. Es con respecto a estos puntos que la asesoría técnica adquiere especial importancia para asegurar el mejoramiento de los servicios de salud que en la actualidad se están prestando.

El Comité Asesor tuvo presente el distinto nivel que los países de la América Latina han alcanzado en cuanto a estructuras para la planificación nacional del desarrollo económico y social, a colaboración o entendimiento intersectorial o a dispersión subsectorial y la urgente necesidad de una vinculación interdisciplinaria más estrecha de

organismos y de profesionales y técnicos, tanto en el campo nacional como en el internacional.

En relación con este punto, el Comité Asesor se pronunció sobre la conveniencia de intensificar y fortalecer la asesoría técnica que la Organización Panamericana de la Salud ha venido prestando a los Gobiernos. Es indudable que las nuevas ideas de la planificación del desarrollo económico y social, en él considerado el sector salud como uno de sus componentes, traerán como consecuencia en un futuro próximo un acrecentamiento de las solicitudes en tal materia. ¿Cuál es la factibilidad de hacer frente a esta necesidad con miras a un mejoramiento de los servicios de salud?

El Comité aceptó que existen técnicas conocidas cuya aplicación permitirá resolver eficientemente problemas de organización y administración, de manejo y formación de personal, de construcciones o programación

expansiva de los servicios y de mejor aprovechamiento de la capacidad instalada. En principio, habida consideración a la existencia de tales técnicas, el problema de una asesoría técnica de la Organización para servir mejor a los Gobiernos que la soliciten parece enteramente factible.

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que la situación económica de los países de la Región limita gravemente sus posibilidades de dedicar a los cuidados de salud todos los recursos necesarios y que tal limitación sólo puede ser parcialmente superada mediante la ayuda internacional. Por tal motivo, el Comité estimó necesario recomendar que la asesoría técnica a los países se oriente, básicamente, en el sentido de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos que se destinan a la salud, como el medio más efectivo y accesible para incrementar su rendimiento.

C. COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD

El Comité Asesor destinó buena parte de sus deliberaciones a analizar este punto, ya mencionado en otra parte del presente Documento, como la dispersión de energía que se produce por la falta de entendimiento en los varios niveles, entre los distintos organismos que componen los subsectores públicos y privados que de una u otra manera prestan servicios de salud.

El Comité consideró conveniente llamar la atención sobre el hecho que se observa con frecuencia en numerosos países, en los que existe falta de coordinación entre los distintos departamentos de los Ministerios entre sí y en sus relaciones con otros subsectores, especialmente el privado. La consecuencia de esta falta de colaboración y entendimiento entre los distintos subsectores del sector salud determina la desintegración de este último y una planificación defectuosa de las acciones de campo.

El Comité tomó conocimiento, a través del secretariado de la Reunión, que entre

los días 12 y 16 de julio se celebró bajo los auspicios de la OPS/OEA, un Grupo de Estudio² para analizar las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud u otros organismos gubernamentales de salud. Se acordó suscribir aquellas conclusiones, entre otras, que tienen relación con el tema en debate, con el objeto de obtener que las distintas instituciones del sector salud utilicen racionalmente los recursos de que disponen; indiquen los métodos para obtener el mayor rendimiento posible de dichos recursos; consigan que las futuras inversiones y aportes sean proporcionales a las necesidades, a fin de garantizar su aprovechamiento pleno; edifiquen en común los futuros servicios de salud en las áreas todavía no cubiertas.³

En relación con lo anterior, el Comité

² Véase la primera parte de esta publicación.

³ Véase págs. 56-57 y 59-60.

Asesor adoptó las siguientes recomendaciones de carácter general:

1. Coordinación previa, por ser la más factible, de los servicios estrictamente pertenecientes al subsector público o gubernamental (país, estados o provincias, municipios).

2. Coordinación operativa e interdisciplinaria de los técnicos de los diferentes sectores, especialmente de médicos y economistas, dentro de un mismo programa.

3. Promoción o perfeccionamiento de la legislación de salud, según los casos, para evitar duplicación de servicios o construcciones innecesarias.

4. Uso de las solicitudes de préstamo en el exterior para promover una mejor orga-

nización en salud de los Gobiernos u organismos solicitantes.

5. Intensificación de los esfuerzos de coordinación o colaboración activa que la Organización Panamericana de la Salud ha venido promoviendo entre distintos organismos internacionales.

Finalmente, el Comité Asesor acordó suscribir también el concepto de coordinación aceptado por el Grupo de Estudio antes mencionado, que dice: "Debe entenderse por coordinación, la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas y privadas para el cuidado de la salud".

D. RECURSOS DE SALUD

El Comité discutió los principales problemas relativos a los recursos humanos de salud expresados en personal y tomó nota de que, en general, existe escasez y mala distribución de este en los distintos países, por su mayor concentración en las capitales y grandes centros de población, en desmedro de las agrupaciones más pequeñas, de baja densidad, entre las que están preferentemente los sectores rurales.

Estimó necesario estudiar el personal que se necesita y la proporción más conveniente que debería haber entre los diversos grupos médicos, profesionales no médicos, enfermeras y auxiliares, para obtener un mejor rendimiento de los servicios de salud y poder programar sus acciones en forma más eficiente. Asimismo, insistió en la necesidad de obtener un mejor aprovechamiento del personal, asignándole las funciones específicas que le correspondan, de acuerdo con su capacidad y preparación, evitando que se le encomienden otras que le son extrañas. Se reconoció la conveniencia de otorgarle una remuneración justa y mejores condiciones de trabajo y perfeccionamiento.

En relación con la falta de personal en los diversos grupos, el Comité expresó la necesi-

dad de estimular la formación de personal médico especializado en administración, y personal no médico para funciones administrativas, auxiliares, así como de otro personal. En esta materia, el Comité tomó conocimiento de que el Banco Interamericano de Desarrollo está participando económicamente en un programa educacional, el cual es susceptible de ser ampliado al campo de la salud.

En lo que respecta a los recursos materiales, el Comité expresó la conveniencia de uniformar las denominaciones en uso respecto a servicios de salud, hospitales, instalaciones, etc., para facilitar la labor de los organismos internacionales en sus actividades de asesoría en esta materia y destacó el papel del hospital como integrante de un servicio de salud.

Frente al desconocimiento de la totalidad de los recursos existentes y su distribución en los países, se señaló la urgencia de la realización periódica de censos por personal especializado, nacional e internacional, conforme a pautas establecidas conjuntamente. Dicho censo deberá referirse no sólo a cantidad sino también a calidad y utilización.

En el curso de las discusiones, los miem-

bros del Comité insistieron en los distintos aspectos relativos a organización y administración de hospitales y servicios de salud y al uso de ciertos índices específicos, como indicadores del rendimiento y la eficiencia de los programas. Igualmente, hizo hincapié en la importancia de la consulta externa y la atención domiciliaria como factores fundamentales en la utilización más racional y económica de los recursos de salud.

El Comité estuvo de acuerdo en considerar indispensable la aplicación de los métodos y técnicas modernas de administración de empresas a los servicios de salud.

E. PLANIFICACION DE HOSPITALES Y OTROS SERVICIOS DE SALUD

El Comité Asesor tomó nota de las buenas relaciones que existen entre el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud, y consideró la declaración de los Representantes del Banco concerniente a la necesidad de alcanzar un entendimiento entre ambas instituciones a través del cual se capacite al Banco para recibir el consejo de la Organización en relación con el marco de referencia y los criterios que deberán aplicarse para la consideración de proyectos sometidos por los países en este sector y sobre la maquinaria para su implementación. El Comité mantuvo que tal entendimiento entre las dos organizaciones podrá ser alcanzado en un futuro cercano, pero que su implementación tendrá que esperar los resultados de las investigaciones preliminares que tendrán que ser llevadas a cabo en los propios países.

El Comité analizó todos aquellos aspectos relativos a procedimientos, construcciones realizadas en los últimos años, costo de estas, problemas de habilitación, futuras construcciones, gastos extraordinarios en asesoría foránea y mantenimiento, renovación y reparación de edificios destinados a salud.

A este respecto se destacó:

1. Que toda construcción o remodelación forme parte de un programa nacional de

El Comité tuvo presente que los gastos en salud deben considerarse en los aspectos de operación y de capital o expansión, y que el financiamiento de los servicios presenta varias alternativas a través de fondos públicos, de mutualidades y por cobro directo al usuario. Al analizar estas dos últimas fuentes, se señaló que desgraciadamente la cantidad y calidad de los servicios que recibe el beneficiario en muchos casos aún dependen de sus recursos económicos. El Comité señaló en forma enfática la urgencia de corregir esta situación.

construcción de establecimientos, adecuado para llevar a la práctica y/o mejorar los servicios de atención médica de la colectividad.

2. Es esencial que las solicitudes cumplan, cualquiera que sea la institución solicitante, con el requisito de estar incluidas y representar un papel definitivo en el programa nacional de construcciones.

3. Que en la etapa de la preinversión debe considerarse la dotación de personal, equipo e instalaciones y presupuestos de operación.

4. Que debe prestarse especial atención a los gastos que, en determinados casos, significa la asesoría foránea comercial y a los compromisos contractuales que esta implica.

5. Que en lo que respecta a costos de construcción, se convengan los índices más convenientes para regular los márgenes de variabilidad aceptable.

6. Que es imprescindible proceder a la estandarización de reducir los costos de adquisiciones de equipo e instrumental, y, hasta donde sea posible, de las construcciones, con el objeto de lograr un mejor aprovechamiento de los recursos en este sentido.

7. Que las mismas consideraciones ya consignadas con respecto a nuevas construcciones son valederas para los aspectos de reparación, mantenimiento y remodelación de la capacidad instalada.

8. Que se utilicen hasta donde sea posible,

en la realización de estos planes de construcción, los recursos nacionales, solicitando la ayuda de los créditos internacionales para

estimular una mejor movilización de los recursos domésticos y en ningún caso para sustituirlos.

F. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los términos de referencia y antecedentes para el trabajo del Comité, las cuestiones formuladas por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en su discurso inaugural y el análisis realizado de los conceptos y problemas relatados en el presente Informe, permiten recomendar:

1. Que la Oficina Sanitaria Panamericana refuerce y expanda su organización actual para fortalecer su acción en los campos que se detallan:

Realizar estudios y asesorar a los países y a los organismos internacionales en las materias siguientes:

- a) Planeamiento y organización de los servicios nacionales de salud, a base de sistemas adecuadamente regionalizados, en los que se contemple el mejor aprovechamiento de los recursos existentes, estableciendo costos y prioridades en los gastos e inversiones.
- b) Administración de hospitales y otros servicios de salud como un medio para lograr una mayor eficiencia y rendimiento de los recursos.
- c) Estudio de las necesidades en recursos humanos, expresadas en personal en sus diversas categorías, y posibilidades de su formación y adiestramiento.
- d) Promover la incorporación de estos conceptos a los programas de enseñanza de las escuelas de medicina e interesar a las universidades y otros centros educativos en su investigación.
- e) Costos y financiamiento de los diversos sistemas, incluyendo la participación de los seguros sociales.
- f) Utilización de los recursos internacionales de tal modo que, además de sus propósitos directos, sirvan para estimular la expansión de los recursos nacionales dedi-

cados a iguales fines y su mejor aprovechamiento.

2. Que para poner en práctica estas funciones se sugiere que la Oficina Sanitaria Panamericana establezca un departamento con personal capacitado en administración y planificación (médicos, economistas, arquitectos y otros profesionales), especializado en las actividades que se acaban de reseñar y utilice para ello todas sus estructuras actuales destinadas a este objeto. Dicho personal será de dos tipos: permanente y temporero. La Oficina deberá mantener además un registro de profesionales y firmas especializados en estas materias.

3. Que este departamento, así concebido, deberá mantener e intensificar sus relaciones de trabajo y de intercambio con la Organización de los Estados Americanos, con el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso, con el Banco Interamericano de Desarrollo, los organismos de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales públicos y privados interesados en esta materia.

4. Que se establezca un Comité Asesor permanente, compuesto por personalidades destacadas en este campo y además por representantes de organismos internacionales públicos y privados que prestan asistencia financiera y técnica en esta materia. Este Comité tendrá por funciones asesorar a la Oficina en el cumplimiento de las tareas enumeradas en el punto anterior y promover la coordinación en el uso de los recursos nacionales e internacionales.

5. Que los requisitos mínimos para recomendar los criterios de prioridad para la aprobación de las solicitudes de los países, podrán ser:

- a) Existencia de planes nacionales o lo-

cales de desarrollo económico y social, en proyecto o en marcha, en los que exista paralelismo y equilibrio entre los diversos sectores.

b) Deseo y posibilidad del Gobierno solicitante para darse las estructuras, organización y administración indispensables para la consecución de sus metas, a través de las reformas consiguientes.

c) Estado actual de los estudios de pre-inversión.

d) Deseo de contribuir con sus áreas de demostración y aplicación, y tamaño e importancia de dichas áreas.

e) Integración técnica de las acciones preventivas y curativas y coordinación administrativa de las diferentes instituciones de salud.

El 30 de julio a las 9:00 a.m., el Comité Asesor celebró su última sesión para discutir el proyecto de Informe Final, el que fue aprobado por unanimidad de sus miembros después de acordar diversas aclaraciones complementarias.

El Presidente del Comité Asesor, a nombre de los integrantes de este, expresó su satisfacción y agrado por la forma en que se desarrollaron las sesiones de trabajo y por la armonía y comprensión que existió entre sus componentes. Formuló votos para que las recomendaciones sugeridas por el Comité en el Informe Final, fueran útiles para la Organización en cumplimiento de la ya tantas veces citada Resolución XXV.

El Sr. Alfred C. Wolf, Asesor de Programas del Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, presentó las excusas del Sr. Felipe Herrera por no haber podido exponer personalmente lo que él y sus colegas miembros del Comité Asesor han venido señalando en las diferentes sesiones de trabajo: "Creo", dijo el Sr. Wolf, "que es prudente indicar que estamos prontos a colaborar con la Organización en la definición de términos, condiciones y criterios para la realización de los programas, y en proyectos de preinversión

que los Gobiernos Miembros formulen a través de la Oficina Sanitaria Panamericana".

Puso término a la Reunión del Comité Asesor el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana quien, después de agradecer al Presidente y a cada uno de los miembros del Comité y al Banco Interamericano de Desarrollo su participación en las sesiones, con su experiencia y autoridad en las materias tratadas, señaló:

"Vamos a hacer lo que esté de nuestra parte para que las ideas que ustedes han tenido a bien dejar estampadas en este Informe se hagan realidad. Quiero pensar que este asunto adquiera dentro de la Organización identidad estructural, presupuestaria y funcional, identidad que, naturalmente, tendrá que expandirse en la medida y forma que los Gobiernos determinen. Deseo destacar, también, la presencia del Banco Interamericano de Desarrollo, las declaraciones que ya tuve oportunidad de escuchar en la primera sesión, las conversaciones posteriores con su Representante en este Comité, y expresar que confío en que se concrete la posibilidad de materializar lo que ustedes están recomendando. Varias son las actividades que, gracias al interés, política y ejecutoria del Banco se están realizando últimamente en la América Latina en el campo de la salud, en forma insospechada. Hace pocos días, en una Reunión de funcionarios de dos Zonas, se hizo en Montevideo un balance de lo ocurrido con el agua hasta junio de este año. Se señaló que las inversiones nacionales e internacionales son superiores a 600 millones de dólares, habiendo mejorado la calidad, cantidad y distribución de agua a más de 40 millones de habitantes en América Latina. Creo que igual va a suceder en este campo, en el que naturalmente, hay una experiencia mucho mayor, una tradición muy antigua y por eso viejos hábitos. Espero que las ideas de ustedes sean fundamentales para gobernar la modernización de los sistemas en beneficio de mayor número de personas".

MIEMBROS DEL COMITE ASESOR

Dr. Guillermo Arbona (*Relator*)
 Secretario de Salud
 San Juan, Puerto Rico

Dr. Sotero del Río G. (*Presidente*)
 Ex Ministro del Interior y de Salud Pública
 Miembro de la Academia de Medicina
 del Instituto de Chile
 Santiago, Chile

Dr. Harald M. Graning
 Ayudante del Cirujano General
 Jefe de la División de Hospitales
 y Servicios Médicos
 Servicio de Salud Pública
 Washington, D. C., E.U.A.

Dr. Agustín La Corte
 Jefe de la Oficina de Programas, Personal
 y Equipo de la Unidad de Planificación
 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
 Caracas, Venezuela

Dr. Alberto Mondet
 Asesor en Salud Pública
 Municipalidad de Buenos Aires,
 República Argentina

Dr. F. B. Roth
 Profesor y Jefe del Departamento
 de Administración de Hospitales
 Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto
 Toronto, Canadá

Sr. Henri Scioville
 Jefe de Construcciones y Desarrollo Urbano
 de la División de Análisis de Proyectos
 Banco Interamericano de Desarrollo
 Washington, D. C., E.U.A.

Dr. Cecil Sheps
 Director General
 Beth Israel Medical Center
 Nueva York, N. Y., E.U.A.

Sr. José Vera
 Miembro de la División de Desarrollo
 Económico y Social
 Banco Interamericano de Desarrollo
 Washington, D. C., E.U.A.

Sr. Alfred C. Wolf
 Asesor de Programas del Presidente del
 Banco Interamericano de Desarrollo
 Washington, D. C., E.U.A.

Secretaría

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. Alfredo Leonardo Bravo
 Asesor Especial

Dr. Humberto Flisfisch
 Asesor Especial

Dr. René García-Valenzuela
 Asesor Regional en Atención Médica

Dr. James S. McKenzie-Pollock
 Jefe, Oficina de Planificación Nacional de Salud

Dra. Ruth R. Puffer
 Jefe, Departamento de Estadísticas de Salud

Dr. A. Peter Ruderman
 Asesor Económico

Dr. Alfred Yankauer
 Asesor Regional en Higiene Maternoinfantil

IV. RESOLUCION DE LA XVI REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

Resolución XXXVII¹

Planificación de hospitales y otros servicios de salud

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo estudiado el informe final del Comité Asesor sobre Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud (Documento CD16/24)² preparado de conformidad con la Resolución XXV,³ adoptada en la XV Reunión del Consejo Directivo;

Teniendo en cuenta que uno de los servicios básicos de salud es la atención médica y que, dada su importancia y gravitación en el desarrollo económico de los países se requiere un esfuerzo continental para reforzar la acción nacional en esta materia y su coordinación, a fin de proporcionar oportunamente dicha atención, reducir sus costos y asegurar su eficacia; y

Estimando que la construcción de nuevos establecimientos de salud y la remodelación de los existentes, incluidos los hospitales, así como el mejoramiento de su organización y administración, son aspectos indispensables de una política continental, nacional o local,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe final del Comité Asesor sobre Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud (Documento CD16/24) y agradecer al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, así como a los miembros del Comité, la labor realizada.

2. Recomendar que, dentro de las limitaciones impuestas por las prioridades de sus programas, la Oficina Sanitaria Panamericana amplíe sus actuales estructuras en esta materia, de modo que pueda cooperar en estudios y asesorar a los países y a los organismos internacionales en los siguientes campos:

a) El planeamiento y organización de servicios nacionales de salud basados en sistemas regionales adecuados, con el fin de lograr el aprovechamiento óptimo de los recursos existentes, estableciendo costos y prioridades en los gastos e inversiones.

¹ Aprobada en la decimoquinta sesión plenaria, celebrada el 7 de octubre de 1965.

² Véase págs. 135-143.

³ Documento Oficial de la OPS 58, 29-30.

b) La administración de hospitales y otros servicios de salud con el objeto de aumentar su eficiencia y rendimiento.

c) El estudio de las necesidades de las diversas categorías de personal, así como los medios para su formación y adiestramiento.

d) La incorporación de dichos temas a los programas de enseñanza de las escuelas de medicina y el estímulo a las universidades y otros centros educativos para que realicen investigaciones al respecto.

e) La determinación de los costos y del financiamiento de los diversos sistemas de atención médica, incluso de los servicios autónomos y paraestatales, así como la construcción y dotación de hospitales.

f) La utilización de los recursos internacionales, de tal modo que no sólo cumplan con los propósitos para los que fueron destinados, sino que sirvan, además, para estimular la expansión de los recursos nacionales dedicados a iguales fines, así como para el mejor aprovechamiento de estos.

3. Encomendar al Director de la Oficina que, a fin de alcanzar estos objetivos, establezca las estructuras convenientes y utilice, además, para ello los recursos actuales disponibles destinados a estas actividades.

4. Recomendar que la Oficina intensifique sus relaciones de trabajo con los organismos internacionales, públicos y privados, interesados en esta materia, con el objeto de asegurar que la planificación de los hospitales y otros servicios de salud ocupe el lugar que le corresponde dentro de la atención médica y, por ende, en los programas nacionales de salud.
