

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 176

FUNCION DE LOS HOSPITALES EN LA ASISTENCIA MEDICA AMBULATORIA Y DOMICILIARIA

Segundo Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica

	Página
Definición de la asistencia médica	4
Alcance de la asistencia médica ambulatoria y domiciliaria	5
La asistencia en el hospital comparada con la ambulatoria	15
Organización y administración	20
Resumen	34

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

1959

**COMITE DE EXPERTOS
EN ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA MEDICA**

Ginebra, 16-21 de marzo de 1959

Miembros

- Dr. G. Almenara, Superintendente General de Hospitales de la Caja Nacional de Seguro Social, Hospital Obrero de Lima, Perú (*Vicepresidente*)
- Dr. D. N. Chakravarti, Secretary of Health and Director of Health Services, Government of West Bengal, Calcuta, India (*Relator*)
- Dr. A. Engel, Director General del Real Consejo de Medicina, Estocolmo, Suecia (*Presidente*)
- Dr. S. Halter, Directeur général de l'Hygiène au Ministère de la Santé publique et de la Famille, Bruselas, Bélgica
- Dr. W. Martín, Past President American Medical Association, Norfolk, Va., Estados Unidos de América
- Dr. A. M. Naficy, Profesor de la Facultad de Medicina de Teherán y Secretario General de la Sociedad del León y del Sol Rojos, Teherán, Irán
- Dr. F. G. Zakharov, Director de la Inspección Médica Central, Ministerio de Sanidad, Moscú, Unión Soviética

Representante de la Organización Internacional del Trabajo

Srta. I. F. Craig, División de Previsión Social, OIT

Secretaría

- Dr. A. L. Bravo, Jefe del Servicio de Higiene Social y del Trabajo de la OMS (*Secretario*)
- Dr. R. F. Bridgman, Directeur adjoint de la Santé de la Seine, París (*Consultor*)
- Dr. J. S. Peterson, Director de la División de Organización de los Servicios de Salud Pública, OMS
- Dr. T. S. Sze, Médico, Servicio de Higiene Social y del Trabajo, OMS

FUNCION DE LOS HOSPITALES EN LA ASISTENCIA MEDICA AMBULATORIA Y DOMICILIARIA

Segundo Informe * del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica

El Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica se reunió en Ginebra del 16 al 21 de marzo de 1959.

El Dr. M. G. Candau, Director General de la Organización Mundial de la Salud, declaró abierta la reunión, dio la bienvenida a los miembros del Comité y recordó que en 1951 la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud había recomendado que se emprendieran estudios sobre la función de los hospitales y de los servicios de asistencia domiciliaria en el fomento de la salud de la población.¹ Señaló a la atención de los miembros que el Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica había expresado en su primer informe² su deseo de proceder a nuevos estudios sobre el problema de la asistencia médica ambulatoria y domiciliaria. En los países donde hay un sistema de hospitales muy desarrollado, una gran parte de los enfermos hospitalizados son personas de edad que padecen dolencias crónicas y que podrían ser tratadas con más eficacia si recibieran la asistencia individual que pueden dispensar los servicios domiciliarios. Por otra parte, en los países donde hay escasez de hospitales, sería ilusorio centrar la organización y el mejoramiento de los servicios de asistencia médica en un programa bastante costoso de construcción de esos establecimientos.

* En el curso de su 24ª reunión, el Consejo Ejecutivo adoptó la siguiente resolución :
El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del segundo informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica (Función de los Hospitales en la Asistencia Médica Ambulatoria y Domiciliaria) ;

2. DA LAS GRACIAS a los miembros del Comité por la labor realizada ; y

3. AUTORIZA la publicación del informe.

(Resolución EB24.R4, *Act. of. Org. mund. Salud*, 1959, 96)

¹ Resolución WHA4.20, *Actes off. Org. mond. Santé ; Off. Rec. Wld Hlth Org.*, 1951, 35, 24

² *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, 122, 29, 31

El plan de trabajo establecido para la reunión del Comité de Expertos era el siguiente :

Deliberar sobre las medidas adecuadas para la organización y la coordinación de servicios completos de asistencia médica preventiva y curativa a personas no hospitalizadas. Con ese objeto puede ser conveniente sustituir la definición en exceso restrictiva y formal de la asistencia médica como el simple tratamiento de las enfermedades por otra que esté más en consonancia con las tendencias actuales. Para orientar a las administraciones sanitarias nacionales que se ocupan de la organización de servicios de esa índole, sería muy útil dar a conocer datos sobre las funciones que, en un sistema bien organizado de asistencia médica ambulatoria y domiciliaria, deben asumir las instituciones interesadas (centros de sanidad, policlínicas, consultorios de hospitales, servicios de medicina del trabajo, etc.) con especial consideración del cometido de los médicos generales.

Se eligió Presidente al Dr. A. Engel, Vicepresidente al Dr. G. Almenara y Relator al Dr. D. N. Chakravarti, y se aprobó el orden del día provisional.

* * *

DEFINICION DE LA ASISTENCIA MEDICA

El Comité ha deliberado en primer lugar sobre la definición de la asistencia médica teniendo en cuenta el moderno concepto de asistencia a los enfermos y el alcance actual de las actividades desplegadas por los médicos y por los servicios médicos en relación con la salud de los individuos.

Es opinión general de los miembros del Comité que la sanidad y la medicina social deben tener por objeto el logro y la conservación del más alto grado posible de salud en una colectividad. Por el contrario, la asistencia médica centra su atención en el individuo más que en la colectividad, y sus métodos y procedimientos dependen en gran parte de las relaciones personales entre el médico y sus colaboradores de una parte y el enfermo de otra. Se ha indicado que la asistencia médica debería ocuparse exclusivamente de los individuos que tienen necesidad de recibirla, es decir, de los enfermos. Después de largas deliberaciones ha prevalecido el criterio de que la asistencia médica no debe consistir solamente en la aplicación de medidas para restablecer la salud del enfermo por medios terapéuticos y de rehabilitación, sino en la adopción de ciertas disposiciones encaminadas a fomentar la salud, prevenir las enfermedades y descubrir las dolencias asintomáticas. Por tanto, el asesoramiento en cuestiones de salud, las medidas de inmunización y los reconocimientos

médicos profilácticos deben considerarse parte integrante de la asistencia médica cuando se aplican a casos individuales.

También se ha examinado detenidamente la cuestión de las relaciones entre la persona y el medio. Se ha convenido en que el médico, al prestar su asistencia a una persona, no puede hacer caso omiso del medio material, social y afectivo que la rodea y que ejerce una influencia indudable sobre la salud y la enfermedad. Ello no obstante, la mayoría de los miembros del Comité opinan que esos factores del medio sólo deben tenerse en cuenta en la medida en que puedan afectar a la salud o causar una enfermedad, sin que pueda exigirse al médico o al servicio encargado de la asistencia médica que actúe directamente sobre ellos, pues esa función incumbe a los servicios de sanidad y de asistencia social. En ese contexto, la expresión « asistencia médica » se usa en el sentido lato y designa servicios de medicina preventiva y curativa que prestan al individuo los médicos y el personal de las profesiones afines.

Se ha convenido, por último, en que la amplitud de esa asistencia médica preventiva y curativa dependerá de ciertas condiciones locales, como la prevalencia de las enfermedades, la organización de los servicios y las disponibilidades de personal competente, y variará, por tanto, de unos sitios a otros.

En conclusión, el Comité adopta la siguiente definición de asistencia médica :

La asistencia médica es el conjunto de medidas que se adoptan con objeto de poner a disposición del individuo y, en consecuencia, de la colectividad todos los medios que ofrecen la medicina y sus ciencias auxiliares para fomentar y conservar la salud corporal y mental. En la prestación de la asistencia se tendrán en cuenta las condiciones materiales, sociales y familiares de cada caso, a fin de prevenir la enfermedad, restablecer la salud y paliar las consecuencias de la invalidez. El alcance de esas medidas dependerá de las condiciones locales.

ALCANCE DE LA ASISTENCIA MEDICA, AMBULATORIA Y DOMICILIARIA

Asistencia médica preventiva y curativa

El Comité ha examinado los diversos métodos que los hospitales pueden seguir para la aplicación del programa de medicina social y preventiva y conviene en que, si bien los hospitales pueden participar en gran medida en ese programa, no están en condiciones de encargarse por sí solos de su ejecución.

Para la aplicación de las diferentes medidas preventivas enumeradas por el Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica,¹ el hospital general puede recurrir a distintos procedimientos según las circunstancias locales pero, cuando los servicios de salud pública y de hospital hayan alcanzado un grado satisfactorio de desarrollo, será conveniente aprovechar al máximo las posibilidades de coordinación y de integración.

Es posible que en ciertas zonas rurales, los hospitales y las policlínicas tengan que encargarse prácticamente de todas las actividades de medicina preventiva. Los habitantes de esas zonas se ponen en contacto con el hospital con motivo de una enfermedad o un accidente, y una vez hospitalizados se familiarizan con el personal y con los métodos de trabajo del establecimiento; eso permite desplegar cerca de ellos una labor preventiva, incluso de educación sanitaria.

Queda mucho por hacer, sin embargo, para que la integración de los servicios médicos curativos y preventivos llegue a ser una realidad en todos los países y en todos los grados de la asistencia médica. En casi todos los países, las actividades de medicina preventiva están confiadas a organismos independientes de los hospitales; en algunos, por ejemplo, los médicos generales efectúan casi todas las vacunaciones preventivas, extienden los certificados prematrimoniales y con ese motivo practican reconocimientos médicos especiales. Además, algunas instituciones benéficas están especializadas en la prevención de las enfermedades, y en ciertos países se han creado centros de medicina preventiva (llamados también dispensarios profilácticos) en los que, de manera sistemática, se practican reconocimientos para la localización de casos de tuberculosis, cáncer, enfermedades venéreas, etc. En otros casos, son los servicios públicos, la administración central y a veces las grandes empresas industriales los que organizan y sostienen los centros de medicina preventiva.

El Comité observa, sin embargo, que existe una tendencia general a establecer una relación más estrecha entre los servicios de medicina preventiva y los hospitales.

Es indudable que la medicina social, cuando se practica con independencia de los hospitales, resulta costosa por la necesidad de sostener un personal y unas instalaciones especiales. Los reconocimientos preventivos se han hecho tan completos que es necesario disponer de equipos de especialistas que trabajen en estrecha colaboración para descubrir en el curso de un solo examen todas las posibles enfermedades de importancia social. El Comité reconoce que, por falta de medios, de personal o de ambas cosas, esos reconocimientos preventivos han tenido que limitarse en ocasiones a ciertos grupos de población particularmente expuestos o a ciertas enfermedades especialmente frecuentes.

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, 122, 14

Por todos esos motivos, la asistencia preventiva de carácter individual es más fácil de organizar cuando se cuenta con la ayuda de los hospitales y pueden utilizarse sus medios técnicos (laboratorios, instalaciones radiológicas y personal especializado).

Algunos países que habían organizado servicios preventivos autónomos, han cambiado por completo de táctica y en la actualidad están procurando conseguir una integración cada vez más completa con los hospitales. Ello no obstante, el Comité se hace cargo de la conveniencia de fijar ciertos límites a las actividades preventivas del hospital. Es frecuente, por ejemplo, que los reconocimientos profilácticos exijan un número considerable de análisis clínicos. Si esos análisis han de hacerse en el laboratorio del hospital y éste no está suficientemente equipado para atender tan numerosas demandas, se originan entorpecimientos que incluso pueden poner en peligro la buena marcha del establecimiento.

El Comité encarece la conveniencia de que la ampliación de las campañas de prevención se haga tomando las debidas precauciones. No hay que olvidar que los casos de enfermedades que se encuentren deben someterse a tratamiento, y en muchas ocasiones ha sido necesario aminorar el ritmo de la campaña de localización de casos porque los servicios de hospital eran insuficientes para atender a todos los enfermos. Esto suele ocurrir sobre todo en los países donde los servicios de hospital son todavía escasos o donde las condiciones sociales y económicas y, en particular, las de la vivienda no permiten dar el debido desarrollo a los servicios de asistencia domiciliaria. En los grupos de población en los que la enfermedad que se trata de descubrir es muy poco frecuente, también resulta dudosa la conveniencia de practicar reconocimientos preventivos con carácter general, pues el coste de cada caso diagnosticado puede ser tan alto que no merezca la pena continuar la ejecución del programa.

Cuando están integrados de modo más o menos completo con los servicios de medicina preventiva, los hospitales pueden participar en gran medida y en las mejores condiciones en el descubrimiento precoz de casos. Todos los pacientes que acuden al hospital, sea a los consultorios, sea a los servicios clínicos, pueden ser sometidos a reconocimiento, cualquiera que sea su enfermedad, e incluso se puede extender la práctica sistemática de los reconocimientos a las personas que los acompañen.

Esta actividad preventiva puede aplicarse a una serie de enfermedades que los miembros del Comité han examinado sucesivamente. El cáncer de útero puede descubrirse en sus primeras fases en los servicios de obstetricia y ginecología; los consultorios del hospital pueden desempeñar un papel importante en la localización de casos de enfermedades crónicas y degenerativas, por ejemplo, trastornos cardiovasculares y reumatismo; la investigación de la sífilis se efectúa sistemáticamente en los donadores de sangre y en las mujeres embarazadas y puede hacerse extensiva a todos los enfermos que acuden al hospital, con lo que la localización de casos

de enfermedades venéreas comprendería una gran parte de la población. El hospital ofrece también numerosas oportunidades en lo que respecta a la salud mental. La gran influencia de los factores psicológicos se ha demostrado en el curso de los 15 años, últimos en un número cada vez mayor de enfermedades, las llamadas enfermedades psicosomáticas. En esas condiciones, los servicios de hospital necesitarán cada vez más de la colaboración de un equipo de psiquiatras que, a su vez, encontrará innumerables oportunidades para descubrir casos de problemas psicológicos, facilitar su solución y seguir su evolución ulterior. El hospital puede también contribuir al descubrimiento de casos de diabetes, a la determinación de grupos sanguíneos, a la localización de casos de raquitismo infantil y de estados alérgicos y en sus consultorios de especialidades pueden diagnosticarse casos insospechados de trastornos visuales y auditivos.

En algunos países se practica de modo sistemático y con muy buenos resultados la exploración fotofluoroscópica de todas las personas que acuden a los hospitales.

La coordinación de las actividades preventivas y curativas no sólo presenta muchas ventajas desde el punto de vista económico y permite sacar todo el partido posible de las disponibilidades de personal técnico, sino que ofrece la posibilidad de establecer un servicio completo de asistencia médica, adaptado a las necesidades de cada individuo. La organización de la asistencia médica completa, preventiva y curativa, es garantía de que las necesidades de cada individuo serán debidamente atendidas, lo mismo si son de orden psicológico, orgánico o estrictamente personal que si están relacionadas con el medio social en que vive el paciente. El hombre, en su calidad de componente elemental de la sociedad, pasa entonces a ser considerado como una unidad a la que se dispensa una asistencia médica total.

Es necesario, sin embargo, proceder con gran flexibilidad pues, si bien puede recomendarse la integración completa en el plano rural, hay que tener en cuenta que en las grandes aglomeraciones urbanas la red de hospitales no coincide siempre con la de centros de medicina social y preventiva. En efecto, estos últimos establecimientos deben estar descentralizados para atender mejor las necesidades de cada grupo local de población. Es frecuente, sin embargo, que ambas redes de servicios se superpongan parcialmente y puede ser conveniente que los grandes hospitales creen servicios de medicina preventiva y establezcan una estrecha relación con los centros sanitarios situados fuera de su recinto.

Educación sanitaria

El Comité ha examinado las posibilidades que ofrece el hospital para las actividades de educación sanitaria, y conviene en que todos los enfer-

mos adquieren durante su estancia en el hospital algunas nociones sobre la enfermedad y sobre su prevención. Esos conocimientos adquiridos espontáneamente pueden completarse con los consejos de los médicos y de las enfermeras. Se recomienda también que en los consultorios se aproveche el tiempo que los pacientes pasan en la sala de espera para instruirles en los principios de la educación sanitaria. El Comité reconoce, sin embargo, las limitaciones de esos métodos, pues es notorio que los médicos y las enfermeras de los hospitales están tan ocupados que no disponen de tiempo suficiente para la educación sanitaria de los pacientes. En algunos casos se ha preparado al personal de los servicios sociales para que sirva de enlace entre el hospital y los enfermos. La utilización de personal no retribuido no ha dado siempre buenos resultados.

En vista de esas dificultades se ha acordado por unanimidad que sería más eficaz aprovechar para la educación sanitaria las posibilidades que ofrece el tratamiento ambulatorio o, mejor aún, el domiciliario. En pediatría, especialidad en la que la hospitalización es cada vez más impopular y menos necesaria, se ha observado que la asistencia domiciliaria, con ayuda de las enfermeras visitadoras, no sólo resulta eficaz sino en extremo valiosa para la instrucción sanitaria de los padres; esta formación, para ser verdaderamente útil, ha de darse en el círculo familiar, lo mismo en las zonas urbanas donde los problemas de la vivienda son con frecuencia muy graves, que en las rurales, donde las malas condiciones de alojamiento están agravadas por las deficiencias del saneamiento del medio.

Aunque en los primeros tiempos de su funcionamiento un servicio de asistencia domiciliaria puede parecer de poca utilidad, al cabo de cierto tiempo empiezan a manifestarse los resultados de su acción y el servicio acaba por resultar indispensable. Por eso es necesario esperar a que el servicio lleve funcionando bastante tiempo antes de emitir un juicio sobre los resultados del sistema.

Es muy de advertir que la educación sanitaria es una labor de carácter personal e incluso íntimo, inseparable del ejercicio de la medicina y de la enfermería. Ningún procedimiento da tan buenos resultados como el contacto estrecho que pueden establecer el médico, la enfermera o la asistente social con el enfermo en su casa y en su círculo familiar.

Los servicios de asistencia domiciliaria organizados por los hospitales pueden acomodar a ese método la actividad de algunas de sus secciones, por ejemplo, las de pediatría, psiquiatría y obstetricia. Los resultados son todavía mejores si se forman pequeños grupos en los que cada participante puede elegir, entre varias soluciones posibles, la que mejor convenga a sus necesidades. Esos grupos permiten prestar una ayuda verdaderamente eficaz a algunos enfermos, por ejemplo, los que tienen que hacerse a la idea de un largo periodo de invalidez o los que deben corregirse de algún vicio, como el alcoholismo.

Asistencia domiciliaria

El Comité reconoce la necesidad de desarrollar todo lo posible los servicios de asistencia domiciliaria. La extensión y la naturaleza de esos servicios pueden variar considerablemente según las condiciones particulares de cada país o cada región. Hay desde hace mucho tiempo instituciones que dispensan asistencia domiciliaria a los enfermos indigentes; pero, en general, esos sistemas, que empezaron a utilizarse a fines del siglo XVIII, apenas guardan semejanza con los servicios de los hospitales. Hace poco tiempo que las administraciones de éstos empezaron a organizar la asistencia domiciliaria para ciertas clases de pacientes. Las primeras experiencias se hicieron con enfermos crónicos cuya posición económica no les permitía recibir asistencia de un médico particular. Con arreglo a ese sistema, los enfermos son visitados en sus hogares por especialistas, enfermeras, asistentas domésticas y asistentes sociales, y la administración del hospital se ocupa de todos los problemas relacionados con el transporte del enfermo en caso de crisis aguda, con la administración de medicamentos, con el material de rehabilitación y fisioterapia y con los análisis clínicos. El sistema favorece la individualización de la asistencia médica, economiza plazas en los hospitales y resulta menos costoso que la hospitalización. Se han establecido numerosos servicios de ese tipo, pero su alcance presenta variaciones considerables: los más sencillos se limitan a prestar asistencia social a los enfermos que no pueden salir de sus casas; otros facilitan además servicios de enfermería, y otros se ocupan también del tratamiento médico.

El Comité reconoce que la extensión general de los servicios de asistencia domiciliaria puede tropezar con algunos obstáculos.

La asistencia domiciliaria no es, en efecto, una solución racional del problema sino en el caso de que el tratamiento sea sencillo o no tenga que administrarse a intervalos cortos. Los casos de enfermedades crónicas o de larga duración son, en consecuencia, los que mejor pueden atenderse con un servicio de este tipo, pero se han citado también en la reunión varios casos de asistencia domiciliaria a personas con enfermedades agudas y en particular a niños. Es evidente que las condiciones de vivienda deben permitir que el paciente esté relativamente aislado; también es necesario que la familia pueda dar al enfermo los cuidados que su estado requiere sin que tenga la impresión de ser una carga o de abrumar de trabajo a los que le rodean.

La actitud del médico de cabecera puede llegar a ser un obstáculo si no existe una colaboración franca y eficaz entre él y el servicio de asistencia domiciliaria. El Comité reconoce que ningún servicio de esa clase, montado por un hospital, puede alcanzar su máxima eficacia sin una colaboración estrecha con los médicos particulares.

Otros factores que obstaculizan el desarrollo de la asistencia domiciliaria son la escasez de enfermeras y el poco rendimiento que pueden dar en ese trabajo. Es innegable que el tiempo que emplean las enfermeras en trasladarse de un lugar a otro, ya sea en las ciudades o en el campo, podría dedicarse al cuidado de los enfermos si éstos estuvieran reunidos en el hospital. Hay además una escasez general de enfermeras debidamente preparadas y muchas veces resulta imposible prescindir de las que prestan servicio en la sala del hospital para enviarlas a las visitas domiciliarias. Por esas razones, los hospitales que están tratando de organizar servicios de asistencia domiciliaria han suscrito contratos con asociaciones privadas de enfermeras o han constituido un cuerpo especial de enfermeras para esas actividades. En algunos países se han establecido también servicios de asistencia doméstica para ayudar a algunas familias que no pueden consagrarse al cuidado de un enfermo si no se las descarga de ciertos trabajos caseros.

No falta quien diga que la organización de servicios de asistencia domiciliaria representa una carga excesiva para las instalaciones y el personal de los hospitales y compromete la buena marcha de sus actividades terapéuticas y preventivas tradicionales, y así se explica que algunas instituciones vacilen en seguir ese camino. La cooperación con organizaciones benéficas como la Cruz Roja da excelentes resultados y no debe desdeñarse ninguna posibilidad de obtener ayuda.

Los hospitales que tengan el propósito de organizar un servicio de asistencia domiciliaria no deben dejarse desalentar por las dificultades. En algunos países, las instituciones de previsión social han prestado a los hospitales una ayuda eficaz para esa actividad. En los enfermos cuyo estado no exige la hospitalización pero que, teniendo que guardar cama, no pueden acudir a los consultorios, se han obtenido resultados muy satisfactorios con un servicio constituido por una central encargada de recibir los avisos, un registro de historias clínicas y otra documentación y varios equipos de enfermeras, auxiliares sociales y asistentas domésticas.

En algunos países se han organizado equipos móviles para las zonas rurales de población dispersa; esos equipos recorren las aldeas prestando una asistencia médica que no podría obtenerse de otro modo. Un servicio de ese tipo debe estar en contacto estrecho y constante con los especialistas y con el personal de laboratorio de los hospitales. En lo que se refiere a la obstetricia, conviene que la asistencia a los partos difíciles se preste en el servicio correspondiente del hospital. Los equipos móviles pueden encargarse de la asistencia tanto a los casos crónicos como a los agudos.

Problemas sanitarios que plantea la vejez

El Comité conviene en que el envejecimiento de la población plantea en algunos países graves problemas sanitarios. La proporción cada vez

mayor de ancianos y el aumento de la expectativa media de vida dan lugar inevitablemente a una disminución constante de las plazas disponibles en los diferentes servicios de los hospitales, pues las enfermedades de larga duración son especialmente frecuentes entre las personas de edad avanzada. Los datos de que se dispone indican que la proporción de camas de hospital ocupadas por ancianos que padecen enfermedades crónicas o duraderas está aumentando hasta el punto de plantear un problema grave a las administraciones sanitarias. Además, un estudio de la situación en las residencias especiales para ancianos establecidas en ciertos países ha puesto de manifiesto que entre las personas internadas en esos centros es cada vez mayor la proporción de las que padecen enfermedades insospechadas que requieren un tratamiento médico riguroso.

El Comité acuerda por unanimidad recomendar que se evite la segregación de esos enfermos en establecimientos especiales y que se procure atenderlos en los hospitales generales adoptando las medidas del caso, que no es éste el lugar de exponer. Sería preferible, sin embargo, establecer un sistema que permitiera dispensar asistencia domiciliaria a la mayoría de esos casos. En algunos países los hospitales pueden enviar al domicilio de los enfermos, no sólo personal médico y de enfermería, sino medicamentos e incluso alimentos especiales. Inspirándose en el mismo criterio, se pueden administrar ciertos tratamientos por la noche, después de cerrados los consultorios del hospital.

Se hace hincapié, por último, en las grandes ventajas que reportaría disponer de un servicio domiciliario de enfermeras, auxiliares o asistentas domésticas para ayudar a los ancianos. Ese servicio permitiría prestar con regularidad asistencia médica a las personas de edad avanzada, a las que al mismo tiempo se procuraría convencer para que asistiesen a reuniones y círculos recreativos. La labor del personal sanitario resultaría así más fácil.

En cualquier caso, la asistencia domiciliaria debe adaptarse a las condiciones de cada país. Cuando haya bastantes médicos y éstos puedan contar con la ayuda de un grupo de especialistas, los enfermos pueden ser atendidos en sus casas bajo la dirección del médico de cabecera, que, naturalmente, podrá disponer su hospitalización por un corto espacio de tiempo cuando haya que formular algún diagnóstico especial o en la fase aguda de una enfermedad. Si los servicios de hospital están descentralizados con arreglo a un sistema regional que se extiende desde las aldeas hasta las grandes ciudades, se dispondrá de una serie de servicios médicosanitarios de distintas proporciones y adaptados a las necesidades locales, que los médicos particulares podrán utilizar en beneficio de sus enfermos.

Particularmente inquietante es el problema del personal de enfermería. En algunos países son muy numerosas las enfermeras diplomadas que no ejercen la profesión por motivos familiares o personales o porque se dedican a actividades afines. Es de suponer que algunas de esas enfermeras inactivas se avendrían con gusto a trabajar parte del día en un

servicio de asistencia domiciliaria que no las obligase a desatender sus hogares o cualquier otra ocupación a la que se dediquen.

En conclusión, el Comité conviene en recomendar la adopción de este sistema, que indudablemente permitirá utilizar mejor los servicios de hospital y muy probablemente dará lugar a una economía de camas y a una disminución de los gastos de sostenimiento. Ello no obstante, todos los miembros del Comité reconocen que, si bien la asistencia domiciliaria no permite prescindir de los hospitales, debe considerarse como un nuevo y valioso elemento de los servicios médicos puestos a disposición de una colectividad.

Sólo en los países donde la situación sanitaria constituye un motivo grave de preocupación y donde las condiciones económicas no han permitido establecer todavía un sistema de hospitales de capacidad suficiente, la organización de un servicio completo y amplio de asistencia domiciliaria puede ser una solución de los problemas de mayor urgencia. Uno de los miembros del Comité ha expuesto un plan muy completo, establecido por él, que puede permitir prestar a una población muy numerosa toda la asistencia médica necesaria, a pesar de una manifiesta escasez de camas de hospital. Lo conveniente en estos casos, si las condiciones de la vivienda son francamente malas y el aislamiento del paciente en su casa resulta imposible, es construir, con el mínimo de gastos, enfermerías completamente independientes de los hospitales en las que los enfermos que no tengan necesidad imprescindible de las instalaciones especiales del hospital puedan ser visitados por médicos, enfermeras y auxiliares especialmente destinados a ese servicio; esto permitiría poner a los enfermos en relación constante con los principales hospitales y centros sanitarios, tanto curativos como preventivos. En estas condiciones, los hospitales existentes, por lo general sobrecargados de trabajo, no deben encargarse de las nuevas actividades, y la asistencia domiciliaria debe organizarse con carácter autónomo.

Por el contrario, en ciertos países donde hay un servicio nacional de sanidad o un sistema de seguros sociales que comprenda la asistencia médica, y donde el servicio de hospitales está bien organizado, se ha observado que la asistencia domiciliaria resulta más eficaz cuando su prestación se encomienda a los hospitales.

Asistencia subsiguiente a la hospitalización y rehabilitación médica

El coste cada vez mayor de la asistencia en los hospitales y la relativa insuficiencia de las camas disponibles en esos establecimientos para atender las necesidades en la mayoría de los países está obligando a las administraciones de los servicios de hospital a reducir la estancia de los enfermos al mínimo compatible con la recta aplicación de los tratamientos. Así ocurre, sobre todo en los hospitales generales, donde la mayoría de los

casos admitidos son de enfermedades agudas, que exigen la aplicación de técnicas muy perfeccionadas de diagnóstico y tratamiento que resultan muy costosas. Por otra parte, la práctica moderna de la medicina, inspirada en el principio de la rehabilitación activa y rápida del enfermo, tiende también a acortar el periodo de reposo en el lecho y de hospitalización una vez pasada la fase crítica de la enfermedad y a adelantar el comienzo del tratamiento ambulatorio. En todos estos casos la duración de la estancia en el hospital puede ser mucho más corta de lo que solía ser pero, una vez dados de alta, los enfermos necesitan seguir sometidos a una u otra forma de tratamiento y de rehabilitación si se quiere conseguir el restablecimiento completo sin peligro de complicaciones ni recaídas.

En muchas enfermedades crónicas y en diversas dolencias que suelen dar lugar a cierta incapacidad o menoscabo de la función corporal, llega un momento en que la evolución hacia la normalidad es lenta o nula, y el enfermo no necesita ya la asistencia intensiva que dispensa el hospital general. Es evidente que los enfermos dados de alta en el hospital en esa fase de su enfermedad tienen necesidad imprescindible de seguir un tratamiento complementario acompañado de medidas de rehabilitación médica; en otro caso, no podría considerarse que reciben la asistencia debida.

El Comité toma nota de que en algunos sectores se sostiene todavía el criterio de que el hospital sólo debe encargarse de la asistencia a los enfermos mientras estén dentro de su recinto y que los cuidados que puedan necesitar una vez dados de alta deben encomendarse a otras instituciones, oficiales o privadas. El Comité estima, sin embargo, que es recomendable seguir el criterio moderno y dejar en lo posible al hospital o al médico de cabecera la responsabilidad de la asistencia hasta que el enfermo se haya restablecido por completo y haya superado su incapacidad. La medida en que el hospital podrá asumir esa función dependerá de las condiciones locales, y especialmente de sus instalaciones y sus disponibilidades de personal.

Desde el doble punto de vista de la asistencia y de la rehabilitación subsiguientes al tratamiento en el hospital, cabe distinguir dos casos, según que el enfermo pueda salir de su casa o necesite asistencia domiciliaria. En el primer caso, lo mejor es dispensar la asistencia y el tratamiento médico en el consultorio del hospital donde el enfermo ha recibido el primer tratamiento, siempre que ese servicio disponga de los medios de rehabilitación y del personal técnico necesarios. Este sistema tiene la ventaja de evitar una solución de continuidad en la asistencia y el tratamiento de rehabilitación iniciados antes del alta, impidiendo cualquier interrupción grave que podría producirse si se enviase al enfermo a otra institución. Si por el contrario el consultorio no dispone de medios adecuados, podrá ser necesario ponerse de acuerdo con el departamento

de rehabilitación médica de otro hospital, con una policlínica, o con un centro independiente de rehabilitación.

Sin embargo, vista la importancia de iniciar pronto la rehabilitación para que resulte eficaz, el Comité recomienda encarecidamente que incluso los hospitales pequeños, por ejemplo, los de 100 camas, procuren disponer del personal y las instalaciones imprescindibles para las actividades de rehabilitación médica. Aun reconociendo que es la rehabilitación médica la que principalmente incumbe a las citadas instituciones, el Comité opina que es en extremo difícil establecer una separación clara entre éstos y los demás aspectos de la rehabilitación si han de tenerse en cuenta todos los factores que contribuyen al bienestar del paciente.

Si éste necesita asistencia domiciliaria una vez terminada la hospitalización, se adoptarán las disposiciones expuestas en una sección anterior (véanse las páginas 10-11). La prestación de la asistencia y el tratamiento de rehabilitación para los enfermos dados de alta en el hospital general y que todavía no están en condiciones de reintegrarse definitivamente a sus casas pueden organizarse en establecimientos de otro tipo, como las casas de convalecencia, los centros de reposo nocturno y los hospitales diurnos. Esas instituciones tienen por objeto atender ciertas necesidades de los enfermos que no necesitan ya la asistencia y el tratamiento intensivos que se dispensan en los hospitales generales, pero sí algunas medidas específicas imprescindibles para su total restablecimiento. (En las páginas 25-28 se trata esta cuestión con más detalle.)

LA ASISTENCIA EN EL HOSPITAL COMPARADA CON LA AMBULATORIA

Utilización eficaz de las camas de hospital

El Comité ha examinado detenidamente los criterios seguidos para evaluar la eficacia y el rendimiento de los servicios de hospital. Dos de esos criterios, el *índice de ocupación de camas* y el *promedio de hospitalización*, merecen atención especial.

Reconoce el Comité que la aplicación de los criterios citados varía considerablemente según las condiciones de cada país y de cada establecimiento, y recomienda un detenido estudio de las estadísticas de hospital con objeto de obtener resultados congruentes.

En algunos países se ha observado que entre el índice de ocupación de camas y el promedio de hospitalización existe una correlación resultante de ciertas disposiciones administrativas y financieras. Cuando el gasto diario de sostenimiento del hospital es el único criterio que se sigue para evaluar su rendimiento y los hospitales de la región no están escasos de camas, el promedio de hospitalización tiende a aumentar ligeramente,

con lo que aumenta en consecuencia el índice de ocupación de camas. Desde el punto de vista de la economía y del interés colectivo, esa práctica es perjudicial y debiera suprimirse.

La edad de los enfermos y el envejecimiento de la población son otros factores que pueden dar lugar a un aumento importante de la duración media de la estancia en el hospital, que en los ancianos suele ser más larga que en los adolescentes y los demás adultos. De la documentación examinada se desprende que los enfermos de más de 74 años necesitan estar en el hospital seis veces más tiempo que los de edad comprendida entre 17 y 44 años.

La función que desempeña el hospital en cada región y su capacidad pueden ejercer también gran influencia en los criterios citados. Se ha demostrado matemáticamente, y la experiencia lo ha confirmado, que los hospitales pequeños no pueden alcanzar un índice de ocupación tan elevado como los grandes.

En cuanto al promedio de hospitalización se ha observado que en el curso de los últimos años ha experimentado un aumento considerable, sobre todo en el caso de las personas que padecen enfermedades crónicas o de larga duración. Sin embargo, ese fenómeno se observa también en los servicios de medicina y en los de cirugía general, lo que puede atribuirse a la complejidad de los modernos métodos de diagnóstico y de tratamiento.

En los pequeños hospitales rurales las estancias en los hospitales suelen ser más breves porque la dispersión de la población y la escasez de médicos rurales hacen que los enfermos se hospitalicen por dolencias de poca gravedad. La situación es muy distinta, en cambio, cuando esos hospitales tienen que encargarse de asistir a una elevada proporción de ancianos y de enfermos crónicos, en cuyo caso la hospitalización es a veces más larga que en los grandes hospitales.

La posición social del paciente influye también sobre el promedio de hospitalización. Aunque los hospitales no están ya reservados a los indigentes sino que en los países adelantados están abiertos a todas las clases sociales, no ha desaparecido por completo cierto criterio selectivo en la admisión de los enfermos que proceden de un sector indudablemente muy numeroso pero de menos recursos económicos que el promedio de la población. Los estudios estadísticos efectuados sobre los casos asistidos en los servicios de medicina general de los hospitales indican por lo regular que la proporción de personas de situación social, familiar y económica precaria es mayor entre esos casos que en el conjunto de la población. Así, por ejemplo, entre las personas asistidas en los hospitales son relativamente numerosas las que viven en casas insalubres, no tienen familia ni empleo fijo o están amenazadas de paro. En esas condiciones, nada tiene de extraño que la duración media de la hospitalización sea mayor, puesto que los enfermos procuran por todos los medios seguir en el hos-

pital hasta estar completamente restablecidos. La organización de la asistencia médica domiciliaria para este grupo de personas resulta particularmente difícil.

La orientación de la legislación social vigente ejerce también cierta influencia. Es indudable, en efecto, que la instauración de un sistema de previsión social aumenta la demanda de asistencia médica y de servicios de hospital. Este fenómeno debe considerarse como una buena señal, pues indica una elevación del nivel de salud de la población, beneficiosa para la productividad y para la economía en general. Por tanto, la prestación de asistencia gratuita o a un precio muy reducido en los hospitales influye hasta cierto punto en el índice medio de ocupación. En general, la nacionalización de los servicios de sanidad y la extensión de los seguros sociales a casi toda la población ha dado lugar, en los países donde se ha establecido ese sistema, a un aumento de la demanda de asistencia médica y de servicios de hospital.

Las disponibilidades de medios técnicos influyen a su vez poderosamente en los factores analizados. Las técnicas modernas de diagnóstico y de tratamiento exigen que esos medios sean cada vez mayores, pero un servicio técnico, sea de cirugía, de biología o de radiología, sólo puede encargarse de un número determinado de diagnósticos o de tratamientos, que depende de sus disponibilidades de personal y de equipo. Si sus posibilidades de rendimiento en un periodo determinado son inferiores a la demanda, es inevitable que entre la petición y la prestación del servicio medie un tiempo excesivo. Ese retraso, que puede ser de varios días en los hospitales que no disponen de bastante personal o de instalaciones técnicas suficientes, alarga el promedio de hospitalización y aumenta el índice de ocupación de camas.

Hay cierta relación entre las condiciones del ejercicio de la medicina y las de funcionamiento del hospital. En los países donde subsiste el ejercicio privado de la medicina y donde los médicos perciben una retribución por cada acto de tratamiento o de diagnóstico, hay cierta tendencia a tratar a los enfermos a domicilio. En cambio, cuando el médico percibe un sueldo fijo o una iguala, recomienda con mayor frecuencia la hospitalización. Es probable que las condiciones de trabajo del médico de hospital influyan considerablemente en los resultados. Si el médico trabaja en el hospital la jornada entera, puede tratar a los enfermos con más asiduidad y acortar el tiempo necesario para el diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, esa circunstancia no reduce el tiempo de hospitalización en los casos de enfermedades de larga duración.

La duración de la estancia en el hospital varía, por último, en función de ciertos factores psicológicos. El juicio que la población forma del hospital y de la asistencia que en él se presta depende del prestigio del centro y del nivel medio de educación. En muchos países donde los servicios de hospital son muy deficientes, la fama de esos establecimientos no es

muy buena, pues además de que las condiciones de vida de los enfermos hospitalizados dejan que desear, el índice de mortalidad es alto porque los casos admitidos son casi exclusivamente los graves. Un extremo que merece atención especial es la hospitalización de los niños. En algunos países la actitud de la madre es decisiva, hasta el punto de que la hospitalización de un niño sólo se acepta cuando su madre puede acompañarle, pero para ello tiene que desatender a sus otros hijos y su trabajo en el negocio o en las labores del campo. En este caso, suele ser preferible la asistencia domiciliaria.

El análisis de los principales factores que influyen en el índice de ocupación de camas y en el promedio de hospitalización es de la mayor importancia, puesto que la capacidad total del sistema de hospitales es función de esas variables. Como acaba de verse, esos factores son tantos que resulta imposible recomendar la adopción de un valor fijo para el índice de ocupación de camas y para la duración de la estancia en el hospital. Ello no obstante, el estudio de cada situación particular y el análisis de los factores que la determinan permitirán acercarse a las siguientes condiciones óptimas :

a) un índice de ocupación elevado, pero que permita la admisión de los casos urgentes en los periodos de mayor actividad, sin detrimento de las condiciones de trabajo del personal y sin menoscabo de la higiene y la comodidad material de los enfermos ;

b) un promedio de hospitalización tan corto como permita el tratamiento apropiado de las enfermedades, sin descuidar ninguna posibilidad de establecer antes de la admisión un diagnóstico adecuado en el consultorio del hospital ni de completar el tratamiento hospitalario mediante la asistencia en el domicilio del enfermo, en una policlínica o en un establecimiento de convalecencia y rehabilitación.

Aspectos sociales y psicológicos

El Comité ha deliberado sobre todas las razones que aconsejan el tratamiento domiciliario de ciertos enfermos.

Hay que advertir, en primer lugar, que en la mayoría de los países se ha desvanecido el recelo que antiguamente inspiraban los hospitales y que estos establecimientos por lo general han adquirido tal popularidad, gracias a la labor de sus consultorios, que sus servicios son aceptados e incluso pedidos por la población. Sin embargo, hay todavía entre los diversos países diferencias muy pronunciadas que se deben, por una parte, a la importancia relativa del sistema de hospitales y, por otra, a la distribución de la población. Por ejemplo, en algunos países casi todas las mujeres dan a luz en los hospitales, mientras que en otros, la proporción de niños nacidos en las casas es de cerca del 100 %.

El prestigio cada vez mayor del hospital ha permitido tomarlo como base en la organización de servicios de asistencia ambulatoria y domiciliaria para ciertos grupos de pacientes. Las personas de edad avanzada y las que padecen enfermedades de larga duración pueden recibir, en general, una asistencia mejor en su domicilio, si se puede organizar un servicio en el que participen los médicos particulares, las enfermeras de distrito y, eventualmente, el personal voluntario de las obras de beneficencia.

El Comité ha procedido a un extenso cambio de impresiones sobre el número de consultas que probablemente tendrían que evacuar los consultorios de los hospitales, según el número de habitantes de sus demarcaciones, y reconoce que las circunstancias pueden variar mucho de unos países a otros. Ello no obstante, el Comité corrobora que, por término medio, el número de consultas médicas por habitante y por año oscila entre 2 y 4, sin contar los reconocimientos preventivos. En los países donde las campañas de medicina preventiva se han extendido a grandes sectores de población y en las regiones donde las condiciones de vida favorecen la difusión de las enfermedades de importancia social, el número de las consultas médicas necesarias puede ser considerablemente mayor, incluso de unas diez por habitante y por año.

Resultados del tratamiento ambulatorio y domiciliario

El Comité ha deliberado sobre varios experimentos de carácter local llevados a cabo para el tratamiento ambulatorio y domiciliario de ciertas enfermedades. En lo que se refiere a las *enfermedades infecciosas*, se ha producido una evolución muy rápida gracias a la eficacia del tratamiento con antibióticos, que ha disminuido la necesidad de la hospitalización.

Es muy probable que los resultados de los recientes estudios experimentales sobre el tratamiento de la *tuberculosis pulmonar* obliguen a modificar radicalmente la organización de los correspondientes servicios de asistencia, pero el Comité encarece la necesidad de obrar con prudencia cuando se trate de introducir cambios revolucionarios en el tratamiento de los tuberculosos. Se ha hecho observar que el número de casos de tuberculosis activa apenas se ha reducido, a pesar del descenso de la mortalidad y del número de casos nuevos, y que la disminución del número de consultas en los centros debidamente instalados para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar se debe, en parte, a que en muchos casos los médicos prescriben el tratamiento domiciliario, situación que tiene consecuencias graves cuando las relaciones entre los dispensarios y los hospitales dejan de ser continuas. Es indudable que la asistencia domiciliaria puede prestar grandes servicios, pero los médicos que se encarguen de esos casos deben recibir una preparación especial.

En los casos de *psiconeurosis*, el servicio de asistencia domiciliaria sería también beneficioso, pues el ambiente del hospital puede agravar esos trastornos.

En *pediatría* se han obtenido asimismo buenos resultados con la prestación a domicilio de los servicios de asesoramiento médico y los del personal de enfermería.

El Comité admite la posibilidad de dispensar asistencia domiciliaria en algunas otras enfermedades, en particular la *hepatitis infecciosa* y la *diabetes*. Los enfermos de hepatitis infecciosa deben, en principio, ingresar en el hospital para el diagnóstico y regresar a sus casas, muy poco tiempo después, siempre que sigan recibiendo un tratamiento organizado tomando como base los servicios del hospital. En lo que se refiere a la diabetes, la creación de círculos de diabéticos ha permitido a los enfermos cambiar impresiones sobre la utilidad de la dieta que cada uno sigue y sobre los medios de apreciar el curso de su dolencia. Se ha observado que las complicaciones propias de la diabetes son mucho menos frecuentes en los enfermos que reciben con regularidad consejos e instrucción sobre dietética y un tratamiento adecuado.

También parece posible autorizar a ciertos *pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica* para que regresen a sus casas, siempre que puedan seguir un tratamiento domiciliario de rehabilitación y que el servicio social pueda ocuparse de ellos.

Igualmente, los niños y los adolescentes enfermos de *reumatismo articular agudo* pueden ser tratados convenientemente en sus casas, siempre que sigan sometidos a la vigilancia de los especialistas del hospital todo el tiempo que sea necesario.

ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

Función de los diversos servicios

El Comité conviene en que las principales funciones que tendrían que desempeñar los servicios de asistencia ambulatoria serían las siguientes :

- a) Diagnóstico precoz de las enfermedades por los mejores métodos disponibles en el estado actual de la técnica médica, y práctica de reconocimientos profilácticos para localizar los casos de enfermedades no diagnosticadas.
- b) Tratamiento ambulatorio y domiciliario de todos los enfermos que puedan ser asistidos en el consultorio o en sus casas.
- c) Alta en el hospital o petición de hospitalización de los enfermos que lo necesiten. Un buen método sería la tramitación de las primeras

hospitalizaciones por conducto de los consultorios, a menos que el enfermo haya sido ya adecuadamente examinado y la enfermedad esté diagnosticada.

d) Asistencia y rehabilitación médica de los casos dados de alta cuando sean necesarias.

e) Fomento, por medio de la educación sanitaria, de la salud de las personas asistidas por el hospital.

f) Preparación de los estudiantes de medicina y de enfermería aprovechando los servicios del consultorio.

g) Obtención y registro de datos para investigaciones epidemiológicas y sociales y para la evaluación periódica de la asistencia médica.

El Comité conviene en la extraordinaria importancia de que esas funciones se desempeñen sin solución de continuidad en el tratamiento, procurando que la transición de la asistencia ambulatoria y domiciliaria a la hospitalaria, y entre ésta y la del médico de cabecera, se haga de modo gradual. Que la responsabilidad de los servicios de asistencia médica a una población determinada se encomiende a una organización o instituto o a una persona es asunto que se resolverá con arreglo a criterios administrativos; lo que de verdad importa es que la persona o la organización responsable tengan siempre presente que la acción de los servicios médicos se ejerce sobre personas y se costea muchas veces con fondos públicos o de instituciones benéficas. En consecuencia, debe procurarse por todos los medios coordinar esos servicios con objeto de evitar las duplicaciones, enviar a los enfermos a los centros que mejor puedan asistirlos y dedicar atención especial a los factores afectivos, que tienen una influencia indudable en el resultado del tratamiento médico.

En diferentes países se están ensayando varios sistemas de organización de la asistencia médica, pero a juicio del Comité todavía no ha transcurrido el tiempo suficiente para poder recomendar la adopción de ninguno de ellos con carácter universal. Aunque en el presente informe se enuncian algunos principios generales, el Comité se hace cargo de que su aplicación debería acomodarse a las condiciones locales.

Dispensarios

El Comité ha deliberado sobre la participación de los dispensarios en la organización de la asistencia médica a una colectividad determinada, y reconoce que esos establecimientos podrían ser de dos clases.

El dispensario tradicional era y sigue siendo en algunos países un consultorio donde se presta asistencia médica general a los casos ambulatorios con la colaboración de un auxiliar de farmacia que con arreglo a las prescripciones del médico prepara los medicamentos más sencillos. De ordinario se lleva un registro poco complicado, pero en ocasiones, la gran afluencia de público ni siquiera permite identificar a los enfermos.

Esta clase de dispensarios ha resultado muy útil para dispensar la asistencia médica fundamental a grupos numerosos de población en lugares donde no se dispone de servicios más completos. Las organizaciones de beneficencia han hecho gran uso de los dispensarios y en algunos países esos centros están pasando a depender de las autoridades sanitarias locales.

El otro tipo de establecimiento es el dispensario profiláctico o preventivo, que es principalmente un servicio de prevención que sirve como base de operaciones para una campaña general contra una enfermedad determinada. Los dispensarios antivenéreos abundaban mucho hace algún tiempo, y los antituberculosos han venido prestando hasta fecha reciente excelentes servicios en las campañas de vacunación con BCG y de lucha antituberculosa emprendidas en diferentes países. En los últimos años han empezado a establecerse dispensarios para la lucha contra las enfermedades cardiovasculares y contra el cáncer, como consecuencia de la mayor importancia que han adquirido la morbilidad y la mortalidad de esas enfermedades en muchos grupos de población, en los que ciertas enfermedades transmisibles han sido combatidas con éxito e incluso erradicadas. Esos dispensarios suelen disponer de todos los medios necesarios para prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad o las enfermedades de que se ocupan. En algunos países, sirven además de centros de operaciones para las campañas generales contra una determinada enfermedad y, con la participación de los centros auxiliares y los equipos móviles, han llegado a convertirse en verdaderos institutos para la lucha contra ciertas dolencias.

Policlínicas y consultorios

Las policlínicas son instituciones más completas que prestan asistencia médica general y de especialidades a los casos ambulatorios. El Comité conviene en que, en principio, la policlínica debería prestar a los casos ambulatorios de la colectividad la misma clase de servicios que ofrece el hospital general de la región a los enfermos hospitalizados. Según la definición adoptada por el Comité las policlínicas deben prestar a la vez servicios preventivos y curativos.

El Comité toma nota de que las instituciones de previsión social de varios países utilizan la policlínica como centro principal para el tratamiento médico ambulatorio de sus asegurados. En esas circunstancias, las condiciones de trabajo revisten un carácter especial, ya que la policlínica no sólo tiene que atender las necesidades médicas de sus enfermos, sino que la protección social y económica de éstos y de sus familias se convierte en un aspecto sumamente importante de su trabajo. Las actividades de información del público y las relaciones humanas con los enfermos tienen que adquirir por consiguiente mayor desarrollo. Se ha puesto de relieve que, si esas policlínicas son por completo autónomas y no tienen vínculos técnicos y administrativos con el hospital, suelen resultar dema-

siado costosas, pues necesitan disponer de sus propios servicios generales y técnicos y, lo que es más grave desde el punto de vista médico, no aseguran la continuidad de la asistencia. El resultado es que el personal técnico del establecimiento y los mismos enfermos pueden considerar frustrados sus esfuerzos cuando pierden el contacto. Por esas razones, el Comité considera preferible que las policlínicas estén siempre estrechamente vinculadas, cuando no materialmente anejas a un hospital general. Cuando la policlínica está instalada en el edificio del hospital general, recibe en muchos países el nombre de consultorio del hospital. La policlínica ofrece a los médicos condiciones inmejorables para el trabajo en equipo y, si está estrechamente vinculada al hospital general, puede disponer del asesoramiento de los especialistas de gran competencia que trabajan en él.

Centros de salud

El Comité ha hecho suya la definición formulada en el segundo informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria, según la cual incumbe a los centros de salud la prestación de los servicios médicosanitarios fundamentales y teniendo en cuenta, según reconoció el citado Comité de Expertos, que entre los servicios de esa naturaleza que deben dispensarse a la población, la asistencia médica reviste capital importancia, convino en que los centros de salud debían considerarse parte integrante del sistema de asistencia médica para los casos ambulatorios en la medida en que efectivamente se dedicaran a ese género de actividades. Se hizo constar asimismo que la noción de centro de salud varía mucho de unos países a otros pues, mientras en algunas regiones se da ese nombre a instituciones puramente preventivas, en otras la función principal de los centros es la prestación de asistencia médica. En este último caso los centros de salud corresponden aproximadamente a lo que los autores anglosajones llaman « group medical practice », es decir, a los consultorios privados o igualatorios. Es evidente, sin embargo, la tendencia a crear centros de salud de carácter tanto preventivo como curativo, especialmente en las zonas rurales. Aunque esos centros dedican atención sobre todo a los aspectos preventivos de la medicina, van asumiendo poco a poco pero de modo constante funciones de asistencia médica. En algunos casos se ha establecido también la coordinación entre el centro de salud y el hospital, los médicos particulares y otros servicios de asistencia médica. Las actividades de los centros de salud en determinadas zonas y su coordinación con otros servicios médicos han permitido introducir la asistencia preventiva en la práctica médica. La contribución de esos centros a la organización de la asistencia médica ambulatoria no es desdeñable y puede ser en extremo importante en los países de carácter predominantemente agrícola.

Médicos particulares

El Comité hace constar que el médico particular es el que está más en contacto con los problemas familiares, económicos, sociales y afectivos del enfermo, y que es un eslabón necesario en la organización de la asistencia médica. En algunos países, el médico particular trabaja solo en su consulta, pero en ocasiones se asocia con otros para abrir un consultorio privado en un local de su propiedad o facilitado por las autoridades sanitarias. En ciertos sitios esos consultorios reciben el nombre de centros de salud. En los países donde los servicios médicos tienen carácter oficial y se prestan gratuitamente a la totalidad o a una parte de la población, todos los médicos trabajan a sueldo en los hospitales y en las policlínicas. El Comité toma nota de que los médicos particulares, en especial los que ejercen en zonas rurales apartadas, por lo general no pueden seguir los progresos de la medicina y se van quedando rezagados. Esta situación deplorable podría corregirse hasta cierto punto estableciendo relaciones técnicas permanentes entre el médico particular y los hospitales y organizando, además, cursos de repaso. Las relaciones entre los médicos dedicados al ejercicio privado de la profesión y los hospitales son más fáciles de establecer cuando la asistencia médica está organizada. El consultorio privado o igualatorio ofrece por otra parte a la colectividad una asistencia médica preventiva y curativa más completa, permite que los médicos participantes utilicen en común instalaciones costosas y ofrece al mismo tiempo la posibilidad de establecer una coordinación con los hospitales locales, pues si el consultorio envía un enfermo al hospital o viceversa, se envía al mismo tiempo un resumen de la historia clínica y de los resultados de los análisis y las demás pruebas.

Servicios de medicina del trabajo

La opinión general entre los miembros del Comité es que los servicios de medicina del trabajo pueden desempeñar una función muy importante en los programas de la asistencia médica a la población. Esos servicios tienen, en efecto, por misión proteger la salud de los trabajadores, es decir, del sector productivo de la población y suelen estar organizados con arreglo a las disposiciones de la legislación del trabajo acerca de la protección contra los riesgos profesionales. Aunque esas disposiciones suelen limitarse a la prevención de las enfermedades profesionales y los accidentes del trabajo y, aun cuando ese criterio preventivo es la característica principal de los servicios en cuestión, estos emprenden muchas veces programas de asistencia médica para los trabajadores y, en ocasiones, para sus familiares. Lo mismo si esos servicios están costeados por las empresas que si son los sindicatos, los institutos de previsión social, los gobiernos u otros organismos los que subvienen a sus necesidades, lo cierto es que constituyen un elemento muy importante en la prestación

de la asistencia médica y que no puede hacerse caso omiso de ellos cuando se organiza un programa de esa naturaleza para el conjunto de la población. Muy al contrario, debe reconocerles sus atribuciones y darles el importante lugar que les corresponde en la organización general de la asistencia médica. Es fundamental la coordinación entre los servicios de medicina del trabajo y los hospitales y centros de salud de la localidad para evitar la duplicación de funciones y para sacar todo el partido posible de las disponibilidades de recursos.

Cuando la prestación de asistencia médica al conjunto de la población sea difícil, bien por escasez de instalaciones o de personal, bien por tratarse de colectividades aisladas (como sucede en las explotaciones mineras o en las zonas petrolíferas) puede ser conveniente que los servicios de medicina del trabajo extiendan sus actividades preventivas y curativas a la población general. El Comité ha tomado nota de la situación de distintos países en lo que respecta a la organización de servicios de medicina del trabajo y encarece que la falta de coordinación de esos servicios con otras actividades médicas así como la intervención de distintas autoridades en su dirección y su gestión dan origen a graves inconvenientes. En los últimos años se ha observado una tendencia a confiar los servicios de medicina del trabajo a los hospitales y a las administraciones sanitarias locales, solución que permite establecer policlínicas, centros epidemiológicos e incluso pequeños hospitales en los locales de las fábricas, bajo la dirección técnica de las autoridades de sanidad del distrito. Se reconoció que ese tipo de organización sólo puede adoptarse cuando los servicios dependen directamente del Departamento de Sanidad, cuando hay garantías de pleno empleo y cuando la asistencia se hace extensiva a las familias de los trabajadores.

También se hizo constar que en algunos países los sindicatos han organizado servicios de asistencia médica para sus afiliados y en ocasiones para las familias de éstos.

Centros de rehabilitación médica

El Comité ha tomado nota de que el problema de la rehabilitación médica había sido estudiado detenidamente en 1958 por el Comité de Expertos en Rehabilitación Médica y de que en el informe de éste se enumeraban diversas clases de instituciones dedicadas a esa actividad.¹ El Comité reconoce que los centros generales de rehabilitación médica son de grandísima utilidad para los casos ambulatorios dados de alta en el hospital y que han de seguir sometidos a vigilancia o tratamiento, o han sido enviados a esos centros por los consultorios, las policlínicas o los médicos particulares. Los centros tienen además la ventaja de disponer de instalaciones completas y de un personal médico competente

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1958, **158**, 26

con especialistas en fisioterapia, ergoterapia y otras técnicas. Por otra parte, las personas asistidas en ellos pueden seguir un régimen de rehabilitación intensiva cuando sea necesario.

El Comité encarece la importancia que tienen los centros de rehabilitación médica en el conjunto de los servicios de asistencia y de rehabilitación para los pacientes dados de alta en los hospitales pues, gracias al empleo racional de aquellos establecimientos puede acortarse considerablemente el periodo de convalecencia y el tiempo necesario para que el paciente se reintegre al trabajo o al hogar. El Comité reconoce que los centros de rehabilitación siguen siendo escasos en muchos países y recomienda que por razones de economía las autoridades sanitarias procuren establecerlos gradualmente, empezando por los de carácter regional y coordinando debidamente sus actividades. Huelga encarecer la importancia de preparar el personal técnico necesario antes de organizar esa clase de centros.

Instituciones intermedias

Se da este nombre a varios establecimientos de asistencia médica, como las casas de convalecencia y de reposo, los hospitales diurnos, los centros nocturnos de reposo, etc.

El Comité reconoce la conveniencia de que en los casos de enfermedades agudas se reduzca al mínimo posible el tiempo de hospitalización. Para los enfermos que vayan a necesitar cuidados durante la convalecencia pero que no pueden regresar a su casa y al seno de su familia, es necesario crear distintas clases de instituciones que aseguren la continuidad de la asistencia. En muchos países se ha establecido con ese objeto una serie de hogares y albergues que pueden agruparse con arreglo a dos criterios. Según las condiciones de vida del paciente, cabe distinguir los siguientes casos: *a)* pacientes que no pueden regresar a sus hogares ni reanudar inmediatamente su trabajo; *b)* pacientes que no pueden reanudar su trabajo, pero que pueden ir a dormir a sus casas y *c)* pacientes que pueden reanudar su trabajo, pero cuyo restablecimiento presenta dificultades, sea por las condiciones de su medio habitual, sea por su estado físico o psicológico. Otro criterio es la naturaleza de la enfermedad; entre los casos en que el tratamiento en una institución suele resultar beneficioso, están los de accidentes, alcoholismo y tuberculosis, los de trastornos mentales o psicosomáticos, etc.

Las casas de convalecencia, las casas de reposo y los sanatorios son establecimientos especialmente indicados para los pacientes que tienen que recibir asistencia médica, pero que no necesitan todas las instalaciones de que dispone el hospital.

Algunas de esas instituciones se especializan en el cuidado de los pacientes con trastornos del aparato locomotor, amputados o paralíticos.

Para la asistencia a esos casos el establecimiento debe disponer de servicios de rehabilitación médica dotados de los medios y aparatos necesarios.

En algunos países se ha procurado sobre todo establecer casas de reposo en estaciones climáticas, adonde acude durante las vacaciones una gran variedad de pacientes. Esas instituciones admiten también a las personas que padecen enfermedades cardiovasculares, trastornos digestivos y afecciones óseas o articulares.

Es de la mayor importancia que muchas de esas casas de convalecencia dispongan de servicios propios de orientación profesional y de rehabilitación o puedan utilizar los de los centros especializados.

El hospital diurno es un establecimiento en donde los enfermos reciben asistencia durante el día y regresan a sus casas para cenar y dormir. En consecuencia, los hospitales diurnos deben estar situados dentro de las localidades, a fin de acortar las distancias que tienen que recorrer los enfermos.

Son muchas las clases de pacientes que pueden recibir asistencia en estas instituciones: en primer lugar, los enfermos mentales cuyo estado sea bastante satisfactorio para que puedan salir del hospital psiquiátrico, pero que por las condiciones desfavorables de su medio familiar necesitan una asistencia continua; en segundo lugar, las personas temporalmente incapacitadas que deben someterse a un tratamiento de rehabilitación y ergoterapia; y por último, las que padecen trastornos de la nutrición, especialmente los niños, y deben seguir una dieta rigurosa.

Los centros nocturnos de reposo están destinados a los trabajadores que se han restablecido suficientemente para reintegrarse al trabajo, pero que encuentran dificultades para readaptarse a su medio familiar o a las condiciones de sus viviendas. La mayoría de estos establecimientos prestan asistencia a los trabajadores que padecen trastornos mentales o neuróticos ligeros. Los pacientes pernoctan en el centro varias semanas para someterse, después de terminada su jornada de trabajo, a los cuidados del personal de rehabilitación y de los psicólogos.

También se ha tratado de usar esos albergues para el cuidado de los tuberculosos y los leprosos, pero ciertas dificultades psicológicas impiden obtener resultados enteramente satisfactorios. En cambio se han obtenido buenos resultados en casos de alcoholismo y de asma.

De esta breve exposición se desprende que todos los establecimientos enumerados, o por lo menos algunos de ellos, pueden ser necesarios en una organización completa de asistencia médica ambulatoria. En algunos países se ha organizado una red nacional de establecimientos de todas esas clases y en otros se han ensayado sólo determinados tipos. El Comité reconoce que esas instituciones pueden prestar asistencia preventiva o de rehabilitación a los convalecientes o a las personas que padecen trastornos subclínicos o manifestaciones patológicas incipientes. Su utilidad para

atenuar los efectos de la escasez de camas en los hospitales generales no puede ponerse en duda, y en los países donde esa escasez sea grave, convendría, a juicio del Comité, que las autoridades encargadas de los servicios de asistencia médica sigan ensayando una utilización más amplia de estas instituciones intermedias.

Coordinación de servicios

Unificación de fichas clínicas

Aunque son ya muchos los países que disponen de estadísticas fidedignas de mortalidad, las de morbilidad son, por el contrario, de una calidad tan desigual y de una composición tan heterogénea que es imposible utilizarlas como orientación segura al organizar los servicios médicosanitarios para la población.

Se ha intentado en varias ocasiones obtener datos más fidedignos sobre morbilidad en grupos numerosos de población, pero las encuestas practicadas han costado bastante caras y la comparación entre sus resultados ha sido difícil. Sería, pues, de la mayor importancia unificar las fichas clínicas empezando por adoptar un sistema sencillo, de manera que la información obtenida por ese procedimiento pudiera servir de base para asegurar la continuidad de la asistencia y la coordinación de los diferentes servicios interesados. Además, esas fichas aportarían datos dignos de crédito para los estudios epidemiológicos.

El consultorio del hospital parece un servicio particularmente indicado para asumir esas funciones y sería conveniente que se establecieran modelos de cuestionarios médicos fáciles de cumplimentar y relativamente completos, aunque sencillos, para uso de los diversos servicios de asistencia médica y en particular de los consultorios. Esos documentos resultarían especialmente útiles cuando un enfermo cambiara de domicilio y tuviera que acudir a otro centro de asistencia, al que se enviaría un resumen del expediente médico del caso. Se evitaría así la repetición de los reconocimientos y se daría además al médico que se encargara del enfermo una información completa y exacta.

El Comité ha convenido en que ese sistema presenta gran interés, pero opina que deberán tenerse presentes las dificultades que surjan en la práctica. Ello no obstante, el Comité considera muy útil el sistema de facilitar toda la documentación necesaria a los médicos que van a hacerse cargo de un caso y, en consecuencia, recomienda que se ensaye siempre que sea posible.

Utilización de los servicios del hospital en las zonas rurales

El Comité se hace cargo de las dificultades con que tropiezan los médicos establecidos en zonas rurales para aplicar los métodos modernos

de diagnóstico y de tratamiento por la insuficiencia de los medios técnicos de que disponen. Por regla general, es imposible efectuar en esas zonas reconocimientos radiológicos y biológicos, lo que da lugar a retrasos y gastos de viaje que hacen desistir de su aplicación. Además, las enfermeras tituladas rara vez se dedican al ejercicio privado de su profesión en los pueblos, con lo que el médico no dispone de auxiliares competentes para la asistencia domiciliaria.

En general se ha admitido en el seno del Comité que la instauración en el medio rural de hospitales que dispusieran de instalaciones técnicas modestas pero eficaces sería una gran ayuda para los médicos de esas zonas y atraería a ellas a otros profesionales competentes. Sin embargo, para alcanzar ese objetivo habría que permitir a los médicos y a las parteras el libre acceso al hospital rural y el uso de los servicios de radiología y diagnóstico que necesitaran sus clientes. Desde luego, esas medidas sólo se podrían aplicar en zonas relativamente prósperas y cuya densidad de población justificara la instalación de un hospital y de un centro de salud con una capacidad de 10 a 30 camas y con medios técnicos adecuados en un núcleo de población situado en el centro de una comarca de 10 000 a 15 000 habitantes, en la que haya establecidos varios médicos y parteras. Los enfermos y sus médicos de cabecera deberían tener libre acceso al hospital y a sus servicios de diagnóstico y de tratamiento en virtud de acuerdos establecidos para cada caso particular pero que, en principio, no deben presentar grandes dificultades.

En los países donde hay pocos médicos, éstos dependen por lo general de las autoridades sanitarias y en consecuencia participan directamente en las actividades de los hospitales locales.

Por último, el hospital rural puede recibir por invitación expresa o periódicamente visitas de especialistas de hospitales más importantes, sea con objeto de evacuar consultas o de practicar operaciones de cirugía menor. En algunos países, las autoridades se han hecho cargo de la importancia de esas medidas y están estudiando la posibilidad de promulgar una legislación bastante flexible para que todos los médicos de una comarca puedan usar las instalaciones técnicas de los servicios públicos.

Conviene, sin embargo, que las actividades del hospital rural no excedan en ningún momento de sus posibilidades técnicas y de sus disponibilidades de personal especializado, por ejemplo, de anestesistas. Hay que extremar la prudencia en autorizar la práctica de operaciones de cirugía mayor en esos hospitales.

En algunos países donde han mejorado mucho los medios de transporte y las comunicaciones son buenas, puede crearse un organismo de carácter regional que determine la situación óptima y la capacidad de cada establecimiento. En algunos de esos países se ha recurrido con frecuencia a establecer comisiones encargadas de asesorar sobre la importancia

relativa de los diversos elementos que deben tenerse en cuenta. Por lo general, esas comisiones están formadas por representantes de los médicos y las autoridades locales.

Las organizaciones de beneficencia y las asociaciones profesionales pueden también contribuir a esa labor facilitando ayuda, subsidios o recursos especiales a los hospitales que sigan sus indicaciones. Hay, por ejemplo, organismos privados que facilitan servicios de laboratorio a ciertos hospitales rurales designados al efecto. Para que este sistema dé resultados es necesario contar con medios de transporte rápidos y fáciles para llevar a los enfermos a los grandes hospitales que son los únicos que disponen del material necesario para tratar los casos difíciles.

La solución de estos problemas es mucho más fácil cuando el sistema de hospitales depende directamente de la administración central.

La distribución de los hospitales rurales y sus disponibilidades de medios técnicos dependerán, como es natural, de las condiciones geográficas, y los organismos responsables, sean privados o públicos, deben tener en cuenta todos los factores del caso. Hay entre esos factores uno cuya importancia nunca se encarecerá bastante: la tendencia natural de los médicos a establecerse en los grandes centros de población.

Coordinación de las actividades en las grandes zonas urbanas

El Comité reconoce que debe mejorarse la coordinación de los servicios de asistencia médica en las grandes zonas urbanas. Se han mencionado numerosos ejemplos de duplicación de actividades y de falta de colaboración entre instituciones semejantes. En los países donde el sistema de hospitales comprende establecimientos públicos e instituciones privadas, se suele tropezar con inconvenientes debidos a la competencia entre ambas clases de centros. Puede incluso suceder que hospitales diferentes pertenecientes a la misma organización soliciten y obtengan instalaciones muy especiales y costosas que habría bastado facilitar a uno de ellos. En algunos casos, los hospitales suburbanos pretenden tener instalaciones comparables a los hospitales clínicos. La construcción de nuevos hospitales debe ajustarse a un plan debidamente ordenado, en el que se tengan en cuenta la población a la que deben prestar asistencia, así como los fondos y el personal disponibles. También se ha observado que en una misma zona urbana y en la misma época ciertos hospitales estaban abarrotados de enfermos, mientras que en otros quedaban muchas camas libres. Para corregir tales anomalías sería muy útil un servicio central que se encargara de acomodar a los pacientes entre los diferentes establecimientos.

En lo que se refiere a los socorros de urgencia, sería muy conveniente adoptar medidas de coordinación para impedir que cada establecimiento instale y mantenga su propio servicio, aun cuando resulte en realidad

superfluo, como puede ocurrir dada la multiplicidad de instalaciones dedicadas al mismo fin.

Las medidas de coordinación varían mucho de un país a otro. Incluso en los países en que se ha llegado a una coordinación completa, ésta sigue planteando problemas por la continua evolución de las técnicas médicas y la incesante expansión de las zonas habitadas. Por ejemplo, en una gran ciudad donde todos los casos de urgencia eran enviados a un solo establecimiento, se hizo patente la necesidad de instalar centros secundarios para evitar un largo transporte, que resulta peligroso en los casos más graves.

En ciertos países la legislación permite, al menos en teoría, coordinar las actividades de asistencia médica, pero la experiencia ha demostrado que, cuando las instituciones encargadas de esas actividades tienen regímenes administrativos muy distintos — algunas de ellas incorporadas a la universidad y otras dependientes de las autoridades locales o de las instituciones benéficas y privadas — la aplicación de la ley resulta difícil en extremo. Ello no obstante, en muchos casos ha sido posible organizar un comité formado por representantes de las principales entidades interesadas para que formulara recomendaciones sobre la coordinación de los establecimientos y la normalización de su equipo. En otros países, la coordinación está confiada en el aspecto técnico a los organismos profesionales privados, y en el financiero a la administración central, incluso en el caso de los servicios médicos de beneficencia. Cuando así ocurre, los colegios de médicos y las asociaciones de hospitales privados establecen normas de instalación que deben observarse en todos los centros. Las decisiones de esos organismos de coordinación sirven de base a la administración para subvencionar a los hospitales que se atienen a las normas.

El Comité ha examinado con particular atención el problema de los *nuevos centros urbanos*. Muchas ciudades en todo el mundo se están extendiendo rápidamente y ciertas grandes urbes están adquiriendo tales dimensiones que es imprescindible establecerse un plan de organización para evitar ciertos errores que pondrían en peligro las condiciones de vida de la población. Hasta hace pocos años, el crecimiento de las grandes ciudades apenas estaba encauzado por las autoridades y se edificaba al azar a medida que se disponía de terrenos y de fondos privados o de subvenciones del Estado. En consecuencia, solían descuidarse los problemas sanitarios, entre ellos la construcción de hospitales, con lo que los habitantes de los barrios nuevos no disponen ahora de las instalaciones preventivas y curativas necesarias para la conservación de la salud.

Las autoridades de ciertos países se han preocupado de esos problemas y han visto la necesidad de dar a las nuevas ciudades y a los distritos sub-urbanos en construcción una estructura orgánica que comprenda una red completa de servicios de asistencia médica y medicina social. Es de

la mayor importancia que los habitantes de los barrios recién construidos dispongan de servicios médicos de todas clases, y debe concederse la atención debida a la organización de servicios de asistencia médica ambulatoria y domiciliaria tan pronto como esos barrios comiencen a poblarse.

Las soluciones adoptadas para los problemas de urbanismo varían de unos casos a otros. Ciertos países tienden a la construcción de ciudades completamente nuevas, cuyos planes se trazan de antemano con todo detalle. En algunas grandes ciudades se proyecta la construcción de grupos de viviendas conectados con el centro para muchas actividades pero que poseen, sin embargo, una estructura interna que comprende en particular los servicios médicos necesarios.

Es conveniente llevar a la práctica esos planes en etapas sucesivas. Como es lógico, debe determinarse desde el primer momento el emplazamiento de las instituciones sanitarias de todas clases, como hospitales, centros médicosanitarios, consultorios y policlínicas, cuya construcción debe ir haciéndose paralelamente a la de las viviendas. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la terminación de las instalaciones más importantes, como los hospitales, puede durar varios años durante los cuales la población se irá instalando en las viviendas ya construídas. Conviene en este caso adoptar soluciones sencillas pero eficaces y poner a disposición de los primeros habitantes del barrio los servicios médicos necesarios, como policlínicas, centros de salud, etc., instalándolos en locales provisionales. En lo que se refiere a la hospitalización de los casos graves, pueden seguir usándose durante cierto tiempo los hospitales existentes, siempre que los medios de comunicación sean adecuados.

Se ha mencionado también la posibilidad de habilitar en esas zonas de nueva construcción algunas habitaciones para enfermos en las primeras viviendas edificadas, con lo que se dispondría inmediatamente de enfermerías de pequeña capacidad.

El Comité reconoce las ventajas que tiene para las administraciones sanitarias establecer una estrecha colaboración con las autoridades encargadas de la construcción de ciudades y barrios nuevos. Esa colaboración exige en particular un detenido cambio de impresiones sobre las condiciones de vida, las necesidades de asistencia médica y el estado sanitario de la población que vaya a instalarse en las zonas recién edificadas. Igualmente, al trazar los planes de urbanización, deben determinarse los emplazamientos más convenientes para la instalación de la red de centros sanitarios, la superficie de cada uno de éstos, sus necesidades de personal, su número de camas y sus diferentes funciones, y la distribución de los recursos financieros. Esto permite a las administraciones interesadas asignar en sus presupuestos anuales los créditos necesarios para la construcción simultánea de nuevas viviendas y de establecimientos correspondientes de asistencia médicosocial.

Administración central

Los miembros del Comité reconocen que en todos los países hay desigualdades en la distribución de los hospitales y en la calidad de los servicios médicosanitarios. Por varias razones, que dependen del dinamismo o la pasividad de las administraciones locales y los organismos privados, del estado de las comunicaciones y de las condiciones económicas, el número de camas de hospital varía considerablemente de unas zonas a otras. Lo mismo puede decirse de los consultorios. Ocurre además, con frecuencia, que las regiones que no disponen de los mejores servicios médicosanitarios son precisamente las que encuentran mayores dificultades económicas para mejorarlos, y no es raro que las diferencias entre las disponibilidades de medios de unas zonas y otras tiendan a acentuarse.

El Comité ha convenido en que incumbe a las administraciones centrales adoptar las medidas necesarias para distribuir los recursos y fomentar las iniciativas encaminadas a atenuar esas diferencias, facilitando la debida ayuda financiera y técnica. El órgano administrativo encargado de esa función puede ser el Ministerio de Sanidad, el Servicio Nacional de Sanidad, la Dirección de Sanidad, el Departamento de Sanidad del Estado o de la provincia, etc., según las tradiciones y las normas en vigor en los distintos países. El término « administración central » se usa en este informe como sinónimo de servicio competente para organizar, coordinar e inspeccionar la asistencia médicosanitaria en una zona de gran extensión. La creación de una red de establecimientos médicosanitarios adecuadamente distribuída exige una legislación que dé a la administración central atribuciones para adoptar las múltiples providencias necesarias. La administración central puede emprender exclusivamente por su cuenta la construcción o instalación de las instituciones de asistencia médica o limitarse a prestar ayuda financiera.

En ciertos países, el Estado subvenciona a los hospitales privados con objeto de mejorar y ampliar sus actividades, establece comisiones especiales que estudian y dirigen el perfeccionamiento técnico de sus servicios y concede ayuda financiera para fomentar la construcción de hospitales nuevos en las condiciones debidas.

Convendría también que la administración central procurase unificar los sistemas de contabilidad de los distintos hospitales a fin de facilitar las comparaciones sobre el costo de sus servicios. La formación profesional de administradores de hospitales podría ser también de su incumbencia, lo mismo que la organización de un sistema de hospitales, basado en la regionalización de los servicios. Para este último menester, la administración central podría solicitar el asesoramiento de distintas instituciones, de conformidad con la estructura económica y política de cada país. Sería igualmente útil establecer normas y reglamentos de arquitectura, con

objeto de facilitar la construcción de establecimientos nuevos y disminuir los costos.

Por último, la administración central debe establecer y desarrollar su plan en colaboración con otras administraciones nacionales en todos los aspectos relativos a la distribución de la población, la localización de las industrias en el territorio nacional, la eficacia de la red de comunicaciones y las disponibilidades de materiales de construcción y de equipo técnico.

El Comité reconoce que los problemas que plantean la coordinación y el establecimiento de los planes, lo mismo en escala nacional que en relación con la construcción de nuevos barrios o ciudades, merecen la más detenida consideración.

RESUMEN

El Comité ha empezado por dar una definición de la asistencia médica, que encarece la importancia de la persona y se funda en una concepción muy amplia de los servicios de asistencia preventiva y curativa.

Se consideran servicios de asistencia médica a los fines del presente informe los de asistencia ambulatoria en los consultorios, los de asistencia domiciliaria y los de asistencia y rehabilitación médica consecutivos a la hospitalización. Como la asistencia médica comprende también la prestación de servicios preventivos de carácter individual, se ha convenido en que los reconocimientos profilácticos para la localización de enfermedades no diagnosticadas, la educación sanitaria, y la inmunización, siempre que se practican con ese carácter y con ocasión de una consulta médica, deberían considerarse funciones de asistencia médica.

Se ha encarecido la necesidad de evitar soluciones de continuidad en la asistencia médica facilitando la transición entre el tratamiento ambulatorio o domiciliario y la hospitalización, y entre ésta y la reanudación de la asistencia por el médico de cabecera.

Se ha reconocido que los servicios de asistencia domiciliaria son un complemento útil de la asistencia en el hospital. Esos servicios deben organizarse tomando por centro el hospital siempre que el sistema de hospitales sea bastante extenso. Ello no obstante, los servicios de asistencia domiciliaria serán en determinadas circunstancias el primer paso hacia la organización de la asistencia médica y deberán tener carácter autónomo.

Los servicios de asistencia y de rehabilitación médica para los casos dados de alta en el hospital son la prolongación obligada del servicio de hospitales y de la asistencia domiciliaria y, cuando están bien organizados, permiten acortar la hospitalización y aseguran la continuidad

de la asistencia y el enlace con otros servicios de carácter educativo y social.

El Comité ha estudiado la eficacia de la asistencia en el hospital en relación con la asistencia domiciliaria tomando como términos de comparación la duración de la estancia en el hospital, el índice diario de ocupación de camas, los aspectos sociales y psicológicos del tratamiento en el hospital y los resultados médicos del tratamiento domiciliar y ambulatorio. Se ha reconocido que la asistencia ambulatoria y domiciliaria es recomendable, pues sus resultados pueden compararse con los que se obtienen en el hospital y, en ciertas circunstancias y para determinadas enfermedades, son incluso mejores.

La educación sanitaria, la asistencia domiciliaria a los ancianos y la organización de servicios médicos para las nuevas ciudades industriales son, a juicio del Comité, problemas de gran importancia y por eso han sido objeto de particular atención en el presente informe.

Se ha examinado la función que incumbe a cada uno de los servicios participantes en los programas de asistencia médica y se reconoce que los principales elementos de un programa completo de asistencia ambulatoria y domiciliaria para una población determinada son los dispensarios, las policlínicas, los consultorios, los centros de salud, los médicos particulares, los servicios de medicina del trabajo, los centros de rehabilitación médica y las llamadas instituciones intermedias como casas de convalecencia, hospitales diurnos, etc.

Se recomienda con particular encarecimiento la coordinación de esos servicios en todas las escalas de la administración con objeto de evitar cualquier duplicación parcial o total de las actividades y las pérdidas de tiempo y los esfuerzos innecesarios que de ello resultarían. Se considera conveniente que haya una administración central con atribuciones para organizar, coordinar e inspeccionar las actividades.

• ***Crónica de la OMS***

que editan los servicios de la OMS, está destinada a los médicos y a los profesionales de sanidad y recoge las informaciones de cada mes sobre las principales actividades emprendidas con ayuda de la OMS en los diversos países. Contiene además resúmenes y reseñas detalladas de las demás publicaciones de la Organización. La *Crónica* se publica en español, francés, inglés, ruso y chino.

• ***Bulletin of the World Health Organization***

es una revista mensual de unas 200 páginas, que publica en francés e inglés artículos científicos escritos por médicos y especialistas en cuestiones sanitarias.

• ***Salud Mundial***

es una publicación [ilustrada] para dar al público en general una idea de las actividades que la OMS despliega en el mundo entero y presentar algunos de los aspectos más salientes de la labor sanitaria. Sale cada dos meses en español, francés, inglés y portugués.

La OMS edita asimismo la *Serie de Informes Técnicos*, la *Serie de Monografías*, el *Epidemiological and Vital Statistics Report* y el *International Digest of Health Legislation* que se describen en un catálogo, del que se envía un ejemplar gratuito a quien lo solicite.