

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 499

ORGANIZACION DE LAS ADMINISTRACIONES LOCALES E INTERMEDIAS DE SANIDAD

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA
1972

© Organización Mundial de la Salud 1972

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones y Traducción, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN FRANCE

INDICE

	Página
1. Introducción	5
1.1 Definición de los términos relativos a la organización de servicios sanitarios	6
2. Objetivos y funciones de las administraciones de sanidad	7
2.1 Objetivos	7
2.2 Funciones	8
3. Organización y gestión de servicios sanitarios completos a nivel local e intermedio	9
3.1 Funcionamiento de los distintos sistemas	11
3.2 Problemas especiales que plantea la administración de servicios sanitarios locales e intermedios	12
4. Regionalización de los servicios sanitarios	15
4.1 El concepto de regionalización	15
4.2 Características singulares de los servicios sanitarios regionales	17
4.3 Aspectos operativos a nivel regional	20
4.4 Conclusión	21
5. Otros posibles sistemas de regionalización	22
5.1 Centralización y descentralización	22
5.2 Descentralización	22
5.3 Descentralización parcial	23
5.4 Comentario	24
6. Recomendaciones	25
6.1 Objetivos y funciones de las administraciones de sanidad locales, intermedias y regionales	25
6.2 Coordinación	25
6.3 Ajustes e innovaciones en los sistemas sanitarios	25
6.4 Colaboración con el usuario de los servicios sanitarios	26
6.5 Educación	26
6.6 Investigación	26

**COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN ORGANIZACION
DE LAS ADMINISTRACIONES LOCALES E INTERMEDIAS DE SANIDAD**

Ginebra, 26 de octubre - 2 de noviembre de 1971

Miembros:

- Dr. S. L. Adesuyi, Asesor Médico Jefe del Gobierno Federal, Ministerio Federal de Sanidad, Lagos, Nigeria
- Dr. E. M. Backett, Jefe del Departamento de Sanidad de la Comunidad, Escuela de Medicina de la Universidad de Nottingham, Nottingham, Inglaterra (*Relator*)
- Dr. C. J. Cummins, Director General de Salud Pública, Departamento de Sanidad, Sydney, Nueva Gales del Sur, Australia (*Vicepresidente*)
- Dr. Farag Rizk Hassan, Subsecretario de Estado, Ministerio de Sanidad, El Cairo, Egipto (*Presidente*)
- Dr. G. James, Presidente del Centro Médico Mount Sinai, Nueva York, EE. UU.
- Dr. P. M. Kaul, Nueva Delhi (India), Ex-Subdirector General, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza
- Dr. J. Kostrzewski, Profesor de Epidemiología, Jefe del Departamento de Epidemiología, Instituto de Higiene del Estado, Varsovia, Polonia

Secretaría:

- Dr. Dj. Jakovljevič, Secretario de Estado, Servia, Belgrado, Yugoslavia (*Asesor temporero*)
- Profesor P. Vellas, Director del Instituto de Estudios Internacionales y sobre Países en Desarrollo, Toulouse, Francia (*Asesor temporero*)
- Dr. P. R. J. Tassin, Médico, Servicios de Salud Pública, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)

ORGANIZACION DE LAS ADMINISTRACIONES LOCALES E INTERMEDIAS DE SANIDAD

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

Del 26 de octubre al 2 de noviembre de 1971 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos en Organización de las Administraciones Locales e Intermedias de Sanidad. Inauguró la reunión, en nombre del Director General, el Dr. N. Jungalwalla, Director de la División de Organización de Servicios Sanitarios, y dio la bienvenida a los miembros del Comité.

1. INTRODUCCION

Desde su fundación, la OMS viene interesándose por organizar los servicios sanitarios. Se han celebrado reuniones de comités de expertos en aspectos como los servicios sanitarios locales;¹ servicios de ámbito local, así como regional y otros intermedios;² regionalización de los servicios de hospital;³ planificación de los servicios de salud pública;⁴ servicios sanitarios urbanos;⁵ planificación sanitaria nacional en los países en desarrollo y sus consecuencias para el adiestramiento;⁶ y administración y planificación de hospitales.⁷

Además, en la 23ª y la 24ª Asambleas Mundiales de la Salud se aprobaron resoluciones sobre el desarrollo de los servicios sanitarios nacionales con especial referencia a su organización y gestión, y se eligió como tema de las discusiones técnicas de 1972 la contribución de los programas de salud al desarrollo económico y social. Por último, el Consejo Ejecutivo eligió como tema de su estudio orgánico de 1973 el titulado « Métodos para promover el desarrollo de los servicios básicos de salud ».

Es evidente, pues, que los Estados Miembros se percatan de la necesidad de mejorar la planificación y la prestación de servicios sanitarios, y algunos de ellos están estudiando la aplicación de métodos modernos de gestión a sus programas. Se requiere un esfuerzo constante para coordinar e integrar las actividades sanitarias en un sistema coherente que aproveche al máximo los recursos existentes para atender a las necesidades sanitarias

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1960, N° 194.

² *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1954, N° 83.

³ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, N° 122.

⁴ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, N° 215.

⁵ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1963, N° 250.

⁶ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, N° 350.

⁷ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1968, N° 395.

de la población. Si han de alcanzarse esos objetivos, habrá que crear los oportunos mecanismos para planificar y evaluar programas sanitarios a nivel central, y para organizar administraciones sanitarias en los planos intermedio y local que logren la ejecución racional de esos programas.

Se tiende cada vez más a descentralizar o a regionalizar los servicios sanitarios. Todo sistema regionalizado de centros sanitarios de ámbito local e intermedio es muy complejo. Si se quiere que la prestación de los servicios sanitarios regionales sea plenamente eficaz, éstos han de quedar libres del sinnúmero de obstáculos administrativos que, a juicio de ciertos economistas, son uno de los principales impedimentos que se oponen al desarrollo de ciertos países. Hay que modificar los actuales trámites administrativos y modernizar las técnicas de gestión. En este aspecto pueden aportar una provechosa lección los éxitos y fracasos de los países desarrollados.

Por ello, la tarea principal del Comité consistía en orientar a las autoridades que creaban o se disponían a crear administraciones sanitarias en el plano regional y otros intermedios, así como a nivel de los servicios sanitarios locales.

1.1 Definición de los términos relativos a la organización de servicios sanitarios

Centralización. Acto de agrupar operaciones del mismo tipo, o actividades de función similar, combinándolas para que formen un grupo o unidad central con delegación de facultad para aplicar medidas ejecutivas.

Asistencia sanitaria completa. Fomento de la salud; *prevención* de la enfermedad en todos los planos; *diagnóstico* precoz y *tratamiento* de las enfermedades y *rehabilitación* de los enfermos. Supone educación sanitaria en todas esas fases.

Concentración y desconcentración. Términos empleados para describir diversos grados de centralización administrativa. Cuantas más facultades delega una administración centralizada, y más agentes envía a trabajar a la periferia, mayor se considera la desconcentración.

Descentralización. Dispersión de un mismo tipo de trabajo o de actividad, con plenos poderes ejecutivos, hacia las autoridades competentes de diversos sectores alejados del centro, con lo que el trabajo se acerca a la fuente iniciadora de la actividad.

Desconcentración. Véase *Concentración*.

Evaluación de los servicios sanitarios. Proceso de medición del valor de los servicios. Este proceso suele implicar a su vez mediciones de la *eficacia* (hasta qué punto los servicios alcanzan sus objetivos), de la *relación costo-rendimiento* (con qué acierto se aprovechan los recursos), y de la *calidad*.

Sector intermedio. Entidad, estado, región, provincia o distrito que, disfrutando de apoyo político, es capaz — en función de sus recursos (reales o posibles) — de administrar un programa sanitario general dentro de sus límites geográficos, y a los cuales cabe conceder con tal fin autoridad ejecutiva suficiente.

Administración intermedia de sanidad. Organismo que administra y vigila los servicios de una serie de sectores sanitarios locales. En esta definición entran varios tipos orgánicos y funcionales de servicio sanitario intermedio. Puede haber más de un servicio sanitario intermedio entre las autoridades sanitarias locales y las centrales. La administración regional de sanidad es un ejemplo de servicio sanitario intermedio.

Sector sanitario local. Sector en el que radican y se administran los servicios sanitarios para atender a una comunidad local urbana o rural.

Región. Subdivisión de un país a efectos de la planificación del desarrollo socioeconómico. Suele tener los mismos límites geográficos que una o varias de las demás unidades administrativas, y con frecuencia posee características especiales de índole demográfica, topográfica, cultural, social o económica que hacen necesaria o conveniente una planificación por separado.

Regionalización de los servicios sanitarios. Consiste en racionalizar los servicios de manera que presten asistencia sanitaria completa a una colectividad o a un grupo de colectividades. En ese contexto afecta a los servicios sanitarios locales y a los intermedios, y entraña que la asistencia y el apoyo sanitarios se distribuyan mediante los recursos estratégicamente situados en el área de la comunidad o las comunidades atendidas. A nivel internacional, la regionalización implica el uso común de recursos por grupos de países, para conseguir el aprovechamiento óptimo de aquéllos.

Planificación regional. Síntesis multidimensional e interdisciplinaria de los aspectos económico, social y espacial del desarrollo.

2. OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LAS ADMINISTRACIONES DE SANIDAD

2.1 Objetivos

El Comité examinó varios objetivos generales, cuya consecución se consideró indispensable para el buen funcionamiento de los servicios sanitarios. Los principales de esos objetivos son:

a) *Amplitud.* Es preciso disponer de servicios sanitarios completos para todos.

b) *Accesibilidad*. Los servicios sanitarios han de estar situados dentro de la comunidad o muy cerca de ella, para que ésta sepa que dispone de ellos.

c) *Calidad*. Tanto el administrador sanitario como el médico han de procurar prestar asistencia médica y sanitaria de alta calidad. Por lo que al médico se refiere, la calidad se consigue mediante competencia profesional basada en conocimientos puestos al día. Por ello son esenciales la formación, la experiencia y las innovaciones que reflejen los adelantos de la Medicina. El administrador, por otra parte, ha de absorber también las ideas modernas, lo cual puede obligarle a actualizar sus conocimientos.

d) *Adaptabilidad*. Es preciso que las administraciones de sanidad sean dinámicas en todo momento, para ajustarse a los cambios de circunstancias sociales, económicas y políticas y satisfacer la demanda creciente que se impone a los servicios sanitarios existentes.

e) *Facultad de influir y de interpretar*. Los sistemas administrativos son vínculos activos entre el personal ejecutivo y la población. Por consiguiente, deben intervenir en los procesos por los que se moldean e interpretan los criterios oficiales y los deseos de la población. Ello supone que el administrador sanitario ha de educar al usuario. Este, a su vez, participa no sólo expresando sus deseos, sino además interviniendo activamente en la determinación de sus cuestiones de salud. Se establece una acción recíproca entre el administrador sanitario y los usuarios.

2.2 Funciones

Las actividades del administrador sanitario corresponden a seis categorías principales:

a) *Planificación, determinación de prioridades y asignación de recursos*. Suelen incumbir a la autoridad sanitaria central, o, por lo menos, a los administradores de las zonas más vastas. Convendría extender esas funciones a niveles inferiores, por ser inherentes al proceso de transformación de las normas en acción.

b) *Transformación de las normas en servicios e instituciones identificables y viables*. Esta función corresponde sobre todo a las administraciones intermedias de sanidad, aunque se ejerce a todos los niveles y constituye quizá la misión principal del administrador sanitario.

c) *Prestación de servicios*. Los servicios sanitarios deben prestarse en un contexto más amplio que lo que se acostumbra. Todos los servicios preventivos y curativos habrán de tener en cuenta los factores ambientales, socioeconómicos y de vivienda que afectan a la salud de las poblaciones. Las administraciones sanitarias deberán «orientarse hacia el servicio»,

es decir, intervenir directamente en la prestación de asistencia preventiva y curativa, o en la educación sanitaria.

d) La *evaluación* es parte importante de la labor del administrador sanitario (sobre todo, de los servicios que éste presta). El administrador ha de comprender los procesos utilizados, incluso cuando son especialistas técnicos quienes se encargan de la evaluación. Es ésta una función que atañe casi siempre a los administradores de nivel intermedio.

e) El *fortalecimiento de la moral*, tanto dentro del servicio como de la comunidad local, recurriendo a consultar al usuario y conseguir su participación, constituye un aspecto menos aceptado, pero no por eso menos importante, de la misión del administrador sanitario.

f) *Educación sanitaria*. El administrador sanitario interviene cada vez más en la educación sanitaria de la población a que atiende, y por ello ha de procurarse su instrucción permanente mediante la formación básica, cíclica y dentro del servicio.

Además de estas funciones principales, el administrador sanitario realiza tareas de índole más general, tales como la nueva determinación de objetivos, la movilización de recursos, la coordinación e integración de los servicios de salud, y el logro de la coordinación con otros servicios que indirectamente se ocupan de la salud (véase la pág. 14).

3. ORGANIZACION Y GESTION DE SERVICIOS SANITARIOS COMPLETOS A NIVEL LOCAL E INTERMEDIO

Las características de las administraciones de sanidad locales y, en mayor medida, de las intermedias, varían según la historia, la cultura y el país. El Comité no tenía noticia de ninguna entidad intermedia que pudiera calificarse de ideal o estuviese en vías de serlo. Tampoco existía ningún modelo « puro » de servicios sanitarios totalmente centralizados o descentralizados (si bien se aproximasen a estos últimos varios sistemas semiautónomos federales, ya provinciales o estatales).

Entre los muchos factores importantes capaces de alterar la relación entre los niveles de administración sanitaria central, intermedia y local, se describen brevemente a guisa de ejemplo los cuatro siguientes:

Naturaleza y complejidad de las necesidades sanitarias. Es bien sabido que la evolución de la situación sanitaria de un país provoca cambios radicales en la estructura administrativa de sus servicios sanitarios. En zonas poco desarrolladas y con pocos servicios, y en las que las necesidades sanitarias primordiales son la vigilancia fundamental del medio y la lucha contra las epidemias, un sistema central es el que más probablemente conseguirá medidas rápidas y el mejor aprovechamiento de los recursos

disponibles. Con frecuencia, no existen estructuras intermedias, y los servicios locales pueden ser tan rudimentarios que requieran reforzarse mediante grupos móviles. A medida que el sector se desarrolla, puede adquirir una administración lo bastante amplia y eficiente para formar, primero, administraciones locales y, luego, intermedias. Además, a medida que cambian sus necesidades sanitarias aumenta la posibilidad de contar con servicios sanitarios personales. Una vez dominadas las principales enfermedades transmisibles, cabe suavizar la autoridad central y proyectar un movimiento descentralizador. Esta descripción — acaso simplificada en exceso — muestra la complejidad de las relaciones entre el desarrollo socioeconómico de un país, la índole de sus problemas sanitarios, y su facultad de descentralizar los servicios de salud mediante la creación o el fortalecimiento de las administraciones intermedias.

Cuando las enfermedades crónicas revisten creciente importancia se requiere una vigilancia más sutil del medio, tipos diferentes de educación sanitaria, y servicios más complejos. El examen colectivo para identificar dolencias, y la cirugía avanzada, exigen una administración intermedia cuyo volumen óptimo vendrá determinado por la prevalencia patológica, los medios con que se cuente (hospitales especiales, etc.) y la distribución de especialistas entre los grupos médicos.

Influye también en la forma y la complejidad de los servicios locales la morbilidad general. Así, la continuidad de la asistencia (característica de los sistemas en que los enfermos son atendidos largo tiempo por el mismo médico) puede tener más importancia en países cuyo problema sanitario principal lo constituyan las enfermedades crónicas, que en aquellos donde la amenaza principal sean las infecciones a corto plazo.

Lugar que corresponde a las administraciones de sanidad en la estructura jurídica y administrativa de un país. Las administraciones de sanidad han de formar parte de la estructura jurídico-administrativa de un país. Sus probabilidades de éxito son máximas cuando se atienen a esa estructura, sobre todo recordando que la salud guarda relación, a nivel local e intermedio, con los seguros sociales, la legislación, la ingeniería sanitaria y la veterinaria de salud pública.

Diferencias en materia de desarrollo socioeconómico, recursos fiscales y normas tributarias. Como las administraciones de sanidad son costosas en personal y en dinero, y es difícil calcular el beneficio que las poblaciones obtienen de algunos tipos de asistencia médica, se concede a veces inferior prioridad al incremento de los servicios sanitarios. Esa reflexión no tiene por qué impedir que se organicen servicios intermedios y locales, aunque a veces éstos hayan de retrasarse, o aplicarse por etapas. Así, el análisis de costos y beneficios, aunque útil, no puede ser el único factor determinante para fijar prioridades en materia de planificación sanitaria. En tales circunstancias, quizás el único sistema viable sea una organización sanitaria

central. En efecto, al asignar con equidad los recursos, y sobre todo las subvenciones, cabe reducir las desigualdades y el desequilibrio en la creación de servicios sanitarios periféricos entre zonas de potencial económico diferente.

Diferencias de amplitud de la medicina privada. Los servicios privados fortuitos — y sin embargo avanzados — que han aparecido en algunas zonas vienen estorbando la concordancia de administraciones intermedias y locales. Sin embargo, ese desarrollo no vigilado parece tener una ventaja: la diversidad estructural característica del sector sanitario privado da margen para experimentos y evaluaciones, porque permite comparar los modelos entre sí.

3.1 Funcionamiento de los distintos sistemas

No existen modelos rígidos de centralización y descentralización; y son tantas las diversas formas de administración como lo consientan la iniciativa y la imaginación del legislador.

Por supuesto, los servicios sanitarios están sujetos al modelo adoptado en cada país, pero dentro de ese modelo poseen rasgos especiales propios. La centralización y la descentralización pueden considerarse desde dos puntos de vista: el *estructural*, que se refiere a la distribución de los recursos entre el centro y la periferia, y el *administrativo*, que atañe a la adopción de decisiones. La descentralización estructural puede entrañar la agregación de personal e instalaciones en la periferia, con frecuencia en instituciones sencillas. Y viceversa, en un sistema estructuralmente centralizado, los recursos pueden concentrarse centralmente, a menudo en grandes y complicadas instituciones. Estas tendencias son muy acusadas en materia de asistencia sanitaria, de la cual dispone más fácilmente el usuario cuando los servicios de salud son de estructura descentralizada. Pero los servicios médicos y de salud pública se han complicado y especializado tanto, que se tiende a instituciones grandes y complejas que requieren centralización estructural. Los países resuelven de diversos modos ese problema, recurriendo a distintas combinaciones de elementos; una fórmula corriente de transacción suele ser la de descentralizar la asistencia primaria y centralizar la especializada.

La centralización administrativa implica que un solo órgano directivo regule casi todas las actividades de todos los centros sanitarios de un país. El ministerio de sanidad es el que decide, si se han de proporcionar o no determinadas instalaciones y tipos de personal para cada escalón del sistema. Además, las normas referentes, por ejemplo, al envío de enfermos a los establecimientos competentes, al funcionamiento del sistema de archivo, y a la enseñanza continua, se establecen centralmente, aunque muchas de las decisiones se dejan al criterio de las distintas instituciones.

La descentralización administrativa concede a cada institución gran libertad para adoptar medidas basadas en sus propias decisiones.

Los servicios sanitarios nacionales favorecerán uno u otro tipo de organización según las circunstancias locales, con el fin de lograr un equilibrio entre el objetivo y los medios de alcanzarlo. Una transacción viable en este aspecto puede consistir en regionalizar los servicios sanitarios.

Los principios de descentralización y de delegación de autoridad son inherentes a la organización y administración de servicios sanitarios generales a nivel local e intermedio. Históricamente, los sistemas sanitarios han estado siempre muy centralizados, y ha sido escasa la delegación de poderes ejecutivos y de gestión desde el centro hacia la periferia. Las limitaciones de responsabilidad pueden ser implícitas, o figurar en las normas de origen central y estipuladas o modificadas después por instrucciones, decretos y servicios de inspección. Aun dentro de un sistema central, puede haber una distribución regional y la gestión local de los servicios. Sin embargo, a falta de movilidad y de autoridad para adoptar decisiones en el plano local, la gestión de los servicios regionales no es sino una imitación — en menor escala — de la organización central, y depende de ésta.

La descentralización es una buena inversión en materia de gestión porque permite comprobar *a posteriori* el acierto de las decisiones adoptadas en cumplimiento de la política nacional. La autoridad transferida del plano central al local y al intermedio dependerá de la competencia de estos últimos niveles para recibirla y aplicarla con provecho.

El aprovechamiento óptimo de los recursos humanos y de otra índole en una zona determinada, justifican ampliamente la descentralización.

3.2 Problemas especiales que plantea la administración de servicios sanitarios locales e intermedios

3.2.1 Prioridades en el uso de los recursos

En los países donde el costo de la asistencia médica aumenta de modo impresionante, o donde hay restricción de recursos, el afán de reducir costos y de aprovechar mejor los recursos ha venido a ser un nuevo estímulo para la investigación de esa asistencia: buena parte de esos estudios se encaminan a determinar un orden de prioridades en la asignación de los escasos recursos, pero hasta la fecha los resultados no se han aplicado mucho a la práctica. Es probable que este sector de la gestión se convierta en uno de los más remuneradores de la administración sanitaria, y vienen fomentándolo considerablemente los nuevos conceptos de la evaluación.

Es probable también que los estudios de costos y beneficios (véase la pág. 20) resulten cada vez más valiosos para adoptar decisiones, con tal que sean sencillos y no descuiden el elemento humano. Todas las modernas

técnicas cuantitativas de gestión dependen de la exactitud de los antecedentes, por lo que el archivo de datos adquiere más importancia a medida que progresa la informática. En su función tradicional como centro difusor de información, la OMS puede contribuir mucho a estimular y coordinar las investigaciones sobre esta importante materia.

3.2.2 *Supervisión e inspección de la calidad*

Se vigilará la calidad de la asistencia médica y sanitaria tanto desde el punto de vista técnico como administrativo.

3.2.3 *Coordinación entre los distintos niveles*

Nunca se insistirá bastante en la necesidad de que los dirigentes administrativos sean idóneos, ya que la calidad de las relaciones humanas en el seno de la jerarquía depende mucho de ese particular. Sin una buena coordinación vertical y horizontal, se corre el peligro de que en el plano local se produzcan confusión, pugnas, e incluso duplicación de servicios. Por ello se justifican los estudios especiales de los mejores métodos de comunicación entre los distintos niveles de una administración.

3.2.4 *Integración de los servicios*

Se ha comprobado que la integración de los servicios es uno de los problemas más espinosos. Es difícil integrar, aun en condiciones óptimas, los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, así como la asistencia social y otras prestaciones afines. Y sin embargo, así lo exige la orientación general. Cuando todos esos servicios pertenecen a estructuras administrativas distintas, su integración resulta más dificultosa aún. El problema es, sobre todo, de gestión, con tres derivaciones principales:

Educación. Hay que instruir a los administradores sanitarios en las técnicas elementales de gestión e impulsarles a que adopten un criterio global, ecológico o completo.

Coordinación. Cuando hay coincidencia de actividades en sectores administrativos, importa que las autoridades que administran los distintos servicios coordinen sus esfuerzos para prestar a las mismas poblaciones los mismos servicios.

Consultas. Por último, celebrar consultas es un medio valioso de fomentar la coordinación y la cooperación. Los representantes de cada administración deberán reunirse periódicamente para debatir problemas de interés común.

En la integración de los servicios, el médico tiene su función que desempeñar como administrador y coordinador.

3.2.5 *Inspección de los servicios que, afectando a la salud, no incumben a las administraciones sanitarias*

En muchos países, la vivienda, el saneamiento, los seguros sociales, la higiene del trabajo, la defensa, la educación, la veterinaria¹ y otros servicios que influyen en la salud de las poblaciones están casi completamente separados de las administraciones sanitarias propiamente dichas. A veces, no hay ni cooperación ni coordinación. Sin embargo, a medida que se conocen mejor los problemas planteados por la contaminación, el riego, las radiaciones, la vivienda y la nutrición, es más necesaria la correlación entre esos servicios y los sanitarios. Los problemas que plantea el envejecimiento de las poblaciones, así como la migración, el turismo y los viajes aéreos, no hacen sino subrayar las posibilidades de la asistencia sanitaria.

Toda idea moderna del sistema ecológico humano y de la historia natural de las enfermedades ha de reclamar no sólo la cooperación entre esos distintos servicios, sino también — en algunos proyectos relacionados con la salud — la participación de los administradores sanitarios en todas las decisiones que se adopten. En efecto, hay países donde es obligatorio que esos proyectos se examinen con las administraciones sanitarias, e incluso que éstas den su visto bueno.

3.2.6 *Relaciones con instituciones voluntarias y especializadas, programas especiales, y grupos de usuarios*

Los programas de algunas instituciones especializadas pueden ir en contra de los sistemas nacionales de administración sanitaria y, al hacer que todas sus actividades se centren en un problema determinado, perturbar las prioridades y dar lugar a que se encaucen mal las capacidades. Podrá evitarse esa situación si se aprovechan al máximo las estructuras existentes, sin detrimento de los programas de dichas instituciones especializadas, y fomentando prácticas administrativas que tengan utilidad una vez terminados los programas.

Por motivos constitucionales, muchas administraciones intermedias y locales tienen que consultar a la población local. La cooperación con los grupos de usuarios (tengan éstos o no poderes constitucionales) exige una gran atención porque, aunque es éste un objetivo fundamental de la administración sanitaria, el atender todas las demandas del público puede dar lugar a que se perturbe el orden de prioridades auténticas.

3.2.7 *Adaptación a los cambios*

Ya se ha hecho mención de algunas de las variaciones que se experimentan en la morbilidad general y en la tecnología de la Medicina. Es

¹ Dada la gran importancia que para el hombre tienen las zoonosis, cabe decir mucho en pro de que el servicio de veterinaria de salud pública sea parte integrante de las actividades sanitarias, sobre todo en los planos local e intermedio.

preciso que las innovaciones en los servicios sanitarios marchen al unísono con esos cambios, y no cabe duda de que podrán hacerlo más fácilmente si resultan satisfactorias las nuevas técnicas cuantitativas de vigilancia. Parece probable que, si se consigue que la educación que ha de fomentar la idea de la innovación vaya unida a la selección de personal destinado al « potencial innovador », se habrá adelantado bastante. Sin embargo, muchos sistemas aseguran al administrador una carrera segura, con perspectivas de ascenso. En otros sistemas más adaptables a los cambios, los ascensos se destinan sobre todo a los innovadores.

4. REGIONALIZACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

4.1 El concepto de regionalización

La regionalización supone encuadrar al personal y los servicios de salud pública en consonancia con la vida económica, social y cultural de la región. La coordinación en el plano nacional se efectúa con la administración sanitaria central. A veces hay coordinación interregional con ciertos elementos de sistemas sanitarios regionales adyacentes. La administración sanitaria regional puede estar centralizada o descentralizada. Su propósito principal es ajustar las normas centrales al contexto local, teniendo en cuenta determinadas circunstancias demográficas y epidemiológicas y el buen aprovechamiento de los recursos. Incita a la comunidad a intervenir en la dirección de sus propios asuntos sanitarios.

En la mayoría de los países, la evolución histórica ha seguido influyendo en las estructuras existentes. Algunos hay en los que, por ser tradicional la planificación central, sigue siendo central la gestión. A medida que los servicios han aumentado en cantidad y mejorado en calidad — ensanchándose así su radio de acción — las ventajas teóricas de la gestión central se han visto contrarrestadas con creces por los inconvenientes que supone mantener una vigilancia ejecutiva eficaz. Por ello es ya necesario contar con una nueva estructura orgánica de los servicios sanitarios particulares y colectivos, manteniendo el control central pero fomentando la gestión local.

Así, el vocablo « regionalización » utilizado en administración sanitaria ha venido a significar mucho más que la delimitación de fronteras y de características regionales. Se ha convertido en un concepto de acción coordinada e integrada: la creación de nuevos vínculos entre las instituciones de una región, más que la determinación de los ya existentes. Por ello, se ha definido la regionalización como « la organización y coordinación de todos los recursos y servicios sanitarios de un sector, para mantener el nivel máximo posible de asistencia médica y ajustar el programa sanitario

completo a las características y necesidades del sector ».¹ En fase posterior, supone la fusión de todos los servicios e instituciones sanitarios de un sector — incluso de los centros docentes y las escuelas de medicina, si los hubiere — en un sistema organizado e integrado.

Cabe utilizar diversos criterios para definir una región: las características físicas (factores geográficos), como por ejemplo los valles fluviales (regiones definidas); los recursos agrícolas o de otra índole (regiones de recursos); las circunstancias económicas (regiones funcionales); el grado de urbanización (regiones urbanas); los planes de desarrollo (regiones de planificación); y otros criterios especiales para ciertos fines o que apunten a sectores menos desarrollados o estacionarios. En cuanto a la prestación de servicios sanitarios, cabe considerar la región como la máxima unidad abarcada por el usuario, la mínima unidad apta para la lucha contra las enfermedades, o la unidad más vasta compatible con las buenas comunicaciones. Sea cual fuere el criterio que se aplique, conviene que la administración sanitaria de ámbito regional sea administrativamente capaz de una fácil coordinación con los demás servicios que puedan guardar relación con la labor sanitaria, y deberá abarcar los mismos sectores geográficos que ellos. Además, la regionalización de los servicios sanitarios supone una estructura en la que el insumo, las funciones y los recursos reciban atención primordial. El tamaño de la región deberá guardar relación con sus funciones, así como con la prevalencia patológica y el volumen de población atendido. Muchas regiones sanitarias tienen por centro natural una escuela de medicina y se consideran como focos de competencia médica poseedores de medios para atender a todas las necesidades sanitarias.

Merece especial mención la relación entre los servicios sanitarios regionalizados y el desarrollo regional. El concepto de integración tiene derivaciones de orden sanitario para la teoría y la práctica del desarrollo socioeconómico. Hay cuatro aspectos principales de la integración que se enlazan con factores sociales y económicos: la integración *física*, es decir, la incorporación de sectores independientes (las llamadas « bolsas aisladas ») a los planes nacionales de desarrollo mediante la mejora de los medios de transporte y de las comunicaciones; la integración *económica* (influida por la integración física), que se refleja en la expansión del comercio y en la concentración de ciertas actividades económicas en las regiones de mayores posibilidades de desarrollo; la integración *social*, para reducir las desigualdades regionales en cuanto a disponibilidad de medios de salud, instrucción y recreo para toda la población; y la integración *política*, para mejorar la participación del público en los procesos resolutivos relacionados con el desarrollo nacional.

A medida que se ensancha el concepto de desarrollo, se amplía la planificación. Pero también se patentizan más las dificultades inherentes a

¹ Grant, J. B. (1955) *J. med. Educ.*, 30, 73-80.

la planificación central para toda la nación. Muchos países pasan entonces gradualmente de la planificación nacional a la territorial. Otros, donde la planificación solía ser esencialmente local o urbana, empiezan a percatarse de que aquella debiera extenderse hasta abarcar, por lo menos, el sector que influye directamente en el desarrollo de una ciudad y es influido por éste. Partiendo, pues, de conceptos de planificación opuestos, se acepta ya la región como nivel cómodo para la planificación y la acción. En adelante, al delimitar las regiones sanitarias, habrá que ver con detenimiento qué tipos de planificación y de administración regionales se preparan simultáneamente en esferas que no sean la sanitaria.

Los servicios de salud no sólo han de contribuir al desarrollo regional integrado facilitando conocimientos técnicos sobre ciertos arduos problemas que afectan directamente a determinados programas del desarrollo, sino que además han de intervenir en el proceso de « formación de instituciones ». La institución sanitaria tiene una importante función social que desempeñar como infraestructura de centros agrícolas, comerciales, docentes y de investigación.

Hay una nueva tendencia que consiste en ampliar el concepto de regionalización al plano internacional, para lo cual se coordinan los servicios sanitarios de varios países de manera que formen actividades regionales conjuntas; se adoptan programas regionales conjuntos por parte de varios países; y asimismo se crean servicios regionales permanentes, tales como escuelas de medicina, hospitales especializados y centros de investigación, con objeto de aprovechar al máximo los recursos de los distintos países de la región.

Al principio, la regionalización de los servicios sanitarios se consideraba sobre todo como un proceso funcional para racionalizar la prestación de esos servicios, pero hoy día hay que considerarla como la creación de una entidad administrativa que encaja en la organización administrativa regional encargada del desarrollo.

4.2 Características singulares de los servicios sanitarios regionales

Idealmente, el funcionario ejecutivo de un servicio sanitario regionalizado tendría autoridad para administrar el presupuesto y el personal y para planear operaciones regionales. Pero hay factores determinantes que han de apreciarse y vigilarse, si se quiere que la regionalización sea un acierto. Esos factores, aunque influyen en las administraciones sanitarias de cualquier nivel, afectan sobre todo al sistema regional. Los principales son:

4.2.1 Influencia de la estructura jurídica, social y política

En esencia, la manera en que se administra o dispone una organización regional refleja la estructura jurídica, social y política de la región. Constituye una coerción para el sistema, en los planos de la función y del servicio.

4.2.2 *Importancia de la planificación y diseño de sistemas administrativos*

Quizá sea oportuno especificar ahora lo que se entiende por las tres palabras clave « organización », « administración » y « gestión ». La *organización* se ocupa de las características estructurales básicas y de la división fundamental de obligaciones entre las instituciones y las diversas dependencias del sistema administrativo. La *administración* se ocupa de planificar, programar y evaluar. La *gestión* forma parte de la administración, es una técnica racional que connota las etapas sucesivas de las actividades administrativas, permitiendo así a las administraciones desarrollar al máximo sus recursos humanos, técnicos y financieros y, en su consecuencia, prestar el servicio óptimo al costo mínimo (funciones especializadas).

Los sistemas administrativos de nivel intermedio (regional) han de plantearse como función de la organización en general. Se dispone de conceptos, métodos y técnicas, pero la dificultad estriba en su aplicación a determinados problemas de salud pública.

Toda decisión se adopta no sólo por consideraciones de índole estrictamente médica o sanitaria, sino también en vista de todo un conjunto de factores financieros, sociales, económicos y administrativos.

4.2.3 *Desarrollo y ajuste de los sistemas administrativos*

Una vez que se han podido concretar algo la planificación y el diseño, se suele cometer el error de « sobrediseñar » el sistema, es decir, no dejar margen para ajustarlo. Para que el diseño sea adecuado ha de tener en cuenta la función y el desarrollo presentes y futuros del sistema. Hay que fijar plazos, por ejemplo, Día 1, fin del Año 2, y fin del Año 10. Hay que prever la participación, la redistribución y el crecimiento. El sistema será lo bastante flexible para poder afrontar emergencias, ajustarse a cambios visibles de necesidades y demandas, y prestarse a innovaciones si así conviniere.

4.2.4 *Empleo de métodos modernos de gestión*

Se tiende cada vez más a aplicar a las administraciones sanitarias regionales los modernos métodos de análisis económico, análisis de sistemas, e investigación operativa.

Es esencial que esos métodos se apliquen de modo inteligente, es decir, con conocimiento de su estrategia fundamental y apreciando su pertinencia al problema de que se trate. Por ejemplo, los métodos de investigación operativa oscilan entre la teoría del juego (raramente aplicable) y el análisis de redes (método de la trayectoria crítica, técnica de evaluación y examen de programas) aplicado sistemáticamente a problemas de vigilancia de calendario y de proyectos, pasando por la fase intermedia de métodos de simulación para pronosticar el resultado de otras posibles estrategias de programa y de programación lineal para problemas de distribución y asignación de personal.

La creciente necesidad de obtener datos rápidamente para planificar, administrar, evaluar e investigar, así como las oportunidades técnicas que brinda la elaboración electrónica de los datos, están creando una nueva situación en lo que a la construcción y el desarrollo de sistemas informativos se refiere. Se han creado recientemente diversos sistemas de información para su uso a nivel nacional, local y comunitario, pero poco se ha hecho para organizar esos sistemas a nivel regional. Se requiere con urgencia un estudio especial de esos nuevos sistemas.

Hasta la fecha, los sistemas de información sanitaria no se han vinculado a los de otros sectores, y ello tendría singular importancia para alcanzar los objetivos de la regionalización.

Como ya se ha dicho, es preciso que los administradores sanitarios comprendan las limitaciones y las ventajas de estos sistemas de análisis e información, que pueden utilizarse muchas veces para evaluar problemas locales. Con gran frecuencia se aplican también a problemas en escala mucho mayor (véanse las secciones 4.3.4, 4.3.5 y 4.3.6).

4.2.5 *Enseñanza y formación profesional*

La enseñanza en su sentido más lato no es sólo una de las finalidades de la regionalización, sino además un método para conseguir esta última. Ha de abarcar tanto a la comunidad a que se atiende como a los grupos profesionales y de otra índole que prestan los servicios. Deberá ser un proceso continuo.

Se necesitan programas educativos en materia de gestión y administración para los médicos que sean o pretendan ser administradores médicos regionales. Esa formación deberá ser sistemática y continua, y complementar el sistema tradicional de formación empírica.

El personal sanitario profesional, paramédico y auxiliar necesita una formación más intensa, que le capacite para participar en el desarrollo de la regionalización, entender su filosofía fundamental y llegar al convencimiento de que el sistema es acertado y beneficioso, tanto para el usuario como para el productor de servicios sanitarios. Estos programas de instrucción abarcarán algún adiestramiento en técnicas epidemiológicas y de evaluación para personal de categoría profesional.

Son igualmente esenciales los programas dinámicos de educación sanitaria para el usuario de los servicios de salud. En un sistema sanitario regionalizado los educadores sanitarios del consumidor y los dirigentes de la comunidad aceptan nuevas obligaciones. Es preciso alentar al individuo, y a la colectividad en su conjunto, a que aprovechen pronta y plenamente los servicios de salud, y que comprendan la necesidad del autoservicio en muchos aspectos sanitarios. De esta manera, la comunidad estará dispuesta a apoyar el concepto de regionalización, tanto financieramente como de otro modo. Esto no se logrará hasta que la comunidad esté firmemente persuadida de las ventajas de regionalizar los servicios.

4.3 Aspectos operativos a nivel regional

Las dificultades operativas no se limitan a las administraciones sanitarias regionales. Sin embargo, requieren especial consideración en ese plano porque la coordinación y la integración son fundamentales para el éxito de las administraciones sanitarias regionales. Veamos algunos de los factores de que depende el éxito de las operaciones:

4.3.1 *Estudio de las relaciones humanas*

Visto el carácter humanitario de los objetivos de los servicios sanitarios, es fundamental estudiar de modo especial el comportamiento humano en relación con los servicios sanitarios regionales. Se tienen ya suficientes conocimientos de esta materia para que esté justificada su inclusión en el plan de estudios de adiestramiento de los administradores sanitarios y demás personal sanitario profesional.

4.3.2 *Complejidad del análisis de costos y beneficios, y uso de criterios económicos al adoptar decisiones en el marco de los servicios sanitarios*

Ya en otras secciones del presente informe se ha hecho referencia a estas técnicas exactas y valiosas. En esencia, el problema consiste en cómo utilizarlas eficazmente y evitar su excesiva intrusión en sectores de la biología humana en los que sería impropio aplicarlas.

4.3.3 *Nuevos conceptos de la evaluación, la productividad y la utilización de los servicios sanitarios*

La expresión cuantitativa de los efectos de la asistencia médica y su racionalización al reducirla a series de procedimientos, influirán cada vez más en las decisiones que adopten los administradores sanitarios en los próximos años. El uso racional de esas nuevas ideas para definir prioridades y asignar recursos plantea problemas considerables. Se ha generalizado la resistencia a los nuevos métodos que iniciaron por desconfianza los propios administradores sanitarios o el tradicional conservadurismo del usuario, y hasta parece inevitable establecer un gran programa de readiestramiento del personal sanitario de que se trata.

4.3.4 *Comunicaciones*

Es preciso organizar eficazmente las comunicaciones dentro de un servicio sanitario y entre los distintos servicios de sanidad y asistencia social de la región. En la mayoría de los servicios sanitarios y sociales de ámbito regional, las comunicaciones — cuando las hay — son insuficientes.

Es indispensable que haya comunicación de arriba abajo de la jerarquía, y viceversa, para que cada funcionario, sea cual fuere su categoría, pueda

formular observaciones y sugerencias. Ha de haber también comunicación horizontal entre los servicios sanitarios directamente interesados en la decisión que haya de adoptarse y los servicios afines, es decir, otros servicios de índole pública o privada u otras personas que se ocupan de la salud, por ejemplo, los servicios administrativos, económicos o sociales; las entidades profesionales o sociales; y los representantes de la población en general o de los enfermos.

Cuando se requiere una decisión rápida, conviene que los conductos de comunicación sean cortos, es decir, que no rebasen el nivel de quienes actúan por delegación.

4.3.5 *Coherencia del sistema de comunicación*

Aunque conviene recoger todos los datos pertinentes, permitir a todas las personas interesadas que intervengan en la preparación de decisiones, y procurar la máxima comunicación horizontal y vertical, esos procedimientos pueden padecer una grave falta de cohesión. Puede ocurrir que el proceso de adopción de decisiones sea fragmentario, e incluso que se desorganice por completo a causa de una indebida dispersión de la información.

Hay varios modos de sortear esos peligros. En particular convendrá tomar medidas para aplicar la decisión a un objetivo muy concreto; asignar a los preparativos de la decisión un lugar en un programa o plan de acción a plazo largo o medio; agrupar los distintos conceptos de información bajo epígrafes principales referentes a las actividades fundamentales del servicio; y, en fin, conseguir la cohesión del grupo de personas entre quienes circula la información. Esto último puede lograrse con reuniones periódicas para evaluar la situación y cambiar impresiones, así como mediante la distribución de material clasificado y presentado sinópticamente y por orden de importancia, etc.

4.3.6 *Capacidad de creación*

El proceso de adopción de decisiones, y más especialmente la organización de las comunicaciones, habrá de estar libre de trabas y disponer de ocasiones suficientes para ejercitar la imaginación y la capacidad creadora. La eficacia de la gestión depende en gran parte de esas cualidades, que habrán de fomentarse en quienes toman decisiones, para que puedan hallar la solución más oportuna, eficaz, ingeniosa, económica y aceptable.

4.4 **Conclusión**

La regionalización de los servicios sanitarios es conveniente, pero entraña considerables problemas de orden educativo, operativo y de investigación. Se trata, en efecto, de un sistema de servicios en colaboración y coordinados.

5. OTROS POSIBLES SISTEMAS DE REGIONALIZACION

La regionalización, como concepto funcional de la administración, puede aplicarse a sistemas centralizados y descentralizados de servicios sanitarios. Los tres ejemplos que siguen revelan la adaptabilidad de la regionalización.

5.1 Centralización y descentralización

El principio de descentralización a partir de una administración sanitaria muy centralizada es aplicable a sectores que posean recursos suficientes de personal e instituciones, y donde la asistencia sanitaria personal a nivel local corresponda a la autoridad sanitaria central o corra a cargo de médicos particulares. Las autoridades sanitarias locales tienen escasas obligaciones administrativas, limitadas principalmente a supervisar el medio físico. Tal ocurre, por ejemplo, cuando las regiones se determinaron en virtud de normas oficiales basadas en criterios económicos o sociales.

Un consejo o junta regional suele ser el mecanismo coordinador entre las administraciones de sanidad, asistencia social y educación; otras instituciones interesadas; organismos gubernamentales; disciplinas profesionales; y el usuario. Por ello, ese consejo regional, en representación de todas las partes citadas, asesora al director regional, participa en las decisiones de política general dentro de la región y en programas que provengan de esas decisiones, y actúa como órgano coordinador en la distribución y aceptación de servicios médicos completos.

Dentro del vasto campo de la política rectora, los directores de las regiones están facultados para ajustar los programas a las necesidades de sus regiones y para intervenir en la formulación de la política nacional que a ellas afecte.

A las administraciones sanitarias regionales se les pide que vigilen constantemente la cantidad y la calidad de los servicios prestados, y que faciliten a la autoridad central cifras y resultados globales. La autoridad central, a su vez, evalúa la eficacia de los programas regionales desde el punto de vista nacional, comparando los servicios que se prestan en las diversas regiones.

5.2 Descentralización

En un sistema muy descentralizado, en cambio, la comunidad local ha de garantizar y organizar los servicios con arreglo a condiciones dictadas por la ley respecto a la eficaz asistencia sanitaria a nivel local, incluyendo la inspección sanitaria, la prevención y la lucha contra las enfermedades

transmisibles, la asistencia médica primaria, los servicios de urgencia, la asistencia maternoinfantil, la educación sanitaria y los servicios de odontología.

En semejante sistema, los servicios sanitarios se prestan por conducto de los centros sanitarios y los subcentros asociados que posean dotación permanente de personal, según lo exijan el sector de que se trate y su densidad demográfica. Esos centros tienen enlace con hospitales generales y especializados de niveles superiores, mediante vínculos funcionales que logran una « doble corriente » (centrípeta y centrífuga) de enfermos, personal e información.

Con ese sistema descentralizado, la regionalización entraña la agregación de recursos y de personal para aumentar la eficacia, racionalidad y coordinación de los servicios. Esto se logra vinculando los programas de asistencia sanitaria general a los planes de desarrollo de los servicios sanitarios. En lugar de que cada comunidad local adopte la regionalización, ésta es la consecuencia de los acuerdos concertados entre compañías de seguros, centros sanitarios y comunidades locales.

Forzoso es que en un sistema tan complejo surjan problemas. Pudiera creerse que el problema principal es el de la coordinación al aplicar el sistema, pero no es así: es cuestión mucho más grave e importante la de fijar criterios objetivos para regiones sanitarias cuyos tamaño, población y posibilidades económicas cumplan todos los requisitos de un plan sanitario completo. A menos que este problema se resuelva, los servicios sanitarios no podrán tener sino un débil enlace con hospitales, servicios especializados e instituciones docentes; desde el punto de vista técnico-administrativo, la supervisión tiende a reducirse al mínimo, con lo que padece la eficacia. Existe además un verdadero riesgo de duplicación de servicios, e incluso de rivalidad entre ellos, riesgo que — aunque no siempre va en perjuicio del usuario — es causa importante de ineficacia.

5.3 Descentralización parcial

En algunos países que avanzan hacia la regionalización, las circunstancias siguen siendo desfavorables para la descentralización total. En tales casos, la descentralización consiste a veces en traspasar parcialmente la responsabilidad y la facultad de adoptar decisiones administrativas y técnicas, del plano central al provincial (o intermedio) y de éste al plano local. Existe además un proceso llamado « descentralización horizontal », por el que las funciones, la responsabilidad, y la orientación y supervisión técnicas pasan del ministerio de sanidad a entidades, institutos y centros especializados en diversas esferas de la salud pública. Por ejemplo, la gestión y la supervisión técnica de la higiene del medio, de la asistencia maternoinfantil o de la lucha antituberculosa, pueden traspasarse a institutos

especializados idóneos. Así, la autoridad permanece en el plano central, y la inspección sigue siendo incumbencia del ministerio, pero la responsabilidad técnica y de gestión se traspaasa a las instituciones especializadas que disfrutan de autonomía. Cabe traspasar análogas obligaciones, de las autoridades sanitarias provinciales (intermedias) a los hospitales provinciales y a los ambulatorios provinciales especializados. En el plano local, esas obligaciones pueden traspasarse a los hospitales locales y a los ambulatorios.

En tales circunstancias, el concepto de regionalización de los servicios sanitarios se basa en subordinar la estructura orgánica de esos servicios a la estructura administrativa del país. De ese modo, la división de servicios armoniza con los sistemas administrativos y económicos nacionales. Cada nivel proporciona los servicios integrados que le corresponden, con asesoramiento técnico creciente del nivel periférico al nacional.

5.4 Comentario

Ninguno de los sistemas regionales expuestos logra todos los objetivos que persigue la regionalización de la administración sanitaria. Cada uno de ellos tiene ventajas e inconvenientes.

Las ventajas de la centralización consisten en que con ella se logra la distribución de una asistencia médica privada y unos servicios de salud pública de calidad uniforme en todas las unidades del sistema regional. En esa distribución no influye gran cosa la variabilidad de los recursos regionales y de las estructuras financieras, porque el apoyo central se presta de un modo diferenciado, para reducir al mínimo estos desniveles.

Los inconvenientes radican en el sistema burocrático, con su tendencia a la rigidez y la uniformidad, y en la necesidad — que quizás no puedan satisfacer muchos países — de prestar ayuda financiera y de otra índole a las regiones incapaces de sostener independientemente sus propios servicios. Todo sistema centralizado suele ser deficiente en materia de asistencia médica continua de tipo particular, y tiene relativamente poco en cuenta las necesidades y exigencias del usuario.

En cambio, los sistemas descentralizados mantienen estrecho contacto con el usuario, y esas necesidades y exigencias suyas influyen mucho en las decisiones referentes a los servicios sanitarios. Tal sistema opera en función del servicio, sin que aparentemente lo estorbe la burocracia. Su inconveniente principal consiste en las diferencias de nivel social y económico de las comunidades locales. Por ello, se requieren subvenciones importantes para mantener la uniformidad de la calidad y distribución de los servicios, o bien las diferencias de costos habrán de ser sufragadas por las colectividades más pobres.

Además, el depender de los recursos locales (sobre todo, de personal) y de las soluciones locales de los problemas puede dar lugar a cierta medio-

cridad, y también a la imposibilidad de resistir influencias y presiones políticas y de otra índole, de tipo local.

6. RECOMENDACIONES

6.1 Objetivos y funciones de las administraciones de sanidad locales, intermedias y regionales

El Comité convino en que las funciones de esos servicios sanitarios han de basarse en determinados objetivos, y definió esos objetivos y funciones como sigue:

Objetivos. Amplitud, accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios; adaptabilidad a las distintas condiciones y a las crecientes exigencias; facultad de influir en la política oficial y en los deseos de la población, y de interpretar una y otros.

Funciones. Planificación, determinación de prioridades y asignación de recursos; traducir la política general en servicios e instituciones viables; prestación de servicios; evaluación; robustecimiento de la moral; educación sanitaria.

6.2 Coordinación

Las funciones de la administración de salud pública y administraciones afines deberán coordinarse a todos los niveles, tanto vertical como horizontalmente, con el fin de adoptar decisiones y proporcionar servicios. Sin esa coordinación, pudiera ocurrir que los servicios se duplicasen o fragmentasen, con la consiguiente desventaja para las administraciones de que se trate. La administración de salud pública debe participar en la ejecución de las decisiones adoptadas por las administraciones que no se ocupan directamente de la salud, cuando esas decisiones afecten a la salud pública. La administración de salud pública y otras administraciones consultarán frecuentemente entre sí, para resolver problemas administrativos. La utilidad de esas consultas mejorará si se definen con claridad el sector atendido y los servicios facilitados por cada administración.

6.3 Ajustes e innovaciones en los sistemas sanitarios

Los sistemas sanitarios poseerán un mecanismo propio para adaptarse a la evolución técnica y a los cambios ambientales. La adaptación se facilitará si las administraciones sanitarias reconocen no sólo la competencia técnica, sino también los atributos personales de los funcionarios. Se

alentará al personal de administración sanitaria a que demuestre imaginación, espíritu innovador y dotes creadoras.

6.4 Colaboración con el usuario de los servicios sanitarios

Al organizar y prestar servicios de salud pública han de tenerse en cuenta la actitud, las necesidades y las exigencias del usuario. La función del administrador de salud pública consiste en conciliar las necesidades y demandas del usuario con las prioridades que lleva consigo la planificación.

6.5 Educación

Es preciso atender a la necesidad de conocimientos suplementarios del administrador de salud pública, del personal médico, paramédico y auxiliar de las administraciones sanitarias, y de las comunidades a que atienden. El conocimiento de los modernos principios y técnicas de gestión y de trato del personal es esencial para todo buen administrador de salud pública. Ese conocimiento, con las modificaciones procedentes, deberá abarcar todos los sectores de servicio. Las autoridades docentes deberán incorporar esas materias en los planes de estudios de Medicina, tanto en los cursos de grado como en los de perfeccionamiento. Durante los estudios de grado se insistirá en la epidemiología y en la comprensión del comportamiento humano en relación con la asistencia sanitaria. En la fase de perfeccionamiento podrán estudiarse más a fondo las ciencias psicosociales y se acentuará la formación en las técnicas y los principios de la gestión, incluida la utilización de la nueva informática y su aplicación a la administración sanitaria.

6.6 Investigación

Los Estados Miembros llevan a cabo muchas investigaciones sobre la aplicación de las ciencias de la gestión y psicosociales a la administración sanitaria. Conviene alentar esos estudios, así como la continuidad de las investigaciones sobre *a)* problemas especiales de coordinación entre los planos administrativos oficiales, en tanto en cuanto entrañen directa o indirectamente administración sanitaria; *b)* uso de la nueva informática y de las nuevas técnicas de evaluación para adoptar decisiones; *c)* comportamiento de quienes prestan servicios sanitarios para con los beneficiarios de esos servicios; *d)* relaciones humanas en la estructura administrativa y orgánica; y *e)* organización y gestión de los servicios sanitarios desde el punto de vista funcional y económico. La Organización Mundial de la Salud está en condiciones de cotejar y difundir esa información y fomentar aquellas investigaciones.

NOTA

El Comité agradece la contribución especial que a sus debates han aportado los siguientes funcionarios y consultores de la OMS: Profesor A. L. Banks, Salud de la Familia (consultor); Dr. J. Cohen, Secretario del Comité del Programa de la Sede de la OMS; Dr. V. Djukanović, Jefe, Servicios de Salud Pública; Dr. R. H. Elling, Jefe, Ciencias Psicosociales; Dr. D. Flahault, Jefe, Formación de Personal Auxiliar; Dr. G. Houel, Erradicación del Paludismo (Planes y Programa); Sr. A. Manger, Jefe, Gestión Administrativa; Dr. P. V. Ollé, Jefe, Promoción de la Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa; Profesor M. Schaefer, Higiene del Medio (consultor); y Dr. M. Sédeuilh, Administrador Sanitario, Oficina Regional de la OMS para Europa.

