

SOCIALIZACION DE LA MEDICINA EN EL ECUADOR

II ESTRATEGIA Y METODOLOGIA DE LA PRESTACION MEDICA

Dres. Julio Cabezas y Carlos Rosero e Ing. W. Ríos

Sociedad Ecuatoriana de Salubridad, Quito.

TIPO DE ATENCION

Al momento todos quienes nos hallamos dedicados al cuidado de la salud, lo hemos hecho pensando básicamente en una medicina de recuperación. Quizá el Ministerio de Salud Pública ha dedicado gran parte de su actividad a la medicina preventiva; mas, es indiscutible el bajo nivel de las prestaciones en el campo de la curativa. Ciertamente que los medios de comunicación nos bombardearon con la noticia (repetitiva por cierto) de la creación de Hospitales, Centros de Salud, etc., etc... Inclusive ha llegado a acuñarse la frase "Sembrar Hospitales", como sinónimo de desarrollo, trabajo, acción. La demagogia ha impedido una verdadera evaluación de lo que es, vale y representa la infraestructura hospitalaria; lo que es y

significa el funcionamiento de los servicios, y finalmente, cuál ha sido o es el rendimiento técnico, económico y social de los que se encuentran en servicio. Este conocimiento es indispensable para cualquier programación seria en el campo de la Salud Pública.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ha dado gran importancia a la medicina de recuperación, llegando a un nivel más que aceptable; sin embargo podríamos afirmar que en el campo de la Preventiva casi no desarrolla actividad alguna. En una o en otra forma podríamos referirnos a lo que hacen o dejan de hacer otras Instituciones en los campos de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, pero no lo consideramos importante.

Si hablamos de la socialización, de hecho se sobreentiende que las prestaciones de salud deben obedecer a la misma autoridad, a una misma estrategia y estar dentro de un sistema técnico-administrativo único. Las diferencias no existirían sino exclusivamente en los niveles de complejidad y en todo caso, tendríamos obligatoriamente que hablar y actuar dentro del campo de la medicina integral explicada por la definición de Salud de la O.M.S.: "El completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

La Federación Médica Ecuatoriana en el documento preparado por la Comisión encargada del estudio de la Socialización, aclara concluyentemente que el estado de salud no depende exclusivamente de la clase médica y de las Instituciones de salud, sino de la acción simultánea sobre una serie de factores que dependen de una política coordinada y coherente de ministerios e instituciones obligadas al logro del COMPLETO ESTADO DE BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL.

POBLACION A SERVIRSE

Cualquier servicio, cualquier Empresa está dirigida a beneficiar o servir a un núcleo o número determinado de personas y por lo mismo, es obligación conocer y saber las características propias del grupo sujeto y objeto de la acción, a implementarse.

En nuestro caso, el sujeto constituye la población del país, población que a junio del presente año alcanzaría a 8'354.000 habitantes, integrados prácticamente por el 50% del sexo masculino y 50% de sexo femenino.

En lo que se relaciona con la edad, la característica es la típica de las poblaciones con altos índices de mortalidad y natalidad. El 56% es menor de 19 años, el 3.22% se encuentra sobre los 65 años.

En cuanto a la distribución geográfica aún se manifiesta superior la población rural sobre la urbana, puesto que la urbanización de la población se hace aparente exclusivamente en Guayas, Pichincha y El Oro. Las provincias orientales pese a su gran extensión, cuentan con la población más reducida y desde el punto de vista de la infraestructura, no puede hablarse en la práctica de población urbana.

CRECIMIENTO POBLACIONAL

Indiscutiblemente, ocupamos uno de los primeros sitios en el mundo en cuanto a índice de crecimiento poblacional, hecho que nos llevará a duplicar la población en pocos años. Lejos de la discusión de los convenientes o inconvenientes de esta realidad, lo que si debe preocuparnos básicamente es la calidad de los productos, ya que de ello depende el futuro del país y obviamente es el grupo poblacional que más reclama nuestra atención.

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**ECUADOR 1980**

| GRUPOS DE EDAD | S E X O | | T O T A L |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| | HOMBRES | MUJERES | |
| 0 - 4 | 780.000 | 749.000 | 1'529.000 |
| 5 - 9 | 634.000 | 611.000 | 1'245.000 |
| 10 - 14 | 525.000 | 511.000 | 1'036.000 |
| 15 - 19 | 449.000 | 439.000 | 888.000 |
| 20 - 24 | 368.000 | 361.000 | 729.000 |
| 25 - 29 | 297.000 | 293.000 | 591.000 |
| 30 - 34 | 242.000 | 240.000 | 483.000 |
| 35 - 39 | 200.000 | 199.000 | 398.000 |
| 40 - 44 | 166.000 | 166.000 | 333.000 |
| 45 - 49 | 139.000 | 140.000 | 279.000 |
| 50 - 54 | 166.000 | 117.000 | 233.000 |
| 55 - 59 | 94.000 | 96.000 | 191.000 |
| 60 - 64 | 74.000 | 77.000 | 151.000 |
| 65 - 69 | 54.000 | 58.000 | 112.000 |
| 70 - 74 | 35.000 | 39.000 | 74.000 |
| 75 y + | 37.000 | 46.000 | 83.000 |
| T O T A L | 4'210.000 | 4'144.000 | 8'354.000 |

FUENTE: Proyección de la Población del Ecua
dor 1974 - 1994 - INEC.

NIVEL DE SALUD

Si bien la morbilidad es un mal indicador para medir el nivel de salud, sin embargo podemos observar cómo dentro de la información disponible hay un predominio de enfermedades prevenibles mediante mejoramientos del saneamiento ambiental; mas, no nos detendremos en ello y analizaremos en todo caso las causas de muerte, y es cuando comprobamos que el esquema de 1968, prácticamente no cambia a 1977. Cierto que entre las 10 primeras causas no aparecen: "otras enfermedades del aparato digestivo" "tosferina" e "influenza" en tanto que aparecen enfermedades propias de la edad adulta y lo obvio, como consecuencia del aumento formidable de automotores, las pésimas carreteras y la total indisciplina de los conductores se eleva el número de víctimas del absurdo. La causa "anemias" es reemplazada por la de "avitaminosis"; mas, lo fundamental y común a las dos es la desnutrición y la parasitosis que son prevenibles.

En todo caso, para mejor información y análisis de quien interese, adjuntamos los cuadros demostrativos correspondientes.

SALUD Y ENFERMEDAD

El paso del estado de salud al de enfermedad no es una situación que se da bruscamente, sino que existe una escala gradual de situaciones previas y en cada una de ellas existen acciones de salud definidas, en los in-

dividuos aparentemente sanos se realiza el cuidado y fomento de la salud con programas de nutrición -materno infantil, higiene, riesgos del trabajo, recreación, etc.; en los individuos sanos pero con riesgo de enfermedad, se realizan programas de protección y prevención: vacunaciones, medidas profilácticas y educativas a fin de lograr cambios en el comportamiento individual y colectivo para evitar el riesgo de enfermedad. A pesar de lo anterior, un determinado número de individuos contraerán enfermedad, pero cuando ésta es incipiente o inicial las probabilidades de recuperación total son mayores y el tiempo de tratamiento mucho menor, de ahí que se hace necesario desarrollar acciones tendientes a su detección oportuna con los programas de detección de cáncer, diabetes, hipertensión, venéreas, artritis, pulmonares, etc. Cuando la enfermedad se manifiesta, el individuo acude a la atención médica como paciente ambulatorio o interno en un hospital, desarrollándose una variedad de acciones para la recuperación de la salud. Finalmente el individuo se recupera totalmente o queda con una invalidez temporal o definitiva, en donde es preciso, así mismo desarrollar una serie de actividades para rehabilitarlo físicamente, mental y socialmente.

Todos los procesos enumerados constituyen la atención médica integral, en los que necesariamente a más del médico se ven involucrados otros elementos humanos sin los cuales no se pueden alcanzar jamás las metas pro-

puestas: Ingenieros Sanitarios, Odontólogos, Veterinarios, Nutricionistas, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Educadores para la Salud, Técnicos y Tecnólogos de Laboratorio, Fisioterapistas, Rehabilitadores, etc. que llamados a conformar el equipo de salud, deben tener la preparación necesaria y ser en número suficiente para satisfacer las necesidades del país.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Para que el individuo se pueda desarrollar en forma armónica y adecuadamente es necesario actuar sobre el ambiente, para que éste no sea causa de enfermedad. Por lo tanto, es necesario dotarle al individuo de agua de buena calidad y en cantidad suficiente; adecuada eliminación de excretas y buen sistema de recolección de basura; alimentos de buena calidad y suficiente; proteger los recursos hídricos de la contaminación química y el aire de la contaminación con polvos y gases; control de ruido en fábricas y ciudades; control de plagas en la agricultura y de zoonosis como la fiebre amarilla, rabia, aftosa y brucelosis; protección adecuada de los suelos para evitar la erosión y el empobrecimiento de los mismos; control racional de la caza y pesca y adecuada explotación de los recursos naturales, etc., etc. Estas acciones no le competen exclusivamente al médico, sino a todos los sectores de la población, y en él deben participar tanto el Estado como la Empresa Privada en forma activa y prioritaria.

De lo anterior se desprende que las acciones sobre el individuo y sobre el medio son complementarias, no funcionan en ninguna parte del mundo la una sin la otra y esto lo comprobamos fehacientemente en nuestro país. El médico ha mejorado ciento por ciento en calidad, en recursos financieros, en infraestructura de salud, en equipos y medicamentos, en relación con el médico de hace 20 años y sin embargo, la patología del país sigue siendo la misma.

Son ineficaces las acciones del médico? ¡De ninguna manera! Lo que sucede es que las acciones sobre el medio ambiente son mínimas por carecer de recursos y prioridad política.

Con acciones sobre el medio ambiente son fácilmente abatibles las disenterías, enteritis, y enfermedades diarreicas, Bronconeumonías, Tuberculosis, Sarampión, Tétanos, Hepatitis, que ocupan los primeros lugares de morbi-mortalidad en el país, con un crecido número de víctimas y de éstas, la mayoría son menores de 4 años de edad. Tremenda pérdida de capital humano por desatender el saneamiento del medio.

Se puede mejorar la salud de un país, socializando la medicina? La medicina constituye una parte y la más importante por cierto dentro de las acciones de salud; pero, con esto basta?, creemos que no, ya que a más de burocratizarle al médico, el que recibiría un salario del Estado (?) por su trabajo, la actividad desarrollada constituye tan sólo una parte del total de las necesarias para cubrir el Sector

Salud. En esta virtud, todos los sectores involucrados en la solución de la problemática deberán estar dentro del sistema de socialización.

En la actualidad, el I. E. O. S. está realizando una mínima parte en el mejoramiento del ambiente y debería haber coordinación con otras Instituciones que aparentemente nada tienen que ver con el sector salud, para que en un programa conjunto se considere el problema en forma global. Al menos deberían intervenir: Ministerio de Agricultura y Ganadería, Industrias, Recursos Naturales, Educación, Obras Públicas, Banco de Fomento, Banco Ecuatoriano de la Vivienda y entidades como Consejos Provinciales, Municipales y la Empresa Privada del País.

DE LOS RECURSOS

Para llevar adelante lo anteriormente descrito se hace indispensable que el país cuente con la infraestructura necesaria y los recursos humanos y económicos suficientes. ¿Contamos en la realidad con suficientes recursos y la infraestructura puede satisfacer la demanda? Por otro lado no sólo es cuestión de contar con el recurso, sino que se hace absolutamente necesario el EDUCAR a la población del País, para que en forma consciente, activa y con sentido de solidaridad, participen en los programas de desarrollo en general y de salud en particular ya que el mejoramiento de la salud, indudablemente trae consigo el mejoramiento de las condiciones

socio-económicas de un país y el bienestar de sus habitantes.

ATENCION MEDICA

El principal derecho humano es la salud, siendo parte del derecho a la vida, entendida como VIDA DIGNA DE SER VIVIDA. La protección de los derechos humanos, es tarea que compete al Estado, en razón de que esta labor no puede dejarse librada a la iniciativa de la empresa privada, sometida a las leyes capitalistas del lucro y del consumismo. La provisión de servicios de Salud, por lo tanto, debe estar garantizada por el Estado.

Ahora bien, el otorgamiento de un servicio de salud supone la realización de un trabajo y la utilización de recursos, los cuales tienen un valor que expresado en términos monetarios es un costo a ser pagado por el receptor del servicio en forma directa o indirecta, ya que en una sociedad, todo trabajo debe ser pagado.

Establecidas estas premisas, entendemos que el problema fundamental en la programación de la atención médica o servicio de Salud en general, es el conocimiento de las necesidades de la población y el costo que representa la satisfacción de esas necesidades frente al conocimiento de la renta nacional disponible para invertirse en el sector salud.

De esta realidad depende las alternativas que las sociedades ensayan para organizar los servicios de Salud, tratando de dar al mismo tiempo servicios de la mejor calidad y en for-

ma equitativa a toda la población. Sin embargo, como el servicio de Salud es siempre caro, aún en el caso de que su costo fuera depurado de toda la carga de plusvalía debida al sistema capitalista, la mayoría de las sociedades no tienen capacidad económica para dar a toda su población en forma igualitaria, servicios de alta calidad, sino que deben contentarse con otorgar servicios básicos que ataquen las necesidades más importantes de la población en conjunto y descuidar servicios referentes a otras necesidades. La importancia de las necesidades es determinada en forma estadística, es decir, aquellos que más afecta a la mayoría de los pobladores en determinada época histórica, es lo más importante para el Estado; pero en cualquier sociedad estratificada según la capacidad económica de los grupos, (y en una forma u otra esta estratificación se da en todas las sociedades conocidas), el grado de presión que los estratos pueden ejercer en la maquinaria del Estado depende del porcentaje de la renta nacional que cada grupo posee, es decir, que el Poder reside en las minorías y no en las mayorías y las decisiones se toman para beneficiar los intereses de aquéllas y no de éstas. Como resultado de esta realidad, frente a los sistemas de servicios de Salud organizados por el Estado con el criterio de beneficio a las mayorías, surgen sistemas paralelos para beneficio de los diversos grupos de presión social, sistemas privados o para-estatales que al cabo de un tiempo tienen más fuerza, más importan-

cia y reciben mayor participación de la renta nacional que el sistema estatal, el cual en cambio va empobreciéndose en igual proporción al crecimiento de los otros.

Este es el destino de los sistemas de Salud estatificados existentes en sociedades que no lo son en el resto de su organización. Estos sistemas sólo pueden subsistir en sociedades en las que todo está estatificado y en las que se supone que no existen estratos o clases que detentan el poder.

Los Servicios de Salud pueden dividirse en dos grandes clases: los que actúan en la colectividad y el medio ambiente y los que se dan directamente al individuo. Los primeros deben ser encargados al Estado y no pueden ser asumidos por entidades para-estatales ni privadas, ya que conllevan entre otras responsabilidades la de fijar políticas nacionales de Salud y además porque su financiamiento debe hacerse con el presupuesto del Estado.

En cuanto a los servicios prestados al individuo clásicamente denominados los servicios médicos o de atención médica, pueden ser estatificados, pueden ser mixtos o pueden ser privados.

En el Ecuador coexisten todos los tipos de servicios médicos. Cualquiera de ellos puede ser útil y eficiente en su cometido según sea eficiente su organización. Pero los servicios privados, aún aquellos que pretenden buscar fines altruistas y no lucrativos fracasan en la idea de mejorar el nivel de Salud de la colectividad, ya que rigen sus acciones por el principio de la oferta y la demanda, pero demanda

entendida como presión económica y no demanda social. En cuanto a los sistemas para-estatales, cualquiera sea su grado de eficiencia, tienen el mismo defecto: se manejan en función de una política nacional uniforme y coherente con lo cual el beneficio social que producen es discutible, y además producen la dispersión y el desperdicio de los recursos y del trabajo, error que en países pobres es imperdonable.

Como se dijo antes, la total estatificación de los servicios de atención médica, en sociedades no socialistas, generalmente fracasa. Y aún en países socialistas es dudoso que pueda lograrse un sistema de servicios uniforme, a menos que el país goce de tal prosperidad económica que le permita brindar servicios de calidad uniforme, pero muy alta. Las realidades de casi todos los países, aún de los más desarrollados es que sus servicios de atención médica tienden a ser modestos, y esta modestia no depende del sistema social sino exclusivamente de la capacidad económica del país.

Ahora bien, en todas las sociedades, el pago del trabajo humano no es uniforme y se sujeta a una escala por la cual gana más quien mayor calidad de trabajo ejecuta, creándose de hecho estratos determinados por el nivel de renta que perciben, lo que acarrea como consecuencia niveles de vida diferentes, costumbres diferentes y, por tanto, morbilidad diferente. Dicho de otro modo, la estratificación económica crea mini-sociedades dentro de la sociedad general y es sabido que parte de la cultura propia de

cada sociedad son sus enfermedades. De allí nace el hecho de que esas mini-sociedades tienen sus propias necesidades de salud que no son iguales a las de los grupos mayoritarios y si el sistema sanitario nacional no les atiende, crean presiones sobre el Estado para obligarlo a modificar el sistema en provecho del grupo. Si la capacidad económica del país permite hacerlo, el beneficio del cambio puede llegar a toda la población; pero si dicha capacidad es insuficiente, la atención a las necesidades de un grupo se hace desatendiendo las necesidades de la mayoría. De esta manera, en sociedades teóricamente igualitarias se crean los privilegios y las desigualdades.

¿Cuál puede ser el sistema aplicable al Ecuador, que al mismo tiempo cumpla los objetivos de brindar Salud a las mayorías y no descuide la demanda de la minorías evitando el desperdicio de recursos?

Una alternativa para ser aplicada es la organización de un sistema de Seguro Médico Nacional, abierto a toda la población que voluntariamente desee afiliarse. Dicha organización sería autónoma en su financiamiento y en su administración, pero supervisada por el Ministerio de Salud el cual además dictaría las Políticas, reglamentos, normas técnicas y elaboraría los programas generales de acción de esta entidad. El Seguro Médico Nacional se obligaría a brindar atención médica básica a cada individuo o a cada familia afiliada que cumpla con el compromiso de pagar una cuota también bá-

sica; ofrecería servicios más complejos a quienes los paguen de acuerdo a tarifas establecidas. Este pago podría hacerse por el mismo beneficio o por entidades que lo patrocinen, el Estado entre ellas, pero en ningún caso se brindarían a títulos gratuitos ni a morosos. Los detalles de organización de este sistema exceden los límites de este trabajo. Sólo añadiremos que de esta manera se obtendría la unidad uniformidad y economía de un sistema único controlado por el estado, y la agilidad, dinamismo y flexibilidad de servicios de los sistemas privados. Desde luego, la calidad de estos servicios siempre estaría supeditada a la capacidad económica de la sociedad y, secundariamente, a la óptima organización y administración dadas al sistema. Acerca de los problemas de financiamiento de los diversos sistemas, se tratará más adelante.

Dentro de esta alternativa pero con participación obligatoria, se podría considerar la estructura existente de la Prestación Médica dentro del Seguro Social Ecuatoriano. Aún estimamos más importante desde el punto de vista económico-social toda vez que, siendo la cotización porcentual en función del ingreso, permite una redistribución del mismo. Además tiene ya una estructura básicamente técnica que sería la utilizable, descartando la administración con sentido político que tanto la perjudica. Su extensión no dependería sino de la aplicación de las recomendaciones de los actuarios en cuanto a su financiamiento y de su auto-

nomía técnico-administrativa para su orientación técnica.

De todas maneras, cualquier sistema que funcione debe tomar en cuenta la variedad de estructuras sociales existentes en el país, cada una de las cuales configura necesidades de Salud diferentes y problemas de organización y estrategia también diferentes. Hacemos mención únicamente de las dos más importantes divisiones poblacionales existentes: la urbana y la rural. Como la organización social, cultural, el medio ambiente, la distribución de población la facilidad de comunicación y la morbi-mortalidad misma, son diferentes en estos dos sectores del país, deben considerarse organizaciones diferentes para la prestación de servicios de Salud a cada uno de ellos, pero tomando en cuenta la necesidad de una íntima coordinación y complementación entre los sistemas. En términos generales, el medio urbano necesita de centros de atención hospitalaria y de consulta externa estratégicamente situados en las ciudades, manteniendo servicios volantes que cubran su área de influencia. En el medio rural, los servicios volantes son los que cobran mayor importancia, tanto porque las necesidades del medio exigen mayor énfasis en la promoción y prevención, cuanto porque la dispersión de la población no permite el funcionamiento eficaz de centros de atención.

El medio rural por lo general exige una organización tipo campamentos y patrullas, que tenga ante todo gran capacidad de movimiento, para acudir

al individuo y no para esperar que éste acuda. En cuanto a la atención médica de mayor complejidad, debe ser dada por los centros urbanos a los que debe referirse el paciente del campo. Para esto, la condición fundamental, es que el sistema de atención rural obtenga las mejores facilidades de comunicación con la ciudad y una perfecta coordinación con la organización urbana. En todo caso, debe insistirse siempre en la inconveniencia de llevar al medio rural la estructura de servicios, tipo hospitalario o tipo clínica del medio urbano. Dar buena atención de salud no es sinónimo de construir hospitales.

De estos planteamientos se deduce que una condición esencial para la eficiente organización de sistemas de atención es la adecuada jerarquización de los servicios.

Las mayores necesidades de salud, se dan en gran cantidad y en todo el territorio, pero son solucionables a bajo costo; en tanto que los problemas más caros, son menores tanto en incidencia como en prevalencia, necesitándose por lo mismo muchos centros de atención primaria (bajo costo) y pocos centros de atención especializada (alto costo). Se desprende naturalmente la necesidad de la regionalización de los servicios, es decir, que cada unidad dentro del sistema tenga su propia y exclusiva área física asignada, su propia población adscrita, sus propios recursos y subunidades dependientes y su propia unidad superior de la cual depende. Esto implica una organización provista de Reglamento y Normas com-

pletos, claros y muy bien conocidos; e implica también una educación, información y disciplina suficiente de la población receptora de los servicios.

En resumen, en cualquier sistema unificado de servicios de Salud que no tenga como objeto el lucro, sino el bien social, debe lograrse el mayor beneficio posible con el menor costo. Y esto se logra con la práctica de los principios técnicos de Salud Pública que hemos mencionado someramente: Unidad de políticas, de objetivos y normas; financiamiento único; planificación técnica; organización única a nivel nacional y sistemas de control únicos. Mientras los servicios de Salud no cumplan con estos principios la Salud no podrá considerarse un derecho exigible, sino un privilegio y una mercancía que la compren quienes tienen capacidad económica para hacerlo.

**

DEFINICION DE ATENCION PRIMARIA *

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunal y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del

sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo mas cerca posible la atención de salud al lugar

donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria:

- * Adoptada por los Gobiernos del Mundo en la Conferencia de Alma Ata, URSS, en septiembre de 1978.

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria de salud es la estrategia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, costo-eficaces, fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante (tanto del

Los servicios.
Las mayores necesidades de salud, as-
dan en gran cantidad y en todo el te-
ritorio, pero son solucionables a bajo
costo; en tanto que los problemas más
serios son menores tanto en incidencia
como en prevalencia, necesitando por
lo tanto muchos centros de atención
primaria (bajo costo) y pocos centros
de atención especializada (alto costo).
Se comprende naturalmente la necesi-
dad de la regionalización de los servi-
cios, es decir, que cada unidad dentro
del sistema tenga su propia y exclu-
va área lisa asignada, en proporción po-
blación adecuada, sus propias técnicas
y unidades de diagnóstico y su pro-
pia unidad superior de la cual depen-
da. Esto implica una organización pro-
pia de Reglamento y Normas con-