

SOCIALIZACION DE LA MEDICINA EN EL ECUADOR

IV.— INFRAESTRUCTURA DE SALUD EXISTENTE Y REQUERIDA

Drs. VLADIMIRO CHAVEZ y EUDORO NARVAEZ

Sociedad de Salubristas, Quito

La limitación misma de recursos técnicos es la causa de nuestro subdesarrollo, de ahí que, nuestros cálculos en Recursos Humanos corresponden al funcionamiento de servicios con tendencia a a optimización; mas, ello no significa la imposibilidad de trabajar con un número menor pero de alta calidad, que nos permita la aplicación de diferentes metodologías para la máxima utilización del recurso disponible sin afectar mayormente los resultados. Obviamente, la planificación es dinámica y permanente, lo que permite introducir las variaciones (reajustes) que el caso lo requiera, de acuerdo con las evaluaciones periódicas.

Por otro lado en diferentes oportunidades se han presentado al país planes y programas anuales, bianuales y quinquenales, por lo mismo este tra-

bajo no trata de sustituirlos sino simplemente de tener una idea general de lo que necesitaríamos en un instante determinado.

Existen tantas variables y se presentan tantas otras, que tomada la decisión política, es un equipo técnico altamente capacitado el que se dedica a la programación en detalle.

CONSULTA EXTERNA

En nuestra experiencia, hemos venido confirmando la similitud con los índices utilizados por México, país muy parecido al nuestro y que ha venido afrontando la misma problemática. En esta virtud, bajo la consideración de que el establecimiento de servicios en cantidad suficiente y de calidad reconocida incrementarán la demanda registrada hasta hoy, consideraremos 5

consultas año/habitante en las ciudades (zona urbana) con más de 100.000 pobladores; 4 consultas año/habitante para ciudades con menos de 100.000 habitantes y 2 consultas año por cada habitante de la zona rural.

En consecuencia, en el presente año se demandaría: 26'259.289 consultas, lo que se traduce en 6'564.822 horas médico-año, que laborando 6 horas al día (dentro del sistema socializado desaparecerían los médicos de 4 horas) significan 4.376 médicos para consulta externa, con un total general de 2.188 consultorios laborando 12 horas al día.

HOSPITALIZACION

Considerada la demanda de hospitalización en función de la Consulta Externa, y si empleamos el índice de una hospitalización por 50 consultas, tendremos necesidad de hospitalizar a 525.185 personas que significan 5'257.850 días cama-año, con una necesidad evidente de 14.388 camas al 100% y 17.985 camas al 80%, igual a un índice de 2.15 camas por 1.000 habitantes.

Pese al índice tan bajo, sin embargo apreciamos un déficit a la fecha de 8.000 camas si consideramos exclusivamente el SUBSECTOR GUBERNAMENTAL, déficit que podría descender a 5.500 si incrementamos el número existente con las del sector privado sin fines de lucro.

Estos cálculos obedecen a los índices más bajos posibles de ser considerados para un arranque dentro del nuevo sistema; obviamente cuando nos referimos a 1.990 en que debería entrar el plan

en su etapa de consolidación, los índices utilizados serán más altos tratando de llegar al ideal.

Desde luego, en un programa detallado, con los cronogramas correspondientes se establecen los métodos de evaluación que permitan los reajustes en el caso de acuerdo con las variables a considerarse en un momento dado.

En términos generales, si a 1980 establecemos como necesario un índice de 2,15 camas por 1.000 habitantes, para el 90 deberíamos considerar 3×1.000 ; para el 2.000 por lo menos $3,5 \times 1.000$. Así mismo, si al 80 la inversión está calculada de acuerdo con los costos actuales, al analizar los cuadros correspondientes a 1990 y 2000, deberán calcularse los porcentajes correspondientes al incremento que a esa fecha hayan sufrido los costos actuales. Nosotros no lo hemos hecho, ya que realmente es impredecible cuál será el comportamiento futuro a nivel nacional y mundial, preferimos por lo mismo dar una simple medida de la problemática.

DE LOS RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Se hace necesario comenzar por definir el recurso humano en el sector Salud. En atención al hecho de que en las actividades de salud intervienen prácticamente todas las disciplinas y todas las profesiones existentes. Así, en un hospital trabajan administradores, contadores, mecánicos, religiosos, etc. a más del personal médico, de enfermería y tecnólogos. Por lo tanto,

debemos acogernos para la definición del recurso humano específico y exclusivo del sector al concepto del recurso nuclear usado especialmente para necesidades de programación de unidades médicas. El recurso nuclear, es aquel recurso humano alrededor del cual giran todas las actividades de una acción de salud en particular; este recurso es aquel sin el cual la acción de salud específica necesaria en un momento dado no podría realizarse. De acuerdo a cada tipo de acción el recurso nuclear puede ser un médico, una enfermera, un ingeniero sanitario, un tecnólogo, etc. Partiendo de este concepto podremos encontrar un cierto número de profesionales que en un momento dado pueden convertirse en recursos nucleares de una actividad de salud, en tanto hay otros que en ningún caso pueden funcionar como tales. Estos profesionales son los que constituyen el recurso humano específico del sector Salud y es de estos recursos de los que debemos ocuparnos para estudiar su clasificación, su disponibilidad, necesidades y nivel de preparación cuando hablamos de recursos en un programa de socialización de la medicina.

La formación de los recursos humanos antes mencionados es uno de los requisitos fundamentales para llevar a cabo un programa de socialización de la Medicina. Es indudable que el primer paso a dar en materia de formación de recursos humanos es la definición de dichos recursos para cada programa específico y la determina-

ción de necesidades en cuanto a número, nivel de conocimientos y requisitos que debe tener el recurso. Para el efecto es necesario contar con un plan en el que pongan objetivos y metas precisos. Sólo basándose en estos datos previos podemos elaborar los programas de educación para formación de recursos. Así, cuando hablamos de los promotores de salud como recursos humanos a considerar, estos recursos pueden existir y deben recibir la formación conveniente siempre y cuando los planes elaborados consideren la necesidad de este tipo de recurso; de no hacerlo no tienen razón de existir ya que considerados en un sistema de prestación de salud de tipo competitivo y de mercado, estos trabajadores no tienen ninguna posibilidad de actuar. Pero no solamente se trata de saber qué clase de recursos necesitamos y qué otras clases no nos van a servir. Se trata también de saber qué nivel de preparación deberá tener cada clase profesional. De lo anterior se concluye que los sistemas de educación médica en un régimen socializado de la Medicina deberán formar parte obligatoriamente del mismo régimen y en ningún caso podrán estar fuera de él; o dicho de otro modo, un plan de socialización necesita contar como parte de su infraestructura con sistemas de educación médica.

El desarrollo de las Ciencias Médicas tiene una relación sumamente importante con la posibilidad de llevar a cabo determinados programas o planes que contemplan la socialización de

las actividades de salud. Del mismo modo que los sistemas de educación médica deben mantener un acuerdo con los planes a realizarse el desarrollo de la investigación en las Ciencias Médicas y Sociales, debe guardar una armonía con los planes elaborados para la ejecución de actividades de salud, ya que la necesidad de conocimientos nuevos en cuanto a mejores medios de diagnóstico de las enfermedades, mejores medios de tratamiento de las mismas, mejores técnicas de prevención y mejores procedimientos de rehabilitación dependen de los objetivos y metas de los planes de salud en un sistema socializado. Así por ejemplo, si las metas de un plan de salud estipulan la desaparición de las enfermedades que consten en primer lugar en la serie de morbilidad existente en una población todo el esfuerzo de investigación médica, tanto desde el punto de vista de esfuerzo económico como esfuerzo humano, deberá realizarse para encontrar los medios adecuados para la erradicación de este tipo de enfermedades, en tanto que se disuadirá o por lo menos se restará apoyo a las investigaciones encaminadas a la solución de otros problemas. Si esto fuera realidad en nuestro país, es natural suponer que el esfuerzo fundamental y el esfuerzo social en general debería estar encaminado ante todo a la creación de una infraestructura de investigación la cual prácticamente es insuficiente en estos momentos; y una vez creada esa infraestructura, ponerla a trabajar en la tarea de

encontrar solución a los problemas de morbilidad prioritaria que aquejan a nuestro país, tales como las diarreas de la infancia, las enfermedades respiratorias de los niños o los accidentes de tránsito y de trabajo. No obstante, como el país no cuenta con esta infraestructura de investigación necesita importar los resultados de la investigación foránea, los cuales no guardan relación con las necesidades prioritarias de salud de este país sino por casualidad. Pero además, en cualquier país en el que no exista un sistema socialización de la salud, la investigación médica se dirige por las Leyes de la libre empresa, y por tanto el esfuerzo económico y humano, que significa al mismo tiempo esfuerzo tecnológico y científico se dedica a aquellos campos de la investigación que son posibles filones de consumo masivo y que son sujetos de producción rentable que produzca satisfactorios dividendos para las personas, empresas o instituciones que financian dichas investigaciones. En consecuencia, el avance, el progreso y desarrollo de las ciencias médicas en los países no socializados guardan relación con los intereses prioritarios de la salud pública de esa sociedad. En esos casos, los planes de socialización de la Salud, tienen graves dificultades para llevarse a cabo por falta de un adecuado soporte científico que le permita brindar verdaderas soluciones a sus problemas.

Si hablamos del progreso y desarrollo de las ciencias sociales encontramos también la necesidad de que ellas

marchen acordes con los programas de salud pública. Es decir, la población debe cambiar sus creencias, sus costumbres, sus reacciones, etc. para lograr un cambio en el nivel de salud de la sociedad. Es conocido el hecho de que algunos cuadros de morbilidad se dan en situaciones sociales de atraso cultural, de estrechez económica, de persistencia de ciertos valores culturales arcaicos que sirven de lastre al desarrollo. Cuando esto sucede la solución de esos problemas de salud no puede darse mediante simples actividades técnicas, administración de fármacos, planes de atención médica, ni mediante la construcción de unidades de salud, llámense hospitales o Centros de Salud: la verdadera solución de esas causas de morbilidad radica en el cambio de los factores culturales de una población. Este cambio implica la ejecución de programas educativos, publicitarios y la instrumentación de cambios en la organización misma de la sociedad. Quizá el más demostrativo de los ejemplos de esta relación-ciencias sociales-salud se halle en las situaciones económicas que existen en una sociedad. Si un factor fundamental en la producción de una entidad patológica se determina que es la pobreza o la desnutrición, la única solución verdadera para erradicar esta causa de morbilidad será la erradicación de la pobreza y de la desnutrición. Es obligatorio por lo tanto que las ciencias sociales enderecen sus programas de investigación tomando en cuenta esta íntima relación y tomando

en cuenta que la salud no es un problema biológico puro, sino un problema social. A la luz de este razonamiento, debemos entender que todas las ciencias que tienen conexión directa con el campo de la salud y a la cabeza de ellas la Medicina, deben ser consideradas estrictamente como ciencias sociales y no como ciencias naturales como continúa siendo en la enseñanza tradicional. Bien vale la pena pensar entonces en que una de las necesidades, o una de las posibilidades a ser consideradas cuando se trata de imaginar un proceso de socialización de la salud sería el involucrar todas las ciencias de la salud al campo de las ciencias sociales.

Todo esto siempre y cuando se considere al recurso humano como la parte integrante de un sistema y no como se considera en las sociedades de libre ejercicio profesional, como recursos libres y soberanos que actúan dotados de total independencia sin obedecer a otros objetivos y metas que las suyas personales. Para abordar el tema de la situación de las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas en el país y su relación con los proyectos o con el planteamiento de una posible socialización de la medicina, debemos partir del principio de que el recurso humano en salud se forma mediante sistemas de educación. Estos sistemas de educación naturalmente son Centros de Enseñanza Universitaria en los que debe formarse el profesional de la salud en todos los niveles. Por lo tanto las Universidades creadas por el

estado con fines eminentemente sociales, deben preparar el personal capaz de resolver los problemas que afligen a nuestra sociedad, mediante la investigación y el conocimiento de nuestra realidad, desarrollando las técnicas pertinentes para lograr sus soluciones; en un régimen como el nuestro las alternativas de investigación y solución son múltiples, de acuerdo con los intereses u objetivos de los grupos directivos de las mismas, de ahí que la autonomía universitaria tanto en la administración como en las políticas y planes de estudio son diferentes y no guardan relación con las reales necesidades en la formación de recursos humanos que el país necesita, ni en el número que de estos se requiere. Este fenómeno lo vemos actualmente en la masificación de las profesiones que en unos años más crearán tremendos problemas de ocupación por el exceso de oferta de elementos humanos y la reducción cada día más grave de la demanda, situación que creará serios conflictos sociales. Más grave aún es la falta de gradación o preparación de profesiones intermedias, indispensables para el desarrollo nacional.

Si se toma en cuenta que cualquier plan de socialización de la salud en un país del mundo es obra encomendada al Estado y más concretamente a los gobiernos centrales, se debe inferir de esto, que siendo parte de ese sistema socializado los centros de educación, éstos deberán también pertenecer al Estado o por lo menos estar perfectamente controlados por éste.

Sin embargo, esto está en abierta contradicción con los principios que desde comienzos de este siglo se han aceptado y se vienen practicando acerca de la autonomía de los institutos universitarios frente a los gobiernos. Desde luego no se trata de encomendar la formación de recursos humanos en cada una de las instituciones que van a usarlos, por el fraccionamiento de la educación con el consecuente encarecimiento de la instrucción. Por lo expuesto, el funcionamiento de las universidades con su característica de autonomía constituye un obstáculo y una contradicción para una posible socialización de la salud.

La socialización de la salud implica por lo tanto la coordinación de todos los elementos del sistema para lograr que esos objetivos se haga realidad. Pero supuesto que en el sistema socializado todos estos factores previos se den, el plan tiene que establecer obligadamente los requisitos que esos recursos humanos deben cumplir en cuanto a número y a calidad. Para cumplir con los requisitos de calidad se necesitan elaborar dentro del plan general estándares de evaluación e índices de rendimiento y de eficiencia. Para el cálculo del número de recursos necesarios es imprescindible tomar en cuenta las características con las cuales va a funcionar el sistema ya que la cuantificación de los recursos no es la misma para un sistema de atención primaria en la que se da el máximo esfuerzo en las campañas de promoción de la Salud, de inmunización pri-

maria y de atenciones de mejoramiento del medio ambiente, que en la medicina de recuperación de salud, es decir en el campo de la medicina tradicional. Existen ciertos índices internacionales mínimos que están calculados para poder brindar una atención aceptable tanto de hospitalización en consideraciones numéricas que alargarían demasiado este trabajo, nosotros podemos afirmar que en las condiciones actuales del Ecuador, los índices de recursos humanos disponibles son más que suficientes en algunas disciplinas y deficitarias en otras.

Nosotros planteamos, sin que esto no pueda ser discutido, que los índices necesarios de recursos humanos para una población general son los siguientes:

- 1 Médicos por cada 1.000 habitantes.
- 1 Odontólogo por cada 5.000 habitantes.
- 1 Enfermera por cada 500 hab. (universitarias y auxiliares).
- 1 Obstetrix por cada 5.000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años).

Considerando estos índices mínimos que se exigen en otros países para poder programar adecuadamente las acciones de Salud, tenemos que en el país actualmente existe un exceso de profesionales médicos y odontológicos; la pregunta necesaria es porqué no hemos mejorado demostrativamente nuestros índices de salud?. En primer lugar por la carencia de planes y programas unificados que permitan un adecuado y racional uso de los recur-

sos disponibles y en segundo lugar, que como consecuencia de lo anterior el médico tiene que necesariamente "competir" en el mercado de salud para satisfacer sus necesidades económicas, lo que hace que se concentren en Quito-Guayaquil y Cuenca, con un pronunciado déficit en el resto de ciudades del país y una carencia casi absoluta en el medio rural. Si agregamos a esto, que las universidades no preparan el número de profesionales que los programas de salud requieren; en unos años más habremos rebasado con amplitud dichos índices, creando verdaderas legiones de "desocupados con título". Necesariamente deben producir el número de recursos humanos que las entidades del sector salud requieren y no más, esta masificación va en contra al desarrollo mismo del país y en contra del bienestar del individuo que ve frustradas sus aspiraciones de poder servir a la sociedad que lo prepara y por otro lado, los recursos económicos que podrían ser utilizados para optimización de los servicios, son invertidos en la burocratización de profesionales y lo que se ha dado en llamar "fuga de cerebros" en una desleal y hasta inmoral competencia y baja de calidad en la atención médica.

Para el año 1980 se calcula que en el país sin asistencia técnica especializada fértil y 417 obstetricas lo que nos da un promedio de 1 por cada 4.407 mujeres; si se considera que debe existir una obstetrix por cada 5.000 mujeres en edad fértil, tenemos un índice dentro de los límites aceptables; nuevamente surge la pregunta: ¿porqué el

70% de los partos se producen en el país sin asistencia técnica especializada? Es obvio que si este elemento está involucrado en los programas de atención del parto a nivel nacional tiende a concentrarse en ciudades grandes en donde tienen facilidades para la atención del parto "institucionalizado" y porque en un sistema capitalizado tiene que competir contra sus colegas y con gran desventaja contra el médico, dejando desamparado el medio rural poco atractivo y nada remunerativo. El personal de obstetras debería estar incluido necesariamente en el programa de atención del parto normal-domiciliario en todo el país.

En cuanto a la rama de enfermería, se calcula un elemento (El Universitario y Auxiliar) por cada 320 habitantes; para 1979 tenemos una enfermera por 4,475 habitantes y una auxiliar por cada 850; con un gran total de 11.305 elementos para un total de 8'078.000 habitantes lo que nos da un promedio de uno por cada 714. El déficit de enfermeras está producido por varios factores, de los que se consideran como importantes y que deben tener en cuenta en un plan de socialización de la medicina.

a) Profesión que antes se la hacía en 3 años y que ahora se le aumentó a 5 años.

- b) Profesión que demanda vocación y nada se hace por divulgarla y ganar mayor número de aspirantes.
- c) Condiciones de trabajo "stressantes" ya que este es constante y de gran responsabilidad: 24 horas del día y los 365 días en el año.
- d) Mal remunerado: una secretaria con menos años de preparación, sin mayores responsabilidades y sin horarios tan exigentes, ganan mucho más que una profesional enfermera.

Todo lo anteriormente anotado hacen de la enfermería una profesión poco atractiva desde todo punto de vista. Como una posible solución debe mejorarse sustancialmente las condiciones de trabajo y económicas de la enfermera o manteniendo en 3 años el programa de formación universitaria.

De pensarse que es indispensable la licenciatura, ésta debería limitarse únicamente para las profesionales con funciones de Jefatura, Docencia y Supervisión, regresando así mismo a un solo año de estudio.