

Aprovechamiento de la infraestructura física de salud*

Sonia Cedrés de Bello

RESUMEN

Este artículo versa sobre un aspecto de una investigación sobre los ambulatorios públicos en áreas urbanas. Su finalidad fue detectar la capacidad de la infraestructura existente y en construcción, analizar si estaban dirigidas a satisfacer las necesidades de la población en términos de cantidad y tipo de servicio para la atención médica requerida y estimar su aprovechamiento. Se realizó un inventario de la infraestructura física comparando la oferta de servicios y la demanda poblacional por Entidad Federal, incluyendo las edificaciones existentes, en construcción y programadas hasta 1994, de las principales instituciones públicas. El resultado del análisis permitió la evaluación e identificación del nivel de atención en cada Entidad, la localización y capacidad potencial de la infraestructura física construida.

ABSTRACT

Proficiency of the physic infrastructure for health-care

This paper deals with one of the aspects of a main research on public health outpatient services built in urban areas. The objective was to detect the capacity of the existing facilities, analysis of the accuracy to fulfill the population requirements in terms of kind and amount of services provided, and estimate its usefulness. An inventory of the existing and programmed facilities until 1994, and a comparison between the offer and demand of services, were done. The results of this analysis let identify and evaluate the level of attention in each State, the location and potential capacity of the facilities.

DESCRIPTORES

Ambulatorios
Establecimientos de salud
Planificación

*Ponencia presentada en el XII Congreso Venezolano de Ingeniería, Arquitectura y Profesiones Afines, Caracas 25/11/94, ampliada.

1. INTRODUCCION

Entre 1990 y 1993 se realizó un estudio en la UCV¹ sobre los ambulatorios públicos en áreas urbanas, establecimientos responsables de la prestación de servicios de salud para la atención integral a la población, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS). Entre sus objetivos se encontraban: detectar la capacidad de la infraestructura existente y en construcción, analizar si estaban dirigidas a satisfacer las necesidades de la población en términos de cantidad y tipo de servicio para la atención médica requerida y estimar su aprovechamiento; sobre estos aspectos versa este artículo.

Se estima que la mayoría de los problemas de salud de la población no requieren gran complejidad y especialización en sus recursos técnicos, físicos y humanos, por lo tanto pueden ser resueltos en el primer nivel de atención médica. Asumiendo esta estrategia se escogieron los ambulatorios urbanos para este estudio, y por ser los establecimientos asistenciales que más se han construido en los últimos años.

1.1 Antecedentes:

En el año 1978 en Alma Ata (URSS) se realizó una conferencia internacional que revolucionó mundialmente la visión de la prestación de salud. En esta reunión se planteó como solución de los problemas de la salud de la población, la Atención Primaria, esta visión se ratificó en 1981 en la Asamblea Mundial de la Salud cuando se acordó una meta: salud para todos en el año 2.000, con una estrategia: la Atención Primaria. (OPS, 1982)

La atención primaria de salud, asumida en su concepción más amplia significa:

¹ CEDRÉS de Bello, S. Proyecto Racionalización del proceso de producción de las edificaciones de atención médica ambulatoria, financiado por el CDCH-UCV (N° 02-32.2380/90) y por MINDUR.

"Cobertura en atención médica para la totalidad de la población, elevar los niveles de bienestar social, en todo lo que ello significa, es decir, disposición de excretas, luz, vivienda, vialidad, alimentación, educación, para que aquellas enfermedades consideradas evitables, en el actual estado de conocimiento, se reduzcan o desaparezcan. Esta estrategia implica en sí misma la participación de amplios sectores de la sociedad vinculados tanto al área de la educación y de formación de recursos como al área de los servicios, muchos de ellos ausentes, hasta ahora, en la concepción tradicional de la salud, la cual hasta hace poco era considerada simplemente como ausencia de enfermedad." (Rodríguez, M., 1991)

La Organización Mundial de la Salud estima que el 80% de los problemas de salud de la población no requieren atención médica compleja u hospitalaria; mas aún, en los países en vías de desarrollo gran parte de la población padece de dolencias como diarreas, gastroenteritis, paludismo, escabiosis, etc. La mayoría de la población mundial no tiene acceso a la Atención Primaria de salud.

Con este planteamiento en la Conferencia de Alma Ata, entre otros, la visión de la prestación de servicios de salud en el mundo cambia: antes de 1978 la idea generalizada era que la solución a los problemas de salud radicaba en la cura de enfermedades y el mejor sitio para estas acciones era el hospital. Después de la conferencia, comienza el énfasis en la atención primaria completa de salud y como consecuencia en la Atención Ambulatoria. América Latina, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), toma esta estrategia, y así en consecuencia en nuestro país se hace a través del Ministerio de Sanidad. (OPS, 1982) Se ha dicho que se debe cambiar de una cultura de enfermedad y muerte, a una nueva visión de salud y vida. (Seminario: Hacia la Reforma del Sector Salud, 1993)

Por otro lado, la atención médica ambulatoria aumenta en una progresión geométrica, una de las razones más importantes es la simplificación en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, puesto que muchos de ellos se hacen hoy día, ambulatoriamente; inclusive algunos de carácter quirúrgico. Este cambio ha generado a nivel mundial (Bobrow, et al, 1990) un énfasis en la creación de nuevos establecimientos de atención médica ambulatoria, que pueden sustituir parte de la acción médica hospitalaria con un costo menor.

La organización jerárquica de los niveles de los servicios médicos, establece que la atención de primero y segundo nivel debe ser prestada por este tipo de establecimientos y los hospitales, por ser unidades más complejas deben atender otro tipo de requerimientos. Los establecimientos de salud, están clasificados oficialmen-

te según el nivel de complejidad de los servicios que presta y según su capacidad física para responder a una cobertura poblacional previamente establecida, la cual se estima por el número de prestaciones realizadas o número de camas.

En el periodo comprendido entre 1986 y 1994, se han construido y programado para su construcción, aproximadamente 270 nuevos ambulatorios, pertenecientes a las principales instituciones públicas prestadoras de servicios, 210 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), 17 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), y 30 de la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal (JBPDF)., ubicados en poblaciones mayores de 10.000 hab. "la mayoría ubicados en sitios inadecuados, ilógicos e inútiles, es de opinión generalizada que han sido un fracaso" (Arcia, 1990). Actualmente nos encontramos con una proliferación de ambulatorios terminados y abandonados o subutilizados, bien porque están mal ubicados y la población no tiene acceso a ellos o por no corresponder su programación a las necesidades de la población local. (Cedrés, 1994; 5)

Igualmente encontramos edificaciones en las cuales se dificulta el desempeño adecuado de las funciones debido a la falta de confort térmico pues fueron implantadas en climas calurosos sin adecuar el diseño a las condiciones geográficas del sitio (Cedrés, Alvarez y Koteich, 1991).

Estas edificaciones obedecen a proyectos tipo (según clasificación oficial por tipologías de servicios), que se han repetido en algunos casos hasta 107 veces (Ambulatorios tipo I del MSAS), sin variar en su programación y diseño, sin revisar su funcionamiento, su adecuación al clima y los nuevos programas de salud. En estudio realizado por Jaen (1989) señala que: "los ambulatorios destinados a la atención médica de primer nivel, que teóricamente contempla entre sus funciones, actividades de educación a la comunidad, no cuenta con locales, equipamiento ni personal para realizar esa actividad"

Según estudios realizados por Badell (1987) los denominados proyectos tipo, adolecen de una serie de fallas que les impiden desempeñar adecuadamente el importante rol que están llamados a cumplir en el desarrollo del Sistema de Edificaciones Públicas en el país, entre las fallas más comunes encuentra:

- "La ausencia de una tipificación que responda a las exigencias regionales de diseño, lo que conduce a la necesidad de readaptar los proyectos tipos a diferentes condiciones climáticas y ambientales.
- Dificultades de implantación de los proyectos tipo en función de los terrenos disponibles, construyéndose en algunos casos edificaciones compactas y de varios pisos donde existen áreas disponibles para desarrollos horizontales abiertos.

- No se contempla la construcción de una obra y su habilitación gradual por etapas, lo que permitiría un uso, mas racional de los recursos financieros”.

Otros factores que impiden el éxito de los ambulatorios fueron señalados en trabajo realizado por el MSAS (1985 a) tales son:

- La mala distribución espacial de los servicios hospitalarios los cuales tienden a concentrarse en las grandes ciudades, la falta de información de la población en el conocimiento de los servicios que se le ofrecen y la desconfianza en la eficiencia de los mismos.
- Dispersión del Sector: representada por un gran número de instituciones que prestan servicios de salud, las cuales tienen diferencias fundamentales en cuanto a su organización, cobertura, recursos y producción.

En el análisis de la utilización de los servicios de atención médica ambulatoria, (Cedrès y Alvarez, 1992) establecido mediante la comparación entre la capacidad física y el número de consultas realizadas se encontraron índices del orden del 50% o menos de la utilización de la capacidad de la infraestructura física existente, bien sea porque el tamaño de la población a servir es menor que la capacidad de los establecimientos, por la poca utilización de los servicios por parte de la población o por inadecuada ubicación.

En el año 1991, el Gobierno a través del MSAS, inició la elaboración del Proyecto Salud, dirigido a mejorar la calidad de la atención hospitalaria, teniendo como subproyectos la modernización de los hospitales y del sector salud con inversiones del orden de 50.000 millones de bolívares para el periodo 1992-1996, con apoyo técnico y financiero del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

En tal sentido, resulta conveniente advertir que en diferentes estudios realizados por Badell (1987), Chacón (1983) y Negrette (1986) se recomienda la revisión y actualización de los programas de las edificaciones asistenciales, así como también de los proyectos arquitectónicos, de equipamiento e instalaciones, acordes con realidades nacionales, nuevas tecnologías, políticas de operación de los servicios y de la localización de las edificaciones.

“En el diseño de las edificaciones asistenciales la selección de las técnicas son las que mandan, porque ellas determinan la clase y arreglo de los espacios, así como los equipos, procedimientos y personal que realiza la actividad”. (Clibbon, 1978)

El MSAS y la OPS (MSAS-OPS-OMS, 1991) están realizando programas de desarrollo de Sistemas Locales de Salud (SILOS), teniendo un plan piloto que incluye ocho localidades, en estos programas se están desarrollando

métodos de evaluación de los servicios, planificación y desarrollo a través de investigaciones operativas, dichos estudios son parciales y no contemplan aspectos relativos a las edificaciones.

Las políticas actuales tendientes a la reforma y descentralización de las funciones del Estado y en especial del Sistema de Salud, están orientadas hacia la realización de planes de evaluación, rehabilitación y construcción de infraestructura física. Arrieche, et al (1993) señala algunas experiencias realizadas en las Entidades Federales, que han establecido planes para realizar nuevas construcciones, a pesar de la sub-utilización de la capacidad física de los establecimientos existentes. En otras entidades se han ubicado nuevas edificaciones en ciudades con infraestructura sub-utilizada y al mismo tiempo sin prever ningún servicio en otras poblaciones carentes de ellos.

En algunos planes del MSAS (1985a, 1989a) se ha recomendado la reducción de áreas y ambientes en los proyectos de ambulatorios a fin de construir edificaciones mas compactas, como medida de ajuste a la reducción presupuestaria, sin embargo, la racionalización en el monto de las inversiones además del área de la edificación, también tiene que ver con la planificación de la cantidad de edificaciones a construirse, ya que no se trata solamente de su costo sino también de su equipamiento y mantenimiento (Cedrès y Alvarez, 1992) y de la relación costo/ beneficio. La política actual del MSAS es no construir nuevos ambulatorios y/o hospitales sino incrementar el uso de la capacidad ociosa y la recuperación de aquellos que así lo requieren.

1.2 Proceso de producción de los ambulatorios públicos (programación, diseño y construcción)

El MSAS en el proceso de planificación y construcción de sus instalaciones medico-asistenciales, trabaja conjuntamente con el Ministerio del Desarrollo Urbano, MINDUR, organismo encargado de la elaboración de los diseños y de la construcción de dichas instalaciones a nivel nacional. Los programas de necesidades físicas de la edificación, y la programación del tipo, cantidad y localización de las edificaciones, son realizadas por el MSAS, a través de la Comisión Programadora de Servicios Asistenciales. Construida la obra, incluyendo equipo fijo, por parte de MINDUR, es entregada al MSAS para la puesta en funcionamiento. Todas estas gestiones y procedimientos se realizan a nivel central, con poco o nula participación de las oficinas regionales, salvo en la supervisión de la construcción. Cabe mencionar que no se realiza ningún tipo de evaluación de la edificación después de la puesta en funcionamiento, por parte de ninguna institución.

La elaboración de los programas arquitectónicos y los diseños de las edificaciones, obedecen a tipologías

que se repiten por periodos de hasta mas de 10 años. Los programas y diseños elaborados en 1970 se construyeron a lo largo de esa década, y aún en nuestros días se siguen repitiendo². Los programas elaborados en 1980, con pequeños ajustes hechos en 1985, y los proyectos tipo realizados por MINDUR entre 1982 y 1984, a los cuales se le hicieron modificaciones principalmente reduciendo áreas, y reduciendo el modulo de diseño, por lo cual se tienen hasta cuatro versiones del mismo tipo, se están construyendo desde 1986 y están planificados para continuarlos de igual forma en los años 90.

El IVSS, al igual que el MSAS, también ha construido sus edificaciones en los 70 y 80, con proyectos de MINDUR, con diseños tipificados y repetitivos, con algunas excepciones de proyectos especiales (Ambulatorio tipo III, 1975).

El IPASME, ha realizado sus edificaciones con proyectos únicos, diseñados para cada ocasión, se destaca entre sus edificaciones, la UMO de Barquisimeto que obtuvo un premio de Arquitectura. Con algunas excepciones se ha repetido un proyecto, como el caso de los ambulatorios de Carúpano y Maturín, donde se realizó el mismo proyecto con cambios en el sistema constructivo.

Los ambulatorios de la JBPDF, se han realizado con proyectos tipos repetidos, diseñados en la oficina de proyectos de la Gobernación del DF.

2. ANALISIS DE LA CAPACIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR ENTIDAD FEDERAL

2.1 Metodología:

- Se realizó un inventario de la infraestructura física de los ambulatorios pertenecientes a las tres instituciones públicas mas importantes como son el MSAS, el IVSS, y el IPASME, considerando su clasificación y capacidad, establecida según clasificación oficial. (ver cuadros 1 y 2)
- Se elaboró una ficha por Estado, con sus datos poblacionales, infraestructura existente y en construcción para 1990 y programadas hasta 1994, y las coberturas poblacionales por atención médica directa de primer nivel y referida de segundo nivel.
- Se estableció la demanda de cada una de esas instituciones y se hizo una comparación entre la oferta y la demanda de los ambulatorios. (ver cuadro 3)
- Se elaboraron mapas de cada Entidad Federal con la división geográfica por Distritos Sanitarios y la ubicación de los ambulatorios urbanos tanto existentes como los que están en construcción y programados para su construcción. (ver mapa 2)

Los datos incluidos en la ficha realizada por Estado, son los siguientes:

La población para 1990 (OCEI, 1992) y la proyectada para

CUADRO 1
COBERTURA POBLACIONAL DE LOS AMBULATORIOS URBANOS POR INSTITUCION Y TIPO DE ATENCION MEDICA (nº de hab.)

TIPOLOGIA	MSAS		IPASME		IVSS	
	AM Directa	AM Referida	AM Directa	AM Referida	AM Directa	AM Referida
Tipo I	10.000-20.000	0	7.000-20.000	0	10.000	0
Tipo II	20.000	50.000	20.000	40.000	25.000	50.000
Tipo III	25.000	100.000	40.000	100.000	50.000	150.000

Fuente: MSAS. 1985. Programación de Edificaciones Médico-Sanitarias
IVSS. 1985-1989. Memoria y Cuenta.
MINDUR. 1985-1989. Memoria y Cuenta.
IPASME. Documentos de Programación de las UMO.

CUADRO 2
RESUMEN DE AMBULATORIOS EXISTENTES POR INSTITUCION Y POR TIPOLOGIA. 1989

AMBULATORIO TIPO	MSAS	IVSS	IPASME	JBPDF	SUB-TOTAL
Urbano III	24	25	8	0	57
Urbano II	53	38	10	7	108
Urbano I	389	27	39	17	472
Rural II	565	0	0	14	579
Rural I	2.395	0	0	0	2.395
TOTAL	3.426	90	57	38	3.611

FUENTE: elaboración propia

Total Ambulatorios Urbanos: 637

Total Ambulatorios Rurales: 2.974

² Tal es el caso del Ambulatorio de Salamanca en el Estado Nueva Esparta, con diseño y programa de 1970, construido en los 80s. y puesto en funcionamiento en 1992.

el año 2000 (OCEI, 1987) discriminadas en rural y urbana, considerando la población urbana que habita en localidades mayores de 10.000 hab.

Las ciudades con poblaciones mayores de 10.000 hab. (OCEI, 1994), por ser susceptibles a la ubicación de ambulatorios urbanos.

La demanda poblacional de cada una de las instituciones estudiadas. Las del IVSS e IPASME, en base al número de sus afiliados y beneficiarios, la población atendida por el sub-sector privado en base a una estimación general de 11%, tomada para todo el país y la demanda del MSAS, se estimó restando de la población total los beneficiarios del IVSS, IPASME y el sub-sector privado. La demanda del MSAS se discriminó a su vez, en rural y urbana, en base a los porcentajes de la población total presente en el Estado.

La distritalización sanitaria correspondiente a la subdivisión geográfica de los Estados por área de atención médica según criterios del MSAS (Gaceta Oficial N° 32-650 de 1983).

Los establecimientos de salud existentes para el año 1990, discriminados por institución a que pertenece, su tipología, y clasificación según sean hospitalares, ambulatorios urbanos y rurales.

La cobertura poblacional teórica de los ambulatorios existentes, por cada institución, indicando su tipología

y la ubicación de cada uno de ellos por localidad y por Distrito Sanitario. La cobertura poblacional se discriminó en cuanto a atención médica directa (AMD), o sea la población asignada a cada establecimiento, según MSAS (1985 b) y atención médica referida (AMR), que incluye la población que proviene de un radio de acción más amplio que engloba otros establecimientos de atención directa.

La cobertura poblacional teórica de los ambulatorios nuevos, construidos o programados para su construcción, entre 1985 y 1994, listados aparte, a fin de discriminar en que fase estaban, ya sea, en obra, terminada, o en funcionamiento (MINDUR, 1986-1987-1988-1989), para lo cual se indicaron las fechas correspondientes a cada etapa, o si se encontraba en etapa de proyecto o programado para su construcción (MSAS, 1989 a). Se incluyeron 210 ambulatorios del MSAS construidos por MINDUR, y 3 del IPASME; el IVSS no tenía planes de construcción.

La comparación entre la oferta de ambulatorios y su demanda poblacional, se estableció según la tipología y capacidad de las edificaciones, discriminada por instituciones, tipo de atención médica, por Entidad Federal y por edificaciones existentes y en construcción. Se hicieron dos tipos de comparación:

- 1ra. La relación oferta/demanda de cada institución por separado. (ver cuadro 3)

CUADRO 3
RELACION OFERTA/DEMANDA DE LOS SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS
POR INSTITUCION EN LAS ENTIDADES FEDERALES

Tipo de atención	Parámetro de evaluación	MSAS	IVSS	IPASME
Atención médica directa (Primer Nivel)	Excedente	Anzoátegui, Apure, Aragua, Bolívar, Carabobo, Cojedes, Falcón, Guárico, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Nueva Esparta, Portuguesa, Sucre, Trujillo, Yaracuy, Zulia, Amazonas, D. Amacuro	Apure, Guárico, Mérida, Nueva Esparta, Sucre, Trujillo y Amazonas	Anzoátegui, Apure, Barinas, Bolívar, Carabobo, Cojedes, Guárico, Miranda, Portuguesa, Sucre
	Satisfactorio	Táchira	Cojedes, Monagas, Portuguesa, Yaracuy y D. Amacuro	Aragua, Monagas, Falcón, Nueva Esparta, Trujillo, Yaracuy, Amazonas y D. Amacuro
	Deficiente	Barinas	Anzoátegui, Aragua, Barinas, Bolívar, Carabobo, Falcón, Lara, Miranda, Táchira, Zulia	Lara, Mérida, Táchira y Zulia
Atención médica referida (Segundo Nivel)	Excedente	Aragua, Bolívar, Lara y Monagas	Anzoátegui, Apure, Barinas, Bolívar, Carabobo, Cojedes, Falcón, Guárico, Mérida, Monagas, Nueva Esparta, Portuguesa, Sucre, Trujillo, Zulia, Amazonas	Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Monagas, Trujillo y Zulia
	Satisfactorio	Cojedes, Miranda, Mérida, Amazonas		Lara, Sucre y Táchira
	Deficiente	Anzoátegui, Apure, Barinas, Carabobo, Falcón, Guárico, Nueva Esparta, Portuguesa, Sucre, Táchira, Trujillo, Yaracuy, Zulia, Delta Amacuro	Aragua, Lara, Miranda, Táchira, Yaracuy y Delta Amacuro	Apure, Barinas, Cojedes, Guárico, Mérida, Miranda, Nueva Esparta, Portuguesa, Yaracuy, Amazonas, D. Amacuro

- 2da. La relación oferta/demanda del total de establecimientos en el estado (ver cuadro 4)

Parámetros de evaluación:

•Excedente:	Oferta > Demanda
•Satisfactorio:	Oferta = Demanda
•Deficiente:	Oferta < Demanda

Se estableció si la capacidad de la oferta, o sea, la cobertura poblacional teórica de los ambulatorios, es mayor o menor que la demanda, para determinar si las nuevas construcciones están planificadas para satisfacer las necesidades de la población en términos de cantidad y tipo de atención médica requerida. La 2da. comparación, se hizo en relación a determinar la capacidad de

CUADRO 4
COMPARACION ENTRE LA CAPACIDAD DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS Y SU DEMANDA, POR ENTIDAD FEDERAL. (MSAS, IVSS, IPASME)

Entidad Federal	Tipo de atención	Demanda	Oferta	Comparación oferta /demanda		
				Excedente	Satisfactorio	Deficiente
Anzoátegui	AMD	691.000	1060.000	•		
	AMR	765.000	1030.000	•		
Apure	AMD	156.000	230.000	•		
	AMR	254.000	190.000			•
Aragua	AMD	968.000	990.000	•		
	AMR	997.000	1000.000		•	
Barinas	AMD	261.000	220.000			•
	AMR	378.000	150.000			•
Bolívar	AMD	752.000	1025.000	•		
	AMR	801.000	1480.000	•		
Carabobo	AMD	1274.000	1025.000			•
	AMR	1293.000	1460.000	•		
Cojedes	AMD	134.000	395.000	•		
	AMR	162.000	150.000		•	
Falcón	AMD	421.000	630.000	•		
	AMR	534.000	580.000		•	
Guárico	AMD	357.000	770.000	•		
	AMR	434.000	150.000			•
Lara	AMD	916.000	1220.000	•		
	AMR	1062.000	1090.000		•	
Mérida	AMD	402.000	745.000	•		
	AMR	508.000	600.000	•		
Miranda	AMD	1639.000	950.000			•
	AMR	1665.000	750.000			•
Monagas	AMD	329.000	385.000	•		
	AMR	419.000	580.000	•		
Nueva Esparta	AMD	222.000	270.000	•		
	AMR	234.000	250.000		•	
Portuguesa	AMD	371.000	600.000	•		
	AMR	513.000	150.000			•
Sucre	AMD	464.000	755.000	•		
	AMR	601.000	490.000			•
Táchira	AMD	587.000	480.000			•
	AMR	722.000	300.000			•
Trujillo	AMD	320.000	525.000	•		
	AMR	440.000	520.000	•		
Yaracuy	AMD	273.000	430.000	•		
	AMR	343.000	50.000			•
Zulia	AMD	1828.000	2180.000	•		
	AMR	1990.000	1950.000		•	
Amazonas	AMD	35.000	115.000	•		
	AMR	50.000	100.000	•		
Delta Amacuro	AMD	47.000	70.000	•		
	AMR	75.000	0			•

toda la infraestructura presente en el Estado, considerando que puedan surgir nuevas formas de gestión administrativa a nivel estatal, que permitan sumar las capacidades de los servicios existentes para atender la demanda del sub-sector público.

2.2 Resultados:

- 1ra. comparación: relación oferta / demanda de cada Institución por separado. (ver cuadro 3)
- 2da. comparación: relación oferta / demanda del total de establecimientos del estado. (ver cuadro 4)

Se destacan los estados Guárico, Anzoátegui, Zulia, Mérida y Lara, con capacidad de cobertura de sus ambulatorios, por atención directa de primer nivel, suplida por los ambulatorios tipo I, II y III, superior a su demanda en el orden de los 300.000 hab.; y el Estado. Bolívar, con capacidad en atención referida de segundo nivel, suplida por los ambulatorios tipo II y III, superior a su demanda, por un orden de los 680.000 hab.

Haciendo un resumen tenemos:

•Deficiente de AMD y AMR:	Miranda, Táchira y Barinas
•Excedente de AMD Y AMR:	Bolívar, Anzoátegui, Mérida, Trujillo y Monagas
•Excedente de AMD y Satisfactorio de AMR:	Aragua, Cojedes, Falcón, Lara, Nueva Esparta y Zulia
•Excedente de AMD y Deficiente de AMR:	Portuguesa, Guárico, Apure, Yaracuy, Sucre y Delta Amacuro
•Deficiente de AMD y Excedente de AMR:	Carabobo

2.3 Análisis de los resultados:

Cuando se contempla toda la infraestructura pública presente en cada Entidad Federal, realizada en la segunda comparación se observa excedencia, o capacidad sub-utilizada en los ambulatorios de casi todos los estados, a pesar de que existen deficiencias si se consideran separadamente por instituciones de pertenencia, tal como se observó en la primera comparación.

En los estados que presentan deficiencias de una o ambas modalidades de atención habría que tomar en consideración las ofertas de otras instituciones presentes en la localidad (de la Gobernación, Instituciones benéficas, Fundacomún, etc.) para poder determinar la necesidad de ampliación de los servicios y nuevas construcciones.

Por otro lado, la capacidad asignada a los ambulatorios, según clasificación oficial, contempla un índice de utilización de 1.5 cons./hab./año, lo cual es considerado por la OMS (Kleczkowski, y Pibouleau, 1979) como el umbral mínimo para países subdesarrollados, por lo cual se podría considerar que si las instalaciones existentes funcionan con toda su capacidad, puedan aumentar el

índice de utilización, procurando una mejora en la calidad de vida. Al hacer una comparación con los índices alcanzados en otros países, el recomendado por la OMS y el estimado según las consultas realizadas, hemos establecido como adecuado un índice de 3 consultas / hab./año (Cedrès y Alvarez, 1992: 128).

Según las características de los nuevos ambulatorios, con las nuevas edificaciones del MSAS, construidas y programadas entre 1986 y 1994, la cobertura máxima, por atención médica directa, se incrementará en 2.6 millones de hab. aumentando la cobertura de los ambulatorios existentes, de 14.5 millones de hab. a 17.2, con el índice de utilización propuesto de 3 cons./hab./año. La cobertura por atención referida de los ambulatorios existentes, con el índice de programación oficial, resultó ser de 5 millones de hab. y con las nuevas edificaciones se llegaría a 8.6 millones. Los índices de atención referida no se revisaron, pues requieren un estudio detallado adicional.

3. ANALISIS DE LA UBICACION GEOGRAFICA DE LOS AMBULATORIOS.

Además del análisis cuantitativo de la capacidad de la infraestructura de ambulatorios existentes, se realizó un *análisis gráfico con la localización geográfica de los establecimientos*, a fin de enfocarlo desde otro punto de vista. El nivel de este análisis, al igual que el anterior es exploratorio, pues se limita a los ambulatorios de las instituciones estudiadas y no incluye los otros servicios existentes en la zona, ni las vías de comunicación, medios de transporte, isocronas, accidentes geográficos, comportamiento demográfico, etc., pues no es el objetivo en esta etapa de la investigación, sino identificar diferentes formas y métodos de evaluación de la Infraestructura existente, en construcción y planificada.

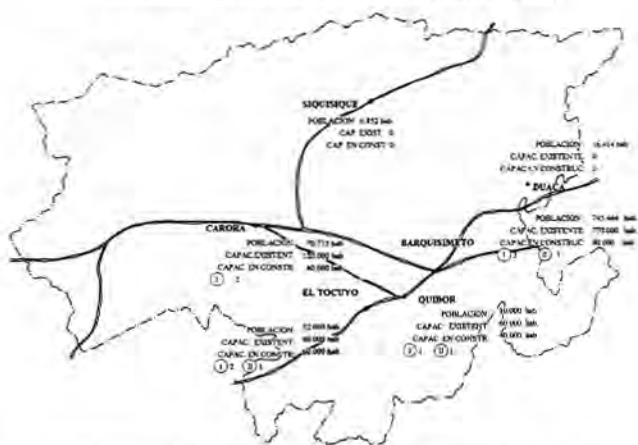
En la selección de los casos de estudio, prevaleció el criterio de acceso a la información por parte de los organismos correspondientes; en el siguiente caso se trato de la oficina sub-regional del MSAS.

3.1 Caso de Estudio: Estado Lara
(ver mapas 1 y 2).

En cuanto a la cobertura por atención médica directa se observó que, la población urbana ubicada en las seis ciudades mayores de 10.000 hab., suman 930.737 hab. (Censo 1991) de los cuales hemos estimado en 916.518 hab. la demanda poblacional de los servicios públicos, por otro lado, la capacidad de los ambulatorios existentes es de 1.000.000 hab. y se construyen edificaciones para aumentar la capacidad física en 220.000 hab. más, lo cual hace suponer que presentan una sobreoferta de ambulatorios tipo I.

MAPA 1
CAPACIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA DE ATENCION MEDICA DIRECTA

• Ciudades mayores de 10.000 hab. (Censo 1990)

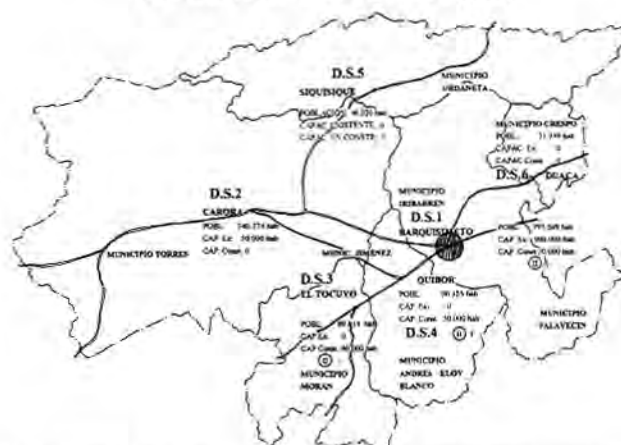


POBLACION URBANA 1990*: 930.737 hab.
 Capacidad ambulatorios existentes: 1.000.000 hab.
 Capacidad ambulatorios en construcción: 220.000 hab.
 *Censo 1990

POBLACION URBANA 2000**: 1.036.000 hab.
 Leyenda: ○ Ambulatorios en construcción
 ** Censo 1980

MAPA 2
CAPACIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA DE ATENCION MEDICA REFERIDA

Población por distritos sanitarios (D.S.)



POBLACION URBANA 1990*: 1.193.161 hab.
 Capacidad ambulatorios existentes: 950.000 hab.
 Capacidad ambulatorios en construcción: 140.000 hab.
 *Censo 1990

POBLACION URBANA 2000**: 1.533.697 hab.
 Leyenda: ○ Ambulatorios en construcción
 ** Censo 1980

LOCALIZACION TERRITORIAL: AMBULATORIOS URBANOS DEL ESTADO LARA

En cuanto a la localización observamos que: Duaca, capital del Distrito Sanitario 6, no tiene ambulatorios, teniendo una población de 16.414 hab., mientras que en los Distritos 1,2,3, y 4 se construyen 9 ambulatorios tipo I, que van a contribuir a aumentar la sobreoferta de infraestructura física en esos distritos.

En cuanto a la tipología, se observa un aumento de la oferta en ambulatorios tipo I, creando una sobreoferta de infraestructura destinada a prestar servicios médicos directos, de 1er. nivel. Por otro lado, los centros de referencia, representados por los ambulatorios tipo II y III, se encuentran concentrados en Barquisimeto, produciendo una centralización de estos servicios en la capital y aumentando las distancias a recorrer por los usuarios para obtener servicios tales como exámenes de laboratorio, radiografías y consultas de especialidades.

3.2 Análisis de los resultados:

Se evidencia la ineficacia en la distribución de los servicios médicos, ratificando el comentario del Dr. Martínez Vera (Rodríguez y Nuñez, 1991; 45), quien decía que: "hablando de promedios, en Venezuela con 18 millones de habitantes y 4000 establecimientos de salud, resulta que habría un establecimiento por prácticamente 4.500 personas, y por cada 1.000 familias habría 7 médicos, pero esos son los promedios, el problema está en la distribución"

Esta sub-utilización de la capacidad física de los establecimientos, podríamos relacionarla con la concentración del personal y los servicios médicos en la Región Central, lo cual ha sido señalada por el Dr. Bolívar Cholet (Rodríguez y Nuñez, 1991; 35), quien indica que fuera de

esta región, el resto del país está desasistido, y además no vislumbra ningún cambio en esta década.

Según datos de la OCEI (1992) para 1989 en Venezuela existían 32.616 médicos, de los cuales 10.095 (31%) están ubicados en el DF., 4.212 (13%) en el Estado. Zulia, 2.300 (7%) en Carabobo y entre 1000 y 1500 (3- 4,5%) en los Edos. Anzoátegui, Bolívar, Miranda, Mérida, Lara, Aragua y Táchira. Haciendo una relación entre el número de médicos y la población, tenemos:

DF	1 Med/ 208 hab.
Zulia	1 Med/ 530 hab.
Anzoátegui	1 Med/ 573 hab.
Carabobo	1 Med/ 632 hab.
Táchira	1 Med/ 807 hab.

Debemos aclarar que este análisis se ha hecho a título exploratorio, no pudiendo tomarse como diagnóstico preciso, pero sí como indicador de las necesidades en la planificación de nuevos servicios y como orientador al establecer planes de evaluación, rehabilitación y construcción de infraestructura física a nivel de las Entidades Federales.

El Sistema Nacional de Salud tiene entre sus enunciados: "establecer una demarcación geográfica de los Distritos Sanitarios en comunidades sanitarias con determinación de la cobertura real y el área de influencia de cada establecimiento con un establecimiento responsable de cada área". También debemos mencionar que no se debe desvincular un proceso de planificación y construcción de servicios de salud de un estudio socio-económico y epidemiológico de la población que conforma la demanda, porque los grupos sociales son diferentes. Señala el

Dr. Bidegain (Rodríguez y Nuñez, 1991: 39) que "estos grupos científicamente determinados deben permitir que las intervenciones de política pública mejoren el rendimiento de los recursos impartidos, sean humanos o de infraestructura".

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La planificación inadecuada ha producido capacidad ociosa y sub-utilizada en la infraestructura existente, ha acarreado modificaciones, ampliaciones y cambio de uso de nuevas estructuras, por inadecuada ubicación, tipo y tamaño de los servicios, programación y diseño de las edificaciones, y por considerar la edificación como un ente aislado y no como parte de una red interconectada.

Con estos resultados se puede presumir que *no hace falta continuar construyendo mas edificaciones de atención médica directa de primer nivel, sino aumentar la productividad de las ya existentes y completar la infraestructura de atención referida de segundo nivel*, la cual es suplida por los ambulatorios tipo II y III, en combinación armónica con los hospitales, estableciendo la oferta de servicios aportados por las consultas externas de estos últimos, aspecto que se puede determinar haciendo una planificación de la red completa para cada localidad.

El índice de planificación ubicado en el umbral mínimo de utilización distorsiona las coberturas reales de los servicios.

Según los resultados obtenidos en el análisis se hacen las siguientes recomendaciones:

- **Aumentar la utilización de la capacidad de los ambulatorios existentes**, al considerar planes para aumentar su cobertura, buscando formas mas creativas de distribución de los servicios para que llegue el recurso a la población, aumentando el horario de funcionamiento, el personal, utilización de la estructura instalada, remodelaciones, ampliaciones, cambio de usos, antes de afrontar nuevas construcciones ya que no se trata solamente del costo de la construcción, sino también de su mantenimiento, equipamiento y gestión.

- **Planificar las redes de servicios** en el ámbito de los Distritos Sanitarios, o de una delimitación geográfica mas pequeña, pero autónoma, a fin de usar los servicios compartidos y que funcionen las referencias, teniendo en cuenta los recursos disponibles, las distancias a recorrer por los usuarios y las vías de comunicación.

- **Las instituciones públicas presentes deben coordinar sus recursos**, para evitar solapamiento de coberturas y determinar la necesidad de nuevas edificaciones para construir el tipo de instalación adecuado, en la ubicación mas conveniente.

- **La planificación debe ser concebida de manera integral** considerando programas, infraestructura, gerencia, financiamiento, costos de operación y mantenimiento, planificando acciones a mediano y largo plazo y no solamente a corto plazo.

- **Contemplar combinaciones** como: servicios compartidos, aperturas de consultas de especialidades en ciertos ambulatorios, moviendo al especialista y no a los pacientes, esto permitiría tener servicios de especialidades en algunos lugares del interior, donde no hay especialistas residentes.

- **Incentivar el mantenimiento** de las instalaciones, la reparación y aprovechamiento de los equipos, especialmente los de alta tecnología, comercializando sus servicios.

- **Llevar un registro estadístico mas completo** por parte de los establecimientos, sobre el tipo y cantidad de servicios demandados, discriminado y homogéneo, y proceder a informarlo a un organismo rector, de manera de recabar y organizar la información necesaria para hacer mejores planes y racionalizar los recursos.

- **Actualizar el concepto de cobertura**, a la luz de diferentes modalidades de hacer llegar los servicios de salud a la población; hacer una revisión de las coberturas reales por tipo de establecimiento, en base a su capacidad resolutive, de espacio y personal, y al índice de utilización propuesto de 3 cons./hab./año para atención de 1er. nivel y hacer estudios sobre índices de utilización de la atención médica referida de segundo nivel, por especialidades.

- **Restringir el uso de los proyectos tipo** y hacer proyectos adaptados a las condiciones geográficas y socio-culturales del sitio y a los programas de salud y servicios locales.

- **Programar instalaciones con servicios mas completos**, estratégicamente ubicados. En los ambulatorios tipo I: laboratorio o toma de muestras, según la distancia al centro de referencia, sala de observación y tratamiento, atención de 24 horas, cuarto de reposo para médicos. En los tipo II y III, sala de partos, cirugía ambulatoria, sala de recuperación, a fin de aumentar su capacidad resolutive y ganar credibilidad de parte de los usuarios y descongestionar los hospitales.

- **Adaptar el espacio físico a la inserción de los nuevos programas docentes** de estudiantes de medicina y personal médico y paramédico.

- **Incrementar el uso de los ambulatorios con programas preventivos y educativos** para la comunidad, adecuándose a las necesidades actuales, con horarios mas flexibles.

- **Aprovechar el proceso de descentralización** administrativa de los servicios públicos de salud para realizar todos estos ajustes, este es el momento para introducir esos elementos en la planificación, de tal forma que sean instrumentos de cambio utilizables a nivel local.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARCIA, C. (1990): *Situación actual de los ambulatorios*. Caracas, MSAS, D.S. Atención M. Ambulatoria
- ARRIECHE, A. et al (1993): *Evaluación de las experiencias de descentralización y desconcentración del sector salud en Venezuela*. Caracas. ILDIS-FUDECO-F.FAUS. 61 p. Inédito.
- BADELL, E. (1987): *Proyectos modulares adaptables*. Caracas, MINDUR, DGSE. UI. Inédito.
- BOBROW, M. et al. (1990): *Targeting treatment. Bdg types Study 680: Hospitals*. Arch. Rec. N.Y. June: 87-101.
- CEDRÉS de Bello, S. (1994): *Estudio sobre la Planificación, diseño y uso de los establecimientos de atención médica ambulatoria*. Caracas IDEC-FAU-UCV. Trabajo de ascenso.
- CEDRÉS de Bello, S. y Alvarez, Y (1992): *Producción de los ambulatorios*. Cs.C.CENDES,UCV 21: 121-125.
- CEDRÉS de Bello, S., Alvarez, Y. y Koteich, Y. (1991): *Ambulatorios Urbanos*. Cs UCV-CDCH. Informes.
- CLIBBON, S. (1978): *Creating consolidated clinical techniques spaces for an expanding role in health care*. En: Redstone, L, Ed. Hospitals and health care facilities. N.Y, Mc Graw-Hill, 13-20.
- CHACÓN, C. (1983): *Atención Ambulatoria*. Dept. Cons. Externa. 2da.Ed.Cs, MINDUR, UI. Pub Téc. p: 60-66
- GOBIERNO NACIONAL (1983): *Normas sobre clasificación de establecimientos de atención médica del sub- sector público*. Caracas. Gaceta Oficial 32650, 20/01/83.
- GOBIERNO NACIONAL (1983): *Distritalización Sanitaria según Gaceta Oficial Nº 32-650*.
- JAEN, M.H. (1989): *La Salud en Venezuela. Atención ambulatoria*. Rev. SIC. Caracas (512): 65-69.
- JAIME Alarid, H. (1990): *APS y Medicina Familiar*. En: Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. Caracas. MSAS-OPS-OMS. (5): 38-50.
- KLECZKOWSKI, B.M. y Pibouleau (1979): *Criterios de planificación y diseño de instalaciones de Salud Pública*. Científica Wash. DC. OPS. 1 (379) 173 p.
- MINDUR (1986-1987-1988-1989): *Memoria y Cuenta*.
- MSAS (1985 a): *Proyecto Ambulatorios Urbanos*. Caracas, BID-MSAS.
- MSAS (1985 b): *Programación funcional y de necesidades físicas de los ambulatorios urbanos tipo I-II-III*. Comité de programas de edif. medico-asistenciales. Caracas. Documento.
- MSAS (1989 a): *Programas de actuaciones urbanísticas 1990-1994*. Documento.
- MSAS. (1989 b): *Infraestructura física y equipos*. Documento DIFE Nº 523, fecha 16-11.
- MSAS (1992) : *Proyecto Salud*. Caracas, MSAS-BID-BM. Inédito.
- MSAS, OPS, OMS (1991): *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud en Venezuela*. Experiencias Colón: Tachira, Quibor: Lara. Caracas. (4)
- NEGRETTE, J. (1986): *Una alternativa en edificaciones para la salud: Ambulatorios Urbanos*. En: Congreso Regional de Arquitectura del Grupo Andino, 11. Maracaibo. Ponencia.
- OCEI (1987): *Proyecciones de población 1980-2000*.
- OCEI (1992): *Anuario estadístico de Venezuela, 1991*.
- OCEI (1994): *Nomenclador de centros poblados. Total Nacional*.
- OPS (1982): *Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Serie: Salud para todos en el año 2000*. Documento Oficial. Wash. D.C. (179).
- RODRIGUEZ M, y Nuñez N. Ed. (1991): *Repercusiones en la demanda de servicios del sector salud*. Coloquio Venezuela 1988-1998. Caracas UCV. Ed. Rectorado.
- RODRIGUEZ, M. (1991): *Contribución de la universidad a la salud de la población*. Rev. Aula Magna. Cs. UCV. Mayo: 5-15.
- Seminario: *Hacia la Reforma del Sector Salud* (1993). Caracas. ILDIS-Fundación FE. Actas.