

Atención médica ambulatoria en Venezuela y tendencias en el diseño de establecimientos de salud

Sonia Cedrés de Bello*
Yolanda Alvarez**

RESUMEN:

Se plantea en un marco referencial lo que ha estado sucediendo en América Latina en relación a las edificaciones médico-asistenciales como consecuencia de la orientación de las políticas de salud mundiales a raíz de la estrategia de Atención Primaria de Salud, hasta ubicar esta problemática en Venezuela. Se presenta un comentario sobre el panorama internacional en relación a las tendencias en el diseño de las edificaciones de salud, el cual muestra un marcado énfasis hacia la construcción de servicios ambulatorios como consecuencia de las nuevas tecnologías de la atención médica. Palabras claves: establecimientos de salud, ambulatorios.

ABSTRACT:

A background is presented on health facilities in Latin America according to world health politics and the application of the strategy on Primary Health Care. Also a review on trends on facilities design that shows a tendency on building ambulatory services as a consequence of new medical technologies and economical factors. Key words: health facilities, ambulatory services.

En el año 1978 en Alma Ata, U.R.S.S., se realizó una conferencia internacional, que revolucionó mundialmente la visión de la prestación de salud. En ella se planteó la Atención Primaria como solución al 80% de los problemas de salud de la población, ésta quedó ratificada en 1981 en la Asamblea Mundial de la Salud cuando se acordó una meta global: salud para todos en el año 2000, con una estrategia: Atención Primaria Completa de Salud para Todos (1).

Esta estrategia asumida en su concepción más amplia como es elevar los niveles de bienestar social en todo lo que esto significa: abastecimiento de agua, disposición de aguas servidas, vivienda, alimentación, control de la contaminación ambiental, atención médica para la totalidad de la población, etc., cambia la concepción tradicional de la salud considerada hasta entonces simplemente como ausencia de enfermedad (2).

La mayoría de la población mundial no tiene acceso a los servicios médicos básicos, a condiciones de vida adecuadas para su buen desenvolvimiento, y la mayoría de las enfermedades que padecen son producto de las precarias condiciones sanitarias de su entorno y la falta de cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vivienda y trabajo. Razón por la cual la Aten-

ción Primaria de Salud debe atacar esos aspectos y no solamente el tratamiento de las enfermedades sino la prevención de ellas y promoción de la calidad de vida.

Dentro de este concepto amplio de salud, se ubica la atención médica, término que se utiliza para denotar las actividades de carácter médico y son las que principalmente se realizan en los establecimientos de salud (3).

La atención médica se imparte según niveles de atención los cuales se clasifican de acuerdo al grado de responsabilidad y complejidad. El primero se refiere a: nutrición, inmunización, saneamiento y abastecimiento de agua, planificación familiar, control de enfermedades transmisibles, atención materno infantil, atención curativa básica. El tercer nivel es el hospitalario, donde se pueden realizar actos médicos complejos, por ejemplo: transplantes de órganos, operaciones de corazón abierto, etc. El nivel intermedio está en una gama de matices de complejidad de atención médica que no tiene bordes definidos, pero se puede catalogar como atención especializada ambulatoria (4).

• ¿Por qué esta estrategia de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)?

—Se estima que en el primer nivel de atención deben resolverse el 80% de las consultas que acuden a él, o sea que, la mayor parte de la

* Arquitecto M. Arch. Profesor Investigador de la Universidad Central de Venezuela.

** Arquitecto M. Sc. Asesor de Proyectos Ministerio del Desarrollo Urbano.

población no requiere atención médica compleja u hospitalaria; en los países en vías de desarrollo gran parte de la población padece de diarreas, gastroenteritis, paludismo, etc. Aunque los adelantos de la medicina moderna han realizado con éxito trasplantes de órganos, operaciones y procedimientos altamente sofisticados tales como fertilización in vitro y se tienen posibilidades de controlar la genética, estos adelantos benefician a un pequeño porcentaje; la mayoría de la población mundial no tiene acceso a la Atención Primaria de Salud y el 40% de los niños del mundo padecen de mal nutrición. Entonces parece muy lógico que para alcanzar el objetivo salud para todos en el año 2000, se proponga esta estrategia.

Con estos planteamientos globales la visión de la prestación 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 un énfasis a la atención primaria completa de salud; y como consecuencia a la atención ambulatoria. América Latina asume a través de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), esta estrategia.

• *¿Cómo se refleja esta política en los establecimientos asistenciales y en los niveles de salud en el ámbito Latinoamericano?*

Cuba: aplica esta estrategia con éxito muy significativo destacándose dentro del ámbito latinoamericano, se considera que toda su población está cubierta por el sistema de salud, habiendo alcanzado para 1990 un índice de 3.6 cons./hab./año por médico de familia (5).

México: en relación a las edificaciones de salud, se realizan investigaciones y se producen guías

para programación y diseño colocándose a la vanguardia en este renglón en América Latina. Los indicadores de salud en general muestran diferencias muy acentuadas entre los diferentes estados y se acentúan en las áreas rurales y en las zonas marginales de las áreas urbanas, mostrando índices de salud bajos y tasas de mortalidad infantil y desnutrición altas (6).

Costa Rica: se esfuerza por hacer más eficientes sus servicios asistenciales, obtiene un logro relevante en el mantenimiento de su infraestructura física; sin embargo, en cuanto al desarrollo tecnológico de la construcción de obras médico-asistenciales requieren asistencia internacional para diseñar sus establecimientos. Por otro lado mantiene buenos índices de salud, la mortalidad infantil ocupa la cuarta posición entre las menores del mundo.

Colombia: aunque no logra mejorar substancialmente sus índices de salud, desarrolla el gremio de ingenieros y arquitectos especializados que plantea estudios e investigaciones en materia de infraestructura sanitaria.

Argentina: tiene su auge económico anterior a la década de los 70 por lo tanto está muy limitada la construcción en las siguientes dos décadas; mas sin embargo se realizan investigaciones en la universidad en materia de infraestructura física, aunque hay pocas posibilidades de construcción. En los últimos años debido a la crítica si-

tuación socioeconómica y las precarias condiciones de mantenimiento de más de las dos terceras partes de la infraestructura hospitalaria instalada, se ha establecido un programa de racionalización del uso de los recursos disponibles. Entre otras acciones, en 1991 se realizó un Manual de Acreditación y Habilitación de establecimientos asistenciales financiado por la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, a fin de promover el mejoramiento de la calidad asistencial, el cual ha sido considerado como plan piloto con vista a su adaptación e implementación en América Latina (7).

En general, la tradición de diseño y construcción de establecimientos de salud en países en América Latina con talento local, se desarrolla en países en los cuales su construcción no depende, exclusivamente, de financiamiento externo con organismos como el B.I.D. que obligan a la difícil competencia de licitaciones internacionales.

Venezuela: a raíz del auge petrolero ha tenido la suerte de que su situación económica le ha permitido pasar rápidamente de importar proyecto y construcción de hospitales "llave en mano", a diseñarlos y construirlos totalmente en el país. Esto ha permitido que se desarrolle y acopie una valiosa experiencia en corto tiempo.

Durante los años 70 gran parte de los esfuerzos estaban dedicados a producir hospitales masivamente. Cuando se plantea en Alma Ata la estrategia de Atención Primaria de Salud, en Venezuela se había implementado el programa de "Servicios simplificados de salud"; pero no se logra extender este programa a toda la población.

A finales de los 70 el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.) construye pequeños ambulatorios (de 4, 6 y 8 consultorios) a lo largo y ancho de la nación;

sin embargo, sólo a mediados de los 80 se ejecuta el Plan Nacional de Ambulatorios propuestos por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (M.S.A.S.), en 1969. Se construyen aproximadamente 200 ambulatorios en forma masiva en todo el territorio nacional, todos basados en tres tipos de proyectos, los cuales varían en capacidad y complejidad desde el más pequeño, el tipo I, con 400 m² y 4 consultorios, al más complejo, el tipo III, con 3680 m² y 28 consultorios.

Ambos grupos de ambulatorios construidos, los del I.V.S.S. y M.S.A.S., no han llegado a tener el impacto previsto por muchas razones, entre ellas desajustes en la planificación, como por ejemplo (8):

— La localización de los ambulatorios, no favorece la accesibilidad de la población que debe servir y en algunos casos duplica servicios ya existentes.

—La terminación de la construcción no está prevista para su puesta en funcionamiento, pasándose muchas veces varios años con la edificación terminada, equipada y sin funcionar, traduciéndose esto en el abandono de edificaciones terminadas y sujetas al deterioro y vandalismo.

—Contiene programas arquitectónicos y diseños rígidos, producto del uso de los llamados Proyectos Tipo, que no tiene flexibilidad para adaptarse a las necesidades y programas de salud de la población, así como también a requerimientos geográficos y ambientales locales.

El VIII Plan de la Nación (9), plantea problemas de desorganización en la aplicación de las políticas de salud:

“—Todavía el sistema de salud es mayoritariamente curativo y por lo tanto la actividad preventiva tiene poca atención.

—Hay un deterioro de la planta física y uno de los factores importantes es su mantenimiento adecuado.

—Es necesario la racionalización del gasto y la inversión pública.

—Hay una cobertura geográfica y poblacional superpuesta, en parte por la diversidad de los organismos prestadores de salud”.

Resumiendo algunos de los lineamientos planteados por el VIII plan; podríamos decir que éste plantea:

Un criterio de eficacia según el cual se deben “Racionalizar los servicios de salud en cuanto a la estructura y operación”.

Una estrategia que hace énfasis en lo preventivo “Las prioridades de inversión se concentran, a diferencia de lo ocurrido en las últimas 3 décadas en la atención primaria ambulatoria, esto implica que la construcción de la infraestructura sanitaria responderá al énfasis de lo preventivo...”. “Coordinar el complejo proceso de reestructuración del sistema de salud, exige lograr una concertación nacional en la cual todos los participantes se comprometan a desempeñar un rol positivo como agentes de cambios”.

A esta exigencia del VIII Plan de la Nación, nuestra respuesta, como arquitectos investigadores en el área de los servicios de salud, puede ser producir instrumentos que contribuyan a desarrollar el modelo

de “Descentralización Coordinada”.

• *¿Cómo podemos contribuir a coordinar?*

Produciendo lineamientos y/o guías que conduzcan a adaptar localmente las directrices de planificación y programación funcional arquitectónica producidas por el nivel central. Evitando así por ejemplo: “La cobertura geográfica y poblacional superpuesta”.

Estos lineamientos permitirían constatar si la localización y programación propuestas inicialmente se corresponden con las necesidades locales.

• *¿Cómo podríamos contribuir a la racionalización de los servicios de salud?*

Algunas alternativas podrían ser:

—Produciendo guías que permitan visualizar los ambientes físicos derivados del programa funcional, a través de las exigencias espaciales de equipos y usuarios, que permitan el desarrollo de las actividades a través de un diseño adecuado y la selección de la tecnología apropiada. Además de especificar las relaciones funcionales de los ambientes a distintos niveles de agregación.

—Realizando estudios de factibilidad que contemplen la evaluación de la infraestructura existente y proposición de planes de funcionamiento de las redes de servicios considerando planes combinados de remodelación, ampliación, equipamiento y construcción de nuevas edificaciones, cambios de funcionamiento de algunos establecimientos, con estudios de costos, para proporcionar diferentes alternativas que permitan ofrecer una proposición más versátil del proceso de producción de dichas edificaciones y finalmente colaboren con

la racionalización del gasto de inversiones en obras y mantenimiento.

—Produciendo diseños flexibles y modulares que se puedan adaptar a las necesidades locales (poblacionales, geográficas, ambientales). Ya que para programas masivos de construcción, como los citados anteriormente y los programados para la ciudad de Caracas por su Gobernación (30 ambulatorios); no podemos pensar en diseños totalmente individualizados, obviamente se requiere otro tipo de soluciones.

—Evaluando las construcciones realizadas desde el punto de vista de su cobertura poblacional, de su diseño y su adaptación al clima, para hacer ajustes en las próximas construcciones que están programadas a iniciarse en los próximos años.

Con la finalidad de hacer una evaluación de las diferentes tipologías de ambulatorios contempladas en el plan masivo de construcciones iniciado por el Gobierno, se realizó una revisión bibliográfica de las tendencias actuales en materia de planificación y modalidades de servicios de las edificaciones asistenciales sobre lo cual se presenta a continuación el siguiente comentario.

TENDENCIAS EN EL DISEÑO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:

Las fórmulas e índices de planificación para la atención médica están cambiando bajo el impacto de algunos factores, tales como, la reducción en la ocupación de camas hospitalarias correspondientes al incremento del volumen de servicios ambulatorios, la introducción de equipos de diagnóstico en forma masiva, que son grandes consumidores de espacio y energía, y otros factores que van más

alla de los modelos tradicionales en el diseño de hospitales. Adicionalmente las consideraciones económicas juegan un rol más dominante, en el diseño de las edificaciones asistenciales, que en épocas anteriores, tanto para los costos de obra y equipamiento, como de mantenimiento.

Entre los principales aspectos que se consideran en la planificación de la mayoría de los Centros de atención médica, para la próxima década, encabezan la lista los siguientes (10):

1. Controlar y reducir costos.
2. Mejorar la administración y los gastos de operación.
3. Incrementar la capacidad de diagnóstico.
4. Mejorar el ambiente de los pacientes.
5. Incrementar el uso de los espacios existentes.
6. Adquirir tierras y desarrollar edificaciones nuevas y más efectivas.
7. Mejorar las relaciones entre los médicos y los patrones de referencia.

En una encuesta reciente realizada por la AHA (American Hospital Association), en 2.200 hospitales, se detectó que el 80% tienen planes para ampliar sus servicios ambulatorios (11).

La competencia está generando una presión hacia la inversión en nuevas edificaciones que ofrezcan nuevos servicios, tales como: ciru-

gía ambulatoria, clínicas de detección del SIDA, servicios de imágenes o imagenología, medicina del deporte, clínica de la mujer, terapia ocupacional, promoción de la salud, medicina industrial, psiquiátricos de cuidado diario, exámenes cardiovasculares, etc. (11) (12).

Dos fuerzas opuestas pero significativas están influyendo en el tipo y cantidad de los establecimientos construidos. La primera presiona hacia la restricción de los costos y el manejo de los servicios, estableciendo una línea de acción hacia la *racionalización de la atención médica*. La segunda es totalmente opuesta a las medidas de austeridad, y es el rápido desarrollo de los métodos de tratamiento de alta tecnología que implican grandes inversiones de capital en instrumentos sofisticados de diagnóstico (10).

Nuevas modalidades en la prestación de Servicios de Salud: La práctica médica está cambiando en cuanto a la prestación de servicios, moviendo los pacientes rápidamente de un nivel a otro de atención. El cambio de un método tradicional donde el paciente era admitido en el hospital para tratamiento hasta su total recuperación, al método de tratamiento ambulatorio, ha traído el más significativo de los cambios en la práctica médica. En los últimos quince años la distribución espacial en los hospitales se ha invertido resultando en una relación 2:1 de servicios ambulatorios, sobre los servicios de hospitalización (10).

Esta forma de tratamiento ambulatorio se ha desarrollado gracias a los adelantos tecnológicos y presionado por los altos costos de la hospitalización. Procedimientos como cirugías ambulatorias y catterización cardíaca se están haciendo como procedimientos de menos de 24 horas. Las admisiones

y estancia en los hospitales está decayendo, los pacientes se están cambiando hacia esquemas más económicos. Estos acontecimientos están urgiendo a los hospitales a diversificarse y crear estructuras organizativas más accesibles al público (13) (14).

En algunas comunidades un alto porcentaje de todas las cirugías (hasta en un 70%) se están realizando en base a procedimientos ambulatorios (15). En el Hospital de Niños "J. M. de los Ríos", en Caracas, a raíz de la puesta en servicio del nuevo anexo de cirugía ambulatoria, aproximadamente el 40% de los casos de cirugía, de un total de 450 a 500 intervenciones mensuales, pueden resolverse de manera ambulatoria descongestionando la demanda de camas hospitalarias (16).

Hoy en día sólo los pacientes en estado agudo son tratados dentro de las instalaciones hospitalarias, de manera que son considerados como de cuidados críticos, para los cuales la tríada de cirugía, emergencia y cuidados intensivos, con sus servicios de diagnóstico, juegan un papel interactivo.

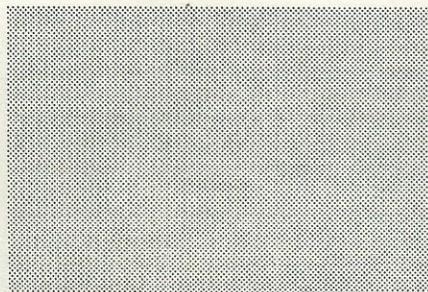
Los Cuidados Crónicos: actualmente el aumento en la edad de la población, especialmente en los países desarrollados, donde ha bajado la tasa de la natalidad, está llevando a un crecimiento de las enfermedades crónicas las cuales demandan instituciones como: geriátricos, casas de reposo, rehabilitación, tratamiento psiquiátrico, los cuales permiten una mayor permanencia del paciente a un menor costo hospitalario, por equipos y personal (17) (18).

Los Cuidados Ambulatorios: cada vez más procesos sofisticados, que anteriormente requerían 4 a 6 días de hospitalización, están siendo conducidos en base a tratamientos ambulatorios; cirugías, radiologías, endoscopias, oftalmología,

oncología, partos, se están convirtiendo en parte de servicios ambulatorios que necesitan de ambientes adecuados.

Como consecuencia de la propagación del SIDA, se están realizando estructuras especializadas para el tratamiento de los enfermos que padecen esta enfermedad, lo cual incluye servicios de hospitalización, ambulatorios, adecuación y equipamiento de laboratorios clínicos y de investigación (19). Otras modalidades que se proponen son Centros de transfusión y Bancos de Sangre (20), así como también instalaciones para pacientes tóxico dependientes, en estructuras separadas del ambiente hospitalario, sedes en comunidades terapéuticas residenciales o diurnas (21).

Tecnología y sus implicaciones: con la evolución tan rápida en la técnica médica, es muy restrictivo pensar en tecnología solamente como equipos; deben considerarse que éstas van acompañadas de procedimientos médicos y quirúrgicos, productos farmacéuticos y nuevas técnicas de diagnóstico. En este aspecto un área que está en crecimiento es la de técnicas de diagnóstico por imágenes como la de Resonancia Magnética (MRI), tomografía, ecografía, etc., los hospitales que adquieren estas tecnologías están creándose una imagen de proveedores de alta calidad (22). Por otra parte, estas tecnologías tienden a hacerse obsoletas rápidamente; en los Estados Unidos consideran que 5 años es usual-



mente un buen tiempo de permanencia.

Los Sistemas de Información representan el área que está convirtiéndose en el avance tecnológico más importante y de más crecimiento en el campo de la prestación de servicios médicos. En el futuro próximo los sistemas interactivos incrementarán la productividad mediante el mejoramiento de las comunicaciones, sistemas de citas, procedimientos de admisión, visualización de diagnósticos e imágenes provenientes de las historias médicas de los pacientes, mejorando los sistemas de referencia (23). Actualmente se proponen nuevas redes de comunicaciones entre los diferentes servicios, aplicando las nuevas tecnologías como son: los Centros Unificados de Citas para varios establecimientos que prestan el mismo servicio, los cuales se encuentran ubicados fuera de los Ambulatorios, en lugares más accesibles al público como en centros comerciales y mercados, los cuales están comunicados a distancia, tal es el caso de la Unidad Sanitaria Local (USL) de Novara, en Italia (24).

Es bastante difícil describir cómo va a ser esta industria dentro de cinco años, por lo tanto se debe ser flexible y no encerrar los hospitales dentro de estructuras muy ajustadas a los requerimientos del presente (25).

El Departamento de Radiología continuará modificándose para albergar las nuevas tecnologías que se han tratado de centralizar, pero en la medida que amplíen sus servicios, un solo departamento se volverá más complicado de administrar, y estas técnicas se harán más de uso común; y como resultado los servicios de radiología serán preferiblemente integrados a las consultas, más ampliamente distribuidas y menos consumidores de espacio, permitiendo al servicio acercarse al paciente, en vez del paciente al servicio.

Patrones de agrupación de Servicios Médicos: Hoy día los edificios de consultorios médicos están construyendo edificios auxiliares de diagnóstico. En el pasado uno de cada veinte edificios médicos incluían servicios auxiliares, ahora incluyen práctica en equipo, diagnóstico por imágenes, farmacia y cirugía, promoviendo de esta manera la agrupación de edificaciones para formar complejos médicos, tal como se observa en la zona norte de Caracas, en el área de San Bernardino. Algunos se erigen como centros de especialidades (26).

Los patrones para proveer servicios ambulatorios tienen diferentes aproximaciones: renovación de edificios existentes, construcción de nuevas edificaciones, clínicas satélites, clínicas de especialidades, pero la mayoría serán de atención médica de primer nivel. La tendencia a la fragmentación, como los centros de imágenes, tienden a tener corta vida. Se predice la red continuando su desarrollo con el hospital como un núcleo rodeado de clínicas y entidades que puedan alimentar al hospital con pacientes hospitalizados (25).

El Papel del Médico en el nuevo Sistema: Debe haber en el futuro un cambio en la formación de las distintas especialidades médicas para adecuarlas a los nuevos requerimientos. Actualmente se preparan los especialistas para ejercer en el nivel terciario como recursos de alta tecnología, existiendo un déficit en la preparación para la atención en los dos primeros niveles.

Según el Dr. Montes de Oca, en el futuro cercano (año 2000), la Medicina Interna es la que se encargará de realizar la síntesis y la aplicabilidad de los nuevos adelantos en beneficio del enfermo, ésta es la especialidad con mejor enlace entre la comunidad y el hospital, porque al requerir menos recursos técnicos puede solucionar el mayor número de los problemas a nivel de

su propia consulta ambulatoria y a la vez es orientadora y coordinadora de las otras especialidades (27).

Por otra parte, la Medicina Familiar ofrece un enfoque que representa la excelencia dentro del primer nivel de atención y da vida operativa a la estrategia de la Atención Primaria de Salud por ser integral y resolutive, identifica riesgos y previene los daños con un enfoque preventivo. A pesar de esta visión hay quienes consideran la medicina familiar como una especie en extinción (28).

El próximo campo de batalla: Algunos han dicho que "la medicina ambulatoria es una repentina mina de oro" (29), o que es el próximo "campo de batalla" (15). El futuro está dirigido a proveer servicios ambulatorios accesibles, convenientes y comercializar los programas de cuidados terciarios de alta tecnología. En ésta perspectiva el diseño jugará un importante rol, no sólo para los pacientes sino para el personal médico también. El diseño interior, los ambientes confortables, ventilados, esperas amplias, deben ayudar a aliviar la tensión y la desorientación de los pacientes en un ambiente menos institucional. La filosofía de los ambulatorios según un autor es que "hasta el punto que nos concierne, el paciente es el rey" (30).

Los hospitales continuarán proyectando una imagen de mezcla creativa, entre lo no institucional a través de sus componentes de hospitalidad y confort, y una imagen de

alta tecnología por los aspectos de los sistemas adoptados.

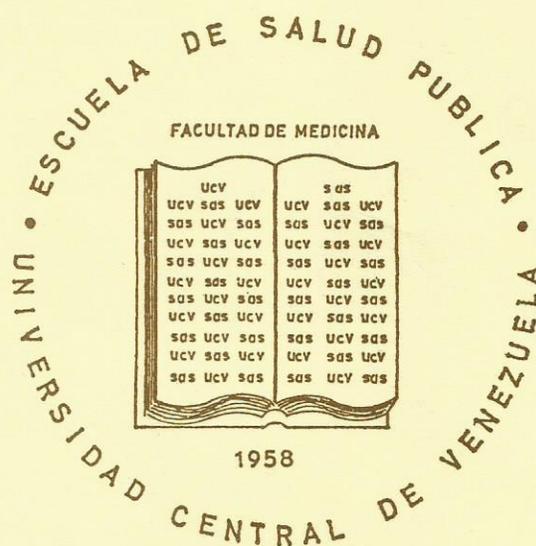
La filosofía del arquitecto Mies van Der Rohe, "La Forma sigue a la Función", describe las tendencias del mercado en materia de construcción de edificaciones de atención médica. La forma es multifacética: las edificaciones se remodelan, se reconstruyen o se amplían; la función es singular: proveer atención médica a una multitud de pacientes urgidos de esos servicios (25). El filo de la competencia aflorará proveniente de un balance entre los recursos, calidad en la planificación y el diseño, y la introducción de una arquitectura dominada por las edificaciones de carácter funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OPS). (1982). *Boletín*. Vol. 93, N° 6. Diciembre, Washington D.C.
2. RODRIGUEZ, M. (1991). "Contribución de la Universidad a la salud de la población". *Rev. Aula Magna*. Universidad Central de Venezuela. Mayo, pp. 5-15. Caracas.
3. KLECZKOWSKI, B.M.; PIBOULEAU, R. (1979). "Criterios de Planificación y Diseño de Instalaciones de Atención de Salud en los países en desarrollo". Publicación Científica OPS-N° 379, vol. 1, pp. 11. Washington D.C.
4. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1988). "Venezuela: una visión de salud 1984-1988". *Publicación del MSAS*. Caracas.
5. ROJAS OCHOA, F. (1991). "Estrategias Internacionales, Políticas Nacionales y Proyectos locales de Salud". Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Ponencia presentada en: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. 19 al 23 de Marzo. Caracas.
6. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (1986). Programa

- de mejoramiento de Servicios de Salud en México. Informe de Proyecto ME-0159. México.
7. SBROLA, Y. (1992). "La seguridad hospitalaria dentro de un proyecto de calidad de atención para Latinoamérica". Argentina. En: actas del XII Congreso Internacional de Ingeniería Hospitalaria. Mayo. Págs. 335-337. Bologna-Italia.
 8. CEDRES DE BELLO, S.; ALVAREZ, Y. (1991). "Ambulatorios Urbanos". Informes N° 1-2. Convenio TECNIDEC-MINDUR. IDEC-FAU-UCV. Caracas.
 9. CORDIPLAN (1990). "Lineamientos generales del VIII Plan de la Nación". *Presentación al Congreso Nacional*. Enero, Caracas.
 10. BOBROW, M.; THOMAS, J.; ROESCH, A. (1990). "Targeting Treatment Building Types Study 680: Hospitals". *Architectural Record*. June, pp. 87-101. USA.
 11. HOWARD, D. (1987). "80% of hospitals to expand ambulatory services". *Hospitals*. February 5, p. 74. USA.
 12. BECK, E.J. et al. (1987). "HIV testing: Changing trends at a clinic for Sexually transmitted diseases in London". *British Medical Journal*. Vol. 295, July 18, pp. 191-3.
 13. GASKIE, M. (1989). "Keeping Fit". Building Types Study 664: Hospitals. *Architectural Record*, April, pp. 78-97. USA.
 14. BERRYMAN, J.M. (1987). "Development and organization of Outpatient Surgery Units: The Hospital's perspective". *Urology Clinic of North America*. Feb. 14 (1), pp. 1-9. USA.
 15. DROSTE, T. (1987). "Ambulatory Care: the next battlefield". *Hospitals*. May 20, p. 78. USA.
 16. MONTES DE OCA, A. (1990). "Cirugía Ambulatoria: una opción para descongestionar los hospitales". Ciencia, Medicina y Tecnología. En *Diario El Universal*. Abril 11, págs. 2-10. Caracas.
 17. BURDA, D. (1987). "The Nation looks for new ways to finance care for the aged". *Hospitals*. September 20, pp. 48-54. USA.
 18. CHARLES, G.; STIMSON, D.H. (1987). "Use of Ambulatory Care resources by Medicare age patients in a primary Care Group Practice". *Journal of American Geriatric Society*. June, 35 (6), pp. 489-95. USA.
 19. BIANCHINI, D. (1992). "Che cosa dice la legge 135/90". *Rev. Progettare per la Sanità* 1. Feb, pp. 33. Italia.
 20. GAMEZ, S.; MARTÍN M., S. (1988). Centros Regionales de Transfusión. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
 21. GROSSI, B. (1991). "Legislazione e normativa". *Rev. Tecnologia per la Sanità* TS/8. Gen., pp. 137-140. Italia.
 22. WILKINSON, R. (1987). "Magnetic Resonance Imaging (MRI): profits climb, bad debt drops". *Hospitals*. Nov. 5, pp. 58-61. USA.
 23. MERRIL, T. (1987). "Will payment control technology diffusion?" *Hospitals*. July 5, pp. 46-50.
 24. USL DI NOVARA (1992). "Al via il Centro Unico di Prenotazione". *Rev. Tecnica Ospedaliera*, Julio/Agosto, p. 10. Italia.
 25. CHERSKOW, M. (1987). "Hospital desing follows the crowd to Ambulatory Care". *Hospitals*. Feb. 20, pp. 58-62. USA.
 26. POWILLS, S. (1987). "Medical Office Building/Ambulatory Center hibrid surfaces". Construction and Design. Special Report. *Hospitals*. Oct. 5, pp. 118-122. USA.
 27. MONTES DE OCA, I.; WUANI, H. (1988). "Progreso y desarrollo de la Medicina Interna en Venezuela. Su papel en el Sistema Nacional de Salud". En *Revista Centro Médico*. Enero, pp. 41-52. Caracas.
 28. JAIME ALARID, H. (1990). "Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. Semejanzas y diferencias". En: *Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en Venezuela*. Vol. 5. MSAS-OPS-OMS, pp. 38-50. Caracas.
 29. SLUBOWSKI, M.A. (1986). "The Ambulatory Care, gold rush?" *Henry Ford Hospital Medical Journal*. 34 (4), pp. 233-236.
 30. MILNE, M. (1987). "Walk in clinics: as for as we are concerned, the patient is king". *Canadian Medical Association Journal*. Sept. 15, pp. 532-536.

CUADERNOS DE LA ESCUELA DE SALUD PUBLICA



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

NUMERO 59 • CARACAS • DICIEMBRE 1993