



*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



99a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1987

Tema 4.6 del programa provisional

CE99/19 (Esp.)
12 mayo 1987
ORIGINAL: ESPAÑOL

COORDINACION ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS DE SALUD PUBLICA

En cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución XV de la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS que analizó el tema "Coordinación entre las instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública", en este documento se presenta una síntesis del desarrollo de dicho proceso en el período 1984-1987.

La situación observada señala la tendencia progresiva hacia una mejor delimitación del sector salud y de los sistemas nacionales de salud. Se han producido en varios países cambios importantes en la legislación y en los esquemas de organización y administración de los servicios de salud.

Los avances en el proceso de consolidación funcional del sector salud no son, sin embargo, uniformes. Las implicaciones de la crisis económico-financiera de los países plantea en los servicios nuevas situaciones que requieren especial consideración. Tal es el caso de varios de los países de habla inglesa del Caribe. La coordinación de los servicios de salud, en función de la cobertura a la población, tiene aun grandes vacíos por satisfacer. Hay además nuevas necesidades de coordinación con los sectores económicos y con otros componentes del sector social.

El panorama general observado resalta la necesidad de definiciones de fondo en aquellos elementos que continúan siendo centrales en el proceso de coordinación, vale decir, el reconocimiento y la consideración efectivas del contexto y componentes políticos del proceso, y la selección de opciones de financiamiento de los servicios apropiadas para lograr cobertura universal. En estas circunstancias se requieren más amplios aportes de cooperación técnica compartidos por todas las instituciones del sector.

Se solicita al Comité Ejecutivo que revise este informe y que ofrezca sus comentarios, los cuales serán transmitidos al Consejo Directivo para su consideración.

INDICE

	<u>Página</u>
1. Antecedentes	1
2. Hechos recientes de relevancia en el proceso de coordinación . .	5
2.1 Situaciones nacionales	5
a) Cambios en la legislación	7
b) Definiciones políticas	8
c) Cambios en la organización y en el proceso administrativo	9
2.2 Situaciones subregionales	10
a) Centroamérica y Panamá	10
b) El Caribe	12
2.3 Acciones en el campo internacional	14
3. Areas de análisis en el proceso de coordinación	16
3.1 El proceso político en salud	16
3.2 Esquemas y formas de financiamiento	16
3.3 Extensión de la cobertura. Desafío para la coordinación Ministerios de Salud-Seguridad Social	19
4. Perspectivas de acción	20
4.1 La descentralización como estrategia de integración a nivel local	21
4.2 Fortalecimiento de la conducción político-técnica del sector salud. Responsabilidades institucionales	22
4.3 Desarrollo de la capacidad de análisis financiero del sector	22
4.4 Administración local de los servicios. Un medio para fortalecer la coordinación	23
4.5 Cooperación Técnica entre Países	24
5. Bibliografía	26

COORDINACION ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
Y LAS DE SALUD PUBLICA

1. Antecedentes

En la evolución histórica de los servicios de salud de los países de América Latina reviste especial interés el movimiento de coordinación de los Ministerios de Salud y las instituciones de Seguridad Social. Las formulaciones de política y los diversos enfoques de carácter administrativo puestos en práctica a este respecto durante los últimos 27 años--en los 16 países que han desarrollado paralelamente servicios en los Ministerios y en la Seguridad Social--conforman toda una etapa, aun no concluida, de ese desarrollo histórico y representan orientaciones y esfuerzos importantes de racionalización para el mejor uso de los recursos del sector salud en el respectivo ámbito nacional. Pese a tales esfuerzos, en varios países persisten situaciones de incoordinación funcional y operativa de las instituciones de salud que agravan seriamente los problemas de falta de equidad en el acceso de la población a los servicios.

Dentro de la tradicional limitación de recursos que enfrentan los servicios de salud, agravada por las restricciones impuestas por la crisis económico-financiera que afecta a los países, la coordinación de las instituciones de salud adquiere las características de una condición esencial para el logro de las metas nacionales y regionales de universalización de la cobertura de atención de salud.

Los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina reconocen como una de sus principales características el pluralismo institucional. Las tendencias actualmente observables de evolución política, económica y social hacen suponer que esta multi-institucionalidad no solo habrá de continuar sino que, en ocasiones, se incrementará. En ese contexto, la aplicación apropiada de políticas y estrategias adoptadas por los países para mejorar la articulación interna del sector salud habrá de procurar el fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios y el mejoramiento del flujo y utilización de recursos, en función de la cobertura igualitaria para toda la población. La introducción de estas reorientaciones en la interrelación de las instituciones que conforman el sector salud implica una mejor y más clara definición de las funciones y áreas de responsabilidad de las instituciones, así como el establecimiento de mecanismos apropiados, distintos o complementarios de los utilizados en el pasado para lograr o favorecer el sinergismo de los diferentes frentes de actividad institucional.

Las acciones desarrolladas a este respecto en diversos países, así como sus resultados, varían enormemente. Realizar una revisión casuística de las diversas y variadas manifestaciones tendientes a la coordinación de los servicios de salud en los países está, por supuesto, fuera del alcance y posibilidades de este documento. El enfoque ha de ser entonces la identificación y análisis de tendencias, ya sean estas regionales o de grupos de países. Dentro de esa orientación cabe destacar que el interés y la preocupación por la coordinación Ministerios

de Salud-Seguridad Social se inició en la Región hace ya cerca de 30 años. Durante este lapso este tema ha sido motivo de análisis en incontables reuniones, grupos de estudio, congresos, etc. de carácter internacional, en los cuales se han producido numerosas recomendaciones y resoluciones para promover y apoyar dicho proceso en los países.

Las diferentes resoluciones y recomendaciones adoptadas en los organismos regionales, que reflejan sin duda el pensamiento nacional, enfatizan en general el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, pero en el conjunto destacan el área específica de integración o coordinación de los Ministerios de Salud y de las instituciones de Seguridad Social, la cual ha venido a constituirse así en un tema con identidad propia en América Latina.

Una revisión somera sobre este último tópico* permite categorizar las principales oportunidades en que este tema ha sido discutido a nivel internacional, según las entidades participantes. En este sentido se destacan las cuatro Reuniones Especiales de los Ministros de Salud de las Américas (1963, 1969, 1973 y 1977), y las Reuniones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (1964, 1977, 1979, 1981 y 1984) en la cuales el tema ha formado parte de la agenda respectiva.

Desde el punto de vista de reuniones de las instituciones de la Seguridad Social, deben señalarse en particular la VIII Conferencia de los Estados Americanos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo (Ottawa, 1966), la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en especial la VIII (Panamá, 1968) y diversas reuniones del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Así mismo, los nueve Congresos Americanos de Medicina de la Seguridad Social iniciados en 1969 bajo los auspicios de la Comisión Médico-Social de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en cuya agenda han figurado frecuentes temas relacionados con la coordinación. En este grupo se incluyen diversas otras reuniones auspiciadas por la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), cuyo interés en el tema ha sido permanente.

Un tercer grupo de eventos en que el tema de la coordinación institucional ha sido elemento central de análisis son las Reuniones Conjuntas de los Ministerios de Salud y los Sistemas de Seguridad Social efectuadas desde 1959, y entre las cuales, en las primeras etapas de este movimiento, cabe destacar la Reunión de Expertos convocada en 1959 por la OEA, que recomendó la realización de un estudio sobre organización de la atención

* El documento de trabajo preparado por el Secretariado para las Discusiones Técnicas del Consejo Directivo de la OPS en 1977 presenta una revisión detallada de los eventos internacionales hasta esa fecha, en que el tema "coordinación institucional" ha sido motivo de análisis.

médica; las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana (1962); la XI Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS (1964), y los dos Grupos de Estudios (1966 y 1969) convocados por la OPS/OMS, en colaboración con la OEA, cuyos informes constituyen una síntesis doctrinaria sobre el tema.

En etapas más recientes, cabe señalar las dos Consultas Técnicas Regionales (1982 y 1985) convocadas conjuntamente por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS).

El examen de los informes de todas estas reuniones, así como otra documentación existente sobre el tema que se ha señalado anteriormente, permite concluir:

- La coordinación e integración de los programas de salud de las instituciones de Seguridad Social, con los homólogos de los Ministerios de Salud, han sido discutidas y analizadas en la Región con bastante intensidad, dentro de un enfoque general de estructuración del sector salud y de conceptualización de los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, la discusión de las ineficiencias debidas a la duplicación de instalaciones y a la naturaleza cerrada y excluyente de los grupos de población protegidos por cada conjunto de servicios, que impiden elevar globalmente el rendimiento de los recursos, se habrían fundamentado primordialmente en observaciones y opiniones personales. Existe a este respecto un vacío en investigación, la cual permitiría aportar información objetiva enriqueciendo las posibilidades del análisis.
- Se observa en general un consenso en cuanto a la filosofía y los beneficios a ser derivados de la integración o coordinación de servicios de salud. Sin embargo, no siempre se ha estado de acuerdo en los mecanismos a ser utilizados para lograr tales propósitos. El énfasis en estas dos modalidades--integración y coordinación--parece haber cambiado a través del tiempo, y la selección de una u otra sería eminentemente coyuntural. Si bien en un comienzo de este movimiento (1959-1966) se habló primordialmente de integración, a partir del decenio de los setenta se ha planteado preferentemente la coordinación, reconociendo la realidad política e institucional de los países. En los años más recientes (1981 en adelante) las orientaciones "reflejan al parecer un período de maduración y reflexión;... (y) el énfasis se orienta más al análisis de los resultados finales (cobertura universal) que al proceso mismo" (OPS/OMS, 1977). Es en ese contexto en el cual se plantea ahora la coordinación del sector salud, buscando no tanto la fusión administrativa sino la articulación funcional, la armonización de los objetivos y la coherencia operacional.

- En la mayoría de los países se ha producido legislación tendiente a formalizar los sistemas nacionales de salud. El proceso de conceptualización, definición y conformación de esos sistemas parece, sin embargo, haber avanzado en general a un ritmo muy lento y, en consecuencia, el desarrollo de la coordinación Ministerios de Salud-Seguridad Social, salvo unas pocas excepciones, es apenas incipiente y continuará siendo motivo de debate en los próximos años, aunque la discusión indudablemente se centrará alrededor de tópicos tales como el financiamiento de los servicios y la cobertura universal.
- Las formulaciones de política en materia de coordinación Ministerios de Salud-Seguridad Social, y aun los cambios de legislación introducidos en algunos países, excepción hecha de algunas situaciones específicas, no habrían logrado ser incorporados en el proceso real de toma de decisiones, que sustenta la organización y la prestación de los servicios.
- Las diferencias que históricamente han existido entre ambas instituciones en poder económico y político, en ubicación administrativa dentro del sector público, en disponibilidad de recursos y en responsabilidades con respecto a la atención de la población continúan siendo en varios de los países factores restrictivos importantes para el proceso de coordinación. A lo anterior se agregarían resistencias, más o menos abiertas, de sectores limitados aunque poderosos de las burocracias respectivas.

El interés con que se ha seguido el proceso de coordinación Ministerios de Salud-Seguridad Social en la Región se ve reflejado en las disposiciones contenidas en la Resolución XV (1984) adoptadas por el Consejo Directivo de la OPS en su XXX Reunión, en la cual, entre otras, se señala:

"...2. Reiterar las recomendaciones contenidas en la Resolución XXXIV de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981), especialmente las que recomiendan 'la creación o reestructuración de organismos de representación interinstitucional de salud que faciliten... la participación de las instituciones en los procesos de decisión', del sector salud y la "inclusión en las delegaciones a las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización de representantes de los organismos de seguridad social y otras instituciones del sector salud...".

...4. Instar a los Gobiernos Miembros a:

- ...c) Realizar un análisis de los sistemas financieros de la seguridad social y del sector salud como un todo, para la adopción de políticas y programas que promuevan una adecuada interacción entre ministerios de salud e instituciones de seguridad social.

5. Recomendar a los Gobiernos Miembros que incluyan los programas de salud de la seguridad social en la preparación y ejecución de los planes y programas de cooperación técnica para el sector salud, así como actividades específicas tendientes a promover y apoyar los procesos de coordinación jurídicos, institucionales y operativos entre estas entidades y los ministerios de salud.

6. Solicitar al Director que tome las medidas necesarias para el establecimiento y desarrollo de un programa definido de cooperación técnica con las entidades de seguridad social nacionales e internacionales, que permita ampliar y fortalecer apropiadamente las acciones de estímulo y apoyo a las actividades antes recomendadas...".

2. Hechos recientes de relevancia en el proceso de coordinación

2.1 Situaciones nacionales

Durante los últimos años, en 16 países de la Región el grado de avance hacia la conformación de sistemas nacionales de salud y, por lo tanto, en materia de coordinación interinstitucional Ministerios de Salud-Seguridad Social, es muy variado. Los cambios más recientes e importantes parecerían, sin embargo, estarse produciendo en relación con una acción estatal más decidida en ambos tipos de instituciones, cuya motivación y propósitos centrales es subsanar la falta de equidad en la prestación de servicios y la necesidad de convertir en una realidad el derecho a la atención de la salud que tienen por igual todos los ciudadanos, contribuyendo en esta forma a disminuir las desigualdades sociales de los diferentes grupos de población.

Al presentar a la fecha el panorama general, se hace referencia, entre otros aspectos sobresalientes, a los cambios políticos, legislativos y de organización de los sistemas de salud tendientes a explicar la participación de las instituciones en este proceso de articulación interinstitucional y sectorial. En virtud de esos cambios, los países procuran adoptar acciones que liguen y acerquen los servicios de salud al desarrollo económico y social y a su mayor participación en la aplicación de las políticas de bienestar social de los Gobiernos.

En virtud de esos cambios observados tanto en los Ministerios de Salud como en los organismos de Seguridad Social, y a manera de síntesis de la situación actual, cabría señalar lo siguiente: en este documento se analizan situaciones de aquellos países con sistemas de salud en los que la Seguridad Social presta servicios a través de diversos tipos de organización institucional. No se incluye por tanto a Estados Unidos y Canadá. Tampoco entran los países del Caribe, aunque a este respecto se hacen algunas consideraciones especiales más adelante. En América Latina se incluyen otros cuatro países en los cuales la Seguridad Social no participa directamente en la prestación de los servicios; tal es el caso

de Cuba y Nicaragua, con servicios integrados y únicos; de Chile en donde la Seguridad Social contribuye al financiamiento, y, finalmente Haití, donde la Seguridad Social tiene un incipiente desarrollo y no presta servicios en forma directa.

En estas circunstancias, son elementos para examinar en mayor profundidad: las etapas evolutivas en la organización de los servicios de salud, el efecto en la Seguridad Social dentro de sus nuevas orientaciones hacia la universalización de las prestaciones médicas y su grado de articulación y coordinación dentro del sector salud.

Lo anterior por cuanto al mosaico institucional y orgánico del sector salud corresponde un mosaico de fuerzas políticas que buscan una coyuntura que les permita, en una escena política sectorial, la coherencia y compatibilidad de las necesidades de los diferentes grupos sociales interesados en los servicios como un mecanismo viable para la superación de la crisis económica que el sector salud atraviesa actualmente. Así, los 16 países considerados en este documento pueden ser agrupados en tres grupos distintos, definidos según la etapa en que se encuentra el proceso de organización de sus servicios de salud.

El primer grupo incluye dos países en los cuales este proceso se encuentra en un estado muy avanzado de evolución, caracterizado por:

- atención de servicios médicos para una sola clientela;
- alta cobertura de los servicios de atención médica por la Seguridad Social en sus diferentes mecanismos;
- nuevos esquemas de financiamiento fuera de la modalidad clásica de contribución basada en el salario, y
- amplitud de prestaciones para la totalidad de los usuarios.

Nueve países pueden ser ubicados en el segundo grupo, para el cual el proceso de evolución se considera en un estado avanzado, constituido por:

- inicios en el proceso de coordinación administrativa;
- clientela separada para la prestación de los servicios de atención médica;
- inicios de un proceso de cambios legislativos para la integración funcional (sectorización, programación sectorial y descentralización);
- financiamiento no definido totalmente, y
- cobertura intermedia de la Seguridad Social (50 al 70% de la población total).

Finalmente, en el tercer grupo hay cinco países que se encuentran en las etapas iniciales de su proceso de organización, caracterizadas por:

- muy limitada o casi inexistencia de la coordinación interinstitucional;
- baja cobertura de la Seguridad Social, y
- atención médica pluri-institucional e incoordinada.

La ubicación de determinada situación nacional en una de las tres etapas de evolución, según los criterios anteriores, no implica que todos los diversos factores que se proponen para caracterizarla están en el mismo grado de evolución. En otras palabras, con respecto a la cobertura un país puede estar avanzado pero, en relación con el financiamiento, cambios legislativos u organizacionales estaría apenas en las etapas iniciales.

Aun cuando se ubican en tres grupos, en los 16 países que se han analizado continúan existiendo sistemas paralelos de prestación de servicios dependientes de los Ministerios y de la Seguridad Social.

Del estudio realizado se precisa una realidad evidente: el proceso de la coordinación/integración funcional en América Latina no es paralelo y origina en su comparación dificultades para establecer con certeza indicadores que permitan definir avances cualitativos y cuantitativos. Sin embargo, es posible identificar algunos elementos comunes para una evaluación, tales como: a) los cambios en la legislación, b) las definiciones políticas y c) los cambios en la organización y en el proceso administrativo. Las anteriores instancias procuran agilizar con eficacia el otorgamiento de las prestaciones médicas, las cuales son una realidad evidente en algunos países, mientras que en otros tienen aun un largo camino a recorrer; de ahí que se hacen necesarias transformaciones de la política social y su vinculación a nivel nacional con otros sectores para superar esquemas tradicionales, limitados e incompletos.

a) Cambios en la legislación

En los últimos años, en algunos países se han estructurado sistemas nacionales de salud cuyas características reflejan avances en cuanto a la articulación de los seguros a nivel nacional y la puesta en práctica de mecanismos de coordinación con diferentes ministerios o secretarías de estado; organismos de planeación, control y fiscalización, y con otras instituciones directamente vinculadas con la salud y la Seguridad Social, que se articulan a sus políticas de extensión de cobertura.

La conformación de los sistemas de salud ha continuado desarrollándose en forma paulatina mediante cambios legislativos. Argentina, Brasil, Costa Rica y Panamá manifiestan avances hacia la consolidación de este proceso en la búsqueda de una mayor coherencia y racionalidad del

sector salud. Cabe destacar en forma importante los casos de México y últimamente del Perú. El primero, por la implementación de programas interinstitucionales del sector salud para contribuir de esta manera al proceso de consolidación del Sistema Nacional de Salud como una integración funcional y programática de las instituciones que lo componen, en un todo coherente, armónico y flexible y poder así ampliar los servicios a toda la población. El segundo, Perú, muy recientemente (septiembre de 1986) establece los lineamientos básicos de la actual política nacional de salud y su acción multisectorial en procura de una mayor coherencia de las políticas de los otros sectores para que se preocupen de aquellos aspectos de sus propias políticas que puedan tener efecto positivo en la salud de la población. En paralelo se ha dispuesto la integración funcional de los servicios de salud del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social.

En los restantes 10 países se puede observar un impulso para revisar las estructuras administrativas de las instituciones en el sector salud tendientes a adoptar planes conjuntos que armonicen y coordinen las instituciones de Seguridad Social y los Ministerios de Salud y poder así extender la cobertura de servicios a la totalidad de la población.

b) Definiciones políticas

La coordinación de los Ministerios de Salud con las instituciones de la Seguridad Social depende en gran medida de las decisiones del más alto nivel gubernamental, que tienen relación directa con las definiciones de la política social. La experiencia de los países de América Latina que han hecho avances efectivos (Brasil, Costa Rica, México, Perú y Panamá) estaría indicando que, para que este proceso se diera en forma notoria, ha sido necesaria la concertación de objetivos sociales y económicos en los más altos niveles de la conducción nacional y la revisión y compatibilización subsecuente de las políticas complementarias (institucionales) que se estimen viables para lograr esos objetivos globales. En este orden de ideas, la coordinación de estas instituciones es un proceso político en el cual son campos de especial interés, además de la conformación de los sistemas, los aspectos de financiamiento y la cobertura otorgada a la población.

Los resultados que se observan en la mayoría de los países de la Región indican que las limitaciones de algunas de las políticas respecto a la coordinación de los Ministerios y las entidades de Seguridad Social y del sector salud, en general, parecen estar relacionadas con un incipiente desarrollo del proceso político que lleva a la formulación de esas políticas y que es indispensable para lograr su aplicación, ya que en ellas están inmersas las decisiones que atañen a la salud individual y colectiva.

Dada esa situación anterior, algunos proyectos que buscan definiciones políticas concretas no han podido consolidarse en los países por la creciente participación de las organizaciones profesionales o de grupos de interés con el sector, que tratan de contrarrestarlos mediante la presentación de sus propuestas como si fueran demandas de grupos sociales más amplios. El desarrollo del proceso de coordinación

Ministerios de Salud-Seguridad Social que se ha observado en el ámbito de las definiciones políticas de varios países no se ha efectuado de manera similar ni equilibrada. En consecuencia, sus sistemas de salud no pueden ser considerados como algo homogéneo sino como complejos donde núcleos muy dinámicos empujan el proceso de cambio al mismo tiempo que otros componentes permanecen estáticos.

c) Cambios en la organización y en el proceso administrativo

La institucionalización de los servicios de salud en América Latina sigue siendo una responsabilidad compartida entre los Ministerios de Salud y los Seguros Sociales. Estos se han organizado bajo diferentes esquemas según las políticas administrativas sectoriales y de la competencia institucional jurídicamente establecida para cada uno de ellos. La mayoría de los países ha organizado lo propio en diversos grados de complejidad y con sistemas administrativos regionalizados. Ultimamente la descentralización de las funciones relativas a la programación, ejecución y evaluación de los servicios se refleja en una tendencia general a instaurar este proceso para una utilización más racional de los recursos. Esto es lo que se viene observando en México (1983), donde el proceso se ha orientado a coordinar los servicios de Seguridad Social con los del sector oficial de salud, dentro de un marco más amplio, consistente en la extensión de la cobertura e integración de servicios a nivel estatal. Proceso similar pero más reciente (septiembre de 1986) es el establecido en el Perú, con una descentralización que abarca todo lo concerniente a la programación, la ejecución y la evaluación de las actividades de salud y con delegación de autoridad hasta el establecimiento del nivel local más periférico. El proceso se fortalece mediante la integración funcional de los servicios de salud del Ministerio y del Instituto Peruano de Seguridad Social, que trata fundamentalmente del uso común de los recursos humanos, técnicos y de la capacidad instalada a través de una programación conjunta.

Esfuerzo importante se está realizando en Costa Rica al establecer un nuevo modelo de atención médica, fundamentalmente como un programa de integración funcional Ministerio de Salud-Seguridad Social (febrero de 1987). Otra de las características es que el usuario tiene la libertad de escoger el médico tratante, y el médico recibe un ingreso base por acciones de fomento y prevención de la salud, además de un monto adicional de acuerdo al número de personas inscritas. El modelo integra y coordina acciones interinstitucionales que se dirigen hacia la promoción, fomento y prevención de la salud, por medio de las Juntas de Salud y Seguridad Social en la cual participa activamente la comunidad.

En procura de lograr una cooperación entre países y un fortalecimiento de los servicios de salud, los países del Istmo Centroamericano, al apoyar el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá, incluyeron un proyecto subregional que contiene la adopción de procedimientos administrativos y de bases sólidas de transformación institucional.

El resto de los países realiza igualmente esfuerzos para lograr superar los enormes desafíos de organización y de operación que el sector salud enfrenta. En especial, las situaciones frecuentes de desperdicio en la utilización de los recursos, ya sea por la ociosidad, la prestación de servicios innecesarios, las deficiencias de organización y gerencia o por el uso de tecnologías que no son apropiadas, han constituido el obstáculo fundamental para encontrar los elementos de interacción entre los Ministerios y los institutos de la Seguridad Social y con otras entidades del sector salud y de otros sectores que gravitan en la conformación de los verdaderos sistemas nacionales de salud.

2.2 Situaciones subregionales

a) Centroamérica y Panamá

Una de las áreas estratégicas más relevantes para asegurar la combinación de esfuerzos, voluntades y recursos en el enfoque solidario de problemas comunes de salud ha sido el proceso dinámico seguido por los Gobiernos del Istmo Centroamericano en la adopción y ejecución del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá.

Los Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá y los Directores de las instituciones de Seguridad Social de estos países "adoptaron y se comprometieron a llevar a la práctica (Panamá, abril de 1984) los proyectos del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en la Subregión y decidieron que, a partir de ese momento, los Directores de la Seguridad Social se incorporaran y formaran parte de la Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá (REMCAP) que se realiza anualmente" y que, a partir de entonces, se transforma en Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAP). Esta decisión de gran trascendencia para los países del Istmo Centroamericano se ve sin duda reflejada muy pronto en nuevos cambios en este grupo de naciones, la mitad de los cuales ha logrado avances importantes en la consolidación de sus respectivos sistemas de atención de salud. La trascendencia de esta decisión la evidencia el análisis de la situación de atención de salud a personas en Centroamérica y Panamá, que demostró en forma clara que sin esa integración de esfuerzos institucionales no será posible hacer frente a las necesidades prioritarias de salud a grandes masas de la población.

En procura de lograr esos propósitos, en este movimiento se destacan aspectos fundamentales tales como:

- Desarrollar una doctrina conjunta entre las dos instituciones (Ministerio y Seguridad Social) respecto al concepto de salud, los procesos operativos y las técnicas de atención. Este último atañe al problema general de la tecnología y los costos.
- Desarrollar actitudes de entendimiento entre las dos instituciones, las cuales no se conocen realmente entre sí y han configurado, por tanto, prejuicios mutuos. Es necesario adoptar estrategias para juntar a las personas, buscando mejor conocimiento e intercambio de información.

- Reconocer la necesidad de universalización de la atención de salud. En este sentido es crítico el reconocimiento de una responsabilidad conjunta por toda la población. Mientras las clientelas sean diferentes, la integración es imposible. A este respecto es fundamental la revisión del régimen de financiamiento de los sistemas de Seguridad Social y de todo el sistema de salud.
- Desarrollar el proceso político para permitir un acuerdo sobre los nuevos esquemas jurídicos que sean necesarios. La integración funcional es el resultado de un proceso a cuya culminación se debe llegar a través de niveles crecientes de articulación. En este proceso, y aun sin la integración funcional, hay acciones posibles que promueven esa articulación progresiva: a) asegurar, mediante la necesaria discusión, una identidad de propósitos; b) incrementar el nivel de comunicación e información recíproca que en Centroamérica hoy se está dando; c) buscar un nivel de articulación de políticas y estrategias interinstitucionales hasta llegar a normas comunes para el desarrollo de programas y proyectos, incluyendo el desarrollo de sistemas de apoyo comunes, como los de insumos críticos, información, supervisión, etc.

Este Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá se trató nuevamente en la Reunión Conjunta de Ministros de Salud y Directores de instituciones de Seguridad Social, en Medellín, Colombia (julio de 1984).

El proceso anterior continuó gestándose en la I Reunión del Sector Salud y I Reunión de Directores Generales de Salud y Jefes del Area Médica de los Institutos de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá que se celebró en San Salvador, El Salvador (agosto de 1985). En la Resolución IX se exhortó a los gobiernos de los países de la subregión para que, de acuerdo a sus condiciones nacionales respectivas, adopten políticas definidas de coordinación y establezcan los mecanismos necesarios para desarrollar dicha coordinación entre Ministerios de Salud e instituciones de Seguridad Social, con el objeto de asegurar la consolidación funcional en el sector salud, indispensable para lograr la mayor cobertura de la atención de salud a toda la población.

En la II RESSCAP celebrada en Tegucigalpa, Honduras (agosto de 1986), se consideró que los países de la subregión han logrado avances importantes en dicho proceso, pero que aun se hace necesario fortalecer las acciones pendientes, incorporando nuevos enfoques y modalidades de organización de los servicios de salud que permitan una utilización socialmente más eficiente de los recursos disponibles. También se instó a las instituciones de la Seguridad Social y a los Ministerios de Salud para que realicen experiencias concretas de coordinación en la prestación de servicios de salud y que faciliten la divulgación de esas experiencias en los demás países del Istmo. Finalmente, se recomendó a los gobiernos

que, con la colaboración de la OPS/OMS, conformen grupos de trabajo interinstitucionales con el objeto de definir criterios y métodos para orientar y facilitar las actividades de coordinación entre las instituciones del sector salud.

Se han suscrito en esta forma y están en ejecución convenios de cooperación con entidades de Seguridad Social en donde estas tienen responsabilidad directa en la prestación de servicios de salud. Las áreas de cooperación en estos convenios--uno de cuyos objetivos centrales es en todos los casos contribuir al fortalecimiento de los procesos de coordinación respectivos--cubren una amplia gama de situaciones, destacándose aspectos de planificación y organización de los programas de salud, el desarrollo y el mantenimiento de establecimientos de salud, los análisis administrativos y diversos aspectos de programación y desarrollo de recursos humanos.

Se ha logrado también en este sentido ampliar la participación de la Seguridad Social en programas tales como inmunizaciones, control de diarreas, atención maternoinfantil, enfermedades crónicas y salud ocupacional. Representantes de estas instituciones participan con frecuencia cada vez mayor, aunque todavía no suficiente en varios países, en reuniones, seminarios, talleres y grupos de trabajo orientados o auspiciados por la Organización y en los cuales se analizan o discuten diversos aspectos de la prestación de servicios de salud.

Sin embargo, algunas situaciones nacionales, tal y como se presentan, no han evolucionado en igual forma, lo que demuestra las grandes dificultades de esta naturaleza que se manifiestan en el lento proceso para que la Seguridad Social participe al igual que los Ministerios en la cooperación técnica a los países y puedan así disfrutar de esos beneficios para fortalecer y consolidar el proceso de la articulación Ministerios de Salud-Seguridad Social.

b) El Caribe

Los países del Caribe en las últimas décadas con importantes esfuerzos nacionales lograron mejorar considerablemente el estado de salud de su población. Sin embargo, hay un notorio deterioro de algunos indicadores de salud, que se ha agravado por la crisis económica que los afecta, ya que los recursos se han disminuido no pudiendo satisfacer las necesidades de una población en proceso de crecimiento. Los sectores sociales se encuentran más afectados por ser países pequeños y de frágiles economías. Así se ven ahora con gran preocupación las disminuciones en sus presupuestos de salud con los efectos negativos en la población de escasos recursos.

En este panorama los servicios de salud en los países del Caribe se presentan con inadecuados presupuestos, escasez de recursos humanos, deficiencias administrativas, escasos insumos críticos y drogas esenciales y ausencia de un sistema de información que coadyuve al proceso administrativo, la planificación y la evaluación.

En un esfuerzo para solucionar esos problemas comunes en el área del Caribe y después de una intensa discusión nacional y regional, la OPS/OMS en cooperación con la Comunidad del Caribe (CARICOM) y los países estuvieron de acuerdo en desarrollar perfiles de proyectos para un Plan de Cooperación en Salud del Caribe para el fortalecimiento de los servicios de salud en procura de extender la cobertura a la totalidad de la población.

La organización de los servicios depende fundamentalmente del sector público, ya que de los 128 hospitales, con 19,161 camas, corresponde un 93.3% al sector público y solamente un 6.7% al sector privado. Los servicios de salud están divididos en tres áreas: atención hospitalaria, servicios médicos distritales, y de salud pública. En cada uno de los países hay al menos un hospital general, y sus servicios no están integrados con el resto de los servicios de salud.

Los países están realizando esfuerzos para establecer mecanismos que logren una integración funcional de los servicios que le permitan al sector satisfacer las demandas y que resuelvan no solo las deficiencias técnico-administrativas, sino de los recursos insuficientes en los insumos y drogas esenciales, y el establecimiento de un sistema de información confiable, adecuado y oportuno.

Algunos países, con el fin de solucionar sus problemas en el orden financiero del sector salud, están analizando nuevos modelos de prestación de servicios que les permitan otras formas de organizarse y lograr así el objetivo de una cobertura a la totalidad de la población. Tal es el caso de Jamaica que estudia tres alternativas: los cargos al usuario; los seguros obligatorios y los seguros voluntarios, este último basado en un modelo de prestación de servicios como el de las organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization - HMO) las cuales cubren un grupo definido de población para el cual los médicos laboran por salario o pago por personas inscritas. La organización generalmente es sin ánimo de lucro, aunque hay algunas tendencias de ir en ese sentido. Algo similar sucede en Barbados, donde las actividades se han centrado en la implantación de un servicio nacional de salud y en el mejoramiento del Hospital Queen Elizabeth; el caso de Bahamas, que realiza esfuerzos para determinar nuevos métodos de financiamiento de la salud como alternativa a la tradicional utilización de fondos del erario. Se ha preparado una propuesta preliminar para un método único: Plan Nacional de Seguro de Enfermedad, de carácter gubernamental. También se estudian otros posibles métodos, incluidos sistemas del sector privado o mixtos de este sector y del gobierno.

Las anteriores consideraciones ponen de manifiesto diferentes tendencias en los países del Caribe en cuyo desarrollo cabría utilizar la experiencia regional de América Latina para apoyar el esfuerzo que están realizando no solo a través de las iniciativas regionales como CARICOM (Caribbean Community), sino las nacionales a través del esfuerzo conjunto OPS/OMS y de otras agencias internacionales, entre las que se encuentran: Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID),

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Agencia Internacional de Desarrollo del Canadá (CIDA), United Nations Environmental Program (UNEP), European Development Fund (EDF), las cuales están colaborando para el desarrollo de servicios de salud accesibles, disponibles y oportunos para toda la población.

2.3 Acciones en el campo internacional

La Secretaría de la Organización, en cumplimiento de las disposiciones contenidas en las Resoluciones XXXII (1979), XXXIV (1981) y XV (1984) del Consejo Directivo, ha procurado dar respuesta a solicitudes de colaboración de organismos nacionales de la Seguridad Social, las cuales han aumentado durante los últimos años, tanto en número como en la variedad de campos o aspectos planteados.

Las entidades de Seguridad Social reciben también cooperación técnica de otros organismos internacionales de naturaleza intergubernamental unos (OIT y OEA) e interinstitucional otros, Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), Asociación de Instituciones de Seguridad Social del Caribe, Centroamérica y Panamá (AISSCCAP). La OPS ha fortalecido también sus vinculaciones con estas entidades buscando armonizar los enfoques y orientaciones de la cooperación que se realiza con las entidades nacionales en el campo de la salud.

Con la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en particular, se han realizado misiones conjuntas de cooperación a varios países que se iniciaron en 1982 como parte de su programa 1982-1987, encaminadas a la inclusión de la atención primaria y estrategias de salud en la Seguridad Social en América Latina.

Para el desarrollo de este programa conjunto OIT/OPS/OMS/CPISS se efectuó una Primera Reunión de Consulta Técnica Regional (México, 1982) con la participación de ocho países, en la cual se analizó la incorporación de la estrategia de atención primaria en los programas de salud de la Seguridad Social. En continuación de estas actividades, y con la participación de 12 países, se llevó a cabo la Segunda Reunión (Medellín, Colombia, marzo de 1985), en la cual uno de los temas centrales fue la coordinación Ministerio de Salud-Seguridad Social. Todo el valioso material fue objeto de una publicación conjunta de la OIT/OPS/OMS con la colaboración del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), en una edición especial de 1986 titulada "Atención Primaria y Estrategias de Salud en la Seguridad Social en América Latina".

Como actividades de seguimiento de las consultas técnicas, se realizaron tres reuniones nacionales entre 1985-1986, la primera en Cuenca, Ecuador (abril de 1985), en donde se incluyeron temas relativos a la coordinación intra e interinstitucional de la Seguridad Social y el

Ministerio de Salud y entidades del sector, de acuerdo a la política nacional, además de los alcances operativos de la regionalización de servicios de salud en la Seguridad Social de Ecuador. En la segunda reunión en Guatemala (agosto de 1985), el Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social y funcionarios representantes de entidades del sector salud analizaron los mecanismos de coordinación interinstitucional y sectorial. Y, finalmente, la tercera en San Pedro Sula, Honduras (noviembre de 1986), en la cual se discutieron y analizaron los problemas y la estrategia para la extensión de servicios de salud en el país, mediante el desarrollo de programas coordinados entre el Instituto Hondureño de Seguridad Social y el Ministerio de Salud. Para 1987 se prevén varias reuniones similares en otros países.

Con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) se suscribió igualmente un Convenio de Cooperación Técnica, del cual se han integrado misiones conjuntas en varios países. La OPS/OMS participa en los programas de capacitación de personal directivo para las entidades de Seguridad Social. Está en estudio la posibilidad de realización de actividades conjuntas de adiestramiento en administración y organización de servicios para instituciones de Seguridad Social, utilizando el Centro Subregional que la OISS tiene en Lima.

La colaboración con organismos internacionales de la Seguridad Social ha incluido también la presentación de políticas y estrategias de carácter regional adoptadas por los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS en reuniones y eventos de diversa naturaleza, organizados por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), su Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS) y sus Comisiones de Trabajo, la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y la Asociación de Instituciones de Seguridad Social del Caribe, Centro América y Panamá (AISCCAP).

Como parte del Programa Regional 1987 y en un esfuerzo para aunar recursos interinstitucionales, como apoyo al Seminario Nacional-Ministerio de Salud-Instituto Hondureño de Seguridad Social que se realizó en San Pedro Sula, Honduras (noviembre de 1986), se iniciarán actividades de capacitación, conjuntamente con el CIESS y el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), particularmente en aquellas áreas problema que tanto el Instituto Hondureño de Seguridad Social como el Ministerio de Salud han determinado.

Para apoyar al Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá y al de Cooperación para la Salud en la Zona del Caribe, se ha incluido el establecimiento de un fondo rotatorio y un sistema conjunto de compras para medicamentos, biológicos y vacunas y equipos básicos que están fortaleciendo los programas de carácter cooperativo interpaíses, incluyendo no solo a los Ministerios de Salud sino también a las instituciones de Seguridad Social.

3. Áreas de análisis en el proceso de coordinación

3.1 El proceso político en salud

En los últimos decenios la producción de los servicios de salud ha aumentado sin que se hayan reducido proporcionalmente las diferencias en la utilización de los mismos entre los grupos sociales. En grandes líneas, las desigualdades en la utilización de servicios de salud no difieren de las observadas en la Región en la distribución de otros bienes y servicios, incluso el acceso a los mecanismos decisorios.

Sin embargo, el desarrollo económico y la modernización de América Latina y del área del Caribe van gradualmente incorporando fuerzas sociales emergentes en los procesos políticos nacionales que, por ello, se hacen mucho más complejos y dinámicos.

En este contexto los grupos sociales tienen, según su importancia socioeconómica en las sociedades nacionales correspondientes, diferentes grados de fuerza política para influenciar la acción del Estado en el sentido de la satisfacción de sus intereses. Estas características generales pueden observarse en la Región con variaciones entre los países. Así, al mosaico institucional y orgánico del sector salud, mencionado anteriormente, corresponde un mosaico de fuerzas políticas que presionan a las instituciones al defender sus demandas.

Aunque no se haya estudiado suficientemente el proceso político del sector salud de la Región, este parece dominado por las instituciones y los liderazgos sectoriales. Se verifica una creciente militancia de parte de las organizaciones profesionales o de grupos de interés en el sector, tratando de presentar sus propuestas como si fueran demandas de grupos sociales más amplios. El riesgo de la dominación corporativa sobre la escena política sectorial permanecerá mientras no se desarrolle una efectiva participación de fuerzas sociales más legítimas en la defensa de los intereses de la población, especialmente de los grupos más afectados por el acceso desigual a los servicios.

La maduración del proceso político sectorial, asegurando la participación irrestricta de los diferentes grupos sociales interesados en los servicios, es una condición fundamental para convertirlo en un mecanismo viable para la superación de la coyuntura crítica que el sector salud atraviesa actualmente.

3.2 Esquemas y formas de financiamiento

Las estrategias de financiamiento en los servicios de salud para las próximas décadas deberán extremar la preocupación de buscar soluciones que incluyan y combinen al sector público, la comunidad organizada y el sector privado, de modo tal que se asegure la equidad y la factibilidad financiera del sistema, tanto por el lado del financiamiento como por el de la entrega de servicios. El problema del financiamiento del sector salud trasciende así los límites estrictamente monetarios para colocarse en el marco de los recursos reales y de la productividad y equidad del sistema. Aun cuando se obtuvieran los recursos financieros,

los fines sociales que implica la prestación de los servicios de salud integral a la totalidad de la población obligan a considerar que la sola factibilidad financiera es insuficiente. Para el logro de estos objetivos se requiere que los servicios de salud tengan una eficiencia y eficacia económica, es decir, que los recursos se usen sin desperdiciarse y que se logren los objetivos buscados. La anterior situación afecta por igual a los Ministerios de Salud y a la Seguridad Social. Sobre todo a la última, si se piensa que la fuente principal de recursos adicionales con destino a los servicios de salud es la expansión de los servicios médicos de la Seguridad Social. Salta a la vista que el mecanismo de la coordinación es el más adecuado y no el de pensar en el traspaso de fondos de una institución a otra. Aquí se obtendrían los beneficios de la articulación progresiva que mejora la coordinación y demarca más claramente las responsabilidades y funciones en los sistemas de prestación de servicios de salud, en su empeño por racionalizar y articular los programas y ampliar la cobertura para la totalidad de la población.

En cuanto al problema central sectorial de cómo obtener una asignación de recursos financieros, las estrategias deberán tomar en cuenta que, en las últimas décadas, tanto los planteamientos como los mecanismos tradicionales de financiamiento de los sistemas de salud se han venido haciendo cada vez más insatisfactorios. Las fuentes adicionales y los diversos arbitrios encontrados para allegar recursos monetarios comenzaron a agotarse en los últimos años. El financiamiento de los recursos adicionales necesarios para resolver el déficit de servicios implica magnitudes que, obviamente, quedan fuera de las posibilidades de esos mecanismos y planteamientos habituales de seguirse los actuales procedimientos de financiamiento y pautas de prestación. Probablemente ningún país está en condiciones de financiar sus déficits en servicios de salud por los medios tradicionales, sin que ello se traduzca en sacrificios significativos de otros fines sociales, también para la sociedad como un todo.

Este problema se agudiza debido a la reconocida necesidad de obtener salud mediante la elevación del conjunto de los componentes que integran un perfil de bienestar dado. Así, los problemas de financiamiento del sector en relación con el otorgamiento de servicios de salud integral para toda la población son mucho más amplios y complejos que los que el sector ha manejado tradicionalmente. Abarca todos los sectores que contribuyen a asegurar el bienestar total de la población y se identifican, en consecuencia, con los problemas básicos del desarrollo nacional.

En este contexto, los servicios de salud podrían ser financiados por diferentes esquemas que variarían en los países, dependiendo del sector que se trate, vale decir público o privado. En el primer grupo se incluyen ingresos por impuestos generales; y aquí se incluye la modalidad de financiamiento por medio de los seguros sociales obligatorios que perciben sus ingresos por cotizaciones basadas en los salarios, con el clásico modelo de distribución de cargas entre empleados, empleadores y Estado. Este último esquema es el que en América Latina se sigue en la

mayoría de los países; y con diferentes modalidades en su campo de aplicación, pero que en general afilian al trabajador con relación patronal. Su atractivo radica en el hecho de que representa una importante fuente de financiamiento de la atención en salud. Su principal desventaja es su cobertura limitada. Aun cuando hay excepciones, en la Región de las Américas por lo general solo cubre a trabajadores empleados por empresas. La Seguridad Social puede ser la punta de lanza de los esfuerzos de mejoramiento de los países en desarrollo, pero los afiliados al sistema representan una proporción relativamente pequeña de la fuerza de trabajo. De lo anterior se desprende que el esquema del campo de aplicación de la Seguridad Social necesita ser revisado para extender su cobertura a nuevos grupos de trabajadores (independientes, agrícolas o profesionales libres) con afiliación familiar ampliada y poder así llegar a la universalización del sistema que permita la cobertura a la totalidad de la población. De otra manera, una baja cobertura no incluiría solidariamente a la población indigente, ni tampoco a aquellos de muy bajos ingresos. Y aunque la estructura socioeconómica ha ido cambiando progresivamente con una tendencia hacia la industrialización y un proceso creciente de urbanización, no se han producido progresos más firmes en cuanto a la extensión de la Seguridad Social, por haberse mantenido las bases conceptuales de la existencia de un empleador, una estructura jurídico-administrativa de empresa y salarios regulares de los trabajadores.

La evolución de los sistemas de la Seguridad Social, las tendencias internacionales y los cambios económicos y sociales señalan la necesidad de un análisis para que se extienda el campo de aplicación de la Seguridad Social con una nueva filosofía de la cobertura a nuevos grupos y un financiamiento sin que esté forzosamente ligado en cotizaciones basadas en los salarios. El esquema planteado así debe evitar que las personas con recursos modestos tengan que soportar una carga onerosa, y tomar en cuenta la situación económica de las categorías de personas protegidas.

El segundo grupo, el del sector privado, comprende, entre otros, el de los seguros independientes y voluntarios que solamente cubren atención en salud y excluyen las pensiones. La ampliación de cualquiera de estos tipos de seguros está básicamente condicionada por la capacidad de pago. Algunos países de América Latina y del Caribe de habla inglesa tienen este esquema alternativo.

Finalmente, el cargo al usuario en el que mediante una tarifa o cuota de recuperación (aranceles) se paga el servicio que se le presta y al que previamente se le hace una medición socioeconómica para, de acuerdo, fijarle su pago respectivo.

Estos dos últimos esquemas están teniendo cabida en algunas subregiones del continente americano, por lo que convendría ponerle atención para ir evaluando su impacto en la prestación de los servicios de salud.

3.3 Extensión de la cobertura. Desafío para la coordinación Ministerios de Salud-Seguridad Social

Los países de la América Latina y del Caribe ya casi a los finales del siglo XX enfrentan una realidad que está tomando caracteres de emergencia, por cuanto se trata de cubrir no solo a la población marginada con difícil acceso (130 millones) sino a la que se le agregará en los próximos 13 años (160 millones).

A la luz de la situación económica mundial, la escasez de recursos y la enorme disparidad que existe entre los países y entre las regiones y grupos de individuos dentro de los países, el sector por sí mismo no puede lograr la meta de salud para todos en el año 2000. El desarrollo del sector y de sus instituciones componentes solo podrá lograrse como parte de un plan general de desarrollo social y económico tendiente a reducir la disparidad, eliminar la pobreza y lograr la justicia social. Solo mediante la interacción sinérgica de los objetivos que reorienten las políticas, planes y programas nacionales se podrá cumplir con ellos, además de la estrecha cooperación entre los diversos sectores de la economía nacional.

Estos hechos obligan al sector salud a ir reorientando y ajustando sus iniciativas y acciones de acuerdo con las nuevas situaciones que se vayan creando. Conviene examinar en el futuro inmediato la situación de la disponibilidad de los servicios de salud a las comunidades, el tipo de prestación que se otorga, así como los problemas prioritarios de estructura y funcionamiento de las instituciones y unidades operativas del sistema. Durante el período 1984-1987 se realizaron esfuerzos por redefinir el sector, por lograr coordinación interinstitucional, por mejorar los instrumentos legales y por ordenar los subsistemas tales como inversiones, suministros, personal y mantenimiento. Sin embargo, estos esfuerzos no han logrado un impacto significativo pues, en general, se ha mantenido la incoordinación de las instituciones que componen el sector salud, particularmente de la Seguridad Social con los Ministerios o Secretarías de Salud, tanto en los niveles de decisión y normativo como en las unidades efectoras y prestadoras de servicios. La anterior situación debe ser subsanada si se quiere extender la cobertura a la totalidad de la población, y es urgente efectuar una profunda reorganización de los actuales sistemas de servicios de salud de los Ministerios y la Seguridad Social. En ese proceso la Organización Panamericana de la Salud deberá poner un mayor empeño en apoyar la articulación progresiva entre los Ministerios de Salud y la Seguridad Social de manera que se cumplan los postulados de la universalización de la atención médica.

La extensión de la cobertura en los programas coordinados Ministerios de Salud-Seguridad Social, al no estar dirigidos exclusivamente a los trabajadores sino a la población total, requiere de un tratamiento especial con programas adecuados al perfil de salud, al patrón de utilización de los servicios y a la distribución de la población en el

espacio físico. Aparece así un grupo que está tomando importancia como es el de las poblaciones marginales urbanas, muy especialmente las de las grandes ciudades, que se aprietan en cinturones de miseria y que han llegado a conformar un grupo de especial preocupación para los Gobiernos.

A la Seguridad Social, de acuerdo al concepto ampliado de cobertura, vale decir universalizada, le corresponde, ante el incremento del proceso de industrialización, atender una demanda de servicios de salud a un grupo cada vez mayor de casos ligados al ambiente del trabajo, a la prevención de riesgos de accidente y el desarrollo de adecuadas formas de rehabilitación. Igualmente, y por modificaciones ya notorias en los patrones de morbi-mortalidad, aparecen otros grupos que surgen en el núcleo familiar con una patología social manifiesta en enfermedades mentales de la adolescencia, alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia, personas de edad avanzada, discapacitados, que han llegado a conformar un estrato numeroso con necesidades específicas. Esta extensión de la cobertura para esos grupos evidencia una demanda ante el sector que difícilmente se podrá atender si no es mediante la participación conjunta de los Ministerios y la Seguridad Social.

4. Perspectivas de acción

La crisis económica mundial ha afectado de manera crítica a los países de América Latina y del Caribe, contribuyendo a desajustes económicos internos que se manifiestan en altos índices de inflación, desempleo, disminución del ingreso y empeoramiento de su distribución, así como en déficit fiscales incontrolados que están afectando el nivel de vida de las poblaciones. A lo anterior se agrega el incremento acelerado de la población y el patrón de urbanización exagerado de las grandes ciudades, con problemas crecientes de infraestructura, contaminación, desempleo, violencia, inseguridad y marginalización. Además de los desajustes sociales mencionados, dichos cambios están originando variaciones sustantivas de comportamiento en relación con la salud, en particular en lo que se refiere a la demanda y utilización de los servicios.

Habida cuenta de esta situación en los países de las Américas, la década de los años 80 aparece como una etapa decisiva para la evolución de la Seguridad Social, en particular sus programas de salud, los cuales no podrán continuar operando en forma aislada. Para la utilización eficiente de los recursos totales asignados a la salud, la articulación de los correspondientes a cada componente del sector adquiere particular relevancia. De acuerdo con las características de cada país, esa articulación, que se encuentra en distintos niveles de desarrollo, deberá estar dirigida a: precisar las políticas de financiamiento, incluido el papel del sector privado; delimitar las áreas de responsabilidad de los componentes del sector, y determinar el grado de cobertura real de la prestación de los servicios mediante una programación local como instrumento de racionalización de los recursos en general.

Los obstáculos fundamentales para una coordinación efectiva entre los componentes del sector, como se ha señalado antes, están relacionados con la complejidad del proceso político, la naturaleza del financiamiento y las coberturas de los grupos de población específicos por las instituciones de la Seguridad Social. Planteada así la situación, el proceso de coordinación Ministerios de Salud-Seguridad Social es solamente un medio para la articulación progresiva del sector salud y de este con la planificación nacional para el desarrollo.

4.1 La descentralización como estrategia de integración a nivel local

En la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1984) se definieron acciones estratégicas para estimular este proceso de articulación progresiva y para lograr mayor coordinación inter-institucional Ministerios de Salud-Seguridad Social. Según los análisis realizados en el período 1984-1987, ha sido limitada la aplicación de las recomendaciones formuladas por el Consejo Directivo a los Gobiernos Miembros, aunque se puede observar la continuación de la tendencia hacia una mejor delimitación tanto del sector como de los sistemas nacionales de salud y, por consiguiente, de las relaciones interinstitucionales respectivas. Se puede apreciar, así mismo, un moderado progreso en la articulación interinstitucional para el desarrollo de programas orientados a dar atención de salud a grupos especiales de población. Persisten, y son valederas para el período que se presenta en este informe, la preocupación por los problemas asociados a los procesos tecnológicos en la prestación de servicios de salud; el desarrollo de proyectos de inversión en infraestructura física y su mantenimiento, tanto en instalaciones como en equipos; la planificación y adquisición de tecnología y su utilización racional, así como los mecanismos de garantía de calidad y de acceso equitativo a los servicios. Unido a los problemas anteriores, y como una restricción común a los Ministerios de Salud y a las instituciones de Seguridad Social, resalta como componente esencial en este proceso el inadecuado desarrollo de los recursos humanos para la gestión y operación de los servicios, que se agrava por disparidades en la distribución geográfica y funcional, formas de remuneración, reglamentación institucional de contratación y diferencias en asignación de funciones.

Finalmente, los avances logrados en algunos servicios complementarios (suministros críticos, medicamentos, repuestos de equipos, reactivos de laboratorio, biológicos y vacunas y de equipos básicos), que han sido los menos conflictivos en el proceso de articulación institucional, son un ejemplo para el desarrollo compartido de los sistemas de apoyo, entendiéndose por estos aquellos elementos o componentes básicos de la administración mediante los cuales se logran condiciones propicias para la entrega de servicios de salud. Otra área importante que debe fomentarse es la de las normas y procedimientos de atención, organización y administración de los servicios, dando prioridad a la identificación de aquellos aspectos cuya naturaleza y características constituyen impedimentos u obstáculos para la coordinación.

Además de lo anterior, persisten algunas otras áreas que merecen especial atención y que, por lo tanto, se destacan como importantes perspectivas de acción para fortalecer el proceso de coordinación Ministerios de Salud-Seguridad Social.

4.2 Fortalecimiento de la conducción político-técnica del sector salud. Responsabilidades institucionales

La delimitación del sector salud en la mayoría de los países requiere la definición taxativa en cuanto a la responsabilidad de las instituciones del sector frente a las necesidades de las comunidades.

En estas circunstancias, en el proceso sectorial cobra primordial importancia el papel del Ministerio de Salud para convertirse en la institución coordinadora del conjunto de servicios de salud sobre la base de su competencia constitucional y legal. Esto sobrepasa la idea tradicional de adquirir la prestación única de los servicios por medio del crecimiento y desarrollo de su capacidad instalada. En la actualidad su poder real solo abarca el sector público e incluso, a veces, solamente a una parte del mismo. Una característica de los Ministerios de Salud de América Latina en las últimas décadas ha sido la de ocuparse en administrar, desarrollar y dirigir servicios propios, que representan en algunos países proporciones cada vez menores de la capacidad instalada total, incorporan organismos productores de insumos o productos intermedios, y no asumen, o si lo hacen muy débilmente, la orientación y regulación del sistema de salud en su conjunto.

En el planteamiento sectorial las instituciones, particularmente Ministerios de Salud-Seguridad Social, requieren un análisis de las responsabilidades y los métodos gerenciales adoptados en la producción de servicios, de acuerdo con la complejidad y las dimensiones de los establecimientos de salud. Implícita en ese análisis debería estar una mayor descentralización decisoria y una efectiva programación local. El proceso de transformación del sector se debe presentar vinculando sus intervenciones con el contexto político y económico general del país, a la manera de un sistema en que interactúan en forma constante los componentes institucionales.

Las tareas de estructurar apropiadamente el sector salud, incluyendo la complementariedad y no la competencia entre los Ministerios y la Seguridad Social y la planificación asociada a ella, no se lograrán exclusivamente con la técnica y la eficiencia; estos son instrumentos importantes y útiles, pero no son suficientes. En este empeño será imprescindible ganar, si no el consenso al menos un suficiente grado de aceptación social para las medidas que se requiera proponer. Estas, por lo demás, variarán según el contexto político, social y económico de cada país.

4.3 Desarrollo de la capacidad de análisis financiero del sector

Uno de los problemas que han debido enfrentar los países de América Latina y el Caribe, en sus esfuerzos para ampliar la cobertura y mejorar la estructura de servicios y para satisfacer las necesidades básicas de la población, es la naturaleza relativamente restringida de los ingresos del Gobierno y, por ende, de su limitada capacidad para financiar los programas de extensión de la cobertura de servicios de salud, que dependen en gran medida de los mecanismos de financiamiento.

Esta restricción de recursos se sitúa como un elemento fundamental en las interrelaciones Ministerios de Salud-Seguridad Social. Por ello debe darse especial importancia a la racionalización del financiamiento del sector mediante un análisis integral, que deberá conducir a la formulación y puesta en marcha de alternativas que permitan efectuar reformas estructurales de alcance verdaderamente estratégico relacionadas con el financiamiento en sí, y con los gastos y los costos en salud.

Por lo anterior, se hace necesario desarrollar métodos para realizar análisis sistemáticos del financiamiento sectorial y de sus instituciones y para definir, operar y controlar sistemas de financiamiento sectorial. Estos sistemas deben asegurar la eliminación de las barreras a la accesibilidad mediante la aplicación de criterios de solidaridad de la Seguridad Social en el área financiera de la salud; la coordinación de los recursos financieros del sector; el aumento de la productividad de los recursos existentes y adicionales; la utilización de estos según prioridades, y la identificación y análisis de áreas críticas que inciden en el gasto de salud (insumos, tecnología, organización).

Todo esto implica, además de la decisión política, la necesidad urgente de crear mecanismos y regulaciones de información para favorecer el desarrollo de la capacidad de análisis financiero del sector salud, lo cual incluye capacidad para determinar el origen y significado de los fondos que se asignan al sector; establecer el destino y utilización de los servicios que produzca, en términos de grupos socioeconómicos que realmente se benefician de los mismos; regular la intensidad, costo y estructura de las prestaciones, y evaluar la productividad de los recursos asignados al sector.

4.4 Administración local de los servicios. Un medio para fortalecer la coordinación

La programación local de servicios para la extensión de la cobertura significa desarrollar prioritaria y apropiadamente el primer nivel de atención, lo cual a la vez implica lograr el establecimiento de un conjunto amplio de respuesta a los problemas básicos de salud de la totalidad de la población. Esto es, desarrollar diversos tipos de servicios, que como un todo permitan diagnosticar y solucionar una alta proporción de los problemas de salud de la población objeto de la programación.

Lo anterior exige establecer formas apropiadas de administración local. Las funciones de articulación y coordinación de núcleos o unidades básicas de administración no se limitan a los recursos físicos, humanos, técnicos e institucionales del sector, sino que además deberán incluir los recursos no médicos, como las instituciones de bienestar y otras instituciones del sector social, para ampliar el alcance de los servicios y mejorar su calidad en términos de respuesta integrales a necesidades diversas de grupos de población definidos.

La conceptualización y desarrollo apropiado de estas unidades básicas de administración de los servicios de salud tiene sin duda un enorme potencial como instrumento o mecanismo de racionalización de los

recursos de atención de salud en general, pero especialmente de las del sector público (Ministerios de Salud-Seguridad Social). Es a través de estas unidades que puede ser encauzado apropiadamente el ejercicio de la coordinación local y la programación conjunta de servicios. Estas serán las unidades depositarias naturales de las funciones descentralizadas de la administración.

4.5 Cooperación Técnica entre Países

Las decisiones de los Cuerpos Directivos de la Organización destacan la necesidad de fomentar y apoyar la movilización de los recursos nacionales y la voluntad de los países de fortalecer la capacidad y la confianza en sí mismos y estimular la cooperación entre ellos. La crisis económica internacional que afecta la Región--y en áreas como Centroamérica la crisis política--interfieren y detienen esos procesos. No obstante, en el sector salud se está justamente utilizando esa coyuntura para fortalecer la acción colaborativa. El Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá y la iniciativa especial de Cooperación en Salud en la Zona del Caribe de habla inglesa han permitido promover y utilizar la cooperación técnica entre países y, en el primer caso, se están movilizando además recursos técnicos y financieros de la comunidad internacional.

En este contexto, cobra especial interés el proceso de articulación progresiva Ministerios de Salud-Seguridad Social. La identificación de necesidades, la conjunción de las capacidades y la voluntad de colaboración horizontal interpaíses en el ámbito de la salud, tanto en el orden bilateral como multilateral que se ha logrado no solo en los países del Istmo Centroamericano sino en otros subgrupos de la Región, debe ser utilizada a plenitud.

Por otro lado, la Organización está sirviendo de catalizador a fin de lograr una coordinación más activa con otros organismos nacionales y bilaterales de cooperación técnica que trabajan en el campo de la salud. Actividades como las que se están realizando en Centroamérica con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, al igual que con los Gobiernos de los Países Bajos, España, Francia e Italia, constituyen oportunidades para promover la coordinación. El Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización, en virtud de un convenio de cooperación técnica, están trabajando conjuntamente en el diseño y preparación de proyectos sometidos al Banco para su financiación, y con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo se lleva a cabo un proyecto para el fortalecimiento de la capacidad gerencial a nivel subregional del Istmo Centroamericano; estos son igualmente ámbitos para la coordinación. La estrategia que está aplicando la OPS/OMS es aceptada por instituciones y organismos de cooperación financiera, bilaterales y multilaterales, que aunque los proyectos no están directamente orientados hacia el proceso de coordinación Ministerios de Salud-Seguridad Social, en la mayoría de ellos, y muy particularmente en los de Centroamérica y Panamá, tienen componentes que facilitarán la articulación progresiva en el empeño que tienen los países para lograr una prestación de servicios de salud a la totalidad de la población.

En el proceso de utilizar eficientemente los recursos asignados a la salud, la cooperación técnica para la articulación de los componentes fundamentales del sector Ministerios de Salud-Seguridad Social adquiere particular relevancia. No obstante, la Seguridad Social participa débilmente en los programas de cooperación técnica en todo el contexto regional americano. Ante esa situación se hace necesario que la Organización amplíe las relaciones de cooperación con la Seguridad Social, como lo ha recomendado el Consejo Directivo en sus Resoluciones XXXIV y XV de 1981 y 1984 respectivamente.

Lo anterior permitiría una mayor coherencia e interacción entre los Ministerios de Salud-Seguridad Social, a la vez que se movilizarían recursos para prestar apoyo regional a esas actividades nacionales en un mecanismo que fomentaría intensivamente el proceso.

5. Bibliografía

1. Roemer, Milton I. Medical Care in Latin America. Pan American Union, General Secretariat, Organization of American States. Washington, D.C., 1963.
2. Abel-Smith, Brian. Value for Money in Health Services. St. Martin Press. New York, 1976.
3. Tamburi, G. Evolución, Tendencias y Perspectivas de los Sistemas de Salud de la Seguridad Social en América Latina. OIT. Ginebra (Suiza), 1982.
4. La Seguridad Social en el Proceso de Cambio Internacional. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1980.
5. Empleo, Crecimiento y Necesidades Esenciales. OIT. Ginebra (Suiza), 1976.
6. Discusiones Técnicas, XXV Reunión del Consejo Directivo: "Coordinación entre los Sistemas de Seguridad Social y los Sistemas de Salud Pública" (Documento de Trabajo). Washington, D.C., Septiembre-octubre de 1977.
7. VII Conferencia de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo. Ottawa (Canadá), 1966.
8. Novelo, Gastón. Acciones y Evolución de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en las Prestaciones de Salud (Documento de Trabajo), Consulta Técnica Regional. OIT. México, 1982.
9. Op. cit., 6.
10. Organización Panamericana de la Salud, XXVI Reunión del Consejo Directivo. Evolución del Plan Decenal de Salud de las Américas, 1971-1980, DC 24/18 (ESP), pags. 18-21. Washington, D.C., agosto de 1976.
11. Encuesta de Países sobre Instituciones de Seguridad Social. OPS/OMS, 1977.
12. Atención Primaria y Estrategias de Salud en la Seguridad Social en América Latina. OIT. Ginebra (Suiza) 1986.
13. Cuauhtémoc Valdes Olmedo et al. "Descentralización de los Servicios de Salud". Cuadernos Técnicos de Planeación, Vol. I, No. 8, Coordinación de Estudios y Proyectos, S.S.A., octubre de 1984.

14. Soberón, Guillermo. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Comisión de Salud y Seguridad Social. Coordinación de los Servicios de Salud. Universidad Nacional Autónoma de México, 1983.
15. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas 1981-1984. Publicación Científica No. 500, Vol. I. Washington, DC, 1986.
16. Organización Panamericana de la Salud. Principios Básicos para la Acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990. Washington, DC, 1987.
17. Novelo, Gastón y Palmero, Olga. Organización y Financiamiento de la Seguridad Social en América Latina. Revista Seguridad Social. Año XXXIV. No. 155-156 Epoca VI. México, DF, 1985.
18. Conte Grand, Alfredo. Problemas de Organización y Financiamiento de la Seguridad Social. Aportación OIT. Revista Seguridad Social. Año XXXIV. No. 155-156 Epoca VI. México, DF, 1985.
19. Moles R., Ricardo. Contribuciones de la AISS al Estudio de los Problemas del Financiamiento de la Seguridad Social en América Latina. Revista Seguridad Social. Año XXXIV. No. 155-156 Epoca VI. México, DF, 1985.
20. Castellanos R., Jorge. Condición entre las Entidades del Sector Público que Prestan Servicios de Atención de Salud. Publicación OIT, Primera Edición. Ginebra, Suiza, 1986.
21. Castellanos R., Jorge. Políticas y Metas Regionales de Salud: Conceptos Básicos y Componentes de la Atención Primaria. Publicación OIT, Primera Edición. Atención Primaria y Estrategias de Salud en la Seguridad Social en América Latina 1986. Ginebra, Suiza, 1986.
22. La Seguridad Social en el Perú. Centro de Altos Estudios Sindicales. Fundación Friedrich Ebert. Perú, 1985.
23. C. Mesa Lago. El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina. Publicación de las Naciones Unidas. Estudios e Informes de la Cepal 43. Santiago de Chile, 1985.
24. C. Mesa Lago. La Crisis de la Seguridad Social y la Atención de la Salud. Fondo de Cultura Económica. Primera Edición Español 1986. México, DF, 1986.
25. Tamburi, G. La Seguridad Social en la América Latina. La Crisis de la Seguridad Social y la Atención a la Salud. Pags. 76-107. Fondo de Cultura Económica. Primera Edición Español 1986. México, DF, 1986.

26. Ugalde, A. La Integración de Programas de Salud en un Sistema Nacional de Salud. La Crisis de la Seguridad Social y la Atención de la Salud. Pags. 136-176. Fondo de Cultura Económica. Primera Edición Español 1986. México, DF, 1986.
27. Zschock, D.K. Financiamiento de la Salud en el Tercer Mundo. Ediciones Tercer Mundo. Primera Edición. Bogotá, Colombia, 1980.
28. U.S. Department of Health and Human Services. Social Security Administration. Office of Policy-Office of Research, Statistics and International Policy. Social Security Programs Throughout The World - 1985. SSA Publication No. 13-11805. Washington, DC, 1986.
29. Organización Panamericana de la Salud. Aumento de la Capacidad Operativa de los Servicios de Salud con Vistas al Logro de la Meta de Salud para Todos en el Año 2000. Publicación Científica No. 482. Washington, DC, 1985.
30. Universidad de Antioquia. Ministerio de Salud. Foro Salud Siglo XXI. Memoria Volumen I. Medellín, Colombia, 1984.
31. Organización Panamericana de la Salud. Coordinación de los Servicios Médicos. Publicación Científica No. 154. Octubre 1967. Washington, DC, 1967.
32. Woodward, R.S. "Atención médica en Brasil durante un período de recesión económica". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 98(2):107-115, 1985.
33. Organización Panamericana de la Salud. "La Crisis Económica y su Repercusión en la Salud". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 100(6):648-659, 1986.
34. Veronelli, J.C. "Ministerios y Sistemas de Servicios de Salud en América Latina". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 100(1): 1-27, 1986.
35. Castellanos R., J. "Racionalización de Recursos en la Administración, el Funcionamiento y la Prestación de Servicios de Salud". XI Primera Reunión de la Comisión Americana sobre Organización y Sistemas Administrativos. Buenos Aires, Argentina, noviembre de 1985.
36. Organización Panamericana de la Salud. "Acta Reunión Especial Ministros de Salud Centroamérica y Panamá y la OPS, con la participación de los Directores de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá y los Ministros de Salud de Colombia, México y Venezuela." Panamá, abril de 1984.
37. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo. Informe de Progreso. XXX Reunión. Tema 22 "Coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública". Washington, DC, 1984.

38. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo. Informe de Progreso. XXVIII Reunión. Tema 23 "Coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública". Washington, DC, 1981.
39. Ministerio de Salud, Perú. "La Política Nacional de Salud". Septiembre de 1986.
40. Ministerio de Salud. Instituto Peruano de Seguridad Social. "Integración Funcional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social". Decreto Supremo No. 022-86 S.A. de 28 julio 1986. Lima, Perú, 1986.
41. Ministerio de Salud - Caja Costarricense del Seguro Social - Ministerio de Planificación y Política Económica. Instituto de Acueductos y Alcantarillado. Instituto Nacional de Seguros. Universidad de Costa Rica. OPS/OMS. "Situación de Salud en Costa Rica. III Parte. V. Desarrollo del Sistema de Servicios de Salud". Reunión de Análisis de Cooperación Técnica de la OPS/OMS a Costa Rica. San José, 1987.
42. Organización Panamericana de la Salud. "Informe del Director. Cuadrienal 1982-1985. Anual 1985". Documento Oficial No. 207. Washington, DC., julio de 1986.
43. Reunión del Sector Salud y Directores Generales de Salud y Jefes de Área Médica de los Institutos de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá. II RESSCAP/1986. Informe Final. Tegucigalpa, Honduras, agosto de 1986.
44. Reunión del Sector Salud y Directores Generales de Salud y Jefes de Área Médica de los Institutos de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá. I RESSCAP/1986. Informe Final. San Salvador, El Salvador, agosto 1985.
45. Organización Panamericana de la Salud. II RESSCAP/1986. "El Proceso Tecnológico y su Impacto en el Sector Salud". Documento de Trabajo. Tegucigalpa, Honduras, agosto de 1986.
46. Organización Panamericana de la Salud. OPS/AISSCAP. II RESSCAP/1986. "Proceso de Coordinación Sectorial. Bases Doctrinarias Comunes". Tegucigalpa, Honduras, agosto de 1986.
47. Ministerio de Salud del Uruguay. OPS/OMS. "Estudio de Prefactibilidad (Proyecto URU-0021). Ampliación y Mejoramiento de los Servicios de Salud". Montevideo, Uruguay, noviembre de 1986.
48. Registro Oficial. Año III, No. 585. Acuerdo No. 2188 "Reglamento del Convenio Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para Prestación de Salud". Quito, Ecuador, 16 de diciembre de 1986.

49. OPS/OMS-CARICOM. "Programa de Cooperación en Salud para el Caribe", 1985.
50. Op.cit. "Programa de Cooperación en Salud para el Caribe", Borrador, 1985.
51. Op.cit. "Perfiles de Proyectos", septiembre de 1986.