



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXVIII Reunión

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXXIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1981

INDEXED

Tema 23 del programa provisional

CD28/34 (Esp.)
4 agosto 1981
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

En cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución XXXII de la XXVI Reunión del Consejo Directivo que analizó el tema "Coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública", en este documento se examinan algunos aspectos relevantes en el proceso de coordinación de las instituciones de salud, aplicables particularmente a la situación de 16 países de América Latina en donde se han desarrollado sistemas de servicios de salud dependientes de los Ministerios y de la Seguridad Social.

La revisión de la situación actual a este respecto, destaca cambios ocurridos en varios países, en base a definiciones de política principalmente en materia de financiamiento, y señala modificaciones importantes en el campo de la Seguridad Social cuyas instituciones y programas de salud se han extendido a una proporción significativa de la población total de los 16 países indicados.

Las estrategias nacionales y regionales, y el Plan de Acción propuestos para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, conforman un nuevo marco de referencia para los esfuerzos de coordinación institucional del sector salud. En el contexto del Plan se identifican áreas en las cuales dichos esfuerzos constituirían enfoques concretos de solución de problemas prioritarios que comprometen la acción concertada de uno y otro tipo de instituciones.

1. Antecedentes

La XXVI Reunión del Consejo Directivo de la Organización (1979) analizó el tema de coordinación entre las instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública, y adoptó la Resolución XXXII en la cual reiteró a los Gobiernos la conveniencia de que en la aplicación de las políticas de extensión de la cobertura de servicios de salud a toda la población, participen coordinadamente las entidades de Seguridad Social y los Ministerios de Salud. El Consejo exhortó además a los gobiernos a desarrollar esquemas de organización y prestación de servicios que permitan la armonización financiera y funcional de los diferentes componentes del sector salud y les pidió que en la preparación de sus planes de inversión aseguren la participación de las diferentes instituciones del sector. En dicha resolución, por otra parte, el Consejo solicitó al Director adoptar las previsiones necesarias para apoyar los esfuerzos que a este respecto se lleven a cabo en el orden nacional e informar a la XXVIII Reunión sobre progresos alcanzados por los Países Miembros y actividades desarrolladas por la Organización en este campo.

En cumplimiento de esta última disposición del Consejo, en el presente documento se destacan algunos antecedentes de importancia en el movimiento de coordinación de los servicios en los países de América Latina, se intenta una breve revisión desde este punto de vista de la situación actual y características de los sistemas de salud correspondientes, y se revisan posibles áreas nuevas para los enfoques de coordinación, en el marco de las estrategias nacionales y regionales y el Plan de Acción propuestos para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Finalmente, se exploran posibles áreas y orientaciones de la cooperación técnica en este campo.

2. Progresos, tendencias de evolución y situación actual

La existencia en aproximadamente dos terceras partes de los países de la Región de sistemas de prestación de servicios personales de salud, dependientes respectivamente de los Ministerios de Salud y de las instituciones de Seguridad Social, y en particular, las implicaciones de su desarrollo paralelo y en gran medida in conexo, han constituido un motivo de especial preocupación e interés en este grupo de países, y en los organismos internacionales que colaboran con ellos en el desarrollo de los servicios de salud.

En este proceso, en innumerables reuniones nacionales e internacionales se ha analizado una gama muy amplia de aspectos conceptuales y operativos de la coordinación, y se han producido declaraciones, resoluciones, recomendaciones, etc., que conforman prácticamente un cuerpo de doctrina al respecto. El examen de la situación actual y los documentos

correspondientes, ponen de presente que ha existido básicamente acuerdo conceptual respecto a las ventajas y la importancia de la coordinación de las instituciones de salud. En la práctica, sin embargo, los avances logrados mediante enfoques fundamentalmente de carácter administrativo, han sido en general lentos, y de alcance limitado, excepto cuando se han producido decisiones políticas que han afectado el carácter y la naturaleza misma de las instituciones.

Las restricciones principales para lograr esta coordinación podrían ser referidas a cuatro grandes grupos de factores, a saber: de carácter institucional, de naturaleza económica y financiera, de origen estructural y burocrático, y de carácter político.

En general, se observa la continuación de acciones en el campo administrativo en el cual se centraron durante mucho tiempo los esfuerzos de coordinación. En este sentido, continúan vigentes y en proceso de desarrollo diversos enfoques de adecuación de servicios, e intentos de programas conjuntos, tales como reglamentación de las inversiones de capital en establecimientos, revisión y ajuste de las formas de contratos interinstitucionales de servicios. Los cambios más importantes de los últimos años, 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.

Desde la iniciación de los Seguros Sociales en América Latina hasta hoy, media un largo proceso de formación de la doctrina de la Seguridad Social, y una evolución paralela de sus formas de acción. Este proceso parece estar llegando a una etapa de maduración en la cual las instituciones respectivas estarían convirtiéndose en instrumentos reales de la aplicación de las políticas sociales de los Gobiernos.

Durante los últimos años, en un buen número de los países de la Región, parece estar marcándose una tendencia que establece un rol cada vez más activo de las instituciones y esquemas de Seguridad Social en la prestación de servicios de salud.

La transformación paulatina de los antiguos Seguros Sociales y su tránsito hacia el desarrollo de sistemas nacionales de Seguridad Social, tendría dos corolarios o implicaciones fundamentales: una tendencia a una mayor consistencia interna y a la armonización de los varios organismos nacionales de Seguridad Social, y la articulación creciente de

estos con los procesos nacionales de desarrollo económico y social, lo cual los acerca a los servicios de salud del sector público, y a su mayor participación en la aplicación de las políticas sociales de los Gobiernos.

Estas reorientaciones políticas en la esfera de la Seguridad Social han estado igualmente acompañadas de una mayor participación estatal en las formas y mecanismos de financiación de dichas entidades.

En virtud de estos cambios observados tanto en los Ministerios de Salud como en los organismos de Seguridad Social, y a manera de síntesis de la situación actual, aunque no se dispone de información completa al respecto, cabría señalar lo siguiente: de los 21 países de América Latina en los cuales se han desarrollado esquemas de protección de salud por parte de la Seguridad Social, habría cinco en los cuales no hay un compromiso directo de esta en la prestación de servicios, aunque en tres de ellos, las entidades mencionadas contribuyen a la financiación de dichos servicios, los cuales se prestan a través de diversos tipos de organización institucional.

En los 16 países restantes, continúan existiendo sistemas paralelos de prestación de servicios, dependientes de los Ministerios y de la Seguridad Social. En varios de estos países, la población tributaria de la Seguridad ha alcanzado una alta proporción habiéndose reducido proporcionalmente la participación correspondiente de los Ministerios de Salud.

Para el total de la población de estos 16 países de América Latina, en 1979 la proporción de población tributaria de los regímenes de Seguridad Social podría estar oscilando alrededor del 55.7%. Las cifras señaladas se encuentran en los Cuadros 1 y 2.

De acuerdo con el análisis previo, la responsabilidad de las prestaciones de servicios personales de salud se ubica actualmente en América Latina para una proporción importante de la población, en las instituciones de Seguridad Social. Parece existir una tendencia general de evolución hacia una mayor participación de dichas entidades en estos programas. Dicha tendencia está señalando por una parte cambios importantes en la concepción política y operativa de la Seguridad Social, y por la otra una orientación hacia la combinación racionalizada de formas mixtas de financiamiento de los servicios.

En estas circunstancias, parecería necesario comenzar a examinar en mayor profundidad el efecto redistributivo de la Seguridad Social dentro de sus nuevas orientaciones y su capacidad para responder al reto de una generalización más o menos inmediata, asimismo la conveniencia o no de la estructura centralizada de los sistemas nacionales, el papel del Estado y la participación del sector privado, los mecanismos alternos de financiamiento y las relaciones con la salud de otros programas de la Seguridad Social.

3. Actividades de cooperación técnica de la OPS con entidades de Seguridad Social

En el campo nacional, se han llevado a cabo diversas acciones de cooperación a varios países. Estas actividades han incluido desarrollo de métodos para generar información sobre producción hospitalaria, rendimientos y costos, estudio multidisciplinario del organismo nacional de Seguridad Social correspondiente, con referencia a: su desarrollo en relación con el desarrollo nacional; las prestaciones de salud y en dinero; la infraestructura legal de recursos y de administración; y la situación económico-financiera, fortalecimiento de la capacidad técnico-administrativa para la programación, desarrollo y mantenimiento de establecimientos de salud; preparación de guías nacionales; apoyo del proceso de coordinación e integración institucional correspondiente; definición del sistema interno de planificación del Seguro Social y de la administración financiera.

Se continuó colaborando en la realización de análisis globales tendientes a establecer las bases de desarrollo de un servicio nacional de salud, en la elaboración del Plan Nacional de Salud y la preparación de propuestas para modificar o ampliar la infraestructura de los servicios de salud.

Debe tomarse en cuenta además en este campo, las extensas actividades desarrolladas por la OPS a través del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), en la esfera de la salud ocupacional, que hace parte parcialmente en algunos de los países de los programas de Seguridad Social.

En el orden internacional, y a nivel regional, la OPS ha cooperado con los organismos internacionales que colaboran con las entidades de Seguridad Social. Estas actividades incluyeron la participación en reuniones y eventos organizados por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su Comité Permanente y por otras entidades internacionales de la Seguridad Social. Durante el último año, en esas reuniones se trataron temas tales como: Estructura de los servicios de atención médica; Normas de diseño de ingeniería de unidades médicas; Atención primaria y el rol de la seguridad social en la obtención de las metas de salud para todos en el año 2000; La protección social de la población rural; Asignaciones familiares; Conferencia nacional sobre el anciano; Niveles de atención y determinación de cuadros básicos: enfoques de racionalización en los servicios de salud; Indicadores sociales en el sector salud en razón de las metas de salud y estrategia adoptadas para el año 2000.

Estas actividades de cooperación técnica se han llevado a cabo dentro de las acciones del programa de desarrollo de los sistemas de atención médica, y también de otros programas especialmente de carácter regional.

4. Las estrategias nacionales y regionales - Marco de referencia para nuevos enfoques de coordinación

Dentro del enfoque general de las estrategias adoptadas por los países para llevar a cabo las políticas de atención de salud, se requiere un esfuerzo concertado de reorientación y desarrollo de los sistemas nacionales de salud, cuya función central deberá ser la atención primaria de la salud.

La naturaleza de los componentes de la atención primaria, según fueron descritos en Alma-Ata, lleva a una conceptualización de los sistemas de salud, diferente de la tradicional. El objetivo no es solamente la prestación de servicios de salud, sino fundamental y prioritariamente la promoción, el mantenimiento y el desarrollo de la salud. Esto significa que los sistemas de salud habrán de estar conformados por un conjunto de componentes interrelacionados que se inician en la familia y las comunidades, y comprenden las instituciones educacionales, los sitios y lugares de trabajo, los servicios de salud propiamente dichos y otros servicios dependientes de sectores que tienen una relación directa con la salud.

Dentro de este marco de referencia general, la coordinación de las instituciones de salud adquiere nuevas dimensiones. Si bien es indispensable continuar los esfuerzos de armonización funcional y operativa de los esquemas y formas de organización desarrollados para la entrega de servicios (enfoque tradicional de la coordinación), en el contexto general del mantenimiento y desarrollo de la salud, que establece la estrategia de atención primaria de la salud, resulta fundamental la identificación de nuevas áreas de coordinación, particularmente en el campo de las definiciones políticas, que atañen a la atención y satisfacción de necesidades básicas de los diferentes grupos de población (niveles mínimos aceptables de bienestar), y en las cuales concurren instituciones tanto del sector salud como de otros sectores.

A este respecto, cabría destacar la importancia de la coordinación en las definiciones que atañen a aspectos tales como la extensión del campo de aplicación de la Seguridad Social, en sus componentes de asignaciones familiares, subsidios para situaciones especiales (desempleo, supervivencia, cobertura para riesgos diferidos, etc.). En el mismo sentido, será indispensable la armonización de las acciones de salud con programas de vivienda, empleo, educación, servicios de protección social no dispensados por la Seguridad Social, etc. Esta función de coordinación general de todas aquellas esferas de la actividad nacional que se relacionan en forma directa o indirecta con la salud de la población corresponde a los organismos rectores de las acciones de salud en los países, es decir a los Ministerios de Salud. Este es en la mayoría de las situaciones un nuevo rol y una nueva función, derivados de la concepción intersectorial de la salud, para lo cual será indispensable poner en marcha transformaciones importantes en las estructuras y en las orientaciones actuales de dichas instituciones.

En las circunstancias económicas previstas para la mayoría de los países de la Región en los próximos 20 años, y en el entendido de que los modelos de asistencia pública (servicios para los indigentes) que prevalecen en varios países de América Latina tienen serias limitaciones para la universalización de la cobertura de atención de salud, es necesario optar por otras soluciones. Siendo el financiamiento uno de los componentes cruciales en esta selección de alternativas, parece lógico esperar la aparición de nuevos ejemplos de esquemas combinados de financiación en que la responsabilidad institucional de prestación directa de los servicios personales se ubique o se desarrolle alrededor de la Seguridad Social. Las definiciones con respecto a estas alternativas de financiamiento y orientación institucional corresponden obviamente a los organismos de decisión política en cada país.

Los esfuerzos de coordinación correspondientes idealmente deberían estar orientados en forma prioritaria a la definición clara de áreas de responsabilidad institucional, no solo en cuanto a grupos de la población se refiere, sino en cuanto a la naturaleza y orientación de los programas correspondientes.

Independientemente de cual sea la orientación final de las decisiones y en cada país adoptará el hecho claro, estas tomarán tiempo para su aplicación efectiva. Entretanto es indudable la necesidad de: armonizar acciones en la aplicación de la estrategia de atención primaria; llevar a cabo investigaciones de servicios de salud en apoyo de la acción sinérgica interinstitucional; establecer mecanismos efectivos de selección y adaptación de tecnología; efectuar análisis financieros del sector salud; desarrollar formas de actividad intersectorial, y por sobre todo, analizar en profundidad las formas de producción de los servicios y sus implicaciones financieras, para introducir los ajustes y cambios indispensables. Estos son todos campos en donde la acción conjunta y por consiguiente, la coordinación institucional de Ministerios de Salud y entidades de Seguridad Social es de extraordinaria importancia para dar aplicación a las estrategias adoptadas nacional y regionalmente en procura de las metas de salud para todos en el año 2000.

5. El Plan de Acción y la identificación de áreas prioritarias de coordinación

El Consejo Directivo de la Organización en su XXVII Reunión (1980) determinó la elaboración de un Plan de Acción para instrumentar la aplicación de las estrategias nacionales y regionales adoptadas para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Dicho Plan, que fue aprobado inicialmente en la 86a Reunión del Comité Ejecutivo y que se presenta a consideración del Consejo en la presente reunión, está llamado a constituir un elemento primordial de referencia para el ajuste de los planes y acciones nacionales de salud, y para la definición de actividades y programas de cooperación técnica de la propia Organización.

Los propósitos y objetivos generales del Plan de Acción destacan metas de acceso, uso y organización de servicios de salud, que juntamente con el aporte de recursos y acciones de los otros sectores económicos y sociales, satisfagan las necesidades básicas de los diferentes grupos de población, en especial aquellos tradicionalmente postergados. El Plan enfatiza por otra parte la necesidad de que las acciones se adelanten en un contexto sectorial, es decir con la participación de las diferentes instituciones que conforman el sector salud en los países. Resulta por lo tanto pertinente en el marco general del Plan de Acción, tratar de establecer áreas o aspectos en los cuales deba darse prioridad a los esfuerzos de coordinación entre los Ministerios de Salud y las instituciones de Seguridad Social.

Para la aplicación de las estrategias de atención primaria, el Plan contempla dos grandes campos de acción: el desarrollo de la infraestructura de salud y el desarrollo de áreas prioritarias del programa.

Con relación al primero, cabría destacar los siguientes aspectos principales:

a) Reestructuración sectorial

El Plan señala la necesidad del análisis y redefinición de la estructura legal y funcional del sector, incluyendo los sistemas de Seguridad Social, con especial atención entre otros a su composición institucional, mecanismos de coordinación, formulación de los acuerdos necesarios entre las instituciones y elaboración de planes sectoriales de salud en coordinación con los organismos nacionales de planificación económica y social pertinentes. La realización de estos análisis, con participación de las instituciones, y en especial la introducción de los cambios recomendados, implica modificaciones importantes en el proceso y mecanismos de decisión del sector salud en los países. En este sentido, la creación si fuere el caso, o la reestructuración de las Comisiones o Consejos Nacionales de Salud, u otros organismos de representación interinstitucional, tanto en el campo de las definiciones políticas, como en los aspectos técnicos, y en la focalización prioritaria de su acción en la definición de responsabilidades institucionales, constituirían una forma práctica y potencialmente efectiva de revitalizar los enfoques y esfuerzos de coordinación.

b) Fortalecimiento de los procesos de planificación y programación y desarrollo de la articulación intersectorial

El Plan de Acción señala con insistencia la importancia, por una parte, de la promoción y apoyo a la formulación de planes sectoriales e institucionales de salud, y por la otra, la necesidad de la acción intersectorial para la solución de problemas básicos que al presente afectan las condiciones de salud de las comunidades. Las soluciones necesarias solo podrán ser corregidas mediante una acción enérgica intersectorial.

El componente de atención de necesidades básicas presente en las metas de salud para todos en el año 2000, y la orientación, y el manejo apropiado de las relaciones intersectoriales de la salud requieren una mayor vinculación de los niveles decisorios y técnicos del sector salud, cualquiera que sea la institución a que estos pertenezcan, con los niveles y organismos que tienen a su cargo la planificación de los sectores económicos y sociales.

c) Ajuste del sistema sectorial de financiamiento y de la producción de servicios

En materia de financiamiento, el Plan destaca igualmente la necesidad de análisis sectoriales e institucionales. Son críticos a este respecto, la búsqueda e instrumentación de nuevas fuentes y estrategias de financiamiento y el desarrollo de innovaciones técnicas y administrativas para disminuir los costos, así como el control de la producción, productividad, utilización y distribución de los servicios según grupos seleccionados de la población.

Esta es un área de coordinación interinstitucional de especial importancia, en la cual será prioritaria la revisión conjunta y la armonización de las formas de producción de los servicios.

d) Fortalecimiento de la capacidad instalada

La extensión de la cobertura de los servicios de salud al 100% de la población considera entre otros aspectos el fortalecimiento de la capacidad instalada y el mejoramiento de la disponibilidad de insumos y equipos. En el primer caso, esto supone la revisión y ajuste de los planes de inversión institucionales para conformar un plan sectorial de inversiones, la realización de estudios sobre soluciones arquitectónicas alternativas y el desarrollo de sistemas apropiados de mantenimiento. En el segundo, requiere la elaboración de listados básicos y la normatización sobre bases nacionales de especificaciones para insumos y equipos esenciales.

Este es, por consiguiente, un campo de acción conjunto para los organismos que conforman el sector salud en los países, y en especial para los Ministerios de Salud y las instituciones de Seguridad Social.

Mención particular en este campo ameritan las actividades de mantenimiento. Las dificultades y limitaciones a este respecto son de ocurrencia general, y afectan por igual a los servicios de los Ministerios de Salud como a los de Seguridad Social. Esta es un área en que la acción conjunta no despierta resistencias, y de hecho hay experiencias iniciales muy promisorias. Cabría, por consiguiente, estimular y fortalecer nacionalmente tales enfoques.

En forma similar, habría de procederse en relación con la estandarización de equipos e insumos críticos.

e) Programación y desarrollo de recursos humanos

Los recursos humanos son un elemento indispensable de todo proceso de cambio. Difícilmente se logrará un funcionamiento apropiado de los sistemas de salud y menos aún será posible alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, si no se cuenta con los recursos humanos debidamente formados o readaptados a las nuevas necesidades de los servicios y procesos de atención de salud.

En estas condiciones, son perentorias una revisión a fondo de los programas actuales de formación del personal y desarrollo de nuevas aproximaciones que incluyan la redefinición de perfiles ocupacionales y educacionales, y el fortalecimiento institucional correspondiente.

La planificación de los recursos humanos en los servicios de salud, por otra parte, lleva consigo la necesidad de armonizar los programas de formación con las perspectivas e utilización del personal a ser capacitado.

En la situación de la mayoría de los países de América Latina, las instituciones de Seguridad Social y los Ministerios de Salud, que son los grandes empleadores del recurso humano en salud, deberán compartir la preocupación y la responsabilidad por una adecuada planificación y utilización de estos recursos, coordinando estas acciones con el sector educación y las unidades nacionales de planificación.

f) Desarrollo de la investigación y de la tecnología

La formulación y adopción de políticas de investigación y tecnología en salud es imprescindible para lograr los objetivos del plan. La aplicación de estas políticas deberá orientarse hacia la solución de los problemas prioritarios, procurando cerrar la brecha entre la adquisición de conocimientos y su aplicación. Conjuntamente, los Ministerios de Salud y las instituciones de Seguridad Social, habrán de auspiciar, estimular y desarrollar acciones específicas en este campo, especialmente aquellas conducentes a armonizar la selección y adaptación de la tecnología utilizada en sus respectivos esquemas de prestación de servicios.

En el segundo gran componente del Plan, para dar aplicación a las estrategias de atención primaria que se relaciona con el desarrollo de áreas prioritarias del programa, se identifican igualmente situaciones y campos importantes que se beneficiarían indiscutiblemente de acciones específicas de coordinación de las instituciones del sector. A este respecto, cabría señalar:

a) Desarrollo de servicios de salud en grandes ciudades

Las estimaciones demográficas indican que en los próximos 20 años, 1 de cada 4 latinoamericanos se localizará en centros urbanos y, especialmente, en grandes ciudades. Las perspectivas de una gran masa de población, fuertemente concentrada, y las características de extrema pobreza de una alta proporción de esta población, están señalando desde ya la necesidad de un aumento substancial y una diversificación muy grande en la capacidad y variedad de servicios, dirigidos tanto al medio como a las personas. La incorporación real de la atención primaria en los esquemas de atención de salud de esta población, la organización apropiada de servicios para la atención de urgencias, el desarrollo de nuevos enfoques para la atención de manifestaciones de la patología social resultante de la concentración y el hacinamiento, etc., reclaman acciones prioritarias que comprometan en forma conjunta tanto los Ministerios de Salud como las instituciones de Seguridad Social.

b) Salud de los trabajadores

Dentro del Plan de Acción, el objetivo de esta área es ampliar los servicios de salud ocupacional. Se estima que la cobertura de prevención de riesgos es solo del 30% de la población de América Latina, a través de los sistemas de Seguridad Social. El desarrollo apropiado de estos servicios requiere entre otros, revisiones de la legislación, reglamentación y normatización para la prevención de accidentes, inspección de los lugares de trabajo, creación de instituciones especializadas, formación de personal apropiado e integración de acciones de salud ocupacional en la red general de servicios.

Este es un campo en el cuál la Seguridad Social tendrá especial interés, y sus esfuerzos habrán de armonizarse con las de otras instituciones del sector.

c) Atención de salud de la población de edad avanzada

En algunos de los países de la Región, se espera un aumento considerable de la población de edad avanzada. Una proporción alta de estos grupos de población está compuesta por pensionados de la Seguridad Social, los cuales utilizan, sin embargo, atención especializada de servicios de los Ministerios de Salud. Se requiere, por otra parte, mejorar el conocimiento para promover el desarrollo y coordinación de servicios comunitarios, tales como centros sociales, ayuda en el hogar y de rehabilitación social, laboral y vocacional.

d) Atención de salud de las personas con impedimentos

Esta área del Plan de Acción tiene una relación muy directa con campos del trabajo de la Seguridad Social y se orienta hacia la prevención de los factores causantes de la invalidez y la prestación de asistencia integrada a las personas con impedimentos, a fin de que puedan tener una vida confortable y productiva. Con estos propósitos es esencial la coordinación intra e intersectorial, especialmente con servicios sociales, educación y trabajo, con el fin de promover y dinamizar las oportunidades ocupacionales, asistenciales y recreativas. En la medida en que estas acciones progresen, disminuirán los cargos por este concepto en los regímenes de Seguridad Social.

Los anteriores constituyen áreas o aspectos definidos del Plan de Acción para el desarrollo de las estrategias de salud para todos en el año 2000, en las cuales se requieren actividades específicas de coordinación entre los Ministerios de Salud y la Seguridad Social. Desde este punto de vista, conformarían prácticamente un decálogo que debería orientar las acciones correspondientes en los próximos años. Su identificación y enunciación no invalidan por supuesto la necesidad de continuar tales esfuerzos en forma amplia en distintos aspectos del desarrollo de los servicios, según las características de cada país. Los esfuerzos concertados en estas áreas, en algunas de las cuales no se han observado resistencias a este enfoque en el pasado, permitirían centrar la acción conjunta de las instituciones en el estudio sistematizado para la solución de problemas concretos, dando así a la coordinación objetivos precisos y un más amplio significado.

En este proceso de coordinación institucional del sector salud en los países es de vital importancia la orientación y la función catalítica de la cooperación técnica internacional.

La Organización Panamericana de la Salud, en aplicación de disposiciones del Consejo Directivo, como se señaló anteriormente, ha procurado responder afirmativamente a los pedidos de colaboración que en este campo le han sido formulados por los países. La situación revisada plantea, sin embargo, la necesidad de incrementar y hacer más operativos y ágiles las acciones y mecanismos de cooperación. Para este efecto, parecería conveniente individualizar y vigorizar las actividades respectivas en un programa definido que disponga de recursos apropiados y pueda dar lugar a una actividad regular y sistematizada para atender estas necesidades. Teniendo en cuenta el volumen de población cubierto por la Seguridad Social, parece indispensable dar mayor visibilidad y amplitud a las acciones que se llevan a cabo con respecto a estas entidades. Muchos de los obstáculos que al respecto han existido en el pasado parecerían tener su origen en limitaciones de naturaleza política a nivel de los países.

La interpretación real de las metas de salud para todos en el año 2000, como compromisos nacionales y no meramente institucionales, debería contribuir de manera significativa a obviar estas limitaciones. Uno de los propósitos de nuevas líneas de cooperación técnica en este campo debería ser el de crear una mayor conciencia a este respecto.

En el mismo sentido y con el propósito de aunar esfuerzos y recursos técnicos y financieros, parecería conveniente establecer programas conjuntos en esta área con otros organismos internacionales que trabajan en el campo de la seguridad social, particularmente la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS).

Existen experiencias positivas de esta acción conjunta que así la hace aconsejable.

CUADRO 1

POBLACION ESTIMADA CUBIERTA POR PRESTACIONES DE SALUD
DE LA SEGURIDAD SOCIAL, AMERICA LATINA, ALREDEDOR DE 1979

<u>Países por Grupo Subregional</u>	<u>Año</u>	<u>Porcentaje de Población Cubierta por Seguridad Social</u>	<u>Población Total Estimada (miles)</u>	<u>Estimación Población Cubierta por Seguridad Social</u>
AREA ANDINA		15.2	69,426	10,553
Bolivia	1978	26.2	5,286	1,385
Colombia	1978	10.2	25,645	2,615
Ecuador	1979	5.0	8,080	404
Peru	1979 1)	11.7	17,293	2,023
Venezuela	1978	30.2	13,122	3,963
CONO SUR		71.2 2)	33,004	23,491
Argentina	1980	80.0 3)	27,064	21,651
Chile 4)	1980		11,104	
Paraguay	1980	13.1	3,062	401
Uruguay	1979 1)	50.0	2,878	1,439
BRASIL	1978	83.0	115,397	95,780
CENTRO AMERICA		21.5 2)	18,054	3,883
Costa Rica	1977	82.0	2,070	1,697
El Salvador	1978	4.8	4,353	209
Guatemala	1976	13.6	6,430	874
Honduras	1977	6.6	3,320	219
Nicaragua 4)			2,740	
Panama	1979	47.0	1,881	884
MEXICO	1980	56.0	71,910	40,270
CARIBE LATINO-AMERICANO		4.0 2)	4,978	199
Cuba 4)			9,881	
Haití 5)			5,009	
Puerto Rico 5)			3,479	
Rep. Dominicana	1977	4.0	4,978	199
TOTAL AMERICA LATINA		55.7 2)	312,769	174,176

Fuente: Financiamiento y Extensión de la Seguridad Social en América Latina - Instituto Mexicano del Seguro Social - Secretaría General, Departamento de Asuntos Internacionales. Palmero O; Miller, M.; Elizando M. Trabajo presentado al VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Mexico, 1981, p. 27-30.

Notas:

1. Este año corresponde al de la referencia dada en la fuente de información que se cita. No es seguro que el dato corresponda exactamente a ese año.
2. Se refiere a 16 países en donde existen sistemas paralelos de prestación de servicios.
3. Estimado - La fuente de información citada no da datos respecto a ese país.
4. Países con Servicios Nacionales de Salud. La Seguridad Social no otorga directamente atención de salud.
5. La Seguridad Social no otorga directamente prestaciones de salud.

CUADRO 2

POBLACION ESTIMADA CUBIERTA POR LA SEGURIDAD
 SOCIAL SEGUN GRUPOS SUBREGIONALES
 DE AMERICA LATINA, 1979

<u>Grupo Subregional</u>	<u>Población Estimada (miles)</u>	<u>Población Estimada por la Seguridad Social</u>	
		<u>Cifras en miles</u>	<u>%</u>
AREA ANDINA	69,426	10,553	15.2
CONO SUR 1)	33,004	23,491	71.2
BRASIL	115,397	95,780	83.0
CENTRO AMERICA 2)	18,054	3,883	21.5
MEXICO	71,910	40,270	56.0
CARIBE LATINOAMERICANO 3)	4,978	199	4.0
AMERICA LATINA 4)	312,769	174,176	55.7

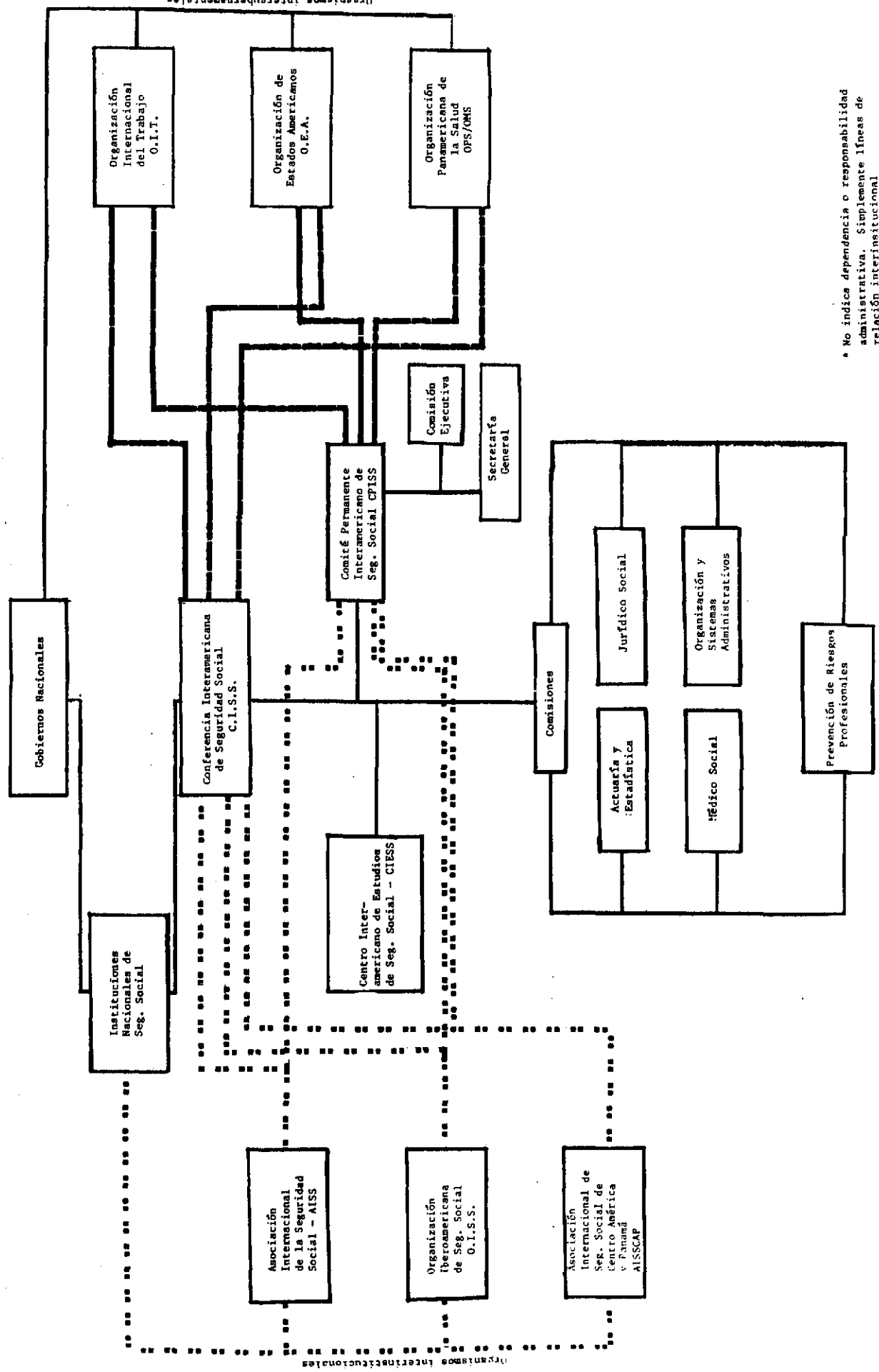
1) Excluyendo Chile

2) Excluyendo Nicaragua

3) República Dominicana solamente

4) Excluyendo Chile, Nicaragua, Cuba, Haití, y Puerto Rico

ORGANISMOS INTERNACIONALES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD SOCIAL
 (Esquema de interrelaciones)*



* No indica dependencia o responsabilidad administrativa. Simplemente líneas de relación interinstitucional