

32626



# Discusiones

# Técnicas

RD  
10  
A4  
1977  
Sp...  
v.2



Washington, D.C.  
Septiembre-Octubre 1977

*Pan American Health Organization. Director's Council*

---

*[ Documental ]*

CD25/DT/1 (Esp.)  
26 agosto 1977  
ORIGINAL: ESPAÑOL

COORDINACION ENTRE LOS SISTEMAS DE  
SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PUBLICA

LIBRARY  
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
WASHINGTON & D. C.

## C O N T E N I D O

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.    | Introducción   | 1  |
| 2.    | Definiciones de servicios y concepto de coordinación                                   | 3  |
| 3     | Políticas continentales de salud y coordinación  | 4  |
| 3.1   | Políticas generales  | 4  |
| 3.2   | Reuniones de los Ministros de Salud  | 6  |
| 3.3   | Reuniones de las instituciones de seguridad social                                     | 7  |
| 3.4   | Reuniones conjuntas de los Ministerios de Salud y los sistemas de seguridad social     | 9  |
| 4.    | La situación actual  | 12 |
| 4.1   | Características generales de los sistemas de prestación de servicios                   | 12 |
| 4.2   | Hallazgos de la evaluación del Plan Decenal de Salud                                   | 15 |
| 4.3   | Hallazgos de la encuesta   | 18 |
| 4.3.1 | Dependencia, organización y financiamiento   | 19 |
| 4.3.2 | Población amparada   | 21 |
| 4.3.3 | Niveles de gasto, costo y utilización  | 23 |
| 4.3.4 | Disponibilidad de recursos y rendimientos  | 24 |
| 4.3.5 | Elementos de coordinación desarrollados  | 26 |
| 5.    | Factores adicionales que afectan la coordinación de los sistemas de servicios de salud | 27 |
| 6.    | Progresos alcanzados   | 30 |
| 7.    | Un nuevo marco de referencia para la coordinación                                      | 31 |
| 7.1   | Consideraciones generales  | 31 |
| 7.2   | Concepto actual de la cobertura de servicios   | 34 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 7.3 | El acceso a los servicios de salud                      | 35 |
| 7.4 | El mejoramiento de eficiencia en el uso de los recursos | 37 |
| 8.  | Alternativas de organización y coordinación             | 39 |

## 1. Introducción

La preocupación y objetivo prioritarios de los Gobiernos de los países de la Región de las Américas durante el presente decenio, en relación con los servicios de salud, es lograr el acceso a éstos de toda la población, particularmente de aquellos grupos subatendidos o aún no atendidos, y alcanzar en el menor plazo posible una cobertura de atención de la salud universal e igualitaria para todos sus ciudadanos.

Para lograr esta meta, de cuya importancia se han dado amplios y numerosos reconocimientos tanto en el orden interno nacional como en el ámbito internacional, los países han acometido diversas acciones tendientes a racionalizar el uso de recursos de que disponen sus respectivos servicios de salud, y han otorgado especial énfasis a la consideración de todos aquellos aspectos doctrinarios, estructurales y operativos que inciden en la conformación de sus sistemas de servicios.

Consecuente con este último interés el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XXIV Reunión seleccionó, como motivo de análisis en las Discusiones Técnicas de la reunión de 1977, el tema "Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública".<sup>1/</sup> Se reconoce particular importancia a este tópico, habida cuenta de la composición institucional del sector salud en la mayoría de los países de la Región y de la necesidad inobjetable de mejorar la organización y productividad de tales instituciones y del sector como un todo, evitando la dispersión y duplicaciones innecesarias. Esto facilitaría el logro del objetivo de cobertura universal de la población con servicios de salud.

Como parte de la labor preparatoria de dicha reunión, y para facilitar y orientar el análisis, el Secretariado de la Organización ha preparado

---

<sup>1/</sup> Resolución XXXVII - Consejo Directivo OPS Actas XXIV Reunión - Décimo-quinta Sesión Plenaria, Octubre 6 de 1976.

el presente documento de trabajo, en el cual se reseñan aquellos aspectos que en una revisión sobre el tema han surgido como más sobresalientes y de mayor significación.

El documento toma fundamentalmente tres elementos de referencia:

- a) El resumen de la información proveniente de reuniones internacionales en donde los países a través del más alto nivel gubernamental han adoptado líneas de política continental relacionadas con el tema, y las recomendaciones, sugerencias, etc. formuladas en los seminarios, grupos de trabajo, discusiones técnicas, congresos, etc. que han examinado los aspectos relativos a la coordinación entre los sistemas de salud y de seguridad social. Los detalles de la revisión correspondiente aparecen en el Anexo I.
- b) El análisis de la situación actual, en base a resultados de la evaluación del Plan Decenal de Salud de las Américas realizada en 1975, y a una encuesta dirigida a las instituciones de seguridad social, que permitió actualizar la información sobre el tipo de relación con el gobierno central; número, tipo y ubicación de sus beneficiarios; número y tipo de prestaciones otorgadas; fuentes financieras de sus regímenes de salud y actividades dirigidas a lograr una mayor coordinación con los ministerios de salud. La información pertinente aparece en la primera parte del Anexo II.
- c) Entrevistas con dirigentes de los Ministerios de Salud, de la seguridad social, de los empleadores, trabajadores y órganos de información, a los efectos de tener una impresión de cómo se percibe la coordinación en cada país. Los datos correspondientes aparecen en forma sumaria en la segunda parte del Anexo II.

Se hacen además en el documento algunas consideraciones respecto a propósitos y compromisos de los países en relación con la situación esperada de la coordinación, así como referentes a las implicaciones y restricciones del proceso.

El documento presenta finalmente algunas posibles alternativas de acción basadas en la observación de las tendencias que al respecto parecen estar desarrollándose en el Continente.

2. Definiciones de servicios y concepto de coordinación

Dentro del pluralismo institucional de los servicios de salud observado en la mayoría de los países de la Región, parece necesario tratar de precisar el ámbito al cual se hará referencia en el desarrollo de esta presentación.

A los efectos del presente documento de trabajo, se entiende por sistemas de seguridad social a los servicios personales de salud, médicos y hospitalarios, prestados por las instituciones de seguridad social a sus beneficiarios en forma directa o indirecta.

Se entiende así mismo como sistema de salud pública todos los servicios personales de salud curativos y preventivos, prestados directamente por los gobiernos nacionales, provinciales o estatales y municipales o locales. A personas que no cuentan con recursos económicos para pagar directamente por ellos, ni cotizan a la seguridad social. En el conjunto constituido por tales servicios, los Ministerios de Salud tienen un papel rector independiente de qué institución presta directamente el servicio.

La distinción en dos sistemas, esencialmente los determina el método de financiación el cual permite una clasificación inequívoca de los servicios. Las fuentes de recursos (y los canales para manejarlos) que financian salud pública, impuestos directos e indirectos y rentas generales, son diferentes de las que sostienen las actividades de la seguridad social: presupuestos propios de cada institución, dependientes de imposiciones de contribución.

Básicamente se entiende por coordinación el aunar esfuerzos para el logro de objetivos y metas comunes.

La coordinación institucional es un proceso en el cual se requiere distinguir la decisión política de llevarlo a cabo y el desarrollo de los

instrumentos necesarios para hacerla efectiva. La primera requiere la adhesión institucional como elemento indispensable para informar la decisión y para hacer viable su aplicación. La instrumentalización de la política de coordinación requiere la puesta en marcha de mecanismos de operación que se irán aplicando y ajustando a medida que se avanza en el proceso.

Esta conceptualización de la coordinación señala claramente las áreas de responsabilidad de las instituciones para informar la decisión, desarrollar la actitud necesaria y poner en marcha los mecanismos, métodos y procedimientos requeridos, así como la realización de los ajustes necesarios en las diferentes etapas que se suceden en el tiempo.

Frente al objetivo común de dar atención de salud a toda la población, la coordinación de las instituciones del sector debe ser entendida como el proceso de aunar esfuerzos, mediante la conjunción de recursos en la consecución de un fin común, a saber satisfacer al máximo posible las necesidades de servicios de salud de la población como un todo. En otras palabras, lograr máxima eficiencia en el uso de los recursos para garantizar la posibilidad de acceso oportuno y equitativo a los servicios para toda la población, y en consecuencia la universalización de la cobertura en la atención de salud.

### 3. Políticas continentales de salud y coordinación

#### 3.1 Políticas generales

Los países del Continente americano, a través de sus más altas autoridades, Presidentes, Ministros de Relaciones Exteriores, Ministros de Salud, etc. han expresado en actos y reuniones de carácter mundial y continental la aspiración de hacer accesibles servicios de salud a todos sus habitantes y han destacado las interrelaciones existentes entre la salud y el desarrollo social y económico.

Las instituciones del sector salud, en la misma línea, han reiterado en numerosas oportunidades, durante los últimos veinte años, tales manifestaciones.

En el conjunto de estas manifestaciones se destacan tanto decisiones adoptadas en reuniones de orden general como otras consignadas en conferencias, seminarios, congresos, etc. específicos del área de la salud, las cuales conviene revisar al menos brevemente, por ser más indicativas y de mayor relevancia respecto al tema motivo de estas consideraciones.

Desde este punto de vista, surge en primer término la constitución de la Organización Mundial de la Salud, la cual especifica que la salud "es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"<sup>2/</sup> y en consecuencia todos los habitantes de un país o región deben tener acceso apropiado, según sean sus necesidades, a servicios personales de salud. Los gobiernos deben velar por el ejercicio de este derecho, y por consiguiente "tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".<sup>3/</sup>

El concepto de que la salud es un producto intersectorial y la resultante de un proceso de desarrollo global, cuyo objetivo final es el bienestar de la población, ha sido aceptado por prácticamente todos los países de América, que han señalado la necesidad de planificar el desarrollo económico y social de manera armónica, con objetivos definidos para alcanzar el bienestar de la población.

En setiembre de 1960, los representantes de las veintiun Repúblicas Americanas reunidos en Bogotá para considerar "Medidas para el Mejoramiento Social y el Desarrollo Económico", al tratar los aspectos de salud recomendaron la extensión de los servicios a las áreas rurales y "el desarrollo progresivo de sistemas de seguros de salud, incluyendo maternidad y seguro de accidentes e incapacidad tanto en áreas urbanas como rurales".<sup>4/</sup>

---

<sup>2/</sup> Organización Mundial de la Salud: Constitución y actas oficiales. Documento oficial No. 2, pag. 100, Ginebra 1947.

<sup>3/</sup> Idem.

<sup>4/</sup> Unión Panamericana. "Acta de Bogotá: Medidas para el mejoramiento social y el desarrollo económico dentro del marco de la operación Panamericana" OEA, Secretaría General, Washington, D.C. 1961.



Un año más tarde, en agosto de 1961, en la Resolución A2 de la Carta de Punta del Este, los Presidentes de los países recomendaron, entre otros puntos, la preparación de planes decenales de salud, la creación de unidades de planificación, y el mejoramiento de la organización y administración de los servicios nacionales y locales de salud, asegurando el acceso financiero a estos servicios para toda la población.<sup>5/</sup>

### 3.2 Reuniones de los Ministros de Salud

En el marco que establecen los lineamientos generales de política anteriores, los Ministros de Salud de los países del Continente han celebrado durante los últimos quince años tres Reuniones Especiales, y al prepararse este documento se aprestan a llevar a cabo una cuarta, en las cuales han analizado diferentes aspectos de la extensión de servicios de salud a toda la población.

En la primera de estas reuniones, efectuada en 1963, los Ministros se señalaron pautas de acción al respecto y se refirieron concretamente a la necesidad de coordinar los servicios en los países, reconociendo que "es indispensable que los Ministerios de Salud promuevan la consecución de instrumentos legales e institucionales para la coordinación efectiva, en lo normativo y ejecutivo, de las acciones preventivas y curativas del Estado, entre si, y de éstas con los de organizaciones semiestatales, autárquicas y autónomas, que presten cualquier tipo de cuidados de salud".<sup>6/</sup>

El tema de la coordinación vuelve a llamar la atención de los Ministros de Salud en su II Reunión Especial, en la cual declararon igualmente: "indispensable y urgente la adopción de sistemas nacionales de coordinación efectiva de los servicios de salud de los Ministerios con aquéllos de instituciones de seguridad social, universidades y otros organismos públicos y

---

<sup>5/</sup> Unión Panamericana: "Alianza para el Progreso", OEA. Secretaría General, Documentos oficiales Serv. H/XII.1 (español), Washington, D.C., 1961.

<sup>6/</sup> Organización Panamericana de la Salud: "Informe Final, I Reunión de Ministros de Salud". OPS Documento oficial No. 51, Washington, D.C., 1964.

privados", y señalaron que "para que la coordinación surta efecto debe constituir una actitud permanente de todos los que participan en el proceso de planificación, administración y prestación de servicios..."<sup>7/</sup>

La III Reunión Especial de Ministros de Salud, cuyo objetivo fue la planificación de una nueva década, insistió en señalar las relaciones de la salud con el desarrollo social y estableció la meta regional de: "extender la cobertura con servicios mínimos integrales, a todos los habitantes que residen en comunidades accesibles de menos de 2,000 habitantes y proveer de servicios básicos y especializados a la población restante a través de un sistema regionalizado de salud"<sup>8/</sup> señalando como condición indispensable, hacer explícita en forma clara la política del sector, la definición de funciones y responsabilidades de las instituciones que lo constituyen y la necesidad de desarrollar mecanismos de coordinación entre ellos.

La IV Reunión Especial de Ministros, próxima a reunirse (setiembre 25-27 de 1977) tiene como tema central la extensión de servicios para ampliar la cobertura a toda la población. De esta reunión se espera la determinación de las estrategias a seguir en los próximos años para alcanzar tal objetivo.

### 3.3 Reuniones de las instituciones de seguridad social

Los compromisos anteriores, asumidos por las autoridades gubernamentales en el orden general (Bogotá y Punta del Este) y de salud en particular (Reuniones Especiales de Ministros) encuentran expresión también en resoluciones adoptadas por las autoridades de seguridad social del Continente. Se destacan nítidamente las aprobadas por la VIII Conferencia de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo, celebrada en Ottawa en 1966, cuya filosofía general se expresa en el llamado "Programa

---

<sup>7/</sup> Organización Panamericana de la Salud: "Informe Final, II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas". OPS Documento oficial No. 89, Washington, D.C., 1969.

<sup>8/</sup> Organización Panamericana de la Salud - Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas - Documento oficial No. 118, 1973.

de Ottawa de la Seguridad Social", "que intenta señalar las líneas directrices que debe seguir el desarrollo, la reforma y el perfeccionamiento de la seguridad social en los países de América, a fin de que ésta sea un auténtico instrumento de política social y, en particular, un instrumento de distribución equitativa de la renta nacional que garantice un desarrollo equilibrado económico y social".<sup>9/</sup> Este documento da prioridad a la extensión de estos principios al ámbito rural y a su población campesina, enfatizando la necesidad de una adecuada coordinación entre los servicios de salud que prestan la seguridad social, y la salud pública y otros servicios médico-sociales que puedan existir.

Estos mismos principios fueron reafirmados más recientemente por las instituciones correspondientes de los países iberoamericanos reunidos en Buenos Aires en 1974 en la Conferencia Interamericana sobre Planificación de la Seguridad Social. Se destacó en esta ocasión nuevamente la necesidad de extender los beneficios de la seguridad social a toda la población, y de transformar a ésta en un instrumento redistributivo importante mediante cambios en la planificación en el orden económico<sup>10/</sup> y la definición en cada país de una política para el desarrollo de los sistemas de salud, en la cual se enfatice la participación de la seguridad social como elemento importante de tales sistemas.

Se destacan igualmente en este grupo de reuniones, los cinco Congresos Americanos de Medicina de la Seguridad Social, organizados por las entidades internacionales que agrupan a las instituciones nacionales de seguridad social. En el temario de prácticamente todos los cinco congresos se han presentado ponencias relacionadas con la ampliación de servicios y se ha enfatizado la necesidad de la coordinación, así como la importancia de

---

<sup>9/</sup> Organización Internacional del Trabajo: "El Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas". Ginebra, setiembre 1966, p. 3.

<sup>10/</sup> Conferencia Interamericana sobre Planificación de la Seguridad Social; "Informe Final: Declaración Solidarista de Planificación Americana de la Seguridad Social". Mimeografiado, Buenos Aires, 1974.

la participación de las instituciones de seguridad social en las políticas nacionales de extensión de cobertura. <sup>11/</sup>

#### 3.4 Reuniones conjuntas de los Ministerios de Salud y los sistemas de seguridad social

Las autoridades de salud y de seguridad social de América Latina han celebrado diversas reuniones a nivel internacional durante la década de 1960 y principios de la de 1970 en las cuales se analizó en extensión la necesidad de mejorar la coordinación de los sistemas de salud pública y de la seguridad social.

Si bien las ocasiones en que este tema fue objeto específico de debate y resoluciones fueron muy numerosas, deben destacarse algunas que por su trascendencia, han marcado cambios en la manera de pensar de la mayoría de los países. <sup>12/</sup>

Entre éstas tuvieron especial significación: la XI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (México 1964) en la cual participaron en discusiones sobre organización de servicios de salud, autoridades de salud pública y de la seguridad social; y reconocieron conjuntamente la necesidad de la planificación del sector salud como un todo y la trascendencia de la coordinación de los servicios de salud para formar un sistema único nacional.

Un Grupo de Estudio fue convocado en 1965, con representantes de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social, patrocinado por la OPS y la OEA. En el Informe Final de este Grupo se destaca un esfuerzo por elaborar un acuerdo cuya necesidad se había evidenciado durante 1964. Refiriéndose directamente a las relaciones entre el Instituto de Seguridad Social (ISS) y Ministerio se listaron elementos históricos de desarrollo, particularmente la forma directa de prestación de servicios de las ISS para

---

<sup>11/</sup> Ver Anexo II secciones.

<sup>12/</sup> En el Anexo I se puede encontrar una revisión detallada de las reuniones de carácter internacional en las cuales se ha discutido el tema. Ver secciones 2.1.1 a 2.1.5.

explicar las diferencias institucionales entre ambas. Sin embargo, se entendió que el "mayor obstáculo para alcanzar una coordinación adecuada es el temor expresado tanto por los gremios afiliados como por las autoridades de la seguridad social, de que los fondos colectados en contribuciones puedan, en un sistema coordinado, ser usados para otros fines o para cubrir el déficit de los servicios del Ministerio de Salud".<sup>13/</sup> Se expresó el consenso de que la mayoría de los países latinoamericanos no estaban listos para la integración de los servicios, entendiéndose por tal la unificación administrativa y financiera total (tipo Servicio Nacional de Salud) y como alternativa deseable se propuso un mayor grado de coordinación.

En el año 1969 se reunió en Washington un Segundo Grupo de Estudio, patrocinado también en forma conjunta por la OPS y la OEA. El Informe Final de este Grupo, constituye el documento más completo del tema desde el punto de vista doctrinario, doctrina que fue hecha propia por la OPS en la XVIII Reunión del Consejo Directivo en Octubre del mismo año.<sup>14/</sup>

Las cuatro secciones en que se recopilan las principales recomendaciones del Grupo, destacan aspectos de la coordinación en la formulación y ejecución de una política de salud, en la prestación de los servicios; en el financiamiento y en la formación y desarrollo de recursos humanos.

En la coordinación del financiamiento que es sin duda de gran importancia, dos resoluciones adoptadas tienen especial significación. "Se hizo notar que la capacidad instalada debe ser considerada como propiedad común, perteneciente al país entero y de la cual deben beneficiarse todos los habitantes sin discriminación, independientemente de la institución a la que pertenece el establecimiento".<sup>15/</sup> En concordancia con esta doctrina se resolvió recomendar el establecimiento, "a nivel nacional, de un fondo común

---

<sup>13/</sup> Organización Panamericana de la Salud; "Administración de Servicios de Atención Médica, Nuevos elementos para la formulación de una política continental. Pub. Cientif. No. 129, Washington, D.C. 1966, p. 50.

<sup>14/</sup> Organización Panamericana de la Salud; "Coordinación de la Atención Médica", Pub. Cientif. No. 201, Washington, D.C., 1970, p. 71.

<sup>15/</sup> Organización Panamericana de la Salud; "Coordinación..."op.cit., p. 15.

de inversiones hacia el cual se canalicen las disponibilidades de todas las instituciones interesadas en programas de atención médica existentes en el país".<sup>16/</sup> Si bien se señaló un mecanismo administrativo inicial, lamentablemente no se estableció en forma clara a qué institución correspondería el manejo de este fondo. Recomendaciones o sugerencias en este sentido hubieran sido de gran utilidad para dotar a los Comités Nacionales de Coordinación de los instrumentos necesarios para implementar las discusiones.

Aunque hubo acuerdo general en los objetivos a perseguir, extensión de la cobertura, eliminación de desigualdades y mejoramiento de los procedimientos administrativos, y se señalaron diversas formas y áreas de coordinación, se notaron en el Informe Final divergencias de opinión, especialmente en materia de estrategia.

La breve revisión anterior quedaría trunca sin señalar que el examen de documentos nacionales, indica que las formulaciones de política hechas en el orden internacional, han tenido igualmente una amplia expresión a nivel nacional. Los países han elaborado planes y han diseñado medidas tendientes a vincular los servicios de salud a los esfuerzos generales de desarrollo y a lograr internamente en el sector salud una mejor coordinación entre las instituciones. La aplicación real de tales medidas y su efectividad serán motivo de consideración al analizar la información suministrada por las propias instituciones sobre la situación actual del proceso.

En el desarrollo de éste, y como elemento de estímulo importante, debe destacarse finalmente la acción de los institutos internacionales que trabajan en el área de la seguridad social, Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá (AISSCAP), Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), Organización de los Estados Americanos (OEA), y Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), que al adoptar una posición favorable a la coordinación han auspiciado y orientado las acciones nacionales. En este mismo sentido, debe señalarse la acción de la Organización

---

<sup>16/</sup> Ibid.

Internacional de Trabajo (OIT), a través de las reuniones de coordinación que se llevan a cabo cada dos años, a partir de 1967, y que han conducido a la conjunción de esfuerzos en publicaciones, investigación, formación de personal, cooperación técnica en el terreno, etc.

A manera de resumen, cabría señalar que la "Coordinación de Servicios" con el propósito de ofrecer mejor atención de salud a toda la población en los países del Continente, ha sido durante el período señalado motivo de análisis y discusión en forma extensa en numerosas reuniones nacionales e internacionales. En estas reuniones si bien se apoyó, en general, el concepto básico y su filosofía, no siempre se estuvo de acuerdo en los mecanismos a ser utilizados en su implementación. La revisión histórica realizada muestra un consenso de pareceres en cuanto a los beneficios a ser derivados de la integración o la coordinación de servicios. Se observa además que el enfoque de discusión y análisis y en especial las recomendaciones y orientaciones que de éste se derivaron han estado predominantemente focalizadas en los aspectos de política general, administrativos y estructurales, y muy superficialmente en los mecanismos financieros, a pesar de su importancia.

#### 4. La situación actual

##### 4.1 Características generales de los sistemas de prestación de servicios

De la revisión anterior surge claramente que la coordinación ha sido concebida como un instrumento para un fin y propósitos determinados. Se aspira que a través de ésta se logre la participación de todas las instituciones que conforman el sector salud de los países en los esfuerzos nacionales y continental de ampliación de la cobertura de los servicios de salud. Se busca que mediante la coordinación se desarrollen mecanismos de planeación y ejecución conjuntos de los programas de salud, y se pretende que a través de ella puede obtenerse una mejor utilización de los recursos nacionales para hacer viable y garantizar el acceso igualitario y oportuno a los servicios de toda la población, según sean sus necesidades. Estos deberían

ser por lo tanto los criterios válidos de análisis o evaluativos para reconocer tanto la presencia de la coordinación como sus resultados.

Resultaría, sin embargo, infructuoso dentro de las condiciones de información disponible en los países y, por consiguiente, a nivel regional, intentar una evaluación de tal naturaleza.

En estas circunstancias, para tratar de obtener una noción objetiva, más o menos valedera del estado actual de los procesos de coordinación en los países, es necesario recurrir al análisis de aquellos elementos operativos que se han consagrado como sustantivos de la coordinación en las distintas oportunidades en que ésta ha sido motivo de análisis y consideración.

La organización de los sistemas de salud en los países de la Región, es el resultado de un proceso de evolución. Cada país ha evolucionado en forma distinta como resultado de cambios políticos y de otros factores de orden social, económico, etc. Puede decirse en general que no hay dos sistemas nacionales iguales. Al analizarlos en algún detalle se aprecia que cada uno tiene características y particularidades propias, que los diferencian e individualizan claramente. No obstante, utilizando los conceptos de sistemas de seguridad social y salud pública planteados al comienzo de este documento, y teniendo en mente criterios de financiación y administración, podría establecerse dentro del marco regional algún grado de agrupamiento. De los países miembros de la OPS, en dos, Cuba y Canadá, existe un régimen único de atención de salud, para la protección de la totalidad de la población. El Servicio Nacional de Salud en Cuba, financiado exclusivamente por el Estado, administra la casi totalidad de las prestaciones de salud, no existiendo un esquema paralelo de la seguridad social. En Canadá, los seguros de enfermedad, han evolucionado hacia un seguro universal de salud, que cubre la atención ambulatoria y hospitalaria. La administración de los servicios ha mantenido la forma tradicional de hospitales comunitarios y práctica individual de la medicina.

En otro, Estados Unidos, la participación principal del gobierno federal y en menor escala de los gobiernos estatales se han introducido varios esquemas de financiamiento para la prestación de servicios a personas económica y médicamente necesitadas. La prestación directa de servicios sigue siendo mayormente una responsabilidad del sector privado.



En siete países del Caribe: Bahamas, Barbados, Granada, Guyana, Jamaica, Surinam y Trinidad y Tobago, así como en los vinculados a Francia, Holanda y el Reino Unido, se han establecido fundamentalmente sistemas gubernamentales de servicios de salud. En estos países, al igual que en Haití donde al lado de la acción gubernamental existen instituciones filantrópicas, la seguridad social en general, no se ha envuelto directamente en programas de salud, por lo cual, al margen del sistema de salud pública, quedan únicamente los servicios privados.

En dieciocho países se han desarrollado paralelamente sistemas de servicios de salud administrados por los Ministerios de Salud y el otro por la seguridad social. Los servicios que se prestan por los Ministerios son financiados del erario público.

En trece de ellos, se han desarrollado sistemas de salud administrados por uno o varios institutos de seguro social, financiados en forma exclusiva por contribuciones personales, de trabajadores y empleados, y en ocasiones del Estado como tal, los cuales administran la prestación directa de servicios. Estos trece países son, en orden alfabético, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.

En tres de los cinco restantes, Brasil, Costa Rica y Chile, la fuente de financiación de la seguridad social se ha alterado en forma significativa, con una mayor participación del Estado, al aumentar el porcentaje de recursos proveniente de impuestos generales (Chile) o especiales (Brasil y Costa Rica) para complementar las contribuciones salariales del seguro social.

Finalmente, en Argentina y Uruguay, a la par de salud pública, existen gran número de instituciones de seguridad social o de características similares a éstas, organizadas preferentemente por la actividad sindical y por la acción mutualista, aunque se observa una tendencia hacia el agrupamiento particularmente en Argentina, de las obras sociales en una sola entidad, Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), aunque ésta no actúa para la totalidad de tales esquemas.

En la agrupación anterior, el criterio de la prestación directa de servicios por parte de los esquemas de seguridad social correspondientes, permite sin embargo establecer una diferenciación más. En los trece países que conforman los grupos iniciales, la seguridad social como tal no está directamente comprometida en la prestación de servicios personales de salud. En estos grupos de países existiendo también la necesidad de la coordinación institucional, ésta tiene una connotación y finalidades diferentes del resto. La coordinación en este grupo está más ligada a las medidas necesarias para tratar de controlar el incremento de los costos y/o lograr mejor uso de los recursos y favorecer mediante esa racionalización, el desarrollo y expansión de los servicios.

La situación existente en los dieciocho últimos, en los cuales los organismos de seguridad social han desarrollado entidades e instalaciones y programas propios para prestar directamente los servicios, a diferencia de los anteriores, el proceso de coordinación tiene además una vinculación directa con las posibilidades reales de la ampliación de la cobertura de los servicios a toda la población.

#### 4.2 Hallazgos de la evaluación del Plan Decenal de Salud

Se reseñan aquí aquellos hallazgos de la evaluación inicial del Plan Decenal de Salud para las Américas realizado en 1975 que atañen en forma más directa a los aspectos de coordinación. Estos se refieren particularmente a la situación de cobertura de los servicios y a aspectos sustantivos de la organización y desarrollo de los sistemas nacionales de salud (administración e información) y su financiamiento.<sup>17/</sup>

-En relación con cobertura, el análisis realizado muestra en quince países que informaron al respecto, que en localidades de menos de

---

<sup>17/</sup> Organización Panamericana de la Salud - XXIV Reunión del Consejo Directivo. Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980 C.D. - 24/18 (esp.) agosto 1976. p. 18-21.

2,000 habitantes (población rural) a pesar del esfuerzo que realicen estos países para instalar 10,923 nuevas unidades para servicios mínimos, y reducir el promedio de 10,480 personas por unidad, estimado para 1971, a 9,400 personas por unidad en 1980, persistirá aún una brecha importante por cubrir para llegar a la meta del Plan Decenal. Esto sin tomar en cuenta que uno de los países que no informó tiene una población rural cercana a un tercio de la población rural total de América Latina y el Caribe. En localidades de 2,000 a menos de 20,000 habitantes, la información producida por trece países señala que para 1980 no se habrá logrado tampoco cubrir a la población respectiva con servicios básicos e igual señalan la información de once países para localidades de 20,000 a 100,000 habitantes, y la de otros para las localidades de 100,000 y más habitantes. Debe notarse además que las estimaciones anteriores están basadas en el supuesto de que la simple presencia de una unidad de atención en una localidad hace que la población de ésta se halle servida automáticamente, lo cual no es estrictamente cierto. Llama además la atención el hecho de que de veintium países que en total informaron al respecto, en diez el ámbito de la política de ampliación de cobertura no es sectorial, sino institucional, es decir que sólo se refiere a una o algunas de las instituciones del sector.<sup>18/</sup>

-Desde el punto de vista del desarrollo de los sistemas de servicios de salud, la realización de acciones orientadas a lograr definiciones previas de los elementos institucionales que los constituyen y a establecer conformación real del sistema, es uno de los indicadores básicos del estado de evolución del proceso de coordinación institucional llevado a cabo en los países. En este sentido, de veintium países que informaron al respecto, para 1974, sólo trece habían definido ya su sistema de servicios. De los diez de éstos que lo

---

<sup>18/</sup> Ibid.

consideran constituido por el subsector público, sólo seis lo estiman constituido por el Ministerio de Salud Pública solo o con el Seguro Social. En la situación de múltiples instituciones autónomas existentes en los países, la determinación del sistema implica no sólo la identificación de las instituciones que lo conforman sino también la función de las interrelaciones de tales instituciones. A este respecto seis países consideran a su sistema de salud único y catorce lo definen como "coordinado", aunque no se señala en qué forma se ha logrado esa coordinación.

-Respecto también a la definición de las relaciones administrativas interinstitucionales, área en la cual la coordinación es de especial importancia, por cuanto permite la uniformización de métodos y procedimientos y facilita el acercamiento institucional, de veintidos países que informaron, en quince se ha hecho un análisis administrativo de las instituciones más importantes del sector, y sólo en siete de ellos se incluyó en dicho análisis al seguro social. En diez se incluyó a otras instituciones.

-La planificación de los sistemas de salud y los procesos generales y administrativos envueltos en su funcionamiento exigen el desarrollo de un sistema apropiado de información que alimente suficiente y oportunamente los procesos de decisión. De los veintidos países que informaron a este respecto en casi la mitad el sistema de información correspondiente incluye a todas las instituciones del sector. Sin embargo, trece países consideran que la coordinación interinstitucional de la información es sólo parcial o no existe. En relación a áreas específicas del sistema de información, acerca de la disponibilidad y utilización de recursos humanos sólo tres países manifiestan haber adelantado alguna organización efectiva. En el área de evaluación y control de programas específicos, concretamente respecto a atención médica, que constituye un área crítica para efectos de coordinación institucional, sólo tres países tienen en operación su sistema de información, uno más lo tiene en fase de organización y en otro no está prevista.

-Finalmente en relación con el financiamiento que juega un papel primordial en la coordinación, en trece de los veinte países que respondieron a este respecto, se señala que existen programas en marcha para el análisis de las formas de financiamiento y del gasto; sólo tres países hacen análisis de las funciones de producción para el sector. En dos de cada cinco no se realiza tal análisis. En este mismo sentido, de dieciocho países que dieron datos sobre información de los recursos financieros, nueve han organizado el área de disponibilidad, pero sólo siete lo han hecho para el área de utilización de tales recursos.

Las anotaciones anteriores dejan bien claro que, de acuerdo con la información suministrada por los propios países, no obstante los esfuerzos realizados el avance en la definición y conformación de los sistemas de servicios ha sido muy lento, y en consecuencia el desarrollo del proceso de coordinación institucional es en general apenas incipiente. Llama igualmente la atención el hecho de que al "seguro social" sólo en un número reducido de las situaciones se le considera como parte integrante del sistema de servicios. Esto sin tomar en cuenta que la denominación "seguro social" se usa en general para designar a la institución más desarrollada (instituto o caja), quedando por fuera todo el resto de las instituciones menores de seguridad social, cuyo número y características varía según los países. De lo anterior resulta fácil afirmar, que en base a la información suministrada por los países para la evaluación del Plan Decenal de Salud, la coordinación institucional desarrollada, por las características anotadas apenas si estaría en sus fases de iniciación.

#### 4.3 Hallazgos de la encuesta

La información suministrada por las principales instituciones de seguridad social, en respuesta a la encuesta, realizada para la preparación de este trabajo, en trece de los dieciocho países en los cuales se ha señalado que existen sistemas de servicios paralelos de la seguridad social y

de salud pública, y la complementación de tal información para algunos de los otros cinco países, permite tratar de profundizar un poco más en el análisis de los múltiples y variados factores envueltos en el desarrollo de los procesos de coordinación.

Con las salvedades hechas respecto a las limitaciones que presenta la información recibida,<sup>19/</sup> cinco grandes aspectos que en mayor o menor grado inciden en dicho proceso requerirían ser destacados:

#### 4.3.1 Dependencia, organización y financiamiento

-En los dieciseis países estudiados a este respecto<sup>20/</sup> se observa que las instituciones de seguridad social estudiadas, y por consiguiente sus regímenes de atención de salud, se relacionan con el Estado, en su mayoría (once en total) a través del Ministerio de Trabajo, manteniendo, sin embargo, su autonomía administrativa. Si de los dieciseis se exceptúan tres países en los cuales los regímenes de salud de la seguridad social están vinculados directamente al Ministerio de Salud, en los trece países restantes la orientación política sobre la organización de los servicios de salud, constitucionalmente reservada a los Ministerios de Salud, se debe ejercer mediante procesos bilaterales entre éstos y las

---

<sup>19/</sup> El lector puede referirse al Anexo II, Sección A para una descripción detallada de la metodología empleada en el análisis de las respuestas recibidas. Los trece países que contestaron oportunamente fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. La encuesta recibida de El Salvador se refería únicamente a una institución menor. La información de Paraguay no pudo ser utilizada al recibirse tardíamente. No se recibió contestación de México, Nicaragua y Uruguay.

<sup>20/</sup> El Cuadro I del Anexo II muestra en detalle por país estas características.

instituciones dependientes de otros Ministerios. Desarrollar la coordinación bajo estas circunstancias, requeriría de instrumentos legales específicos.

-Desde el punto de vista de organización general, destacan dos hechos principales: en primer término la característica ya señalada de prestación preferentemente directa de servicios, aunque en un buen número de casos las instituciones señalan que contratan con otras unidades, tanto del sector público como del sector privado. En segundo lugar la existencia, en cuatro países, de entidades u organismos cuya función es lograr la coordinación interna dentro del propio sector de la seguridad social. Debe señalarse a este respecto, sin embargo, que la información obtenida no permite conocer el grado de operatividad real de estos mecanismos. Por otra parte es necesario recordar que las instituciones informantes, si bien son en general las de mayor importancia en el país respectivo, no son ni mucho menos la totalidad de las existentes.

El conocimiento general de la situación indica la presencia de múltiples instituciones, y lo anterior está ratificando simplemente las dificultades que presenta un análisis siquiera cualitativo del problema. Estas por supuesto están ligadas a las limitadas condiciones de desarrollo de los sistemas de información dentro del sector a las cuales se ha hecho referencia previamente.

-En relación con el financiamiento, la información obtenida señala que los regímenes de salud de las instituciones de seguridad social se financian de acuerdo al modelo tradicional de tales organismos, con contribuciones bipartitas de empleadores y trabajadores y empleados, o tripartitas entrando entonces el Estado como un aportante más. Debe destacarse, sin embargo, que en tres países el Estado ha aumentado su participación financiera a la seguridad social, para extender a través de ésta la cobertura de servicios de salud. Interesa esta distinción entre formas tradicionales (contribuciones tripartitas o bipartitas) y formas no tradicionales de financiar

la seguridad social (participación más amplia del Estado) por la influencia que ejercen sobre la extensión de la cobertura de los regímenes de salud. El porcentaje de la población total amparado por éstos en los tres países exceptuados supera ampliamente al de otros países con el mismo o similar nivel de desarrollo.<sup>21/</sup>

#### 4.3.2 Población amparada

Los datos suministrados a este respecto<sup>22/</sup> señalan que en la casi totalidad de los dieciseis países a los cuales se hace referencia en el Cuadro No. 2 del Anexo II, se ha incrementado la proporción de la población amparada por los regímenes de salud de la seguridad social. Es importante además recordar que en la realidad, la proporción efectiva de la población cubierta es más alta, en virtud de que la información recibida se refiere sólo a las principales instituciones de seguridad social existentes y no a todas como se ha aclarado oportunamente. Esta anotación es especialmente válida en el caso de Argentina y Chile.<sup>23/</sup>

Con las salvedades anotadas, debe destacarse que en cuatro de estos países, hechos los ajustes correspondientes, los organismos de seguridad social dan atención de salud a más del 50% de la población. En tres de éstos, la participación estatal en el financiamiento es más amplia.

En otros tres países la seguridad social estaría cubriendo entre el 25% y el 40% de la población respectiva.

Lo anterior pone de presente la importancia creciente de estos regímenes en la ampliación de la cobertura de atención de salud, aunque debe señalarse que las proporciones de la población económicamente activa cubierta, principal grupo de responsabilidad, de los organismos de seguridad social, aparecen bajas todavía.<sup>24/</sup>

---

<sup>21/</sup> Ver Cuadro 1-b y Gráfica No. 2 en el Anexo II, así como el texto explicativo correspondiente.

<sup>22/</sup> Ver Cuadro 2 en el Anexo II.

<sup>23/</sup> Ver explicaciones del Cuadro No. 2 Anexo II.

<sup>24/</sup> Ver Cuadro No. 2 Anexo II.



En relación con la población rural, cuya incorporación constituye también un objetivo declarado de las entidades de seguridad social, el avance parece haber sido lento. De los dieciseis países considerados, si se exceptúan los tres en los cuales existe un mayor compromiso financiero del Estado, la proporción de la población amparada con relación a localidades de menos de 20,000 habitantes, está siempre por debajo del 9%.

Interesa además observar que comparativamente, persisten diferencias importantes en la amplitud de los servicios que se otorgan al beneficiario afiliado y al beneficiario dependiente en los regímenes de salud de los organismos analizados.<sup>25/</sup>

Un análisis exploratorio de la relación que pudiera existir entre las formas de financiamiento tradicional (bipartita o tripartita) y la proporción de la población cubierta, tiende a mostrar que ésta estaría en función directa de dos parámetros sociales: el desarrollo económico y la distribución del ingreso.<sup>26/</sup> Este resultado es congruente con la teoría general que sostiene que la participación en regímenes de seguridad social se limita a grupos poblacionales que tienen capacidad de contribución, los que por definición aumentan con el desarrollo. La significación de esta relación estaría señalando que dentro de las condiciones actuales de desarrollo de los países existiría un límite de participación de los organismos de la seguridad social en la ampliación de la cobertura, a menos que se produjeran decisiones en uno u otro de los dos órdenes siguientes: que la forma tradicional de financiamiento se modifique, con una participación más amplia del Estado, (algunos datos de la información correspondiente analizada así parecen indicarlo) o que se modifiquen las normas y formas de prestación del servicio, reduciéndose así el costo por afiliado con lo cual el monto total de recursos permitiría incorporar a mayores cifras de población.<sup>27/</sup>

---

<sup>25/</sup> Ver Cuadro No. 8 Anexo II.

<sup>26/</sup> Ver Cuadro No. 2 Anexo II.

<sup>27/</sup> Ver Cuadro No. 2 Anexo II.

#### 4.3.3 Niveles de gasto, costo y utilización

Ha resultado difícil obtener en los sistemas de salud pública información suficiente que permita hacer comparaciones entre los niveles de gasto de tales sistemas y los de seguridad social, para tratar de aclarar la relación que este aspecto pueda tener con la coordinación de los dos sistemas. En estas condiciones y únicamente como elemento referencial, se señala que en 1970 se estimó que el sector de salud pública de la Región gastó aproximadamente 1.6% del Producto Bruto Interno Regional, y se estimó que con un incremento de un 7% anual en las inversiones de dicho sector, el porcentaje del P.B.I. procedente del sector de salud pública sólo ascendería al 1.65% si el incremento del P.B.I. fuera del 6.6%.<sup>28/</sup>

Los datos obtenidos en la encuesta muestran una variación grande entre los países, en la proporción del P.B.I. gastado por los regímenes de la salud de la seguridad social en 1975.<sup>29/</sup>

Los gastos totales de cualesquiera de los sistemas ya sea de salud pública o de seguridad social son la resultante fundamentalmente de: el costo unitario de los recursos consumidos en la producción de servicios (por ejemplo, costo de la hora médica), el nivel de la utilización de los servicios (por ejemplo, consultas y egresos por 1,000 habitantes o beneficiarios), y las combinaciones tecnológicas que se usan en la prestación del servicio. Es importante señalar que las decisiones adoptadas implícita o explícitamente con respecto a estos elementos teniendo en cuenta los costos, guardan una íntima relación con la proporción de población que en última instancia el sistema correspondiente puede beneficiar.

Por consiguiente la adopción, para efectos de la planificación y organización de servicios, de combinaciones tecnológicas y la implantación (en forma de normas - tantas atenciones por hora, por ejemplo) de patrones de utilización más o menos reconocidos o recomendados internacionalmente, significan una decisión de importantes consecuencias.

---

<sup>28/</sup> Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas - Documento oficial No. 118, enero 1973, p. 102.

<sup>29/</sup> Ver Cuadro No. 4 Anexo II.

A este respecto, se ha señalado que en general las entidades de seguridad social, tienden a desarrollar niveles de servicios de salud, (normas de programación y patrones de utilización) que por su complejidad, resultaría muy costoso extender al resto de la población.<sup>30/</sup> Estimaciones exploratorias en este sentido, efectuadas usando la información proveniente de la encuesta, tienden a corroborar, en varios de los países estudiados, la afirmación anterior.<sup>31/</sup>

La conclusión más importante que surge de esta observación está relacionada con la confusión frecuente entre calidad y complejidad. Se tiende a considerar que la calidad de un servicio es dependiente de su complejidad, que implica una combinación tecnológica de más alto costo, lo cual no es cierto. Esta confusión conduce al desarrollo de instalaciones, adquisición de equipos, uso de personal profesional y especializado, etc. con estándares más altos de lo requerido. Tales elementos, sin embargo, hacen relación solamente a una variable de la calidad, referente a la estructura del sistema, cuando son quizá más importantes en el resultado final, el proceso mismo de la prestación de servicios, la adecuación del contenido de éstos y el efecto logrado en las condiciones de salud correspondientes.

Desde el punto de vista de las posibilidades de coordinación, es obvio que mientras no se logre un acercamiento basado, en el uso de la tecnología más sencilla, apropiada y en un mayor equilibrio de escalas salariales, que inciden en los costos unitarios de producción, las limitaciones que tal proceso debe afrontar serán innumerables.

#### 4.3.4 Disponibilidad de recursos y rendimientos

Se señala frecuentemente que existe una disparidad marcada entre la disponibilidad de recursos humanos y físicos para la población general,

---

<sup>30/</sup> Abel Smith B.: "Health Policies & Investments and Economic Development" en Kassalow, Evertt M. (ed.): The Role of Social Security in Economic Development. Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Estados Unidos, Administración de la Seguridad Social, Informe No. 27.

<sup>31/</sup> Los Cuadros 4, 5 y 6 del Anexo II, y las explicaciones relacionadas con ellas muestran en detalle la metodología usada.

dependiente en su mayoría del sistema de salud pública, y aquéllos a disposición de los grupos afiliados o cubiertos por los esquemas de seguridad social. El examen a este respecto de la información obtenida por la encuesta, expresado en indicadores globales, dadas las limitaciones de la información obtenible para los Ministerios de Salud, permite en términos generales confirmar la aseveración anterior. En seis de diez países analizados, el tiempo médico disponible para los acogidos a la seguridad social es mayor que para el resto de la población, y el tiempo de enfermería (enfermeras y auxiliares) es así mismo mayor en tales entidades que para la población general.

En doce, de catorce países analizados, al respecto, la disponibilidad de camas hospitalarias de corta estancia es igualmente superior para la población beneficiaria de la seguridad social, que para el resto de la población.<sup>32/</sup> Los indicadores de utilización revelan por otra parte un alto uso de recurso especializado. En los servicios de salud pública no hubo datos para documentar este punto, pero se reconoce que tales servicios adolecen de escasez de ese personal.<sup>33/</sup>

---

<sup>32/</sup> Ver Cuadros 9 y 10 del Anexo II. Debe señalarse que existe un elemento de distorsión en estas comparaciones que es necesario tener en cuenta, pues como se sabe la población no beneficiaria no es homogénea en relación a su acceso a servicios de salud. En ella hay grupos más o menos extensos sin acceso a estos servicios mientras otros, especialmente, la población que se atiende en el sector privado que tienen una disponibilidad de recursos igual o superior a la de los beneficiarios de la seguridad social.

<sup>33/</sup> Ver Cuadros 11 y 12 del Anexo II. Como en el caso de la nota anterior existe aquí también una distorsión necesaria de tomar en consideración. Si bien algunas especialidades de tipo "intermedio" están más disponibles en la seguridad social, paradójicamente la "alta especialidad" se ha desarrollado con mayor frecuencia en el sistema de salud pública. Esto parecería estar ligado a los altos costos de inversión y operación que implica desarrollarla.

La diferente disponibilidad de recursos per cápita que surge de esta comparación señala igualmente la necesidad de lograr una mejor distribución de tales recursos, mediante menor coordinación.

#### 4.3.5 Elementos de coordinación desarrollados

Cinco elementos básicos, según la naturaleza de las diferentes recomendaciones inicialmente revisadas, fueron analizados como indicativos del grado de avance de los procesos de coordinación: legislación, acción conjunta en programas de atención médica, acción conjunta en programas de apoyo institucional, en programación de inversiones de capital y en desarrollo de recursos humanos.<sup>34/</sup>

El intentar resumir, así sea para su presentación esquemática, la variada realidad existente, dejaría indudablemente numerosos vacíos. La única manera de minimizar esta limitación consistiría en el tratamiento casuístico país por país, lo cual, sin embargo, no sólo alargaría indebidamente este documento sino que, más importante aún, lo transformaría de un análisis regional en un documento preocupado con peculiaridades de cada país. No obstante conviene destacar a este respecto algunos aspectos fundamentales de diez países para los que se obtuvo información, en cinco existen o han existido Comisiones Nacionales de Coordinación. No se indica, sin embargo, el grado de operatividad real que tienen estas comisiones; sólo en dos de estos cinco países, dichos organismos tendrían autoridad efectiva en cuanto a programación de inversiones de capital (construcciones y equipamiento). En esta área de inversiones la información recibida demuestra que existe aún un largo camino por recorrer para llegar a la planificación y ejecución de acuerdo a un plan único para el país.

Desde el punto de vista de programación conjunta de servicios hay algunos países en los cuales la mayoría de los servicios aparecen en la

---

<sup>34/</sup> Los cuadros y el texto explicativo correspondiente del Anexo II presentan en forma detallada la información respectiva.

información, como objeto de coordinación. En otros se señalan programas que son más frecuentemente coordinados que otros, como por ejemplo atención de tuberculosis y otras enfermedades transmisibles y crónicas.

En relación con el desarrollo de recursos humanos, en cinco países se señala que se hace en forma coordinada, para todas las categorías de personal, en los otros tres se señalan al respecto esfuerzos importantes.

La inconsistencia de algunos de los datos anteriores, en la información suministrada por los dos sistemas (seguridad social y salud pública) y particularmente la imposibilidad de cuantificar los esfuerzos que se informa se han realizado, o sus resultados, unidos a la falta evidente de acuerdo en la descripción del proceso, arrojan ciertas dudas sobre el significado real de tal información. La evidencia directa recogida en las entrevistas realizadas en algunos países, tiende a confirmar dichas dudas.

5. Factores adicionales que afectan la coordinación de los sistemas de servicios de salud

Los hallazgos esquemáticamente reseñados en la sección anterior señalan en gran medida factores adversos o limitantes del proceso de coordinación. Las entrevistas realizadas en seis países permitieron además obtener una apreciación directa de la percepción que al respecto existe en algunos sectores de los países visitados.

De índole muy diversa y con peculiaridades propias en cada situación, estos factores están además en mayor o menor grado interrelacionados. Para efectos de análisis, sin embargo, podrían ser agrupados según su naturaleza en económicos, institucionales, burocráticos y políticos.

Los económicos surgen primordialmente de la disparidad existente en recursos per cápita, financieros, humanos y físicos. Esta se traduce en enfoques y soluciones de complejidad tecnológica diferente para el mismo tipo de problemas, y en escalas distintas de remuneración y otras condiciones de empleo, particularmente para el grupo profesional. Este último aspecto en opinión de varios entrevistados constituye uno de los obstáculos

de orden práctico con mayores y más amplias implicaciones. El uso unilateral de soluciones tecnológicas más complejas y costosas de lo requerido, favorecida por la mayor afluencia de recursos, contrasta en general con la realidad económica de los países. Esto crea además situaciones que están en desacuerdo con el principio de justicia distributiva que sustenta el reconocimiento del derecho universal a servicios de salud, y lo que es aún más grave, crea en la población expectativas mal informadas y patrones artificiales y distorsionados de uso del servicio. Estos generan a su vez una demanda inadecuada, que tiende a crear una mayor exigencia de recursos, entrándose así prácticamente en un círculo vicioso. Esta situación está además favorecida por la forma de captación de los recursos. El beneficiario de la seguridad social al pagar su cotización, exige la satisfacción de su derecho, mientras que el usuario del sistema de salud pública, raramente racionaliza su pago de impuestos o su simple condición de ciudadano, como un derecho para tener acceso a los servicios. Prevalece todavía una mentalidad de caridad (recibida u otorgada) en la mayoría de la población y no la de un derecho exigible en condiciones de equidad. En el orden institucional las diferencias de objetivos de los dos grupos de entidades constituyen un factor de distanciamiento fundamental. Mientras la responsabilidad básica de los regímenes de salud de la seguridad social es la protección contra riesgos definidos de sectores también definidos e individualizados de la población, la de los sistemas de salud pública ha sido tradicionalmente la prestación de servicios a las personas médicamente necesitadas que no cuentan con recursos para procurarse su atención directamente ni cotizan en los esquemas de seguridad social. Estas diferencias que están fincadas en los instrumentos legales de origen de las instituciones responden a la concepción política imperante en el momento histórico en que se produjeron, la cual ha evolucionado. No así, o con la suficiente celeridad las legislaciones que crearon por lo demás procesos paralelos de toma de decisiones, difíciles de modificar una vez establecidos los cuales impiden o limitan la conjunción de esfuerzos alrededor de un objetivo común más general.

El convencimiento general de que las estructuras administrativas y burocráticas de los sistemas de salud (ministerios y seguridad social) son

fuentes importantes de resistencia a la coordinación fue ampliamente ratificado durante las entrevistas. Se anotó frecuentemente la existencia a nivel superior de una competencia por prestigio y por poder. Este último asociado en especial al volumen de recursos manejados. Estas rivalidades tienden a infiltrar la estructura intermedia de las organizaciones burocráticas, las cuales compiten a su vez por estabilidad, y mejores niveles de remuneración y condiciones de trabajo. Se destaca en este sentido la posición de los grupos profesionales, algunos de los cuales encuentran además beneficios tangibles en la posibilidad de multiempleo favorecida por la separación de las instituciones.

Las situaciones anteriores desembocan indefectiblemente en un terreno político. Las decisiones en este campo, complejas de por sí, se hacen aún más difíciles por las presiones ejercidas a través de grupos cuyos intereses obviamente no coinciden con los propósitos de la coordinación. Además de los ejecutivos, administradores, etc. entre estos grupos se destacan las organizaciones sindicales, preocupadas en general en mayor grado por la estructuración de sistemas que les permita asegurarse que reciben el valor de lo que han pagado, sin tomar en cuenta que ese "pago" proviene de una fuente única de recursos nacionales (Producto Bruto Interno) resultante de la actividad de toda la población. Las organizaciones médicas, animadas por una ideología que destaca fundamentalmente valores y beneficios profesionales, a los cuales interesa prioritariamente la importancia asignada a la llamada libre elección, los métodos de pago, niveles de remuneración y formas de organización que faciliten la autonomía profesional, y niveles elevados de complejidad de los servicios, independientes de la capacidad económica de la sociedad para sufragarlos.

Los cambios que requiere la coordinación, significan para cualquiera de estos grupos una amenaza potencial, en el primer caso a lo que se interpreta como una conquista laboral y en el segundo a las fuentes de trabajo y la estabilidad profesionales.



6. Progresos alcanzados

Estos se manifiestan en el conjunto de formulaciones de política general de desarrollo y específica de salud, y en los acuerdos y recomendaciones, producidos por los representantes de los gobiernos y de las instituciones en las numerosas oportunidades en las cuales el tema de la coordinación ha sido tratado en reuniones tanto nacionales como internacionales. Se ha establecido una doctrina, y se han identificado y expuesto elementos operativos para aplicarla.

Durante los doce o catorce años en que este movimiento ha estado en vigencia, se ha creado en las instituciones una conciencia y se han logrado en los países diferentes grados de coordinación. Se ha aceptado la integración de servicios preventivos y asistenciales y la necesidad de su organización conjunta no es ya motivo de discusión; las instituciones de seguridad social han incorporado a sus actividades programas preventivos. En algunos de los países (pocos todavía) se ha iniciado la utilización compartida (seguridad social y ministerio de salud) de instalaciones y servicios y los comienzos de una programación en conjunto de los mismos. Las instituciones de seguridad social igualmente han iniciado la incorporación de trabajadores de las áreas rurales, y aún la de grupos de población no afiliada, para lo cual reciben en general subsidios importantes del Estado. Existe así mismo una mayor preocupación, e inclusive acciones concretas, para la planificación de los recursos humanos tomando en cuenta necesidades nacionales globales.

No obstante éstos, y otros hechos positivos que surgen del análisis realizado, en un contexto regional, el grado de avance alcanzado no guarda proporción con la magnitud del esfuerzo intelectual realizado, y menos aún con el requerimiento imperioso de cohesionar las acciones de los respectivos sectores de salud para lograr las metas de cobertura que los países se han fijado. La información que acaba de revisarse, suministrada por los propios países así lo está demostrando. Subsisten aún grandes núcleos de población por cubrir, y las necesidades aumentan continuamente, en cantidad y variedad,

con el crecimiento de la población, y con los cambios en su distribución geográfica, y el aumento de la expectativa de vida. Estos originan más amplias y nuevas necesidades de atención. Mientras tanto, los sistemas de servicios, hechas las necesarias salvedades, se reconocen en su mayoría todavía compartamentalizados e inconexos. Están constituidos por redes de servicios independientes entre sí, administrativa y financieramente, poco estructurados, carentes de información oportuna y apropiada. Sus diferentes componentes institucionales están impulsados por una filosofía de atención de grupos bien delimitados y generalmente excluyentes de la población, más que por el reconocimiento de la universalidad del derecho a servicios de salud.

## 7. Un nuevo marco de referencia para la coordinación

### 7.1 Consideraciones generales

La protección prioritaria inicial de grupos de trabajadores y empleados de la industria y el comercio, acometida por los regímenes de salud de la seguridad social, que dejó a los sectores más necesitados de la población - los trabajadores rurales, los trabajadores por cuenta propia sin oficio definido y los desocupados entre otros, prácticamente excluidos de todo beneficio, ha implicado para los Ministerios de Salud la necesidad de cambios de importancia cuya gestación y desarrollo, no obstante los esfuerzos efectuados, no parecen haberse completado todavía.

Los servicios personales de salud que tradicionalmente protegían a estos grupos más débiles de la escala social, disminuyeron al declinar los esquemas filantrópicos que los sustentaban; al ser sobrepasada su capacidad financiera por los incrementos de costos de la atención. Estos servicios han sido en su gran mayoría transferidos al Estado, no quedando, sin embargo, siempre claro si se abandona el concepto de caridad con que fueron otorgados, o si simplemente se sustituye la fuente de la misma.

Los Ministerios de Salud llamados a desempeñar un papel que no fue el suyo tradicional no parecen haber contado en general, ni con las facultades legales suficientes, ni con la capacidad administrativa necesarias, y menos aún con los recursos requeridos para llevarlo a cabo.

Por otra parte la organización de programas de salud, destinados a la protección de grupos especiales de la población, característica de los regímenes de salud de las entidades de seguridad social que no difiere fundamentalmente de los esquemas de seguros privados colectivos, con pago anticipado, excepto en la obligatoriedad de las contribuciones, que los transforman en un mecanismo impositivo, tienden obviamente a crear situaciones de discriminación que no son consistentes con una política social de cobertura universal, y cuya contribución efectiva se ve limitada ya que como quiera que se distribuyan los beneficios, éstos alcanzan en la mayoría de los casos únicamente a los miembros de los grupos amparados por el programa, aunque no siempre en el mismo grado de profundidad y amplitud.

Los fundamentos políticos y los objetivos de los programas de servicio, incorporados en los instrumentos legales que les dieron origen, y que rigen por tanto para las instituciones (seguridad social y ministerios) que los administran requerirían ser reexaminados y actualizados.

Una política de universalización de cobertura como la que se ha formulado, por los países, implica la necesidad de completar la transformación conceptual, legal y operativa de los organismos estatales encargados de ejecutarla.

Es de responsabilidad de los niveles gubernamentales apropiados, adoptar las decisiones que permitan aproximar a las instituciones y crear un ambiente de equilibrio en el cual pueda realmente desarrollarse el proceso de coordinación. Corresponde por otra parte a las instituciones informar apropiadamente sobre las implicaciones políticas, técnicas y administrativo-financieras de las decisiones a ser adoptadas. El análisis requerido para llegar a estas decisiones no podrá ni deberá, sin embargo, ser realizado en forma unilateral. La dependencia de las instituciones de salud de diferentes organismos del Estado así lo señala. La acción conjunta en este

sentido, particularmente de los Ministerios de Trabajo y Salud, es no sólo deseable, sino una imperiosa necesidad. En la consideración de estos problemas, el foro internacional que provee un ambiente de mayor objetividad y de alejamiento de las presiones inmediatas, ha demostrado ser de utilidad, y correspondería quizá a los organismos internacionales propiciar una nueva era de conversaciones y estudio en donde las preocupaciones fundamentales sean menos los medios y aspectos estructurales y operativos y más los objetivos y propósitos finales y las grandes formas de alcanzarlos.

Como proceso, la coordinación de las instituciones del sector salud requiere ser vista en una perspectiva histórica. La revisión anterior parecería indicar que se ha cumplido la fase indispensable de información y agitación general del tema y que se inicia una nueva etapa de realizaciones concretas. Los cambios ocurridos en algunos de los países así estarían demostrándolo.

Dos han sido los objetivos centrales del movimiento de coordinación: procurar mayor eficiencia operativa en el uso de los recursos disponibles, y favorecer a través de ésta el acceso de nuevos y más amplios grupos de la población a los servicios. Se reconoce hoy, sin embargo, que en las circunstancias imperantes en los países de América Latina y el Caribe la extensión de los servicios existentes, por sí sola no es suficiente o tomaría un muy largo plazo, para lograr la cobertura de toda la población con servicios de salud. Los conceptos de cobertura y accesibilidad por otra parte han evolucionado y en sus nuevas dimensiones requieren no sólo eficiencia operativa de las instituciones sino también, lo que es más importante eficiencia en las decisiones de asignación de los recursos. Es decir asignación de éstos, acorde con los objetivos que se pretende alcanzar. En estas condiciones el contexto y el contenido mismo, de la coordinación varían sustancialmente. Para entender su verdadero significado conviene detenerse en el examen del concepto actual de cobertura y la interpretación consiguiente de los principios de accesibilidad y eficiencia.

## 7.2 Concepto actual de la cobertura de servicios

Tradicionalmente la cobertura con servicios de salud se ha expresado como una proporción numérica entre los servicios otorgados y la población que los recibe, o como la proporción de la población con acceso físico a ellos, o aún como la disponibilidad de tales servicios, o su distribución con respecto a la localización geográfica de los núcleos de población.

Se acepta que el estado de salud es la resultante de un proceso de desarrollo intersectorial, cuyo objetivo final es el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Esta aceptación lleva implícito, el reconocimiento de que una población sólo gozará de un buen estado de salud, en la medida en que sus necesidades básicas estén recibiendo atención efectiva y suficiente, dentro de las posibilidades que ofrece la máxima utilización de los recursos del país correspondiente. Es por tanto responsabilidad de los servicios de salud, estimular y participar activamente en los esfuerzos de desarrollo multisectorial integrado.

En estas condiciones, la cobertura de servicios de salud, pasa a ser en realidad la expresión de una relación dinámica en la que intervienen por una parte, las necesidades y aspiraciones de atención de la población, y, por la otra, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y organizativas que permiten configurar una oferta apropiada de servicios, para satisfacer tales necesidades. La cobertura se entiende entonces como "el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de los servicios básicos de salud que satisfaga las necesidades de toda la población; se proporcionen en lugares accesibles y en forma aceptable por la misma y garanticen el acceso necesario a los diferentes niveles de atención del sistema".<sup>35/</sup>

---

<sup>35/</sup> Organización Panamericana de la Salud. Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad - Documento preparatorio para la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (mimeógrafo) - Washington, D.C., setiembre 26-27 de 1977.

La cobertura de salud de toda la población, meta establecida por los países para el presente decenio que es una consecuencia del reconocimiento de que la salud es un derecho que el Estado debe garantizar, exige dentro del contexto anterior, la participación de todas las instituciones del sector y por consiguiente el reajuste necesario de sus políticas, objetivos y programas individuales para hacerlos compatibles con el objetivo común.

La extensión de servicios para ampliar la cobertura debe responder armónicamente a los intereses nacionales (mas que a los intereses institucionales) y estar basada en una política única de salud que oriente la formulación de los programas institucionales según sean las características, recursos y posibilidades del país como un todo. El nuevo concepto de cobertura requiere entonces la adopción de una política definida de coordinación consistente con los enunciados anteriores, la cual supone la distribución de recursos financieros en relación con el grado de responsabilidad de cada institución, según sea el volumen de población que ésta deba servir. Las instituciones a su vez deben poner en marcha mecanismos efectivos para implementar esa política. La ampliación de la cobertura de servicios en los términos anteriores, requiere así mismo una amplia participación de las comunidades y el desarrollo de una nueva estrategia, de atención primaria, que permita movilizar a nivel mismo de tales comunidades la acción intersectorial.

### 7.3 El acceso a los servicios de salud

En el principio de accesibilidad a los servicios de salud, se han reconocido de tiempo atrás tres componentes básicos: la existencia del servicio, al alcance de la población tanto geográfica como económica y culturalmente; la adecuación en cantidad y calidad, y en la estructura de las prestaciones; y la aceptación de los servicios por la población.

El acceso económico, de tanta o mayor trascendencia que la adecuada localización y distribución geográfica de establecimientos y servicios, en

términos de la cual se interpreta usualmente la accesibilidad, requiere la eliminación de barreras derivadas de las formas de financiamiento de los servicios y de los sistemas de pago o contribuciones por el usuario.

Lograr que toda la población tenga acceso económico, en la situación imperante en materia de financiamiento de servicios de salud en América Latina, significa:

En primer lugar, establecer equidad en la disponibilidad de recursos per cápita. Por consiguiente abolir las diferencias existentes, ocasionadas por el predominio de sistemas financieramente autónomos y en consecuencia discriminatorios. Lo anterior implica efectuar una redistribución de todos los recursos de salud existentes, encauzándolos dentro de una política única orientada a satisfacer las necesidades de toda la población.

En segundo lugar, sería necesario modificar las normas o patrones de prestación de servicios para hacer compatible el costo de la atención con la disponibilidad de tales recursos. Como se verá más adelante, excluida la adquisición individual del servicio por pago directo, sólo existen dos modalidades básicas de financiamiento de sistemas de salud de responsabilidad colectiva: el pre-pago o seguro, y el financiamiento mediante rentas generales. Las dos no son, sin embargo, excluyentes y admiten combinaciones.

Tales combinaciones, para garantizar acceso económico, deberán tomar en consideración:

- La necesidad de un aumento de los recursos del sector, derivada de una mejor distribución de los recursos nacionales.
- La homogeneización de la disponibilidad de recursos per cápita, derivada de una forma apropiada de organización del financiamiento.
- La capacidad económica real de los usuarios, para evitar el establecimiento de esquemas de contribución inapropiados.

La compatibilización de costos y recursos, mediante la modificación de las normas de prestación de los servicios está ligada al uso de una tecnología apropiada, a la cual se hace referencia más adelante.

#### 7.4 El mejoramiento de eficiencia en el uso de los recursos

Para atender eficiente y eficazmente las necesidades de toda la población, se requiere que las diversas instituciones que participan en la atención sigan una misma política pública, tengan objetivos comunes, desarrollen sus programas en forma coherente, utilicen tecnología apropiada y usen los recursos de que disponen de acuerdo a las necesidades de la población que sirven.

La mayor eficiencia operativa en el uso de los recursos, como objetivo de la coordinación, depende entonces de que las instituciones del sector salud, y en este caso concretamente los regímenes de salud de la seguridad social y los de los ministerios, lleguen a conformar un verdadero sistema de servicios de salud.

Dos elementos fundamentales son de importancia en la eficiencia de los sistemas de salud: la organización de los servicios según niveles de atención, y el uso de una tecnología apropiada.

- a) El concepto de niveles de atención se basa en el hecho de que hay condiciones o situaciones de salud de ocurrencia más frecuente que otras, y reconoce la relación natural que existe entre las características de una determinada situación de salud y la complejidad de la respuesta tecnológica que ésta demanda para satisfacerla. La aplicación del concepto o noción de niveles de atención constituye un elemento de racionalización y eficiencia importante, que permite compatibilizar las necesidades de atención de una población con los recursos disponibles para atenderla. Su utilización en la programación de servicios lleva a la organización de un sistema estratificado, en el cual deben desarrollarse diferentes planos o combinaciones tecnológicas, apropiadamente intercomunicados, a los cuales deben tener posibilidades de acceso, según la necesidad correspondiente, todos los miembros de la población a la que sirve el sistema.



La jerarquización de problemas de salud y de funciones de servicio, base de la definición de niveles, permite establecer una escala en la cual la combinación de menor complejidad, denominada primer nivel de atención, agrupa las acciones más elementales, pero no menos importantes, del sistema y debe constituir el plano de contacto inicial de éste con la comunidad, (o como frecuentemente se le denomina, la "puerta de entrada" de ésta al sistema), y la "oportunidad", con un criterio de eficiencia en donde la mayoría de las situaciones puedan ser inicialmente resueltas y las demás apropiadamente canalizadas hacia los otros niveles de mayor complejidad del sistema.

En este contexto, el proceso de coordinación en programas de servicio, entre los regímenes de salud de la seguridad social y de salud pública, deberá partir de una compatibilización o redefinición de las respectivas escalas de niveles de atención. Además incorporar la adopción conjunta de normas o estándares de servicio realistas, según la disponibilidad de recursos humanos, técnicos y financieros del país, más que la de cada institución en particular. En función de la ampliación de cobertura, el propósito central de esta compatibilización deberá ser el de rediseñar y desarrollar el primer nivel de atención, para llevar la prestación de servicios básicos a las comunidades desprotegidas, lograr la participación de estas en el proceso, y desarrollar los mecanismos de referencia necesarios para garantizar a aquéllos que lo requieran el acceso oportuno a los niveles de mayor complejidad.

- b) El uso de tecnología apropiada, entendida ésta como las diversas formas de actuar sobre las situaciones o condiciones de salud para transformarlas y lograr satisfacción de necesidades, reconoce el hecho de que la mayoría de los problemas de salud pueden ser afrontados técnicamente y efectivamente en diversas formas, las cuales varían en términos de costos. La selección

de una tecnología apropiada implica la identificación de aquellos métodos, técnicas, instalaciones, equipos, materiales, drogas, personal, etc. que siendo efectivos son a la vez compatibles con la disponibilidad de recursos del sistema.

Un esfuerzo concertado de las instituciones de seguridad social y los sistemas de salud pública para homogeneizar las normas o formas de prestación de los servicios daría expresión real a la coordinación en este campo. La inversión en función de la necesidad real y no para satisfacción del prestigio o de equivocadas interpretaciones de la calidad debería ser la pauta.

Los conceptos y definiciones anteriores señalan un nuevo marco dentro del cual será necesario reorientar los esfuerzos de coordinación, hasta lograr la regionalización efectiva de los servicios; redefinir los mecanismos de contratación, interinstitucional; realizar la programación conjunta de establecimientos y recursos humanos; y alcanzar el desarrollo compartido de servicios de apoyo y la racionalización en el uso de drogas, etc. En breve será necesario profundizar en la aplicación de soluciones propuestas, con anterioridad, algunas de las cuales no han sido aún intentadas seriamente, y desarrollar nuevos enfoques, particularmente en el uso del personal y en el fortalecimiento de los niveles primarios de atención.

Cuatro grandes propósitos deberían impulsar los intentos de cohesionar la acción de las instituciones: el otorgar un énfasis prioritario a las acciones requeridas para asegurar servicios básicos para toda la población y disminuir las desigualdades existentes; el desarrollar nuevas formas de servicio, particularmente en el nivel primario; el mejorar la eficiencia del sector como un todo; y el programar las acciones institucionales en un contexto nacional y no para grupos excluyentes de la población.

#### 8. Alternativas de organización y coordinación

Desde un punto de vista general, en la región de las Américas, al igual que en otras partes del mundo se distinguen cuatro tendencias primarias

en la organización de servicios de salud: una organización única en la cual el Estado es responsable por el financiamiento y la prestación de los servicios; otra en la cual el Estado financia los servicios pero no los presta directamente; una tercera forma en la cual la responsabilidad de adquirir el servicio es del individuo y el Estado se hace cargo de aquellas personas económica y médicamente necesitados, y finalmente formas intermedias en las que se combinan la caridad y la asistencia pública, la actividad privada y los esquemas de seguros. Este último patrón prevalece en los países de América Latina.

Dos elementos aparecen, sin embargo, como fundamentales en el análisis de un sistema de salud: su financiamiento y su organización. Cada uno de ellos con formas de evolución diferentes e implicaciones políticas definidas. Aunque están interrelacionados, no necesariamente el uno condiciona al otro. La selección o adopción de una forma de financiamiento no lleva implícita una sola forma organizativa, y menos aún determina que la administración esté a cargo del Estado o de entidades independientes. El esquema de administración, adoptado no supone por otra parte una sola forma de financiación.

A este respecto, en los países de la Región, podrían señalarse dos hechos adicionales:

En los servicios filantrópicos y de asistencia pública para los grupos más pobres de la población, la tendencia ha sido hacia la coordinación e integración alrededor del Ministerio de Salud, y por consiguiente hacia la financiación con fondos o rentas generales. Aunque este proceso no ha sido completado todavía en todos los países, sólo en algunos persisten instituciones filantrópicas como componente prioritario de la prestación de los servicios.

En el grupo de la seguridad social, una forma de seguros, se ha hecho manifiesto un movimiento interno hacia la coordinación y aún integración en una sola institución. Este proceso ha sido en general lento, aunque se ha hecho necesario en algunos casos por la quiebra financiera de esquemas

menores. Los argumentos en favor de tener múltiples cajas, han ido al parecer perdiendo vigencia.

Enfrente a la necesidad de garantizar acceso económico a toda la población, las alternativas en el orden financiero, no son muchas, y diversos factores requieren ser considerados en su análisis:

En la situación de ingreso de la mayoría de los habitantes de América Latina y el Caribe, una mayor responsabilidad personal en el financiamiento de los servicios no tiene aplicación. La elevación progresiva de costos tiende a hacer abandonar este enfoque aún a los países más desarrollados del Continente.

Los datos resultantes de la encuesta realizada en la preparación de este trabajo, aún con las grandes limitaciones señaladas y el carácter meramente exploratorio de algunas de sus elaboraciones, muestran que entretanto persista la disparidad de recursos per cápita existente entre los sistemas las posibilidades reales de cobertura universal son muy remotas. Contrasta esta situación con la de aquellos otros países que se han decidido por un mayor grado de unificación del financiamiento. Estos países presentan cifras de población cubierta definitivamente más altas. La financiación de la seguridad social requiere una base sólida de contribución individual. Los datos de la encuesta son indicativos también de la dificultad y aún la imposibilidad de lograr la universalización de un modelo de financiamiento como el que se ha desarrollado en estas instituciones. El lograr la incorporación de más amplios grupos de población en los países que la han alcanzado significó, es fundamental destacarlo, una mayor participación del Estado en el financiamiento de los regímenes de salud de la seguridad social. El incremento de costos de la prestación de los servicios de salud ha traído como consecuencia prácticamente universal una mayor participación del Estado en el financiamiento de tales servicios. El aumento de la asignación estatal tiene sin embargo un límite. Existe una creciente demanda para que los gobiernos adquieran un mayor compromiso en el financiamiento de los servicios como expresión del reconocimiento del derecho social y político a la salud.

El aumento de la asignación estatal tiene, sin embargo, un límite. Las alternativas girarían entonces en torno a la adopción de una política apropiada de financiamiento que a la vez que se traduzca en un incremento de la proporción del Producto Bruto Interno gastado en salud, fije y regule la participación en su aplicación de todos los componentes institucionales del sector.

La disyuntiva es entonces, igualmente, si la universalización del acceso económico a los servicios sin la cual no habría cobertura total, debe hacerse a través del sistema financiero de seguros o por el contrario es más conveniente lograrlo mediante la acción gubernamental. En algunos países desarrollados (Europa) la estrategia parece haber sido la primera, como un paso previo para llegar a la segunda. Sin embargo, está aún por ser definido en qué medida esta solución es viable y aplicable en los países en desarrollo. Surgen además otros interrogantes: ¿A través de cuál de los dos sistemas resultaría más efectivo canalizar el incremento del aporte estatal? ¿En cuál de ellos resultaría más viable realizar los cambios de complejidad requeridos? ¿Es la solución la universalización del seguro, con participación financiera del Estado, cubriendo cotizaciones de aquéllos que no pueden sufragarlas, o por el contrario, la extensión de servicios debería hacerse a través del sistema gubernamental? Salvo excepciones, el financiamiento por rentas generales se ha usado en el Continente para financiar servicios a grupos específicos de la población; ¿Qué tan viable y operativo resulta este esquema para universalizar el derecho a la salud? ¿Qué formas mixtas de financiación podrían haber?

Se dan argumentos en favor y en contra de cualquiera de estas modalidades. Se señala, por ejemplo, que el sistema gubernamental ofrece menor estabilidad política, ya que los fondos provenientes de rentas generales son susceptibles de ser modificados con gran facilidad. Se dice que la seguridad social a su vez es menos vulnerable; el aporte que se hace a ésta desarrolla un mayor sentido de derecho en los afiliados, y una vez producidas las decisiones de incorporación de la población general se crean situaciones irreversibles o muy difíciles de cambiar. El manejo de los fondos de la seguridad social, separados en general del presupuesto nacional, los hace más seguros y estables.

Cada país, en el contexto de su situación político-administrativa deberá optar por la modalidad que encuentre más aconsejable. Se aspira a que del análisis y discusión del tema surjan orientaciones para tal decisión.

Adoptada una definición política en relación con el financiamiento y diseñados los mecanismos para aplicarla y hacerla efectiva, importan igualmente las decisiones respecto a las formas de organización, ya que de éstas depende la eficiente utilización de los recursos.

Teóricamente la alternativa básica es un sistema u organización única que proteja a la totalidad de la población, o uno constituido por múltiples instituciones para distintos sectores de ésta, pero fundamentado en una política única de atención, la cual se asegura mediante la adopción de una reglamentación apropiada. En la realidad, esta distinción no es nunca tan nítida, pues aún con un sistema único existen organizaciones suplementarias.

Para facilitar el análisis, entre las alternativas estructurales adoptadas en otras regiones del mundo y también intentadas por algunos países del Continente, que constituirían posibles opciones de reorganización, cabría destacar:

1. Creación de Servicios Nacionales de Salud, en los cuales todas las instituciones y recursos, incluyendo el sector privado, hacen parte de una sola organización, sujeta a un comando único y a una sola administración que depende de la organización gubernamental. El financiamiento proviene de impuestos generales. Este enfoque desarrollado también en algunos países de Europa, exige en general cambios sociopolíticos y administrativos que sobrepasan el ámbito del sector salud.

2. Organización de servicios de carácter gubernamental para la mayoría de la población, incluyendo la población trabajadora, usualmente bajo la dependencia del Ministerio de Salud, pero con persistencia de posibilidades de desarrollo de la actividad privada. La financiación es estatal, básicamente y la seguridad social no otorga, en general, beneficios de atención de salud. En caso afirmativo cumple sólo una función financiadora.

3. Organización de sistemas nacionales de salud, en los cuales las diferentes instituciones existentes son coordinadas para el logro de un objetivo común que es la prestación de servicios con iguales oportunidades de acceso para toda la población. En desarrollo de este enfoque, más viable quizá, políticamente en el contexto latinoamericano, cabrían, y se han intentado diversas formas:

- Concentrando la prestación de servicios alrededor del Ministerio de Salud y reservando para las entidades de seguridad social un papel de entidades financieras y de administración directa de los riesgos de naturaleza económica. El financiamiento mixto, gobierno, seguridad social, pero hay lugar también para la iniciativa privada.
- Encomendando a las entidades de seguridad social la prestación de servicios de asistencia médica para toda la población, afiliada o no afiliada, para lo cual el Estado debe subsidiarlas, y dejando a los Ministerios de Salud un papel normativo y de administración directa de los servicios dirigidos al control del medio ambiente. El financiamiento sería como en el caso anterior.
- Creando un organismo nuevo, al cual se encarga la prestación de servicios personales de salud para la población afiliada y no afiliada. La seguridad social actúa como financiadora y los Ministerios como normativos, cada uno administrando en forma directa los riesgos económicos y los servicios generales de salud pública respectivamente. El financiamiento sería igualmente mixto. Este constituye en general una forma transaccional.
- Creando Consejos Nacionales de Salud, Comisiones de Coordinación, etc. que bajo el comando del Ministerio de Salud o adscritas a niveles gubernamentales más altos (presidencias) están llamadas a establecer la armonización deseada en la forma más cercana posible a los niveles decisorios que determinan la política nacional. Los sistemas de financiación y de remuneración del personal continúan siendo múltiples y competitivos. Esta alternativa, en la cual

caben los intentos de formas mixtas de coordinación a nivel de las administraciones de las propias instituciones, representa en general el statu quo, la dilación de las soluciones, y eventualmente la perpetuación de los problemas.

Como en el caso del financiamiento, cada país a la luz de su situación política, económica y administrativa deberá encontrar la forma de organización general del sistema de servicios de salud, que ajustándose a sus circunstancias particulares, permita encauzar y armonizar el uso del conjunto de los recursos nacionales para hacer efectiva la universalización del derecho a la atención de la salud.

Se ha señalado previamente, pero convendría insistir en ello, que la adopción de una forma de organización del sistema no supone la elección de un conjunto de elementos inseparables. Si bien las opciones anteriores pudieran dar respuesta a aspectos fundamentales de la financiación y de la estructura del sistema de servicios, existen otros elementos inherentes al funcionamiento mismo de las instituciones, que afectan el proceso de coordinación y que requerirán por tanto ser motivo de consideración en la discusión del tema.

No procede intentar aquí un análisis en mayor profundidad de tales elementos. Dicho análisis es en realidad motivo de la discusión. Sin embargo debe destacarse la importancia de que en el desarrollo de ésta sean consideradas las implicaciones de los factores adversos a la coordinación señalados por los representantes de los diversos sectores consultados en desarrollo de este trabajo, los cuales han sido planteados previamente. A manera de breve recapitulación cabe recordar: la actitud de los usuarios y sus dirigentes; la posición del personal, particularmente profesional, que participa en la prestación de los servicios; las disposiciones legales y administrativas que rigen a las instituciones; el control de costos; la homogeneización de cotizaciones y prestaciones en los esquemas de salud de la seguridad social; etc.

Con una o con múltiples instituciones lo que importa es lograr su desempeño coherente dentro de una sola política de atención de salud. La



determinación de ésta y la definición de los medios para implementarla es una responsabilidad que el Estado no debe ni puede delegar.

Es indudable que en todas estas áreas existen aún grandes interrogantes que requieren respuestas apropiadas. ¿Qué orientaciones o enfoques, derivados de la experiencia, serían entonces sugeribles a los países para estructurar sus soluciones? ¿En qué campos debería profundizarse mediante investigación sistemática para aportar nuevo conocimiento y nuevos elementos que informen las decisiones base del proceso de coordinación? ¿Cuál es la función de los organismos internacionales, y particularmente de la OPS/OMS, a este respecto?, y ¿en qué áreas y a qué niveles sería más aconsejable la cooperación técnica de éstos para apoyar los esfuerzos nacionales de coordinación?

COORDINACION ENTRE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PUBLICA

ANTECEDENTES HISTORICOS

Resoluciones y recomendaciones adoptadas  
a nivel interamericano

1. INTRODUCCION

En el análisis del estado actual de las relaciones entre los distintos sistemas que otorgan servicios personales de salud, ambulatorios y hospitalarios, en los países de América Latina y el Caribe, es preciso reconocer varios antecedentes de importancia en el ámbito internacional y nacional especialmente algunos ocurridos en el curso de los últimos veinte años, los cuales constituyen elementos de referencia significativos en el proceso de coordinación institucional, motivo del presente trabajo.

En primer lugar debe destacarse el intento claro, iniciado en la Región de las Américas a finales de los años cincuenta y comienzos de la década del sesenta, de encauzar el desarrollo económico y social en forma más racionalizada, definiendo planes y programas tanto operativos como de inversión de capital de acuerdo a metas y plazos explícitos y dentro de un régimen de prioridades intra e intersectoriales. Este reconocimiento que tiende a localizar a nivel de los gobiernos centrales la responsabilidad y obligación de planificar como paso previo a la toma de decisiones, pretende alcanzar la re-distribución de los beneficios e ingresos del desarrollo, el mejoramiento acelerado de los grupos poblacionales marginados y la igualdad de oportunidades para todos los miembros de la sociedad y otorga además, énfasis al manejo tecnocrático de los problemas y las soluciones nacionales.

En este contexto que refleja una escala de valores, a la vez humanista y tecnicista, la planificación de servicios personales de salud, prácticamente inexistente hasta ese momento, surge como un modelo nuevo del proceso de toma de decisiones, cuya implantación implica un cambio fundamental en relación a la situación y práctica prevalentes en la mayoría de los países.

En la prestación de servicios personales de salud en Latinoamérica, fuertemente institucionalizada, han participado numerosas entidades y organismos públicos y privados: ministerios o secretarías de salud, instituciones de seguridad social, universidades, instituciones de beneficencia y asistencia social, servicios médicos de las fuerzas armadas y policía y otros servicios específicos para una empresa o grupos de empresas tanto públicas como privadas. Concomitantemente existe la atención médico-hospitalaria privada-en general poco o no institucionalizada (salvo el caso de las Mutualistas en Argentina y Uruguay)- sin mayor importancia en cuanto al volumen de población que cubre, pero fundamental en la proporción siempre importante del gasto en salud que canaliza.

Debido a esta gran diversidad institucional y a la amplia autonomía política, financiera y administrativa que han gozado todas estas instituciones, el proceso de toma de decisiones, fue, y en gran medida sigue siendo, intra-institucional, pluralista (reflejando el compromiso necesario entre diversas corrientes de opinión) y aproximativo (tendiendo a solucionar problemas de a uno, a medida que se fueran presentando). El modelo propuesto por la planificación es en cambio, interinstitucional, racionalista y global o comprensivo, más adecuado para una estructura piramidal, unitaria e integrada de la atención de salud que para la extendida estructura horizontal existente.

Los esfuerzos para desarrollar este modelo y particularmente el diseño de metodologías para tratar de medir en forma sensible y confiable el estado sanitario de las comunidades, la utilización real que estas hacen de los servicios y el impacto que estos producen en la población, a la vez que contribuyen en forma importante al fortalecimiento y tecnificación de los Ministerios de Salud, plantean la necesidad de explorar y lograr nuevas formas de organizar los recursos económicos, humanos y materiales disponibles en el sector salud como un todo, para prestar atención a toda la población.

La aplicación de una ideología redistribuidora y humanista en el sector salud, que surge de las políticas generales de desarrollo formuladas, y la consiguiente necesidad de dar expresión real a estas nuevas formas de organización, chocan inevitablemente con los patrones de distribución de recursos y beneficios ya establecidos y con los intereses y autonomía institucionales existentes.

En el conjunto multi-institucional señalado, a la par de los Ministerios de Salud, se destacan los sistemas de Seguridad Social, en cuyo origen se reconoce la influencia de la Europa de Bismark a finales del siglo pasado, en donde, con una motivación y valores distintos del espíritu que anima el movimiento de racionalización a que se hace referencia, la administración de tales seguros de participación obligatoria para ciertas ocupaciones y financiados mediante contribuciones del empleador y los empleados, quedó en manos de Cajas existentes, que hasta ese momento, habían manejado seguros voluntarios parciales de enfermedad. Es de destacar, que tales Cajas actuaron únicamente como organismos financieros y no como prestadores directos de servicios de salud.

Este mecanismo general, con la importante modificación de que las Cajas se convirtieron en administradores directos de servicios, se repitió casi invariablemente en la mayoría de los países latinoamericanos durante la primera mitad del siglo actual, dando así nacimiento a los servicios de salud de los sistemas de seguridad social, cuyo desarrollo autónomo, se vio sin embargo en forma prácticamente inevitable sometido a la influencia de presiones de grupos y a la elaboración de fórmulas de acomodación de diversos intereses, todo lo cual se tradujo en una mayor limitación para la participación de tales instituciones en el proceso de planificación global del sector salud.

En el conjunto de las circunstancias reseñadas, el concepto de la cooperación - coordinación - integración de los Sistemas de Atención de Salud (S.A.S.) en cada

país emanó y fue limitado por la realidad social, metodológica y política imperante. En situación similar y por lo tanto muy ligados a él están los conceptos de extensión de la cobertura a las áreas rurales, política de formación del personal profesional y ejecutivo-administrador, financiación de los servicios de salud y balance entre los servicios comunitarios y servicios personales de salud.

En este contexto se han producido las declaraciones sobre el tema que aquí se revisan, en las cuales se aprecia una evolución del planteamiento inicial de un mecanismo integracionista, planificador y ejecutor de 1961-1962, al de un pluralismo cooperador y/o coordinador, englobado en la concepción de sistemas de salud en 1972. Para efectos de un mejor ordenamiento, pero coincidiendo un poco con hechos significativos que marcan esta tendencia, la revisión sumaria de estas recomendaciones efectuadas en el foco interamericano durante el lapso 1959-1976 se ha subdividido en tres períodos, que respectivamente corresponden de 1959 a 1966, de 1967 a 1971 y de 1972 en adelante.

## 2. RECOMENDACIONES Y RESOLUCIONES

### 2.1 Período Inicial 1959 - 1966

2.1.1 En 1959, una reunión de expertos en Seguridad Social organizada por la OEA recomendó que dicha Organización propiciara un estudio para examinar las relaciones entre los servicios médicos de la Seguridad Social y de otras Instituciones Nacionales. La Monografía, <sup>1/</sup> resultante del estudio de cinco países latinoamericanos, <sup>2/</sup> estableció cuatro puntos importantes:

a) la base nacional de la fuente de financiación de la Seguridad Social, ya sea a través de impuestos - cuando el Estado es una de las partes contribuyentes - o

---

1/ Roemer, Milton I. Medical Care in Latin America, OAS/PAHO Studies and Monographs III, Washington, D.C. 1963.

2/ Brasil, Costa Rica, Chile, México y Perú.

a través de un incremento de los precios en las industrias o grupos ocupacionales protegidos;

b) la autonomía financiera y operativa de las Instituciones de Seguridad Social (ISS) destinada a protegerlas de las vicisitudes de los cambios políticos. Esta autonomía, concluía Roemer, las puede haber llevado a implementar decisiones y programas pobremente coordinados con otros programas gubernamentales de atención de salud.

c) la tendencia de las ISS a convertirse en organizadores y administradores de servicios de salud para sus afiliados (modalidad de prestación directa) en lugar de desempeñar un papel puramente financiero, contratando servicios en instituciones privadas y públicas pre-asistentes (modalidad indirecta). Las deficiencias de los hospitales públicos, la disponibilidad de mayor volumen de recursos, y por ende, de beneficios per cápita en las ISS y la preservación del poder autonómico se anotaron como las causas principales de esta tendencia;

d) las desigualdades marcadas creadas por los programas de salud de las Instituciones de Seguridad Social (ISS) por cuanto concentran una importante proporción de los recursos de salud en un porcentaje pequeño de la población.

El último capítulo de esta Monografía propone la separación entre la financiación y la organización de los servicios de salud. Se recomendó proceder en forma inmediata y segura, aunque flexible, a la integración de todos los sistemas de atención de salud (SAS) en un servicio único, nacional, planificado y organizado bajo la autoridad del Ministerio de Salud. La financiación de dicho servicio nacional debería realizarse, en el corto y mediano plazo, a través de canales múltiples tendiendo en el futuro a aumentar la proporción proveniente de impuestos generales. De esta manera, un sistema administrativo unificado precedería al sistema financiero único alcanzando la deseada cobertura universal con servicios de alta calidad distribuidos en forma igualitaria.

- 2.1.2 Mientras se preparaba la monografía recientemente revisada, dos reuniones internacionales de importancia tenían lugar:
- 2.1.2.1 Los representantes de las 21 Repúblicas Americanas se reunieron en Bogotá, Colombia en septiembre de 1960 para recomendar "Medidas para el Mejoramiento Social y el Desarrollo Económico dentro del marco de la Operación Panamericana". Las resoluciones están contenidas en el "acta de Bogotá"<sup>3/</sup>, donde, en la sección referida a Salud Pública se recomendó la extensión de los servicios médicos públicos a las zonas que más lo necesiten (a las áreas rurales) y "el desarrollo progresivo de sistemas de seguros de enfermedad, de maternidad, de accidentes, de invalidéz, y otros, en zonas urbanas y rurales"<sup>4/</sup>.
- 2.1.2.2 En agosto de 1961 en Punta del Este, Uruguay, se lanza oficialmente la Alianza para el Progreso, cuya Resolución A2 estableció un Programa Decenal de Salud Pública. En el mismo se recomendó, entre otros puntos, la preparación de planes decenales de salud, la creación de unidades de planificación y evaluación en los Ministerios de Salud integradas a la maquinaria nacional de planificación y el mejoramiento de la organización y administración de los servicios nacionales y locales de salud, asegurando el acceso financiero a estos servicios para toda la población.<sup>5/</sup>
- 2.1.3 En el año 1959 se reunió el Primer Grupo de Coordinación convocado por la OIT, destinado a coordinar las actividades internacionales de apoyo a la Seguridad

---

3/ Pan American Union. Act of Bogotá. General Secretariat OAS. Washington, D.C. 1961

4/ Idem. p.7

5/ Pan American Union. Alliance for Progress. General Secretariat OAS, Washington D.C. 1961 pp. 30 & 31.

Social en América Latina. <sup>6/</sup> Este Grupo fue definido como un esfuerzo multilateral en favor de la coordinación de programas y actividades de las instituciones participantes a fin de evitar duplicaciones en investigaciones y estudios, publicaciones, etc. Estas reuniones de coordinación de la asesoría internacional cobrarían mayor vitalidad en el período 1967-71.

2.1.4 En agosto de 1962 se reunió en Minneapolis, Min., la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana cuyas Discusiones Técnicas versaron sobre el Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud. El tema doctrinario central fue la relación entre los programas de protección, promoción y recuperación de la Salud acordándose que debían evitarse en el futuro separaciones artificiales entre estos campos de actividad. En lo referente al financiamiento se destacaron dos aspectos:

a) La obligación que tiene el estado de proteger la salud de los habitantes concluyéndose "que el estado tiene obligación hacia el necesitado debiendo ofrecerle servicios de carácter integrado a través de las modalidades de organización que se agrupan bajo la denominación genérica de utilidad pública, (lo que no significa que deba necesariamente administrarlos, pudiendo delegar en parte o en su totalidad ciertas funciones". <sup>7/</sup>

b) El auge y autonomía de operación de los servicios médicos del seguro social. En este sentido "se reconoció el progreso que los seguros sociales han significado para la cobertura de riesgos fisiológicos, patológicos, profesionales y sociales, pero se hicieron importantes reservas sobre los altos costos que derivan de una administración y operación independientes, sobre la discriminación que se introduce entre

---

6/ Integraban el grupo la Asociación Internacioanl de Seg. Social (AISS), el Comité Permanente Interamericano de Seg. Social (CISS), la Organización Iberoamericana De Seg. Social (OISS), la OEA y la OIT.

7/ Organización Panamericana de la Salud; Atención Médica: Bases para la formulación de unapolítica continental. OPS Publ. Cient. # 70, Washington, D.C., Nov. 1962 p. 103.



asegurados y no asegurados, sobre el régimen de competencia de que se vale para el reclutamiento de personal profesional y sobre la resistencia que su régimen de autonomía presenta para una efectiva coordinación o integración". De acuerdo a estas reservas se recomendó "asignar a las I.S.S. la función primordial de financiamiento que deben tener en un sistema integrado de servicios de salud, ya que la responsabilidad de los servicios debe estar en el ministerio correspondiente". 8/

2.1.5 Otro jalón de importancia en este período inicial fue la resolución aprobada por los Ministros de Salud de las Américas en su I Reunión Especial celebrada en 1963, que dice textualmente;

"Es indispensable que los Ministerios de Salud promuevan la consecución de instrumentos legales e institucionales para la coordinación efectiva, en lo normativo y ejecutivo, de las acciones preventivas y curativas del Estado, entre sí, y de éstas con las de organizaciones semiestatales, autárquicas y autónomas, que presten cualquier tipo de cuidados de salud; el propósito que se persigue es incorporar la actividad médica de estas instituciones, incluyendo los hospitales, al resto de los servicios básicos de salud en los niveles local, intermedio o nacional y con la tendencia a obtener una progresiva integración de estos servicios. La medicina preventiva y la curativa son un todo integral." 9/

2.1.6 Es importante destacar el consenso al que se había llegado en 1963. La preocupación con la extensión de la cobertura a las áreas rurales y a los grupos sociales menos favorecidos, la decisión de eliminar las desigualdades de acceso y calidad de servicios, el deseo de aumentar la eficiencia disminuyendo la duplicación administrativa y estructural y la integración de lo preventivo y lo curativo

---

8/ Idem.

9/ "Informe Final: Reunión de Ministros de Salud". Documento Oficial OPS # 51 (1963) p. 39.

motivan tres respuestas bien definidas: la planificación por el gobierno central de los servicios integrados de salud; la organización y administración de los mismos por los Ministerios de Salud; y la financiación por canales múltiples pero principalmente por fondos provenientes de Rentas Generales y de la Seguridad Social.

Este consenso general, sin embargo, no fue acompañado de un análisis profundo de las dificultades a enfrentar al intentar implementarlo, ni de las razones económicas, sociales y políticas que habían resultado en la configuración peculiar del sector salud en los países latinoamericanos. Más aún, este consenso general sobre la estructura que debía dársele al sector emana principalmente de la interacción entre la OPS y la OEA por una parte, y los Ministerios de Salud por la otra. Las autoridades de la Seg. Social, de las Facultades de Medicina, y de las asociaciones de profesionales de la salud, no participaron directamente en esta ronda inicial de conversaciones.

Este acuerdo inicial refleja casi con exclusividad, el interés de los Ministros de Salud. Siendo los gastos per cápita de las ISS muy superiores a los gastos per cápita efectuados por los Ministerios, el hecho de compartir recursos mejoraría los servicios prestados por este último, eliminaría discriminaciones y permitiría ampliar la cobertura sin tener que recurrir a un aumento en los impuestos o en la proporción del Presupuesto Central destinado a Salud. Estos últimos caminos habían probado ser muy difíciles de recorrer habiendo en cambio una menor resistencia hacia el impuesto representado por la Seguridad Social. Esta redistribución de ingresos de los sectores más activos de la economía (trabajadores del comercio, industria y administración pública), hacia los más necesitados sería fuertemente resistida por las autoridades de la Seguridad Social intervinientes en las deliberaciones de la etapa final de este primer período.

En segundo lugar, la propuesta era atractiva para las autoridades ministeriales pues el monopolio de la organización y administración de un sistema de salud para sectores tan amplios de la población (beneficiarios de la seguridad social y necesitados) incrementaría su poder en forma importante.

2.1.7 Como secuela de las reuniones mencionadas anteriormente el Comité Ejecutivo de la OPS en su 50° reunión <sup>10/</sup> resolvió incluir el tema "Estudio de las relaciones entre los Programas Médicos de la Seguridad Social y los de los Ministerios de Salud y otras agencias oficiales" en la agenda de la XV Reunión del Consejo Directivo que se celebraría en México en septiembre de 1964. Durante esta última reunión se nota por primera vez un cambio substancial en relación a las resoluciones anteriores. Si bien se reconoció que la asignación de recursos entre los programas médicos de las ISS y de los Ministerios no era igualitaria y que el balance necesario únicamente podía ser alcanzado a través de la planificación de salud bajo la sola autoridad de los Ministerios de salud, se estableció que "las relaciones entre las ISS y los Ministerios deben aumentar a través de la coordinación de los servicios, entendiéndose claramente que coordinar no es someter, sino convivir en libertad sobre la base de la ayuda mutua". <sup>11/</sup> Más aún, se destacó que cada país debía mantener absoluta libertad para solucionar este punto de la forma más conveniente de acuerdo a sus intereses, recursos, estructura legal, etc. Asimismo el Director de la OPS señaló que el tema envolvía complejas características políticas, financieras e institucionales y que debía ser manejado en forma cautelosa sugiriendo la creación conjuntamente con la OEA de un Grupo de Estudio destinado a analizar técnicamente el tema y a proponer medidas concretas.

---

10/ Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial # 60, p. 213

11/ Organización Panamericana de la Salud. Publ. Cient. #129 p. 9

2.1.8 Conviene recordar a esta altura otra reunión ministerial celebrada en 1963 en Cundinamarca, Colombia, de Ministros de Trabajo patrocinada por la OEA en el marco de la Alianza para el Progreso. La Declaración de Cundinamarca recomendó entre otros:

- la extensión, adopción y mejoramiento de sistemas de seguridad social;
- la integración de los planes de seguridad social con los planes nacionales de desarrollo económico y social;
- la extensión de la ayuda internacional al campo de la seguridad social y la intensificación de la ayuda al Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social con sede en México;
- el apoyo financiero en el marco de la Alianza para construir y equipar hospitales y promover programas de salud (especialmente preventivos) de las ISS. <sup>12/</sup>

El contraste entre el contenido y forma de ambas declaraciones ministeriales es interesante pues expresa en su más alto nivel un conflicto subyacente, que se evidenció durante las reuniones de 1964. En vista de estas posiciones diferentes se resolvió constituir el Grupo de Estudio con representantes de los Ministerios de Salud y de las ISS además de funcionarios de la OPS y de la OEA.

2.1.9 El Informe Final del Grupo de Estudio reunido en julio de 1965 es un esfuerzo por elaborar un acuerdo cuya necesidad se había evidenciado durante 1964. Refiriéndose específicamente a las resoluciones emanadas de Punta del Este el Grupo lamentó la ausencia de autoridades de la Seguridad Social en dicha reunión y por extensión, en el movimiento planificador e integrador que surgió con motivo de la Alianza. "Como consecuencia de esta circunstancia (la ausencia de la SS en la reunión de Punta del Este) las declaraciones contenidas en la mencionada Resolución

---

12/ Unión Panamericana, "Declaración de Cundinamarca". Secretaría General, OEA. Washington, D.C., p.6

A2 tuvieron un carácter muy general y no pudieron hacerse cargo de la influencia que la Seguridad Social tiene dentro del desarrollo socio-económico" 13/. Refiriéndose directamente a las relaciones entre ISS y Ministerio se listaron elementos históricos de desarrollo, particularmente la forma directa de prestación de servicios de las ISS, para explicar los prejuicios institucionales entre ambas. Sin embargo, se entendió que "uno de los mayores obstáculos para una buena coordinación lo constituye el temor que existe tanto en los gremios beneficiarios como en las autoridades de la Seguridad Social, de que los fondos reunidos a través de las cotizaciones puedan, en un régimen coordinado, ser destinados a fines distintos o a financiar el déficit de los servicios dependientes del Ministerio de Salud" 14/. Probablemente por estas razones se expresó el consenso de que la mayoría de los países latinoamericanos no estaban listos para la integración de los servicios, entendiéndose por tal la unificación administrativa y financiera total (tipo Servicio Nacional de Salud).

Como alternativa deseable se definió el concepto de coordinación como "la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas y privadas para el cuidado de la salud."<sup>15/</sup>

manteniendo estas su individualidad administrativa y su independencia financiera.

Se resolvió recomendar la extensión de la cobertura de la Seguridad Social a las poblaciones rurales financiándola mediante impuestos a la tierra, promover la coordinación, fundamentalmente a nivel de ejecución programática y estandarizar las contribuciones y beneficios de los distintos programas médicos de la Seguridad Social en cada país. Asimismo se resolvió por unanimidad promover una actitud po-

---

13/ Organización Panamericana de la Salud. "Administración de los Servicios de Atención Médica. Nuevos elementos para la formulación de una política continental. Pub. Científica # 129, Washington, D.C. 1966, Pág. 55

14/ Organización Panamericana de la Salud. "Administración ..." op. cit. p. 56

15/ Op. Cit. p. 57

sitiva en la profesión médica con respecto a los aspectos sociales de la atención de salud y a la necesidad de coordinar esfuerzos entre los distintos grupos institucionales.

Tres características que cobrarían importancia más adelante se perfilaron en este Grupo:

- a) El mantenimiento de la independencia y autonomía de las ISS, especialmente de aquellas con servicios directos de salud vis a vis los Ministerios.
- b) La necesidad de buscar medidas factibles desde el punto de vista político, para aumentar la eficacia global del sistema.
- c) La necesidad de cambiar el sentido social de los profesionales con mayor peso en el sector - el cuerpo médico - para que los principios redistributivos deseados logren un importante aliado en su implementación.

2.1.10 El año 1966 marca arbitrariamente el final de este primer período. Dos reuniones internacionales tuvieron lugar durante el mismo.

2.1.10.1 La VIII Conferencia de los Estados de América miembros de la OIT se reunió en Ottawa en Septiembre aprobando el "Programa de Ottawa de la Seguridad Social". En dicha reunión estuvieron representados los gobiernos y las organizaciones de empleadores y de trabajadores y empleados directivos de las ISS, hubo además observadores de organismos internacionales, incluyendo a la OPS. La filosofía general de dicho programa está expresada en su Introducción donde se establece que "intenta señalar las líneas directrices que debe seguir el desarrollo, la reforma y el perfeccionamiento de la Seguridad Social en los países de América, a fin de que ésta sea un auténtico instrumento de política social y, en particular, un instrumento de distribución equitativa de la renta nacional que garantice

un desarrollo equilibrado económico y social" 16/.

A los efectos del tema en discusión interesan especialmente las resoluciones #2: uniformidad en la protección de los trabajadores; #8: máxima prioridad a la extensión de la seguridad social al ámbito rural y su población campesina, financiada a través de la solidaridad nacional, fondos comunes de la seguridad social y/o de Rentas Generales y finalmente la resolución #9 que por referirse específicamente al campo de la atención médica se transcribe a continuación. "Debe extenderse la asistencia médica de la Seguridad Social especialmente fuera de los centros urbanos y con la mayor amplitud posible. Es preciso establecer una adecuada coordinación entre los servicios médicos de las ISS, los de Salud Pública y otros servicios médico-sociales. En particular, en las zonas rurales esta coordinación debe tender hacia modalidades basadas en la protección de comunidades o agrupaciones rurales bien definidas." 17/

2.1.10.2 Finalmente, las Discusiones Técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana que tuvo lugar en Washington, octubre 1966, versaron sobre el tema: "Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud" 18/. Es interesante destacar que diecisiete de los setentitres

---

16/ Organización Internacional del Trabajo; "El Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas." Ginebra, Septiembre 1966, p.3

17/ Organización Internacional del Trabajo; "El Programa..." op.cit. pp. 8-9

18/ Organización Panamericana de la Salud; "Coordinación de los Servicios Médicos" OPS Publ. Cient. #154 Washington, D.C., octubre 1967

participantes eran altos dirigentes de los servicios médicos de Seguridad Social. El Informe Final de las Discusiones Técnicas refleja una filosofía similar a la del Grupo de Trabajo reunido el año anterior:

a) Mantenimiento de la independencia y autonomía de los servicios médicos de las ISS. Todos los Grupos coincidieron en que la coordinación de actividades no puede significar la absorción de una institución por otra y que se debe, por el contrario, respetar la autonomía jurídica, financiera y administrativa de cada una de las instituciones participantes y permitir que ellas cumplan con sus obligaciones legales y con sus objetivos sociales.

b) La necesidad de buscar medidas generales de coordinación que fueran eficaces y factibles desde el punto de vista político. Se acordó que algunas de estas medidas pudieran ser:

- Mayor énfasis en los aspectos preventivo-sociales en la formación profesional médica.
- Esfuerzo conjunto en la formación del personal paramédico y de administradores de servicios médico-sociales.
- Esfuerzo conjunto para establecer un lenguaje común y para mejorar los sistemas interinstitucionales de información.



- Amplia participación de todas las instituciones del sector en la definición de política de salud y en la planificación programática.
- Favorecer la uniformización de los programas médicos de Seguridad Social en los aspectos de cobro de cotizaciones y de prestaciones médicas y sociales.
- Favorecer la extensión de dichos programas a los sectores aún no cubiertos.

c) Finalmente, se discutieron por primera vez, las estructuras jurídico-administrativas que se harían responsables de la coordinación. Con la flexibilidad debida a las distintas circunstancias imperantes en los diversos países, se sugirió la importancia de promover la coordinación a nivel local, nacional e internacional y hubo consenso en que debía fomentarse la constitución de organismos de coordinación a todos los niveles, de las dependencias e instituciones que tienen a su cargo la gestión de la salud pública en el país.

2.1.11 Es evidente que el acuerdo alcanzado en 1963 ya no era válido en 1966. La participación conjunta de representantes de las distintas instituciones interesadas hizo modificar las soluciones propuestas que ya no son de integración ejecutiva sino de coordinación entre organismos autónomos e independientes.

## 2.2 Período Intermedio 1967-1971

2.2.1 Se considera interesante hacer referencia a dos artículos presentados en un seminario internacional organizado por la Universidad de Wisconsin con la colaboración de la Administración de Seguridad Social de los EE.UU y la Agencia para el Desarrollo Internacional en 1967, para discutir el papel de la seguridad social en el desarrollo económico, pues ellos reflejan el pensamiento académico.

En el primero, el Prof. Brian Abel-Smith <sup>19/</sup> justifica el enfoque racionalista

---

19/ Brian Abel-Smith. "Health Policies and Investments, and Economic Development" in The Role of Social Security in Economic Development, U.S. Dept. of H.E.W., S.S.A., O.R.S., Research Report #27, Washington, D.C. pp. 223-238

para la planificación de los gastos de salud, especialmente en los países subdesarrollados, y analiza los tipos de decisiones que lógicamente surgirían de un enfoque de esta naturaleza: énfasis en programas de medicina preventiva, uso de auxiliares de salud, etc. El Prof. Smith, analizando el papel que los programas médicos de las Instituciones de Seguridad Social han jugado en el desarrollo del sector salud en los países subdesarrollados, concluye que es preferible la creación de un servicio nacional de salud (estructura unificada) y se basa en las siguientes razones:

- La necesidad de desarrollar servicios preferentemente preventivos mas que curativos, siendo que estos últimos parecen haber predominado en los sistemas de Seguridad Social.
- Los efectos de los servicios de salud son a menudo de naturaleza colectiva, resultando frecuentemente de los mismos beneficios a terceros.
- Los grupos poblacionales con mayor capacidad impositiva tienden a gozar de una cantidad desproporcionadamente alta de beneficios de salud bajo esquemas de seguridad social. Los grupos de menores recursos, ya sea a través de impuestos o del pago de precios mas elevados, contribuyen, parcialmente al menos, a la financiación de tales esquemas.
- Los sistemas de seguridad social, por estar confinados al sector moderno de la economía tienden a desarrollar niveles de servicios de salud, que por su complejidad, sería muy costoso extender al resto de la población.

En el segundo artículo, Marshall Wolfe de la CEPAL, describe la Seguridad Social como un sector caracterizado por la compartimentalización y la autonomía administrativa, foco de complejas y fuertes presiones políticas y por la protección de intereses burocráticos difíciles de quebrar. <sup>20/</sup>

---

20/ Wolfe, Marshall. "Social Security and Development: The Latin American Experience" in The Role of Social Security...op. cit. p.155-185

En su opinión se había creado una fuerte oposición a la planificación económica y social por parte de "...las ISS y de las fuerzas sociales organizadas (gremios) que han venido obteniendo del sistema, beneficios desproporcionados y que son concientes que la sujeción a la planificación general significará cambios penosos, la desaparición de privilegios especiales, la disminución de burocracias hipertrofiadas y la aplicación de nuevos principios para la obtención, inversión y distribución de los recursos de la seguridad social".<sup>21/</sup>

Ambos trabajos, como se puede apreciar eran sumamente críticos de las ISS en América Latina. El carácter generalizado de estas observaciones si bien no permite establecer las diferencias de matices de cada situación particular, deja entrever las dificultades que el movimiento integrador<sup>R</sup> estaba encontrando en América Latina.

2.2.2 Las reuniones de coordinación de las actividades de los organismos internacionales que se habían iniciado en 1959 fueron reasumidas en 1967. Se resolvió darles mayor importancia a estas reuniones, convocándose cada dos años, intercambiándose informes anuales sobre las actividades a realizar, llamando a reuniones especiales de coordinación sobre temas específicos, coordinando las publicaciones, los trabajos de investigación científica y la formación del personal.

2.2.3 En octubre de 1967, la XVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS adoptó la Resolución No. XX, cuyo punto 3 dice lo siguiente:

---

21/ Idem

"Recomendar a los países que planifiquen en forma amplia y coordinada el sector salud como parte del desarrollo económico-social, con participación de todos los organismos interesados y muy especialmente de las instituciones de seguridad social cuando éstas den prestaciones de salud a fin de: a) dar cobertura tan extensa como sea posible, con participación de la comunidad, de acuerdo con los problemas de salud prevalentes y con la capacidad de los recursos para satisfacer la demanda de servicios; b) preparar programas locales de salud integrados en los que se cubran los aspectos preventivos y curativos de la medicina; c) organizar las infraestructuras de los servicios locales de salud sobre la base de una administración descentralizada a través de un sistema regional coordinado de hospitales y otros servicios de salud, y d) hacer participar a la universidad y en particular a las escuelas de medicina y paramédicas a fin de asegurar la formación y adiestramiento conjuntos de los recursos humanos necesarios para cumplir las metas nacionales de salud". 22/

Como se puede apreciar el énfasis fue puesto en puntos de carácter doctrinario que, sin dejar de revelar una dirección general hacia la extensión de la cobertura y la integración ejecutiva local, eran aún lo suficientemente amplios para no comprometer las muy diversas posiciones nacionales en lo referente a los mecanismos específicos. Interesa destacar el llamado a las universidades, especialmente a las facultades de medicina y otras instituciones docentes relacionadas con la salud, basado no solamente en el papel preponderante que estas juegan en la formación ideológica del profesional o administrador sino también en la influencia que pueden ejercer en la formulación de políticas de salud.

2.2.4 La VIII Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) celebrada en Panamá en Febrero de 1968 concedió gran importancia a las relaciones entre las instituciones de seguridad social y otras instituciones de asistencia médico-social y en un espíritu similar a la resolución anterior resolvió:

- a) Recomendar a los países miembros que aún no lo tengan la creación de un organismo de planificación nacional en el que participen las instituciones relacionadas con el sector salud.

---

22/ Organización Panamericana de la Salud. Informe Final. XVII Reunión del Consejo Directivo. Documento Oficial de la OPS #82 (1968) pp.29-30

- b) Recomendar una acción dinámica en la promoción de la coordinación de estas instituciones, siguiendo la metodología que haga efectiva los esfuerzos, de acuerdo con las características de cada país.
- c) Recomendar a los países miembros la incorporación de las Universidades en los programas de coordinación, a través de la formación de personal y trabajos de investigación. <sup>23/</sup>

2.2.5 En octubre del mismo año la II Reunión Especial de Ministros de Salud Pública en Buenos Aires, Argentina aprobaba dos resoluciones de tenor muy similar:

"1. Es indispensable y urgente la adopción de sistemas nacionales de coordinación efectiva de los servicios de salud de los Ministerios con aquellos de las instituciones de Seguridad Social, Universidades y otros organismos públicos y privados. Para que la coordinación surta efecto debe constituir una actitud permanente de todos los que participan en el proceso de planificación, administración y prestación de servicios bajo la orientación de los Ministerios de Salud u organismos correspondientes, de manera de asegurar la articulación institucional al nivel central, regionalización al nivel intermedio e integración de las actividades preventivas y curativas al nivel local.

2. Recomendamos que los países formulen como parte integral del plan nacional de salud, un programa de construcción, remodelación y mantenimiento de hospitales y otros servicios de salud que sea proporcional a los recursos disponibles y en consonancia con el plan de inversiones para el desarrollo económico y social". <sup>24/</sup>

2.2.6 En enero de 1969 se reúne en Ciudad de México el Primer Congreso Americano de la Medicina de la Seguridad Social, convocado por la AISS y la CISS. Este Congreso en su vertiente médico-social estuvo preferentemente dedicado a problemas de administración y de coordinación de servicios médicos.

---

23/ Comité Permanente Interamericano de la Seguridad Social. "Influencia de la Seguridad Social en el Progreso Médico Científico". Ponencia ante el Ier. Congreso Americano de Medicina de la Seg. Social. Seguridad Social 56,p. 278

24/ Informe Final y Discursos; Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Doc. Oficial OPS #89 (1969), p.45

En reacción a la ponencia de la AISS "Las Prestaciones Médicas de la Seguridad Social en el mundo", el Congreso mostró marcada preocupación ante la falta de cobertura de los grupos mayoritarios de la población. En vista de que este grupo no protegido es generalmente el mas necesitado de servicios de salud se ratificaron como apropiadas "las numerosas declaraciones y resoluciones adoptadas en el campo interamericano en favor de una estrecha colaboración y coordinación de todas las entidades que, en el plano nacional, se ocupan de la salud en cualquiera de sus aspectos" 25/.

La OPS, a través del Dr. A.L.Bravo, presentó la ponencia: "La Medicina de la Seguridad Social y los Programas Nacionales de Salud", con un tono fuertemente integracionista: "El objetivo final que se persigue es una integración total, técnica, administrativa y financiera de los servicios organizados por el Estado para satisfacer las necesidades de salud de la Comunidad!" 26/ Además resaltó la necesidad de que las actividades de las Comisiones Nacionales de Coordinación penetraran hasta los niveles ejecutivos locales, el reconocimiento de la competencia y responsabilidad superiores de los Ministerios de Salud, la regionalización en el nivel intermedio y la integración en el nivel local. En el plano más específico el Dr. Bravo bosquejó soluciones que el Congreso podría haber hecho suyas. A modo de ejemplo explicó que "la regionalización propuesta por la OPS es una en la cual todos los recursos de salud de la Región se coordinan bajo un comando técnico-administrativo único, a fin de evitar repeticiones en la ejecución de programas de Salud", 27/ aclarando más adelante que "una organización de esta especie exige alto grado de delegación de autoridad y exige, especialmente, la designación de un director regional común, quien es la autoridad máxima de salud regional y quien debe contar con atribución delegada de todas las autoridades pactantes y que poseen servicios

25/ Asociación Internacional de Seguridad Social. Comité Interamericano de Seg.Social; "Primer Congreso Americano de Medicina de la Seg.Social.Consideraciones Finales" Seguridad Social 56. pp. 190-191

26/ Idem, op. cit. p. 204

27/ Idem, op. cit. p. 206

en la región correspondiente 28/. El Informe Final del Congreso relativo a esta ponencia fue sumamente cauteloso recomendándose entre otras cosas la realización de una encuesta de recursos y de utilización, y la adopción de métodos estadísticos y administrativos comunes a todas las Instituciones.

A su vez la CISS presentó el tema "La Formación del Médico y la Seguridad Social" reconociendo que la medicina institucionalizada moderna, resultado directo del progreso médico científico enfrentado con recursos muy escasos, precisa de un médico con un bagaje ideológico diferente del tradicional que lo preparaba para el ejercicio individualista y liberal de la profesión. Entendiéndose que la planificación de la educación médica es una responsabilidad multi-institucional (universidades, organismos estatales, de la seguridad social, de las organizaciones de médicos colegiados) se resolvió proponer una reunión con representantes de todos estos organismos para estudiar los cambios de curriculum necesarios.

Por su parte la Comisión Regional Americana Médico-Social presentó la Ponencia: "Los Programas de Coordinación entre la Seguridad Social y los Ministerios de Salud Pública. Aplicación y Resultados". La ponencia analiza en forma sumaria las desigualdades notadas en todos los países entre los beneficios recibidos por la población beneficiaria de la Seguridad Social y la no beneficiaria y se describen los esfuerzos institucionales destinados a mejorar esta situación.

El Informe Final relativo a esta ponencia, sin embargo, refleja el espíritu cauteloso imperante en el Congreso destacándose las ventajas de eficiencia a obtener de la coordinación, la falta de recursos para la cobertura del medio rural,

la necesidad de cambiar la mentalidad de profesionales y administradores y de crear Comisiones Coordinadoras Nacionales para organizar la coordinación.

Se insistió finalmente en que la coordinación no significa competir, ni someterse, pero sí una responsabilidad y compromiso mutuo, propio de personalidades y de sistemas maduros.

En suma este Primer Congreso muestra dudas, reaccionando en forma ambigua ante el mismo tema (p. ej. ante presentación de AISS y de OPS), pero sobretodo, no llevando hasta sus últimas consecuencias el análisis de las repercusiones financieras de algunas de las posiciones adoptadas previamente. Muchas de las objeciones levantadas por B. Abel Smith al comienzo del período son tácitamente aceptadas pero los caminos económico - financieros y estructurales para solucionarlas no aparecen claros debido, en parte al menos, a la realidad político-administrativa hábilmente descrita por Wolfe.



2.2.7 La AISS en el mismo año, en su Mesa Redonda Mundial celebrada en Oaxtepec, México, preparó un documento para valorar "La Contribución de los Regímenes de Seguridad Social a los Programas de Salud Pública". En su declaración final quedó expresado:

"Que los sistemas de seguridad social basados en una solidaridad colectiva organizada, contribuyen de una manera potencial a los objetivos de una política integrada de salud, reconociendo el derecho a la salud como uno de los postulados básicos de su esquema de prestaciones económicas, médicas y sociales".

"Que es de importancia primordial para el cuidado de la salud y para el mejor aprovechamiento de las estructuras y de los recursos que se destinan a este fin, el establecimiento de sistemas eficaces de colaboración y de complementación, a nivel nacional e internacional, entre los organismos gestores de la salud pública y de la seguridad social, por medio de comisiones mixtas de coordinación, de comités técnicos para el estudio de problemas comunes y de instrumentos de planeación y ejecución conjuntos".

"Que en razón de insuficiencia de medios técnicos y financieros que disponen las instituciones de salud pública y de seguridad social, es deseable que todos estos medios se pongan a disposición del conjunto de la población, sobre la base de una coordinación entre los diferentes organismos interesados". 29)

2.2.8 En agosto del mismo año 1969 se reunió en Washington, D.C. el Segundo Grupo de Estudio patrocinado conjuntamente por la OPS y la OEA.

El Informe Final del mismo, constituye el documento más completo del tema desde el punto de vista doctrinario, doctrina que fué hecha propia por la OPS mediante su Resolución XVIII del Consejo Directivo en octubre del mismo año. 30) La característica más saliente

29) Asociación Internacional de Seguridad Social. Comité Interamericano de Seguridad Social. "Mesa Redonda Mundial sobre la Contribución de los Regímenes de Seguridad Social a los Programas de Salud Pública. Informe Final. Declaración de Oaxtepec". Seguridad Social. 58-59, p. 77.

30) Organización Panamericana de la Salud, "Coordinación de la atención médica". Publ. Cient. #20, Washington, D.C., 1970, p. 71.

de esta reunión, en consonancia con una corriente de opinión surgida en los dos o tres años previos, fué la participación de las universidades y específicamente de las facultades de medicina y hospitales universitarios en el proceso de la coordinación. Aunque hubo acuerdo general en los objetivos a perseguir-extensión de la cobertura, eliminación de desigualdades y mejoramiento de los procedimientos administrativos-se notaron en el Informe Final divergencias de opinión en materia de estrategia.

El Informe Final está dividido en cuatro capítulos:

a) En el primero: "Coordinación en la Formulación y Ejecución de una Política de Salud", la mayor dificultad parece haber surgido en cuanto a la necesidad y/o conveniencia de la coordinación como paso previo a la integración total de los servicios de salud. "La mayoría de los miembros del Grupo acordó que la coordinación es un mecanismo siempre necesario y que hace posible el progreso firme y ordenado hacia el objetivo ideal de la integración de los servicios. Algunos participantes, sin embargo, argumentaron en favor de una integración inmediata sin pasar por la etapa transicional de coordinación"  
31)

b) El segundo capítulo se refirió a la Coordinación en la provisión de Servicios de Salud discutiéndose la alternativa entre programas de alta complejidad técnica y elevados costos para grupos reducidos de la población y programas básicos de atención médica con

-----  
31) Organización Panamericana de la Salud; "Coordinación.....",  
op.cit. p. 5

amplia cobertura. El consenso, necesariamente ambivalente, fué que "desde el punto de vista médico-social, es deseable alcanzar una cobertura tan amplia como sea posible, de una calidad compatible con el avance actual de las ciencias médicas y con los recursos disponibles".<sup>32)</sup> Como ejemplo deseable, se hizo referencia a las unidades de cuidados intensivos, complementadas con servicios progresivos de atención.

c) En el tercer capítulo, el informe argumenta en favor de la coordinación en el desarrollo de recursos humanos y recomienda una mayor aproximación entre las autoridades responsables con el objeto de participar en la planificación, ejecución y evaluación de una política nacional de salud. Se puso énfasis en la necesidad de reorientar la educación médica de pregrado, en la conveniencia de realizar una educación continuada conjunta del personal de todas las instituciones y en la necesidad de desarrollar la formación de especialistas en el postgrado.

d) El capítulo cuarto referente a la Coordinación del Financiamiento es sin duda la piedra angular del problema. Hubo acuerdo en otorgar prioridad al desarrollo de cuidados ambulatorios, en estandarizar la administración de los hospitales de todas las instituciones y en favorecer la utilización conjunta (mediante contratos) de la capacidad instalada. Dos resoluciones adoptadas en este tema tienen especial significación. "Se hizo notar que la capacidad

-----  
32) Organización Panamericana de la Salud; "Coordinación . . . .",  
op.cit. p.8

instalada debe ser considerada como propiedad común, perteneciente al país entero y de la cual deben beneficiarse todos los habitantes sin discriminación, independientemente de la institución a la que pertenece el establecimiento" <sup>33/</sup>. En concordancia con esta doctrina se resolvió "recomendar el establecimiento, a nivel nacional, de un fondo común al que deberían vertirse los recursos (de capital), de todas las instituciones relacionadas con los programas de atención médica existentes en el país" <sup>34/</sup>. Lamentablemente, no se estableció en forma clara quien manejaría este fondo perdiéndose la oportunidad de dotar a los Comités Nacionales de Coordinación del poder necesario para implementar estas decisiones.

2.2.9        Demostrando la trascendencia que había adquirido la consideración de los aspectos de formación médica en la coordinación de servicios de salud, se celebró en el año 1970 en Bogotá, Colombia el Segundo Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social sobre el tema "Seguridad Social y Educación Médica". En el mismo se discutió la formación del personal de salud ante la seguridad social, la enseñanza de la seguridad social en las universidades, la participación de los recursos humanos de la seguridad social en los programas docentes, la evaluación de la contribución de la seguridad social a estos programas, la participación conjunta de las facultades de medicina y de las I.S.S. en la planificación de salud y los procedimientos de coordinación entre todas estas instituciones para el

---

33/ Organización Panamericana de la Salud; "Coordinación.....", op.cit., p.15

34/ Organización Panamericana de la Salud; "Coordinación.....", op.cit., p.17

aprovechamiento máximo de los recursos de salud. Estos últimos temas fueron desarrollados en profundidad por el Vice-Ministro de Salud del país anfitrión, quien propuso entre otras medidas.

- unificar paulatinamente las prestaciones médicas en los diversos servicios de salud.
- utilizar al máximo la capacidad instalada.
- disminuir la autonomía de las instituciones que más tarde configurarán el Sistema Nacional de Salud y no propiciar la creación de nuevos organismos autónomos de atención médica.
- unificar las prestaciones económicas de los sistemas de previsión social.
- crear un servicio de seguridad social, con atención médica para toda la comunidad, estrechamente coordinado con el sector académico y con el sector privado para integrar Sistemas Nacionales de Salud <sup>35/</sup>.

Cabe consignar, que por primera vez se propuso, en el ámbito de un Congreso propiciado por las I.S.S., la disminución de la autonomía de que éstas gozan.

2.2.10 Durante el año 1970 se produjo otro evento internacional de trascendencia suprarregional constituido por la reunión de un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS para discutir la situación actual de la asistencia médica individual y de la seguridad social. Marcando el espíritu de la reunión el Dr. Halfdan Mahler, Sub-Director General de

---

35/ Comisión Regional Americana Médico Social "Participación Conjunta de las Facultades de Medicina e Instituciones de la Seguridad Social en la Planificación para la Salud". Ponencia ante el II Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Seguridad Social 66 pp. 103-138.

la OMS, puso de relieve "la disparidad que existe entre la necesidad de proporcionar la asistencia médica individual más perfecta posible a las poblaciones en constante y rápido aumento y el incremento alarmante de los costos de dicha asistencia, la que por esta causa ha quedado fuera del alcance de muchas personas en diferentes países". Señaló el Dr. Mahler "que la falta de coordinación de los regímenes de seguridad social con la política y los programas nacionales de salud es un obstáculo que impide obtener los mejores resultados. Parece oportuno, en consecuencia, adoptar un sistema congruente para planificar, administrar y financiar los sistemas de asistencia médica individual"<sup>36)</sup>

En el capítulo "Organización y control de los servicios de asistencia médica individual", el Comité dejó establecido que "todo intento de coordinación tropieza con dificultades de orden práctico y político, pues los servicios de salud y los de seguridad social dependen de jurisdicciones diferentes, que ejercen también diferentes grados de control ....."<sup>37)</sup>

El informe a continuación describe los ejemplos de México, Guatemala y Japón como los países en que hay una amplia separación entre la administración de salud pública y la administración de la seguridad social, y a continuación se refiere a los países de Europa Occidental e India, donde existe una coordinación moderada y a este

-----  
36) Organización Mundial de la Salud; "Asistencia Médica Individual y Seguridad Social. Informe de un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS." Serie de Informes Técnicos # 480, Cinebra, 1971. p.5

37) Organización Mundial de la Salud; "Asistencia Médica..."  
op.cit. p.18

respecto deja establecido que "los resultados son muy favorables cuando un solo ministerio es responsable tanto de los servicios de salud como de los de seguridad social"<sup>38)</sup>

Finalmente, el informe reconoce que "algunos países han conseguido integrar la organización de los servicios de asistencia médica individual para toda la población con el sistema para financiar el costo de dichos servicios. La administración de todo el conjunto incumbe al ministerio de salud. En los países con este tipo de sistema no hay dificultades para el financiamiento de la asistencia médica individual, por la relativa facilidad con que pueden asignarse y ajustarse, si es necesario, los ingresos del gobierno"<sup>39)</sup>

En resumen, en sus conclusiones el Comité Mixto de Expertos OIT/OMS recomienda que las prestaciones médicas de un sistema de seguridad social deben ser integrales, es decir, preventivas, curativas y rehabilitativas y deben formularse dentro del contexto del plan general de servicios de salud a nivel nacional, incorporando así los programas de seguridad social en el Plan Nacional de Salud Pública del país.

2.2.11 No faltaron en 1971 oportunidades en el ámbito internacional, tanto al nivel regional como sub-regional, para discutir este tema. En efecto, representantes de los Ministerios de Salud de los seis países que constituyen el Istmo Centroamericano, de sus I.S.S. y

-----  
38) Organización Mundial de la Salud; "Asistencia Médica Individual y Seguridad Social: Informe de un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS". Serie de Informes Técnicos #480. Ginebra, 1971. p.21

39) Organización Mundial de la Salud; "Asistencia .....", op. cit., pp. 22-23

sus facultades de medicina se reunieron para intercambiar ideas sobre tópicos directamente relacionados con la coordinación como: la extensión de la cobertura, la integración de acciones preventivas, curativas y sociales, la coordinación de la información estadística y los mecanismos de aplicación inmediata de un programa de coordinación.

En el IV Congreso Colombiano de Salud Pública, el Dr. A.L. Bravo,<sup>40)</sup> presentó un documento - que sería luego publicado por la OPS- donde se definían una vez más los aspectos conceptuales y metodológicos de la coordinación o integración de servicios, incluyéndose asimismo una serie de pasos concretos que se deben dar para cumplir con el propósito señalado.

2.2.12 Finalmente, se completa la presentación de este período con una referencia breve a un artículo del Prof. M.I. Roemer sobre la justificación de los programas de la Seguridad Social en países subdesarrollados<sup>41)</sup>. Luego de reconocer las desigualdades creadas por los programas médicos de las I.S.S. en los países en vías de desarrollo, el Prof. Roemer enlista varias razones por las cuales, en su opinión, estos programas existen, son necesarios y aún beneficiosos: los fondos de la Seguridad Social aumentan el porcentaje del Producto Bruto Interno dedicado a los sectores sociales, son más

40) Organización Panamericana de la Salud; "Sistemas de Salud".  
Publ. Cient. # 234 Washington, D.C., 1972

41) Roemer, M.I. "Social Security for Medical Care: Is it justified in developing countries?" Int. J. Health Svs. I. #4, pp. 354-361 (1971)



estables que los provenientes de Rentas Generales, son utilizados en forma más eficiente que si dichos fondos se canalizaran a través de la práctica privada de la medicina, probablemente aumentan los recursos de los ministerios de salud, promueven un aumento en la formación de profesionales de salud y por sobre todo, atienden a los requerimientos de un sector vital para el desarrollo económico, el de los trabajadores industriales urbanos. Muchas de estas razones son estrictamente conjeturales por cuanto no descansan en evidencia empírica sólida y el Prof. Roemer así lo admite. Posteriormente, el mismo autor ha presentado evidencia un poco más elaborada, para justificar su argumento de que mayores gastos en los programas médicos de las I.S.A. incrementan (y no reducen) los fondos disponibles para los grupos más necesitados a través de los Ministerios de Salud <sup>43)</sup>. El Prof. Roemer destaca, sin embargo, la necesidad de coordinar los servicios de salud en estos países. "Muchos de los problemas enfrentados por los Ministerios de Salud en América Latina y en otros continentes han sido causados, no por la existencia de estos programas, sino por su independencia y separatismo, en lo que se relaciona a niveles de salario, ubicación de sus establecimientos, etc." señalando más adelante que "... la coordinación de las políticas de inversiones y programas entre la Seguridad Social y los Ministerios de Salud, tiene sentido independientemente de las prioridades que

---

43) Roemer, M.I. y Maeda, N. "Does Social Security Support for Medical Care Weaken Public Health Programs?" Int. J. Health Svs. VI, # 1, pp. 69-78 (1976).

se decidan en la distribución de los beneficios entre los distintos grupos de la población"<sup>44)</sup>

2.2.13 La presentación de las actividades desarrolladas durante este periodo - que a falta de una mejor denominación podría llamarse intermedio - muestra en primer término la participación cada vez más importante de las I.S.S. en la formulación de una doctrina internacional sobre el tema.

En segundo lugar, aparece como característica del mismo la importancia dada a la formación profesional en las políticas de coordinación, importancia esta destacada por la participación de representantes de facultades de medicina en los eventos más importantes del periodo.

En tercer lugar se avanzó notoriamente en la especificación de las implicaciones prácticas de las recomendaciones adoptadas llegando a constituir una guía - concreta aunque flexible - de la coordinación.

En el aspecto negativo cabe señalar que, durante este periodo se avanzó muy poco en el desarrollo de la investigación científica necesaria para estudiar las repercusiones de distintos métodos de financiación y organización de servicios personales de salud. A pesar de los esfuerzos por mejorar los bancos de datos en los países y de los intentos de análisis originados en el movimiento de planificación no se consiguió un estudio profundo de las suposiciones en las que se basa la corriente coordinadora. El trabajo del Prof.

---

44) Roemer, M.I.; "Social Security for ....." op.cit. p. 359

Roemer señala, en forma clara y terminante, la necesidad de este tipo de investigación para develar muchas de las incógnitas que traban la aplicación práctica de las recomendaciones adoptadas.

### 2.3 Periodo Reciente - 1972-1976

2.3.1 Patrocinado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social tuvo lugar en Buenos Aires en abril de 1972 el V Congreso Iberoamericano de Seguridad que, entre otros temas, trató la organización y coordinación de los servicios de salud. En el mismo se recomendó:

- la implementación progresiva de la coordinación buscando primero una cooperación entre todas las instituciones interesadas para pasar luego a una coordinación efectiva;
- la creación de Comisiones Coordinadoras Nacionales de todos los grupos interesados, inclusive las instituciones docentes;
- la creación de mecanismos de articulación entre las Comisiones Coordinadoras y los Organismos de Planificación Nacional;
- el fomento de los programas integrados a nivel local, promoción, protección y recuperación de la salud;
- el fomento de la coordinación entre los organismos internacionales

45)

2.3.2 El tema de las relaciones entre los ministerios, las I.S.S., el medio académico y las demás instituciones que brindan servicios de salud ha sido debatido en este período en varias reuniones internacionales.

-----  
45) Comité Permanente Interamericano de Seg. Social; "V Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Informe Final" Seguridad Social: 79, pp. 92-93

2.3.2.1 Es así que durante la VIII Reunión del CPISS celebrada en México en septiembre de 1972, al discutirse la organización de los servicios de la Seguridad Social, se produjeron intervenciones muy interesantes que, por describir una realidad a enfrentar, se considera oportuno transcribir.

El Representante de Venezuela, Dr. Rafael Ríquez expresó: "...pero es el hecho de que se habla del servicio nacional de salud para muchos países latinoamericanos, y de la necesidad imprescindible de que los servicios de salud tiendan a unificarse, ya que no pueden ser costeados únicamente por las cotizaciones patronales y obreras, sino también con aportaciones del Estado"<sup>46/</sup>. Continúa el Dr. Ríquez relatando dos experiencias, realizadas en su país, de entrenamiento común entre funcionarios del Ministerio de Sanidad y del Seguro Social "para que tengan un lenguaje común y se entiendan"<sup>47/</sup>; concluyendo: "Creo que esta experiencia es interesante y bastante pragmática puesto que se habla siempre de un servicio nacional de salud, pero nadie quiere ceder ninguna parte, ni los I.S.S. ni los Ministerios de Salud; por lo tanto la única fórmula que nosotros creemos justa es que los técnicos de ambas instituciones se complementen y lleguen a conocerse y adquirir una formación semejante"<sup>48/</sup>

---

46/ Ríquez, R. (Presidente del Consejo Directivo. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales), en Seguridad Social: 77 y 78, pp.61 y 62

47/ Idem

48/ Idem

2.3.2.2

Otra intervención interesante- que destaca las dificultades encontradas en la implementación del punto 9 del Programa de Otawa - fue realizada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT en un Simposium que tuvo lugar también en México en noviembre de 1972. Luego de indicar que se observaban signos de creciente comprensión ante el problema y que la extensión de la cobertura requería mayor volumen y mejor utilización de los recursos se señaló que la aplicación de medidas de coordinación tropezaba con: "el particularismo institucional que tiende a preservar cierta autonomía de los servicios médicos de la seguridad social, lo que es muy comprensible si se piensa que los trabajadores y empleadores que principalmente proporcionan los recursos económicos para financiar dichos servicios, no están dispuestos a sostener el costo de programas de salud que benefician a otros grupos de la población, cuya protección médico-social debería ser una responsabilidad del Estado como tal" (a ser financiados con recursos fiscales generales). En el otro extremo se encuentran los responsables de la política sanitaria nacional.. (quienes) "invocan el argumento de que la excesiva autonomía de los servicios médicos de la seguridad social puede conducir a distorsiones en la distribución de los servicios médicos y a la utilización poco racional de recursos médico-hospitalarios desde el punto de vista global y nacional"<sup>49/</sup>. Concluye el documento de la OIT elogiando los esfuerzos destinados a la búsqueda de un equilibrio eficaz entre las dos tendencias expresado en el movimiento por crear sistemas coordinados de salud que asignen a las distintas instituciones un papel útil y eficiente en interés de la comunidad y que tengan debidamente en cuenta las preocupaciones legítimas y desinteresadas de cada grupo.

---

49/ OIT. "Evolución y Perspectivas de la Seguridad Social en América Latina". Ponencia del Departamento de Seguridad Social de la OIT ante el Simposium sobre la Seguridad Social. Seguridad Social: 77-78 pp. 313-315.

2.3.3

Probablemente en ningún momento de este proceso histórico las dificultades en la búsqueda de ese equilibrio quedaron ejemplificadas en forma más clara que durante los debates originados durante el III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social realizado en Panamá en noviembre de 1972. Prácticamente todas las ponencias de este Congreso guardaron alguna relación más o menos directa con el tema de la organización de los servicios de salud, la extensión de la cobertura de los mismos y la necesaria coordinación para llevarla a cabo. Sin embargo, se hace referencia directamente a dos de ellas que reflejan tanto la búsqueda como las dificultades del equilibrio deseado.

El Prof. M.I. Roemer en representación de la OIT presentó la ponencia "El Desarrollo de los Servicios Médicos en los Regímenes de Seguridad Social de América Latina", reafirmando muchos de los puntos planteados por el mismo en exposiciones anteriores y que ya han sido objeto de revisión en este trabajo. El Prof. Roemer concluye que aún cuando el cuadro de realizaciones es generalmente favorable, se deben señalar también ciertas deficiencias como:

- la falta de cobertura de la mayoría de la población, especialmente en las áreas rurales (menos de 1/6 de la población económicamente activa está protegida);
- elevación de los costos (en parte debido al abuso tanto de pacientes como de médicos);
- deficiencias en el mantenimiento de la calidad;
- el mantenimiento de la distinción según la clase social en lo que respecta al derecho a las prestaciones y a los métodos de asistencia médica para diferentes grupos de la población;

- la falta de una evaluación adecuada de las realizaciones de los programas médicos de las I.S.S.;
- la falta de iniciativa de las I.S.S. en los esfuerzos por coordinar sus actividades con los ministerios de salud.

Finaliza su presentación el Prof. Roemer con la siguiente reflexión: "Las actividades de coordinación de los servicios de salud y de planificación nacional de salud...son más fundamentales que los simples intentos de mejorar la organización. Estos esfuerzos de coordinación constituyen fundamentalmente una respuesta a la intensificación de las presiones en todo el mundo para reconocer que la asistencia médica constituye un derecho humano fundamental de todos los ciudadanos y para que los Estados tomen medidas prácticas a fin de alcanzar este objetivo. Esta es probablemente la orientación que seguirán en el futuro los programas de Seguridad Social en América Latina"<sup>50/</sup>. El Congreso resolvió aceptar y hacer suyas estas conclusiones poniendo énfasis en la necesidad de continuar e incrementar los esfuerzos de coordinación.<sup>51/</sup>

El mismo Congreso, sin embargo, reaccionó en forma más cautelosa ante un planteamiento efectuado por el Dr. A.L. Bravo en representación de la O.P.S. que va al fondo del problema, es decir, a la calidad y el costo de las prestaciones médicas como factores de coordinación.<sup>52/</sup>

El argumento que interrelaciona la calidad, la cantidad y el costo de las prestaciones médicas se puede resumir de la siguiente manera:

---

50/ Organización Internacional del Trabajo; "El Desarrollo de los Servicios Médicos en los Regímenes de Seguridad Social en América Latina". Ponencia ante el III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Seguridad Social: 80-81 p.187-188.

51/ III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Informe Final op.cit. pp.195-196.

52/ Organización Panamericana de la Salud. "La Calidad y el Costo de las Prestaciones Médicas como Factores de Coordinación". Ponencia ante el III Congreso ...op.cit. pp.315-336.

la demanda de servicios de salud ha crecido de manera importante pues es deseo y compromiso de los gobiernos cubrir la totalidad de la población. Hay una insuficiencia en el volumen de recursos humanos y físicos necesarios para satisfacer ese aumento en la cantidad de servicios requeridos por lo que se hace indispensable coordinar los recursos de todas las instituciones para aumentar su productividad y, de esta manera, mejorar la cobertura. Habría una relación positiva y directa entre calidad y costo de los servicios y a su vez desniveles importantes en estos dos parámetros entre las I.S.S. y los Ministerios de Salud lo cual dificulta la coordinación. Lógicamente el aumento de la cobertura dentro de un marco limitado de recursos puede únicamente lograrse mediante un aumento sustantivo de la productividad y/o mediante limitaciones en la complejidad de los mismos. Concluye el Dr. Bravo su presentación: "Todo lo anterior está demostrando que la nivelación de la calidad es un elemento esencial de la coordinación y con frecuencia se transforma en un requisito indispensable que debe llevarse a la práctica antes de iniciar el proceso de coordinación. El problema más serio es que, como hemos dicho, la elevación de la calidad habitualmente va acompañada de un aumento de los costos y las instituciones propietarias de los establecimientos con frecuencia no están en condiciones de enfrentar un financiamiento de un mayor gasto de operaciones de un establecimiento de salud. En otras palabras, cantidad, calidad, costos y coordinación de los servicios son etapas de un mismo proceso que difícilmente pueden ser cumplidas aisladamente y que, por el contrario, deben constituir una secuencia armónica, que se puede ir cumpliendo en forma progresiva y cuyo objetivo final es aumentar la cobertura y mejorar la calidad para satisfacer la demanda de servicios de la población" 53/.

La reacción del Congreso fue clara al señalar en el Informe Final la defensa intransigente del derecho de los beneficiarios de la Seguridad Social a recibir prestaciones médicas de las más alta calidad sin compromisos de ninguna especie:

---

53/ OPS. "La Calidad y el..." op.cit. Idem



1o." Los usuarios tienen derecho a recibir una prestación médica integral de la más alta calidad posible y las instituciones de Seguridad Social tienen la obligación de esforzarse para proporcionarla a los asegurados y beneficiarios. La alta calidad favorece la coordinación con otros organismos, incluyendo las instituciones docentes."

2o." La calidad debe ser requisito en todos los niveles de la prestación médica integral. "

3o." Es imperativo evaluar la calidad cualitativa y cuantitativa de la prestación médica, para lo cual es recomendable la implantación de sistemas con ese fin."

4o." El aumento de los costos que se producen por la elevación de la calidad, está plenamente justificada siempre que se acompañe del aumento de los niveles de salud de la comunidad."

En el orden financiero, este aumento de los costos puede aminorarse con un adecuado uso de los recursos para aumentar su productividad.

Llaman particularmente la atención la justificación en el aumento de costos y la ausencia de cualquier mención a los conceptos de cobertura y coordinación.

2.3.4 Simultáneamente a este Congreso, se desarrollaba en Chile una reunión de especial trascendencia para los servicios de salud de los países americanos: la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas cuyo objetivo fue la planificación de una nueva década (1971-1980). Los Ministros expresaron que su principal problema radicaba en la provisión de servicios al 37% de la población que hasta ese entonces no recibía ningún tipo de atención médica. Al respecto señalaron: "Uno de los problemas de mayor preocupación en el curso de nuestros debates ha sido la insuficiencia de cobertura, y la falta de disponibilidad de cuidados de salud para todos los ciudadanos. Con no poca frecuencia se encuentra en nuestros programas la herencia de un sistema arcaico, que fue de utilidad en el pasado pero que hoy en día se caracteriza por su limitada accesibilidad, su costo prohibitivo y la indudable insatisfacción tanto del receptor como del dador. Se hizo notar de una manera general, que aún en países desarrollados, el pobre, los grupos remotos o aislados y las poblaciones indígenas carecen de adecuada atención.<sup>55/</sup>

Los objetivos y recomendaciones adoptados en los capítulos: "Sistemas de Servicios de Salud y su Cobertura", "Asistencia Médica y Sistemas de Salud" y "Procesos de Administración, Planificación e Información de Salud y Coordinación Intersectorial" se refieren en forma clara y precisa a los medios para lograr los propósitos enunciados.<sup>56/</sup> Se destacan los más directamente relacionados con la coordinación:

---

55/ Organización Panamericana de la Salud. "Plan Decenal de Salud para las Américas: Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas". OPS Documento Oficial No.118. Enero 1973 p.17

56/ OPS. "Plan Decenal...op.cit. pp.75-82

- "Definir, en cada país, una política para el desarrollo de los sistemas de servicios de salud, en función de una política nacional o sectorial que fundamente la redefinición del sector salud, delimitando sus campos de acción, la definición de los elementos institucionales del mismo y las coberturas geográficas de población y programáticas previstas.
- Aumentar la productividad de los sistemas mediante la puesta en práctica de las reformas técnico-administrativas y legales que fortalezcan la estructura orgánica y funcional y la autoridad normativa y rectora de la política de salud de los Ministerios y Secretarías de Salud.
- Lograr el ordenamiento sectorial y de su administración para que sirva como marco de referencia, que supone la organización de un sistema nacional viable de servicios de salud adaptado a las necesidades de cada país y el cumplimiento de los aspectos señalados en los puntos anteriores. La participación de los servicios médicos de la seguridad social es un elemento importante de este sistema y debe responder a la política y modalidades fijados por cada gobierno."
- "La definición, como propósito para el decenio, de la creación de servicios nacionales de salud que planifiquen y coordinen los recursos disponibles en un sistema de salud adaptado a las características de cada país". 57/

El mensaje general a extraer de la III Reunión Especial es la seria preocupación y firme determinación de quienes son responsables de la salud en el continente por extender la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones que, hasta el momento, no han recibido tales beneficios. En este contexto, los aspectos prácticos de la coordinación deberán ser valorados e implementados en la medida en que contribuyan en forma directa al logro de este objetivo.

2.3.5 A mediados de 1974 se reunió en Buenos Aires, Argentina, la Conferencia Interamericana sobre Planificación de la Seguridad Social. En la misma se destacaron dos temas de fondo: la necesidad de encarar a la Seguridad Social, dentro del amplio contexto de la planificación económica y social general (por lo tanto coordinándola con otras actividades del sector público) y la necesidad de extender sus beneficios a toda la población transformándola en un instrumento redistributivo importante. En este sentido las conclusiones más relacionadas al tema de la Coordinación entre Seguridad Social y Salud Pública a que llegó la Conferencia, fueron:

" La planificación de la Seguridad Social en cuanto va dejando de ser un instrumento para determinados sectores, pasa a convertirse en instrumento global para la comunidad, tiende a prescindir de la relación hombre-trabajo para desembocar en la relación hombre-ser social."

" La planificación de la Seguridad Social en el orden económico no debe basarse exclusivamente en la consecución de objetivos por métodos contributivos tradicionales, sino también en la participación

de los bienes patrimoniales, a través de sistemas distributivos solidarios." 58/

2.3.6 A fines de 1975 se realizó en Ginebra la VI Reunión de Coordinación de Actividades de Seguridad Social en las Américas. En la misma, el Dr. A.L. Bravo en representación de la OPS presentó una ponencia en la cual concluye:

" Los resultados (de diez años de esfuerzos para coordinar servicios de la Seguridad Social y los Ministerios de Salud) han sido lentos en llegar, porque el proceso es difícil, ya que lleva envuelto un período de información que es largo y complejo y otro de adaptación a una metodología nueva que no siempre es fácil de aceptar, ya que ella implica renunciamento a una parte de la tradicional autonomía de las instituciones como base de la solidaridad." 59/

" La razón más poderosa que ha inclinado a las autoridades de salud y de seguridad social a una actitud favorable a la coordinación ha sido, sin duda, la razón económica. La introducción de la planificación económica y social como parte integrante de las actividades del Estado para decidir sobre la asignación de recursos a los diversos sectores de la economía ha influido sobre las actividades de planificación del sector salud y ha llevado a la convicción de que la planificación del sector sólo puede tener éxito si se realiza como parte integrante del desarrollo económico social

---

58/ Conferencia Interamericana sobre Planificación de la Seguridad Social "Informe Final: Declaración Solidarista de Planificación Americana de la Seguridad Social". Mimeografiado, Buenos Aires, Argentina, 1974. Resoluciones # 118/9

59/ Organización Panamericana de la Salud; A.L.Bravo "Coordinación de los Servicios de Salud con los de la Seguridad Social a Nivel Nacional", mimeografiado, nov. 1975, p.57

del país. La coordinación interinstitucional dentro del sector se transforma de este modo en una condición indispensable para presentar, en forma coherente, los programas de salud y competir con éxito en la asignación de recursos al sector. Las instituciones de seguridad social tienen en esto un papel preponderante, ya que, como parte del sector económico, son responsables de lo que se ha dado en llamar la redistribución de la riqueza o, dicho en otras palabras, tienden a crear una capacidad de consumo de bienes y servicios en los grupos económicamente más débiles de la población. Por otro lado, como instituciones administradoras de servicios, están íntimamente vinculadas con las actividades del sector salud y contribuyen en proporción importante a su financiamiento. A todo lo anterior es necesario agregar que la mayoría de los países han centrado el manejo de la asistencia técnica internacional en las juntas nacionales de planificación económica y social o en otros organismos estrechamente vinculados con ellas. La consecuencia de todo lo anterior es que, cada día en forma más evidente, la asistencia técnica internacional al sector salud, como asimismo a la seguridad social, se canaliza a través de mecanismos integracionistas, en los que cada sector es ponderado en su capacidad de desarrollo e incorporado al programa nacional de desarrollo del país correspondiente."

Este período final se ha caracterizado por un tratamiento algo más riguroso del tema. La preocupación central es lograr la extensión de la cobertura con servicios apropiados a toda la población de las

Américas. Dentro de ese contexto los regímenes de salud de la Seguridad Social deben ser parte de un sistema nacional viable de servicios de salud orientado a cumplir el objetivo central señalado. La coordinación y/o la integración de sus servicios con los de los Ministerios de Salud aparece de nuevo como un elemento fundamental e indispensable de dicha transformación.

SUMARIO:

1. El tema "Coordinación de Servicios" ha sido, durante el período revisado, motivo de análisis y discusión en forma extensa en numerosas reuniones internacionales, las cuales si bien apoyaron el concepto básico y su filosofía, no siempre estuvieron de acuerdo en los mecanismos a ser utilizados en la implementación.
2. Se observa en los documentos revisados, un consenso de pareceres en cuanto a los beneficios a ser derivados de la coordinación e integración de servicios de salud; particularmente en relación con el aumento del rendimiento de los recursos y la distribución más justa e igualitaria de los mismos entre los distintos sectores de la población. El énfasis en estas dos modalidades, integración y coordinación, parece sin embargo, haber cambiado a través del tiempo.
3. Esquemáticamente, y en forma muy general, la tendencia observada a través del análisis de las resoluciones y recomendaciones adoptadas en estas reuniones, permitiría subdividir el período en tres etapas, más o menos bien diferenciadas:
  - Inicial: Con participación primordialmente de los Ministerios de Salud donde se favorecen los mecanismos de integración y fusión para lograr una mayor eficiencia y una distribución más justa de los servicios de salud (1959-1966).
  - Media: Con participación más activa y en ocasiones aún preponderante de representantes de las Instituciones de Seguridad Social, en la cual se propician soluciones tendientes a desarrollar mecanismos de coordinación y cooperación para aumentar la eficacia en el uso de los recursos y evitar duplicaciones (1966-1971).



- Final: Que refleja al parecer un período de maduración y reflexión luego de la intensísima década anterior. El énfasis se orienta más al análisis de los resultados fiscales que al proceso mismo. En pocas reuniones se discutió el tema en forma específica pero cuando esto ocurrió se presentaron posiciones quizá más definidas que durante los períodos anteriores.
4. Esta evolución parecería estar relacionada en forma muy estrecha con una pérdida relativa de poder e influencia por parte de los Ministerios de Salud en función del desarrollo de las Instituciones de Seguridad Social. Como corolario se nota un deterioro en el manejo conceptual del problema pasándose de una concepción inicial de integración de servicios a la de coordinación de los mismos, llegándose aún a discutir formas de cooperación o colaboración en las relaciones entre las distintas instituciones, como paso previo para la coordinación.
  5. En varias oportunidades, los gobiernos a su nivel más alto, reafirmaron el compromiso de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos y por consiguiente lograr el acceso de estos a los servicios de salud necesarios.
  6. Se observó durante este período que el enfoque de discusión fue predominantemente focalizado en los aspectos administrativos y estructurales y solo muy parcialmente en los mecanismos financieros, cuando estos últimos son tan o más importantes que los anteriores en los objetivos perseguidos.
  7. La revisión efectuada de la literatura permite afirmar que el concepto de coordinación ha sido discutido con base fundamentalmente en observaciones personales de dirigentes experimentados de las diferentes instituciones.

Parecería, sin embargo, que existe un vacío en investigación científica que habría permitido cuantificar la realidad de manera objetiva, enriqueciendo en esta forma las posibilidades de análisis.

COORDINACION ENTRE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PUBLICA

Principales resultados de una encuesta

Introducción

Como actividad preparatoria a la elaboración del Documento de Trabajo para las Discusiones Técnicas la OPS/OMS entendió conveniente realizar dos tipos de actividades cuyos resultados dan contenido al presente anexo:

i) Una encuesta dirigida a las instituciones de seguridad social para actualizar información sobre la relación que mantienen con el gobierno central; número, categorías y ubicación de sus beneficiarios; número y tipo de prestaciones otorgadas; mecanismos financieros de sus regímenes de salud; y finalmente, áreas en las cuales se ha desarrollado el proceso de coordinación con los Ministerios de Salud.

ii) Entrevistas con directivos de los Ministerios de Salud, de las Instituciones de Seguridad Social, de los empleadores, de los empleados y de los órganos de prensa, en seis países de la Región en los cuales estaban ocurriendo cambios significativos, a los efectos de tener una impresión más directa sobre los elementos que afectan al proceso de coordinación y conocer la opinión de diversos sectores sobre dicho proceso.

Este documento consta de dos secciones (A y B) en las cuales se presentan y analizan respectivamente los principales aspectos de la información obtenida de las encuestas y de las entrevistas.

En relación con la primera debe señalarse con toda claridad que las respuestas recibidas, contienen en general, datos correspondientes a una, o las principales instituciones de seguridad social existentes en el país respectivo, por tanto algunos de ellos, particularmente los relacionados con población cubierta, estarían por debajo de las cifras reales absolutas. Al procesar la información se tuvo conciencia de esta limitación, y cuando fue posible se complementaron los datos, lo cual se indica en los sitios correspondientes. Esta limitación en las cifras absolutas no invalida sin embargo los principios generales que son en realidad los que constituyen el motivo central del análisis.

## SECCION A

### Información proporcionada por la Encuesta

#### 1. Observaciones Generales

En la Región hay 31 países miembros de la OPS. A dos de ellos no se envió la encuesta (U.S. y Canadá). De los 29 restantes, 8 no contestaron. Con respecto a estos ocho países, Bahamas, Cuba, Haití y los territorios vinculados a Francia y Holanda, debe señalarse que la encuesta, por razones similares a las de algunos otros países del Caribe tiene una menor aplicabilidad que en el resto del continente. Como no respuestas netas quedan entonces México, Nicaragua y Uruguay. De los 21 países que contestaron, en seis se consideró que no existe el problema objeto de análisis ya que la seguridad social en esos países no presta servicios personales de salud directamente, y en consecuencia, no se estimó necesario suministrar información. Estos países son Barbados, Granada, Guyana, Jamaica, Surinam y Trinidad y Tobago. La respuesta de Paraguay fue recibida a posteriori de la redacción del presente documento por lo que fue imposible tomar en cuenta la información contenida en ella.

Las respuestas dadas a la encuesta se refieren en casi todos los países que informaron únicamente a la o las principales instituciones de seguridad social. Sólo tres países enviaron información correspondiente a más de una institución. Este hecho pone de manifiesto las dificultades que los propios países afrontan para recabar este tipo de datos en todas sus instituciones. Por lo tanto, para aquellos países que poseen varias instituciones menores de seguridad social con regímenes de salud, los datos reportados se han tomado como una representación de los correspondientes al país en el área de la seguridad social. Al interpretarlos es necesario tener en cuenta esta limitación.

Se identificaron en la Región dieciocho países en los que coexisten en forma importante servicios de los Ministerios de Salud y aquellos administrados directamente por las instituciones de seguridad social. Tales países son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. La información contenida en las trece contestaciones oportunamente recibidas, fue complementada para los casos de El Salvador, México y Nicaragua con datos obtenidos de anuarios publicados por las instituciones correspondientes.

De las respuestas obtenidas fue en ocasiones muy difícil extraer información completa que permitiera describir los aspectos motivo de análisis. Se hizo un esfuerzo pues, para verificar los datos obtenidos, usando otras fuentes de información, de modo de asegurar la interpretación correcta de los mismos. En cada tabla, gráfico o cuadro se han indicado las fuentes y los procedimientos utilizados para el manejo de los datos.

En el conjunto persisten, sin embargo, dos tipos generales de problemas cuya magnitud se ha tratado de minimizar:

i) La relativa exactitud de algunos de los datos que, como otros pertenecientes también a la esfera de las ciencias sociales, puede obedecer a distorsiones de la definición utilizada o de los métodos de computación seguidos. Este problema se agudiza cuando se establecen comparaciones entre países pues las definiciones pueden variar de un país a otro, por lo cual se puso especial énfasis en la encuesta en aclarar previamente los términos usados.

ii) La pertinencia del período de tiempo seleccionado para estudio. La encuesta realizada se concentró en el período 1965-1975. Puede argumentarse que en el campo de la coordinación de servicios de salud han ocurrido

hechos importantes antes, o sobretodo después de dichas fechas, y que en general, es un período de tiempo muy corto para efectuar observaciones concluyentes. Debe destacarse, sin embargo, que las observaciones en tres puntos del período seleccionado pueden reflejar tendencias imperantes en los países, alrededor de esos años y en consecuencia tales observaciones actuarían como indicadores, que cubren un lapso más prolongado.

Estos dos tipos de dificultades finalmente aconsejarían la verificación de las observaciones primarias aquí presentadas, para cada país, usando un análisis longitudinal de series coherentes y completas de datos. El tener solo tres observaciones en el tiempo y el interés en formular consideraciones de carácter regional forzaron la comparación cruzada de la información como método analítico prevalente en este trabajo.

A los efectos del análisis se presentan los resultados con respecto a cinco aspectos principales de los regímenes de salud de las instituciones de seguridad social: Dependencia, Organización y Financiamiento; Población Amparada; Gastos, Costos y Utilización; Disponibilidad y Rendimiento de los recursos Médico-Hospitalarios; y Coordinación alcanzada con los Ministerios de Salud.

## 2. Dependencia, Organización y Financiamiento de las Instituciones de Seguridad Social

El cuadro No. 1 presenta en forma sinóptica las características estructurales de los regímenes de salud de las instituciones de seguridad social. Se señalan el área del gobierno central con la cual se relacionan o de la cual dependen (Ministerios de Trabajo, Bienestar Social o Salud),

el tipo de dependencia (en general entidad autónoma con subordinación política y/o normativa), la existencia de una o varias instituciones principales (información complementada) y las fuentes principales de financiación (contribuciones de empleadores: públicos y privados; empleados y/o contribuciones del Estado como tal).

En el análisis del cuadro es interesante destacar los casos de Brasil, Costa Rica y Chile por el papel importante que juega en ellos la financiación estatal, ya sea a través de impuestos generales o de impuestos destinados especialmente a financiar los servicios de salud de la seguridad social. El FUNRURAL en Brasil, el SNS en Chile y los hospitales transferidos a la C.C.S.S. en Costa Rica son preferentemente financiados por recursos del Estado como tal en un esfuerzo por extender la cobertura de los regímenes de Salud.

Políticas similares de extensión de servicios de la seguridad social han sido ensayados en México: (Programa de Solidaridad Social); en Colombia: (Desarrollo Rural Integrado); y en Panamá, para la extensión rural de los servicios de salud, aunque en una escala menor que en los tres países mencionados en primer término. Interesa esta distinción de financiación entre formas tradicionales (tripartita o bipartita) y formas no tradicionales de financiar la seguridad social (aporte preponderante del Estado como tal) por la influencia que estos métodos tienen en la extensión de la cobertura de los regímenes de salud. Se insiste sobre este punto en la sección siguiente.

Otro aspecto interesante del cuadro No. 1 es la relación de subordinación política de las instituciones de seguridad social con los Ministerios de Trabajo al tiempo que toman la forma de prestación directa de servicios de salud. Hacen excepción a esta regla los casos de Argentina (Ministerio de

CUADRO No. 1

| País       | Estatal | Paraes-<br>total | Dependencia   | Iniciación | Organización   | Financiación   |
|------------|---------|------------------|---|------------|--|--|
| Argentina  | x       |                  | A través de la Secretaría de Estado de Seguridad Social en órbita del Ministerio de Bienestar Social de la Nación   | 1934       | 1. Numerosas instituciones autónomas coordinadas por un organismo central: Instituto Nacional de Obras Sociales.<br>2. Combinan prestación directa con servicios contratados a terceros.   | Por aporte empleado/<br>empleador  |
| Bolivia    |         | x                | Instituciones autónomas con tuición política a cargo del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y normativa del Instituto Boliviano del Seguro Social (IBSS). | 1949       | 1. Varias instituciones autónomas coordinadas por el IBSS.<br>2. Prestan servicios en forma directa.   | Por aporte empleado/<br>empleador  |
| Brasil     |         | x                | Instituciones autónomas dependientes del Ministerio de Previsión y Asistencia Social (MPAS).  | 1923       | 1. El MPAS orienta políticamente y controla varias instituciones con autonomía ejecutiva.<br>2a. Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) contrata 90% de sus servicios con terceros, mediante pago por servicio.<br>2b. FUNRURAL contrata 100% de sus servicios con terceros mediante "capitación"<br>2c. Otras instituciones menores con prestación directa de servicios. | INPS. - Por aporte empleado/<br>empleador.<br>- Por aporte estatal para administración y defícito.<br>FUNRURAL.- Por impuesto especial a transacciones agropecuarias<br>- Por aporte de empleador. |
| Colombia   |         | x                | Institución autónoma, Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS) adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.  | 1946       | 1. Institución principal (ICSS) y varias instituciones menores.<br>2. Preferentemente prestación directa de servicios.   | - Por aporte empleado/<br>empleador y estado.  |
| Costa Rica |         | x                | Institución autónoma, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) adscrita al Ministerio de Trabajo.  | 1943       | 1. Institución única (CCSS) que coordina con los Ministerios de Trabajo y de Salud.<br>2. Prestación directa de servicios.   | - Por aporte empleado/<br>empleador y estado.<br>- Aporte estatal incrementado al transferir atención hospitalaria a la CCSS.  |



| País             | Estatal | Paraes-<br>total | Dependencia  | Iniciación | Organización  | Financiación   |
|------------------|---------|------------------|--|------------|---|--|
| Chile<br>Sermena |         | x                | Institución autónoma dependiente en política de salud del Ministerio respectivo.   | 1942       | 1. Institución que coordina con los Ministerios de Trabajo y Salud.<br>2. Prestación directa sin con- trata servicios con terceros, mediante pago por servicio. | - Por aporte empleado/<br>empleado.  |
| Chile<br>SNS     | x       |                  | Directa del Ministerio de Salud.   | 1952       | 1. Institución autónoma aunque ligada al Ministerio de Salud.<br>2. Presta servicios directamente.  | - Por aporte estatal. Las contribuciones empleado/<br>empleado del Seguro Social Obrero cubren una mínima parte (10%) de su presupuesto. |
| Ecuador          |         | x                | Institución autónoma bajo tuición del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.  | 1935       | 1. Institución principal, autónoma.<br>2. Presta servicios en forma directa.  | - Por aporte empleado/<br>empleado.  |
| El Sal-<br>vador |         | x                | 1. Institución autónoma, Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) dependiente política y administrativamente del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.<br>2. Hospital ANTEL depende del Ministerio del Interior. | 1949       | 1. Dos instituciones independientes entre sí y subordinadas a Ministerios diferentes.<br>2. Ambas prestación directa de servicios.                              | - ISSS por aporte del Estado, empleado y empleado.   |
| Guatemala        | x       |                  | Institución autónoma, Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) subordinada al Ministerio de Trabajo y Previsión Social.   | 1946       | 1. Institución principal y autónoma.<br>2. Prestación directa de servicios.   | - Por aporte del Estado, empleado y empleado.  |
| Honduras         |         | x                | Institución autónoma, Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) subordinada al Ministerio de Trabajo.   | 1952       | 1. Institución principal y autónoma.<br>2. Prestación directa de servicios.   | - Por aporte del Estado, empleado y empleado.  |

| País                 | Estatal | Paraes-<br>total | Dependencia   | Iniciación | Organización  | Financiación  |
|----------------------|---------|------------------|---|------------|---|---|
| México               |         | x                | Varias instituciones autónomas supervisadas por el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social (MTBS). | 1942       | 1. El MTBS orienta políticamente a varias instituciones con autonomía ejecutiva.<br>2a. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con prestación directa de servicios preferentemente. los servidores y trabajadores del Estado (ISSSTE) con prestación directa de servicios preferentemente.<br>2c. Hay otras instituciones menores con prestación de servicios.  | - IMSS por aporte del Estado, empleador y empleado. |
| Nicaragua            |         | x                | Institución autónoma con tuición política del Ministerio de Salud Pública.                          | 1955       | 1. Institución única y autónoma.<br>2. Prestación directa de servicios preferentemente.   | - Por aporte del Estado, empleado y empleador.      |
| Panamá               | x       |                  | Institución autónoma con tuición política del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.             | 1941       | 1. Institución única y autónoma.<br>2. Prestación directa de servicios.   | - Por aporte del Estado, empleado y empleador.      |
| Perú                 | x       |                  | Institución autónoma "del sector Trabajo".  | 1936       | 1. Varias instituciones. Caja Nacional del Seguro Social del Empleado y Caja Nacional de Previsión (CNSS, SSE, CNP) fusionados en una institución única y autónoma.<br>2. Prestación directa de servicios.  | - Por aporte del Estado, empleado y empleador.      |
| República Dominicana |         | x                | Institución autónoma dependiente del Ministerio del Trabajo.  |            | 1. Institución única y autónoma.<br>2. Prestación directa de servicios.   | - Por aporte del Estado, empleado y empleado.       |
| Venezuela            |         | x                | Instituciones autónomas subordinadas al Ministerio de Trabajo.                                      | 1940       | 1. Varias instituciones independientes entre sí.<br>2a. El Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS) con prestación directa de servicios aunque contrata algunas hospitalizaciones con terceros.<br>2b. El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) con modalidad similar al IVSS.<br>2c. Hay otras instituciones menores. | - Por aporte del Estado, empleado y empleado.       |

Fuentes: Encuesta OSP/OMS sobre instituciones de seguridad social - 1977, salvo fechas de iniciación y datos de financiamiento tomadas de "Social Security Programs Throughout the World - 1974". U.S. Department H.E.W., S.S.A., Office Research and Statistics, Washington, D. C., 1975.

Bienestar Social) y Bolivia (Ministerio integrado para Salud y Seguridad Social) y Chile y Nicaragua, por haber subordinado los regímenes de salud de la seguridad social al Ministerio de Salud. En los otros doce casos la orientación política sobre la organización de los servicios, constitucionalmente reservada a los Ministerios de Salud, se debe ejercer mediante procesos bilaterales entre éstos y aquellas de acuerdo a instrumentos legales creados específicamente con ese propósito. En estos casos la coordinación entre los servicios de los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social se debe realizar en un marco legal paralelo o distinto del que indica la subordinación natural de estas instituciones.

En tercer lugar cabe destacar que varios países se han movlizado en el sentido de crear un organismo coordinador para la supervisión ejecutiva y la uniformización de los regímenes de salud, previamente administrados en forma totalmente autónoma por varias Cajas. Argentina, Bolivia, Brasil y Perú han dado pasos en este sentido aunque con diferente grado de efectividad en la fusión de los organismos pre-existentes. En otros países, una de las instituciones ha cobrado preminencia dominando el panorama de las prestaciones de salud financiadas por la seguridad social. Tal es el caso, entre otros, de Colombia, Costa Rica, Venezuela y hasta cierto punto México.

### 3. Población amparada por los regímenes de salud de la seguridad social

El cuadro No. 2 presenta información de la encuesta sobre la población beneficiaria: evolución histórica, relación con la población económicamente activa y con la población residente en localidades de 20.000 habitantes o menos. A los efectos de estudiar la posible repercusión de dos factores que se considera teóricamente que pueden influenciar las posibilidades de expansión

de la cobertura (interpretada como proporción de población con acceso) de los servicios de seguridad social se incluyen dos indicadores tomados de otras fuentes: un índice de desarrollo económico, el Producto Bruto Interno por habitante, y la distribución del ingreso por grupos porcentuales de población resumida en Coeficientes de Gini.

El supuesto básico es que al aumentar el desarrollo, aumenta la población económicamente activa, y en cierta medida en etapas subsiguientes la distribución del ingreso. Estos dos factores harían que aumente potencialmente la proporción de la población con capacidad económica de afiliación a los regímenes de salud de la seguridad social. En consecuencia harían mas viable la participación de éstas en la ampliación de la cobertura de servicios de salud. En otras palabras, la capacidad de expansión de estas instituciones estando ligada a su forma de financiación, es limitada en las condiciones de desarrollo en que se desenvuelven los países latino americanos, y por consiguiente el cumplimiento de los objetivos que en este sentido esas mismas instituciones se han formulado (incorporación de la población rural, incorporación de no contribuyentes, etc.) requeriría un plazo muy largo. Nótese que se trata de explorar la influencia de estos dos elementos solamente, sin tomar en consideración otros factores que pueden cambiar las condiciones actuales. Entre ellos fundamentalmente las decisiones de política y estructurales.

Todos estos datos poseen un cierto margen de error como se señala a continuación:

CUADRO No.2- POBLACION CUBIERTA POR LOS REGIMENES DE SALUD DE LOS SEGUROS SOCIALES  
EN RELACION A ALGUNOS INDICADORES SOCIOECONOMICOS

| PAIS          | Población Amparada |      |             | PBI por hab.<br>1975<br>(en US\$ 1973) | Coeficiente<br>de<br>Gini | Pobl. Activa<br>Asegurada<br>1975 (%) | Pobl. cubierta<br>local. 20,000<br>(%) |
|---------------|--------------------|------|-------------|--|---------------------------|---------------------------------------|--|
|               | 1965               | 1970 | 1975<br>197 |  |                           |                                       |  |
| Argentina     | -                  | -    | 57.5        | 1426                                   | .4375                     | 52.0                                  | 43.6                                   |
| Bolivia (1)   | (1)                | -    | 11.2        | 18.5                                   | 281                       | -                                     | 0.0                                    |
| Brasil        | (2)                | -    | 68.7        | 77.6                                   | 769                       | .6093                                 | 68.2                                   |
| Colombia      |                    | 3.7  | 5.8         | 7.3                                    | 461                       | .5557                                 | 18.1                                   |
| Costa Rica    |                    | 30.0 | 46.6        | 65.6                                   | 785                       | .4445                                 | 52.5                                   |
| Chile         | (3)                | 16.8 | 20.0        | 27.1                                   | 925                       | .4658                                 | -                                      |
| Paraguay      |                    | 4.3  | 5.1         | 6.2                                    | 431                       | .6826                                 | 19.4                                   |
| El Salvador   | (4)                | 3.0  | 4.0         | 5.8                                    | 433                       | .5460                                 | 12.7                                   |
| Perú          |                    | 9.1  | 10.6        | 12.0                                   | 621                       | -                                     | 29.6                                   |
| Paraguay      |                    | 1.5  | 4.1         | 7.5                                    | 369                       | .6188                                 | 10.6                                   |
| Venezuela (5) | (5)                | 13.3 | 20.3        | 27.7                                   | 777                       | .5827                                 | -                                      |
| Paraguay      |                    | -    | -           | 8.3                                    | 643                       | -                                     | 15.9                                   |
| Paraguay      |                    | 10.8 | 22.6        | 36.9                                   | 1030                      | .5567                                 | 49.5                                   |
| Paraguay      | (6)                | 7.5  | 7.7         | 10.8                                   | 594                       | .6664                                 | 37.7                                   |
| Dominicana    | (7)                | 4.0  | 3.9         | 3.6                                    | 618                       | -                                     | -                                      |
| Venezuela     |                    | 15.3 | 19.0        | 24.0                                   | 1486                      | .5445                                 | 28.0                                   |

Notas:

Población amparada: "Encuesta OSP/OMS sobre instituciones de seguridad social", enero-mayo 1977.

Producto Bruto Interno: Sección Estadísticas, Banco Interamericano de Desarrollo, junio 1977.

Coeficiente de Gini de distribución del ingreso: Shail, Jain "Size Distribution of Income", World Bank Publication, Washington, D. C., 1975.

Población económicamente activa: U.N. Statistical Year-book, 1975.

Población en localidades de 20,000 habitantes o menos: División de Servicios de Apoyo, OPS/OMS, junio 1977.

TABLA I (Continuación)

Población total en 1965-70-75; BID "Progreso Económico y Social de América Latina; Informe Anual 1975".

Notas

- (1) Dato de población cubierta para 1970, corresponde a 1972, tomado de "Esquemas de Organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural", Seguridad Social: 89 p.176
- (2) Datos para Brasil incluyen únicamente INPS y FUNRURAL. Esta última institución reportó como población amparada el total estimado de la población rural de Brasil. Como en 24% de los municipios del país, FUNRURAL carece de convenios para prestar asistencia de salud (ver FUNRURAL: Boletín Estadístico 1976) se ajustó la población amparada por esta Institución en esa proporción.
- (3) SERMENA únicamente. El SNS no posee registro de beneficiarios, estimando su cobertura en un 75% de la población del país lo que arrojaría una cobertura conjunta para 1975 de 102.1%.
- (4) Datos de población cubierta corresponden a 1967, 1971 y 1975 y fueron tomados de "Síntesis y desarrollo del I.S.S.S.", San Salvador, Octubre 1976 p.12
- (5) Datos de población cubierta correspondientes a 1965 y 1970 de "Memoria Estadística" del IMSS, y para 1975 de "La participación de las Instituciones de Seguridad Social en los Programas de Planificación Familiar" ponencia de la OIT ante el V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Caracas, julio 1976.
- (6) Dato para 1968 en lugar de 1965.
- (7) El dato para 1975 incluye únicamente los beneficiarios afiliados pues son considerados "dependientes la cónyuge para maternidad y al hijo hasta los 8 meses de edad". Si se consideraran los dependientes como población cubierta el % subiría al 7.9%. Por una razón similar los dependientes no fueron incluidos como población cubierta en Ecuador ni en Perú.

i) El porcentaje de población total amparada por regímenes de salud de la seguridad social es una información cuya exactitud depende de que existan registros completos de afiliados e igualmente del número y grado de autonomía de las instituciones participantes en cada país. A mayor número y cuanto mayor la autonomía, más grande sería el margen de error. La confiabilidad del registro depende a su vez del método de contribución de los beneficiarios (directa o indirecta), del grado eventual de evasión fiscal en las contribuciones y de la diligencia administrativa con que se incorporen los cambios en tal registro

Estas dificultades explicarían porque algunos de los países optaron por proporcionar estimaciones globales de la población cubierta (INPS - Brasil 50,400,000 beneficiarios o INOS-Argentina 1,500,000 beneficiarios rurales). En la medida de lo posible datos de este tipo fueron ajustados de acuerdo a anuarios u otras fuentes proporcionadas por las propias instituciones, o a publicaciones de los organismos internacionales de seguridad social. Vale la pena recordar que la información suministrada en respuesta a la encuesta cubre generalmente sólo a la institución principal existente en el país por lo cual los datos de población amparada subestiman el total real de la población cubierta, aunque no en forma substancial su expresión relativa (porcentaje) lo que interesa en estos indicadores es fundamentalmente la magnitud de los mismos (el 5%, ó el 10% ó el 75% por ejemplo) y no tanto su precisión. La segunda fuente de posible inexactitud de estos datos de población se origina en la característica de "estimaciones" de la población total de cada país. En la medida en que dichas estimaciones se alejan del año censal y que la tasa de crecimiento poblacional sufre variaciones, las mismas pierden exactitud.

Estas causas de error, comunes a cualquier investigación de esta naturaleza, no parecen haber distorsionado la información en forma indebida pues ésta es concordante con datos publicados con anterioridad.

ii) El P.B.I. por habitante para el año 1975, expresado en dólares de 1973, es una medida que refleja, también en forma inexacta el desarrollo económico de los países. La metodología utilizada por el BID para el cálculo es lo suficientemente depurada como para brindar datos confiables, aún expresados en U.S. dólares. Debe recordarse, sin embargo, que el PBI per-se ha sido cuestionado insistentemente por no reflejar toda la actividad económica de un país, ni tampoco la forma como se distribuye el ingreso generado por esa actividad económica, siendo por tanto un indicador relativamente pobre del bienestar social. Por ese motivo, se introdujo el Coeficiente de Gini que resume la distribución del ingreso nacional por grupos porcentuales de población <sup>1/</sup> Aunque también ha sido objeto de crítica por ser un indicador global que oculta situaciones de grupos especiales, este coeficiente sigue siendo el mejor indicador disponible de la distribución del ingreso de una sociedad. Esta distribución es más igualitaria cuanto menor es el valor numérico del Coeficiente de Gini. En la tabla se ha tratado de mantener la comparabilidad entre países usando únicamente coeficientes que se refieran a toda la población (urbana y rural), de preferencia basados en el ingreso familiar como unidad de observación, y tomando el último dato disponible.

iii) Se presenta además la proporción de la población económicamente activa

---

1/ El Coeficiente de Gini es un indicador que mide la separación entre la distribución existente y la distribución igualitaria ideal. Por ésta se entiende aquella en la cual cada grupo participa del ingreso total en la misma proporción: por ej.: cada 10% de la población recibe el 10% del ingreso del país. El Coeficiente de Gini se puede calcular para varios subgrupos de población (urbana, rural, económicamente activa, con ingresos económicos) o para toda la población. A su vez, el cálculo se puede basar en el ingreso individual o familiar. Estas alternativas hacen variar el valor numérico del coeficiente para un mismo país. El valor numérico del coeficiente también se modifica con el tiempo.



afiliada como contribuyente, así como el porcentaje de la población residente en localidades de 20,000 habitantes o menos, cubierta por los regímenes de salud de la seguridad social. Ambas columnas presentaron dificultades de computación.

La información sobre la población económicamente activa corresponde al último año censal por lo que se usó el porcentaje de ese año para estimar la correspondiente a 1975. Esto supone que dicha proporción se mantiene más o menos constante en períodos cortos de tiempo.

En dos países no se pudo establecer con exactitud la población residente en localidades de 20,000 habitantes o menos (Chile y Panamá). En varios países simplemente el dato no pudo ser calculado (Colombia, El Salvador y Perú). En México y República Dominicana los valores reflejan el porcentaje de población rural según definición censal del país y no según el criterio de la encuesta. Más aún, el dato de México corresponde a 1973, distorsión de importancia pues varios programas de extensión del seguro a la población rural fueron iniciados en ese año o posteriormente.

Estas variables se han incluido a pesar de las limitantes mencionadas para dar una idea de la magnitud de los problemas a enfrentar en el propósito de extender la cobertura de servicios de salud de la seguridad social a la población rural y aún urbana en su totalidad.

Los datos del Cuadro No. 2 muestran que la casi totalidad de los países incluidos han incrementado la proporción de su población amparada durante el decenio considerado. Esta tendencia concuerda con la voluntad expresada por los países (III Reunión de Ministros de Salud Pública y Programa de Ottawa de la Seguridad Social) de universalizar el acceso a los servicios de salud así como la protección brindada por los seguros sociales.

En frente del compromiso que se han establecido los países de ampliación de la cobertura en base a los datos aquí disponibles, interesa analizar el potencial expansivo de los modelos de servicios de los regímenes de salud de la seguridad social.

A los efectos de analizar las posibilidades de expansión de los regímenes puros de seguridad social, es decir, aquellos en los que la financiación estatal no es un componente dominante, se deben excluir los casos de Brasil, Costa Rica y Chile. Como se ha señalado, FUNRURAL en Brasil y los hospitales transferidos a la C.C.S.S. en Costa Rica se financian de fuentes enteramente distintas a las tradicionales del Seguro Social. El caso de Chile también merece consideración aparte, pues los beneficiarios del Seguro Obrero están amparados en el régimen del SNS resultando, por lo tanto, el porcentaje cubierto por SERMENA en una subestimación considerable de lo que la seguridad social, financiada en su forma tradicional, podría cubrir.

El desarrollo económico puede ejercer una influencia importante en el incremento de la población amparada por la seguridad social. A los efectos de estudiar la relación que pudiera existir entre el desarrollo (expresado en P.B.I. por habitante) y la proporción de la población con posibilidades de acceso a los regímenes de salud de la seguridad social (cobertura teórica potencial de éstos) se calculó la correlación entre ambas variables para los trece países restantes. Los gráficos 1.a y 1.b muestran en forma clara que existe, como era de esperar, una correlación positiva entre las mismas. Con los valores del gráfico 1.b representando a los trece países con financiación característica de la seguridad social (bipartita o tripartita pero el Estado como un aportante más), se obtuvieron los siguientes resultados:

$$\begin{aligned} a &= - 4.7502 \\ b &= 0.0314 \\ r^2 &= 0.59 \end{aligned}$$

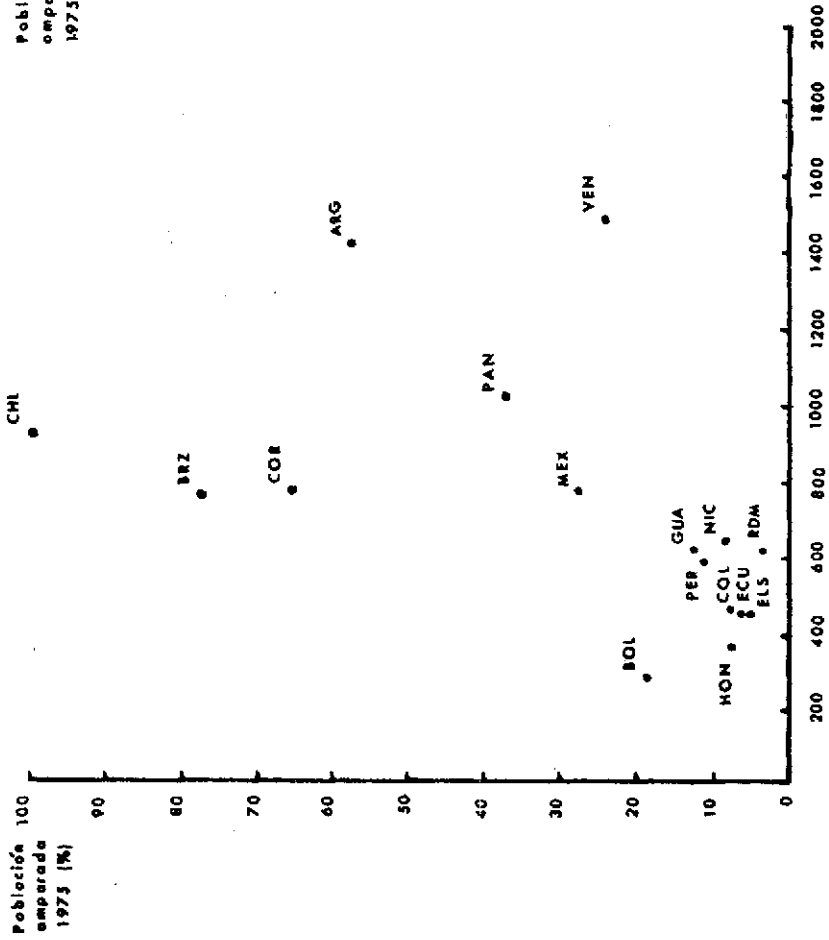
La línea del gráfico 1.b indicaría el crecimiento "tipo" de las posibilidades de acceso a los regímenes de salud de la seguridad social en relación con el desarrollo económico, de acuerdo a la experiencia de 13 países de América Latina en 1975. Según esta línea teórica las posibilidades de acceso para toda la población (cobertura universal) en base a las dos variables analizadas, sólo se alcanzaría cuando el PBI per cápita llegara al nivel de los 3,350 U.S. dólares .

Evidentemente, hay otros factores que influyen la cobertura proporcionada por la seguridad social. Entre los varios posibles, se considera de interés estudiar el impacto de la distribución del ingreso, en el supuesto de que para un mismo nivel de desarrollo económico, una sociedad más igualitaria preferirá proteger un porcentaje más alto de la población que incrementar la complejidad y/o la cantidad de los servicios de salud para un grupo reducido. Los gráficos No. 2.a y 2.b muestran la relación entre el coeficiente de Gini y la proporción de población cubierta que, como se puede apreciar, es negativa. Cuanto más desigual es la distribución del ingreso (más elevado el coeficiente de Gini) menor es la proporción de población cubierta, es decir con posibilidades de acceso a los regímenes de salud de la seguridad social, corroborando el planteamiento teórico previo. Los valores obtenidos para los 9 países estudiados (Brasil, Chile y Costa Rica fueron excluidos por las razones ya expuestas y de Bolivia, Guatemala, Nicaragua y República Dominicana no se pudo obtener el coeficiente de Gini apropiado) fueron los siguientes:

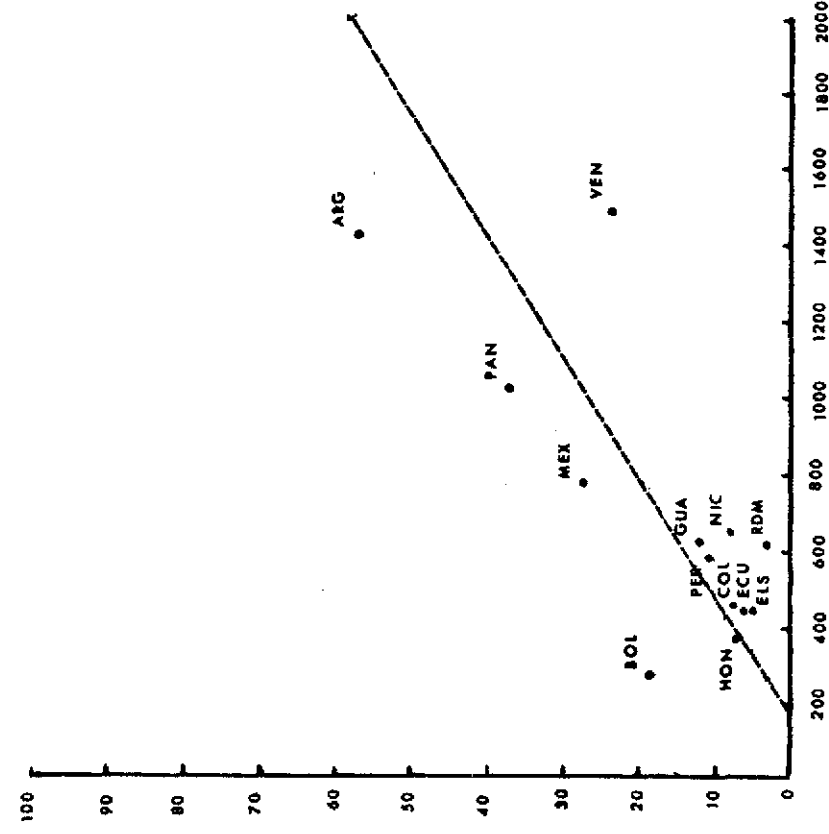
GRAFICA No. 1

POBLACION CUBIERTA Y PRODUCTO BRUTO INTERNO

I.a



I.b



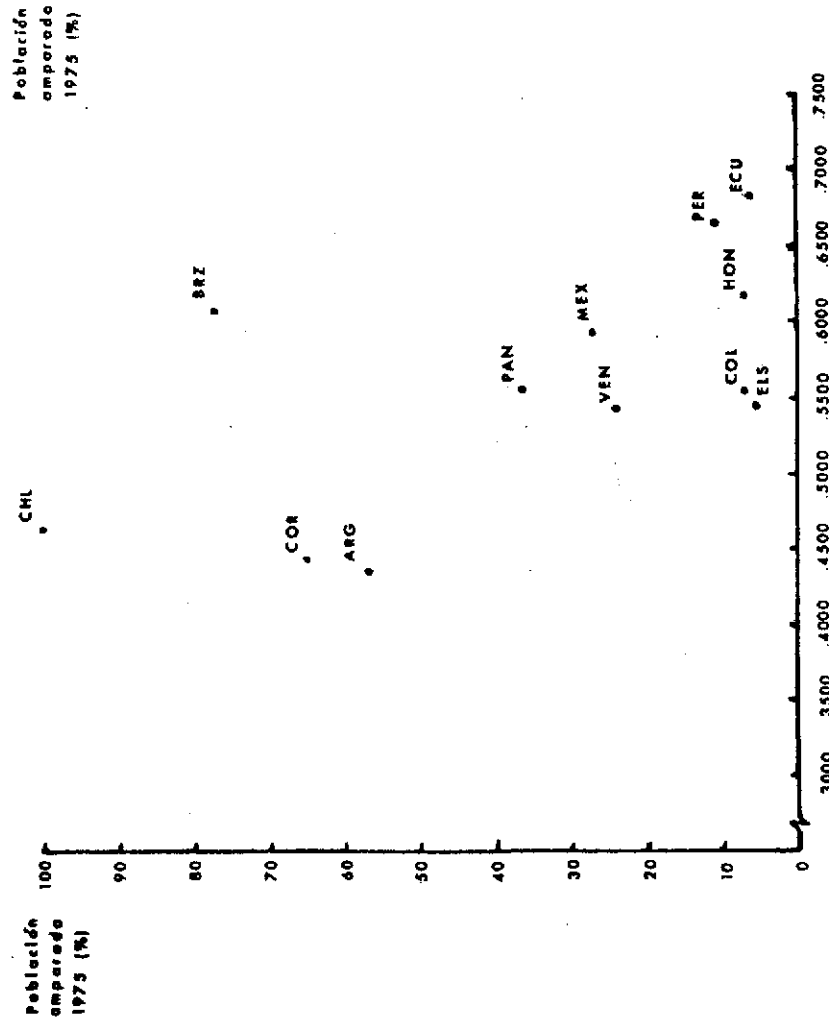
Producto Bruto Interno per habitante (U.S. \$ 1973)

$17.39 = -4.75 + 0.0314(705.38)$   
 Producto Bruto Interno per habitante (U.S. \$ 1973)

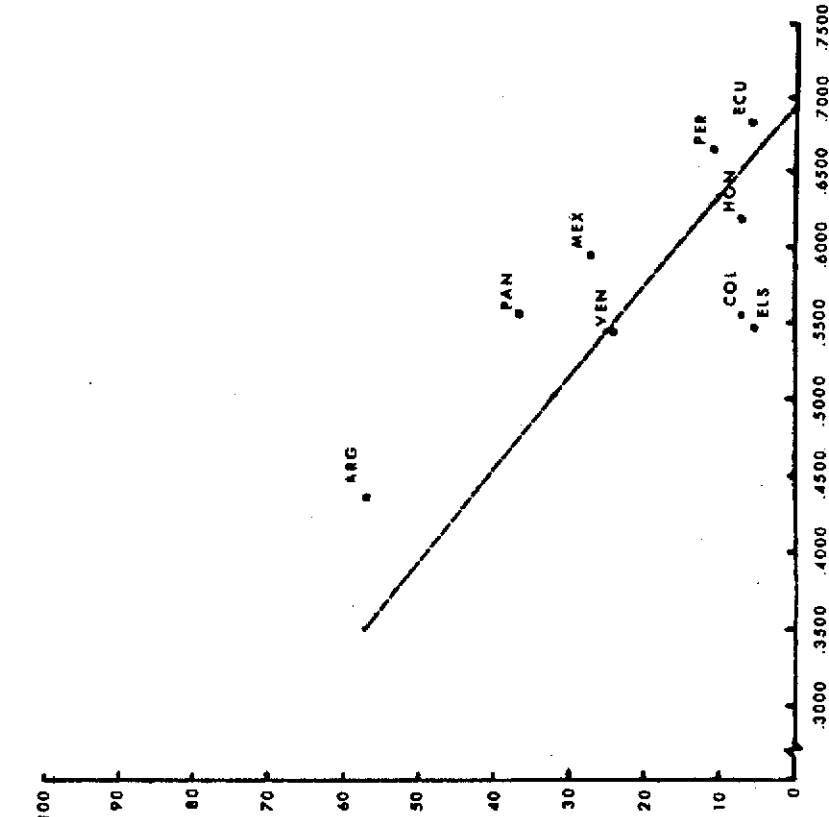
GRAFICA No. 2

POBLACION CUBIERTA Y DISTRIBUCION DEL INGRESO

2.a



2.b



Coeficiente de Gini de distribución del ingreso

Coeficiente de Gini de distribución del ingreso

$$20.41 = 114.55 - 164.55(0.5721)$$

$$Y = a - b X$$

$$r = .7740 \quad n = 9$$

$$\begin{aligned} a &= 114.5455 \\ b &= -164.5514 \\ r^2 &= 0.60 \end{aligned}$$

La línea del gráfico 2.b estaría indicando el crecimiento "tipo" de los regímenes de salud de la seguridad social, con una distribución más igualitaria del ingreso de acuerdo a la experiencia de 9 países de América en 1975. Si lo anterior es válido, teóricamente, aún cuando los países adoptaran una distribución extremadamente igualitaria, p.ej.: Gini = .2000 la proporción de población cubierta por los regímenes de salud de la seguridad social, en base a las variables analizadas, solo llegaría a alrededor del 80%.

Estos dos factores - crecimiento económico y distribución del ingreso - no actúan, sin embargo, en forma independiente. Existe una clara relación entre ambos sabiéndose que la distribución del ingreso se hace menos igualitaria en las primeras etapas del desarrollo económico para mejorar cuando éste llega a niveles más avanzados <sup>2/</sup>.

Estando relacionadas entre sí y a su vez con la proporción de la población con posibilidades de ser cubierta por los regímenes de salud de la seguridad social, interesaría saber si estas variables mantienen sus efectos individuales, actuando en forma conjunta. En otras palabras, interesaría contestar los siguientes interrogantes: manteniendo constante una de las variables (desarrollo económico p. ej.) cuál sería el efecto de la otra (distribución del ingreso) sobre la proporción de la población con posibilidades de acceso a los regímenes de salud? y cómo aumentaría esa proporción si un país se desarrolla y hace más igualitaria su distribución del ingreso?

---

<sup>2/</sup> Ahluwalia, Montek S. "Inequality, Poverty and Development" J. of Development Economics 3, 1976 p.307-342.

Un instrumento estadístico para analizar efectos combinados de varias variables independientes sobre una dependiente es la regresión múltiple. El número pequeño de observaciones (9), las imprecisiones de los datos utilizados, y particularmente el alto número de otras variables desconocidas que pueden estar actuando, no permiten sin embargo derivar conclusiones generalizables. A título exclusivamente ilustrativo tanto de una posible tendencia a ser observada como del método analítico utilizable para estudiar sobre la base de las variables expuestas, el potencial de expansión de los regímenes de salud de la seguridad social, si mantuvieran su forma tradicional de financiar servicios de salud, se incluyen resultados del ejercicio exploratorio correspondiente.

A modo de ejemplo se estimó el PBI por habitante para los mismos nueve países del gráfico 2.b para el año 1990 <sup>3/</sup>, así como la distribución del ingreso que presentarían en ese año bajo dos postulados diferentes <sup>4/</sup>. Dentro de las limitaciones anteriormente señaladas se puede apreciar en el Cuadro No. 3 que en tres países los regímenes de salud de la seguridad social, financiados según el método tradicional, estarían en condiciones de extender sus servicios a más del 50% de las poblaciones correspondientes.

El supuesto básico de estas estimaciones es que la política estatal sobre la financiación de los servicios de salud no sufriría cambios importantes.

---

<sup>3/</sup> Varios tipos de curvas fueron examinadas con datos para el quinquenio 1970/75 para encontrar la que mejor se adaptaba al crecimiento económico per cápita. La curva más adecuada resultó ser la exponencial, usándose para estimar el PBI por habitante para cada país. El método presupone que la relación existente entre los crecimientos poblacional y económico se mantendrá durante el período para el cual se efectúa la predicción.

<sup>4/</sup> El primer postulado asume que la distribución del ingreso no sufrirá modificaciones en el lapso considerado, mientras que el segundo adjudica a cada país la distribución que corresponde al nivel de desarrollo alcanzado.

Una de las alternativas a considerar es sin embargo, que mediante fondos provenientes de otras fuentes se intente extender los servicios de la seguridad social, con su actual nivel de complejidad y organización, a una proporción más alta de la población que la indicada por su crecimiento natural. El mayor o menor éxito de esta solución dependerá básicamente de los costos por beneficiario y del gasto total generado en relación a la economía. Estos dos aspectos se estudian en la sección siguiente.

CUADRO No.3 - ESTIMACION DE COBERTURA E INDICADORES ECONOMICOS PARA 1990

|             | PBI por habitante | Postulado I         |             | Postulado II         |              |
|-------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------|--------------|
|             |                   | Coefficiente Gini I | Cobertura I | Coefficiente Gini II | Cobertura II |
| Argentina   | 2213.2            | .4375               | 67.4        | .3857                | 71.6         |
| Colombia    | 676.9             | .5557               | 19.5        | .5854                | 17.2         |
| Ecuador     | 650.4             | .6825               | 8.7         | .5888                | 16.2         |
| El Salvador | 581.7             | .5460               | 17.9        | .5978                | 13.8         |
| Honduras    | 520.7             | .6188               | 10.6        | .6057                | 11.6         |
| México      | 1222.8            | .5827               | 31.0        | .5144                | 36.5         |
| Panamá      | 2059.9            | .5567               | 54.0        | .4056                | 66.1         |
| Perú        | 865.1             | .6664               | 15.4        | .5609                | 23.8         |
| Venezuela   | 1994.0            | .5445               | 53.4        | .4142                | 63.8         |

Notas: Gini I es el coeficiente de Gini calculado para alrededor de 1975

Gini II es el coeficiente de Gini estimado para 1990 de acuerdo al nivel de desarrollo económico.

Cobertura I es el porcentaje de la población amparada por regimenes de salud de la seguridad social de acuerdo al PBI y a Gini I usando los coeficientes derivados de la regresión múltiple.

Cobertura II similar a la anterior pero usando Gini II.



#### 4. Gastos, Costos y Utilización

En la sección anterior se indicó el limitado potencial expansivo de los regímenes de salud de la seguridad social financiados en forma tradicional. La presente sección estudia desde el punto de vista económico, la posibilidad de extender estos servicios a toda la población manteniendo su actual nivel de complejidad y costo por beneficiario.

La factibilidad económica estaría dada por un criterio que, aunque arbitrario, es el único disponible: el porcentaje del PBI destinado a servicios de salud. El Cuadro No. 4 muestra en la primera columna el porcentaje del PBI que se gastó en 1975 en los regímenes de salud de la seguridad social de los cuales se obtuvo información; en la segunda el porcentaje de la población total en la cual se gastó la suma anterior; y en la última se extrapola dicho gasto al 100% de la población. Esta extrapolación debe ser manejada con cuidado, y merece varios comentarios:

i) La población actualmente cubierta por la seguridad social (población en actividad, adulta joven y de relativamente buenos ingresos) es la que necesita menos servicios de salud por habitante. Los extremos de edad así como las personas con limitados recursos tienen en promedio mayores necesidades de servicios.

ii) El costo incurrido en proporcionar servicios, en las formas tradicionales, a poblaciones alejadas de los centros urbanos - por la mayor parte no protegidas actualmente por los regímenes de salud de la seguridad social - puede eventualmente ser mayor que el de los servicios a la población urbana <sup>5/</sup>.

---

<sup>5/</sup> Costos mas elevados de transporte de suministros, personal de supervisión y mantenimiento así como sobresueldos comunmente empleados para atraer al personal necesario explican estos costos.

CUADRO No. 4 - GASTO ACTUAL Y PROYECTADO DE ALGUNOS REGIMENES DE SALUD

|                      | Gasto en Salud<br>en relación al<br>PBI (%) 1975 | Población ampa-<br>rada/pobl. total<br>(%) 1975 | Gastos en Salud<br>en relación al<br>PBI cubriendo<br>100% pobl. (%) |
|----------------------|--|---|--|
| Bolivia              | 0.96   | 16.7  | 5.7  |
| Brasil               | 1.40   | 77.6  | 1.8  |
| Colombia             | 1.14   | 7.3   | 15.7   |
| Costa Rica           | 3.14   | 65.6  | 4.8  |
| Chile                | 2.62   | 100.0   | 2.6  |
| Ecuador              | 0.55   | 6.2   | 8.9  |
| El Salvador          | 0.64   | 5.8   | 11.0   |
| Guatemala            | 0.95   | 12.0  | 8.0  |
| Honduras             | 0.81   | 7.5   | 10.8   |
| México (1973)        | 0.95   | 24.8  | 3.9  |
| Panamá (1974)        | 1.67   | 33.5  | 5.0  |
| Perú                 | 2.10   | 11.5  | 18.3   |
| República Dominicana | 0.61   | 4.2   | 14.7   |
| Venezuela            | 0.68   | 24.0  | 2.9  |

Fuentes: PBI a moneda corriente para 1975: BID

Población total para 1975: BID "Progreso económico...." ob. cit.

Otros datos: "Encuesta OPS/OMS sobre instituciones de seguridad social",  
1977, excepto El Salvador, México y Panamá, para los cuales se  
utilizaron los anuarios estadísticos de sus instituciones de  
seguridad social.

Nota: La población amparada por la seguridad social puede diferir ligeramente del  
Cuadro No. 2 por no disponerse de datos concordantes para gastos en salud.

iii) Como se indicó anteriormente los datos de población cubierta no son totalmente exactos. Asimismo debe tenerse en cuenta que los gastos en salud reportados en las encuestas no incluyen subsidios más o menos importantes que reciben algunas instituciones de seguridad social provenientes de otros sistemas de servicios. A modo de ejemplo se debe recordar que, en varios países, estas instituciones contratan camas hospitalarias por debajo del costo real de este recurso.

4.1 A los efectos de análisis se requiere seleccionar un nivel de gasto en salud que sea compatible con el nivel de desarrollo económico. Lamentablemente ha habido muy poca investigación en esta área para que sirva de guía. Se afirma que el porcentaje del PBI que los países destinan a sus servicios de salud tiende a aumentar proporcionalmente con el desarrollo <sup>6/</sup>. Ello no indica sin embargo, cuál debería ser el nivel más apropiado de gastos en salud. Debe recordarse además que los regímenes de salud de la seguridad social han concentrado sus esfuerzos y recursos en atención médico-hospitalaria aguda. Estos gastos, si bien representan una proporción importante del gasto total en salud, no incluyen en general la atención crónica, las actividades de medicina preventiva y de salud pública, así como tampoco los gastos incurridos en la formación del personal de salud.

En vista de estas consideraciones y de que tentativamente se toma un porcentaje del 6% del PBI como el gasto común en salud <sup>7/</sup>, podría considerarse el gasto estimado para el 100% de la población como factible cuando se mantiene por debajo del 5%, dudoso cuando se ubica entre el 5% y el 7%, e improbable cuando sube por encima de esta última cifra.

De acuerdo a este criterio, de los once países estudiados, dos aparecen

---

<sup>6/</sup> B. Abel Smith; "Estudio internacional de los gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud pública", OMS Cuadernos de Salud Pública No. 32, Ginebra, 1969.

<sup>7/</sup> Ibid.

como "factibles" (México y Venezuela), otros dos como "dudosos" (Bolivia y Panamá) y los siete restantes como "improbables" (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú y República Dominicana). Estos resultados, dentro de sus limitaciones, parecen corroborar la aseveración de Abel Smith de que "las entidades del Seguro Social tienden a alcanzar niveles demasiado costosos en sus servicios de salud lo cual imposibilita, por muchas generaciones, su extensión a toda la población" <sup>8/</sup>.

Se intentó otro camino indirecto para tratar de estudiar la factibilidad de la extensión del seguro financiado en forma tradicional a toda la sociedad, analizando la relación entre el costo por beneficiario-año y la capacidad financiera de la población por niveles de ingreso. Para ello se estimó el ingreso promedio por habitante para cada quinto de la población. El 20% de la población de ingresos más bajos constituye el quinto I, el 20% siguiente el quinto II, etc. A continuación se calculó el costo por beneficiario-año. Para estimar la parte del costo total que recae directamente en el beneficiario se calculó la proporción de los ingresos totales que provienen de las cuotas de los asegurados y se aplicó dicha proporción al costo observado por beneficiario. Por último, se calculó la proporción que este costo directo representa, del ingreso por habitante, para cada grupo poblacional.

El Cuadro No. 5 muestra estos indicadores para ocho países en los que fue posible calcularlos. El mayor problema de interpretación es la falta de información sobre el nivel más adecuado del ingreso personal que se puede destinar a financiar los servicios de salud. No sólo se carece de información

---

<sup>8/</sup> B. Abel Smith; "Health Policies & Investments & Economic Development" en Kassalow, Everett M. (ed.); The Role of Social Security in Economic Development, U.S., H.E.W., S.S.A. Informe #27

sobre lo que estos valores deberían ser para distintos niveles de ingreso personal y de desarrollo económico sino que no existe información sobre lo que actualmente se gasta. Obviamente los casos extremos de 42% para el quinto I en Honduras y de 0.2% para el quinto V en Venezuela parecen inapropiados. Lamentablemente no se solicitó información sobre la ubicación de la población amparada dentro del espectro de distribución del ingreso. Este dato hubiera permitido tener una idea sobre niveles de costo directo tolerables en la realidad <sup>9/</sup>.

Lo que interesa de este cuadro sin embargo, es la similitud de sus resultados con los del cuadro anterior. Hay dos países en los que la carga del costo directo del régimen de salud respectivo parece "accesible" aún para los dos grupos de menores ingresos (México y Venezuela), uno "intermedio" con valores menores al 5% excepto para el quinto I (Panamá) mientras que los cinco restantes insumen porcentajes por encima del 5% para los quintos I, II y III (Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras y Perú). Los mismos países que en el Cuadro No. 4 aparecían como "factibles" aquí aparecen como "accesibles"; los "dudosos" como "intermedios" (Bolivia excluido por falta de datos) y los "improbables" como "inaccesibles". De acuerdo con los resultados de esta computación y hechas las salvedades necesarias de la confiabilidad de la información básica, resultaría claro que en estos últimos cinco países, aún el costo directo de los regímenes de salud, requeriría ser fuertemente subsidiado para grupos importantes de la población a los efectos de universalizar las posibilidades de acceso a estos tipos de servicios.

9/ Ello hubiera permitido también estimar la variabilidad de dicha proporción obviando otra de las dificultades que presenta el Cuadro No.5 en la cual el mismo monto fijo (costo-directo por beneficiario-año) se aplicó a todos los niveles de ingreso. El impuesto de seguridad social por supuesto, no funciona de esa manera sino que tasa en forma proporcional a una de las fuentes de ingreso, el salario, hasta un determinado nivel máximo.

Nótese, sin embargo, que esta limitación metodológica, no invalida la comparación entre países pues se aplica a todos por igual.

CUADRO No. 5 - COSTO TOTAL Y DIRECTO POR BENEFICIARIO Y SU RELACION CON LA CAPACIDAD ECONOMICA DE GRUPOS DE INGRESO, 1975

|             | Costo promedio-benef.<br>(mon. corr.) | Costo-directo-promedio beneficiario |             | Ingreso por persona (a) y % que destinaria a cubrir el costo directo-promedio-benef. (b) |              |               |              |               |
|-------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------|--|--------------|---------------|--------------|---------------|
|             |                                       | (%)                                 | (mon. corr) | I  | II           | III           | IV           | V             |
| Colombia    | 2808                                  | 23.5                                | 661.0       | a. 3131<br>b. 21.0   | 5905<br>11.2 | 9752<br>6.8   | 16910<br>3.9 | 53773<br>1.2  |
| Ecuador     | 1441                                  | 37.1                                | 535.0       | a. 1454<br>b. 36.8   | 2747<br>19.5 | 5898<br>9.1   | 12523<br>4.3 | 58173<br>0.9  |
| El Salvador | 172                                   | 27.4                                | 47.3        | a. 283<br>b. 16.7  | 361<br>13.1  | 566<br>8.4    | 966<br>4.9   | 3377<br>1.4   |
| Honduras    | 82                                    | 31.0                                | 25.6        | a. 61<br>b. 42.0   | 182<br>14.1  | 360<br>7.1    | 714<br>3.6   | 2480<br>1.0   |
| México      | 605                                   | 22.5                                | 136.1       | a. 3232<br>b. 4.2  | 4618<br>2.9  | 7466<br>1.8   | 13008<br>1.0 | 48648<br>0.3  |
| Panamá      | 56                                    | 31.9                                | 17.8        | a. 185<br>b. 9.6   | 421<br>4.2   | 705<br>2.5    | 1201<br>1.5  | 3677<br>0.5   |
| Perú        | 6640                                  | 32.2                                | 2141.0      | a. 5988<br>b. 35.8   | 9073<br>23.6 | 15061<br>14.2 | 25768<br>8.3 | 125576<br>1.7 |
| Venezuela   | 297                                   | 24.3                                | 72.2        | a. 1715<br>b. 4.2  | 3275<br>2.2  | 5963<br>1.2   | 10501<br>0.7 | 30672<br>0.2  |

Fuentes: Columnas 1, 2 y 3: Encuesta OPS/OMS sobre instituciones de seguridad social 1977.

Ingreso por persona: B. I. D.

Distribución porcentual del ingreso: Banco Mundial; "Size distribution..."  
ob. citada.

Nota: Véase el texto para aclaración en las computaciones realizadas.

Los análisis exploratorios anteriores estarían señalando limitaciones para cualquier intento de universalización de los regímenes de salud de la seguridad social o esquemas similares desde el punto de vista de la economía en general y de la capacidad financiera de grupos poblaciones en particular, sin modificación de las condiciones básicas actualmente imperantes. Estos resultados indican la necesidad de analizar los factores que afectan al gasto en salud.

4.2 Los gastos totales de los regímenes de salud recién estudiados son la resultante fundamentalmente de tres fuerzas: el costo unitario de los recursos consumidos en la producción de servicios (p. ej. costo de la hora médica), el nivel de utilización de los servicios (p.ej. consultas y egresos por 1000 beneficiarios) y las combinaciones tecnológicas que se usan en la prestación del servicio. Es importante señalar que estas tres áreas envuelven decisiones adoptadas implícita o explícitamente que guardan, costos mediante, una íntima relación con la proporción de la población que puede ser cubierta con estos beneficios. La adopción, para efectos de la planificación y organización de servicios de patrones de utilización y combinaciones tecnológicas más o menos reconocido internacionalmente, significa por tanto una decisión de importantes consecuencias.

El Cuadro No. 6 muestra datos de utilización (consultas y egresos) que en algunos países tienden a acercarse o se han mantenido cerca de las 4 consultas y 0.10 hospitalizaciones por beneficiario-año" <sup>10/</sup>. Debe aclararse que para ciertas instituciones (Brasil-FUNRURAL y Chile-SERMENA) el número de egresos informados aparece como indebidamente bajo. En ambos casos el método de pago de las mismas no garantiza que la información recolectada sea completa <sup>11/</sup>.

<sup>10/</sup> Nótese que las recomendaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas señalan para toda la población por lo menos un egreso por 10 habitantes y dos consultas por habitante-año.

<sup>11/</sup> FUNRURAL por pagar por población potencialmente atendida y SERMENA pues sus beneficiarios se hospitalizan en el SNS no quedando muchas veces registrados como pacientes de la institución.

En otras instituciones llama la atención el nivel elevado de los egresos ya sea en términos absolutos (Colombia, El Salvador y República Dominicana) ya sea en términos relativos al número de consultas (Brasil-INPS, Guatemala, así como los tres recién mencionados). Probablemente, lo más importante que podría derivarse de la información del cuadro sea la falta de correlación entre niveles de utilización y la capacidad económica del país (PBI). Se calculó esta correlación en virtud de que el desarrollo económico genera más recursos para servicios de salud y ésto eventualmente podría reflejarse en niveles crecientes de consumo.

La correlación entre consultas por beneficiario y el PBI por habitante tampoco fue significativa. Esta falta de correlación sería un indicio de que los niveles de consumo de los beneficiarios no guardan relación con la capacidad económica de la sociedad siendo determinados por otros factores.

Por último, faltan muchos datos en la tabla como para analizar la tendencia histórica de la utilización de servicios por los beneficiarios. De diez países, sin embargo, para los cuales hay información completa, cinco presentan niveles crecientes de consumo, tres tienen niveles decrecientes y dos permanecieron incambiados.

Los otros factores que pueden explicar los gastos de los regímenes de salud son los costos de los factores de producción y las combinaciones tecnológicas. Lamentablemente la información sobre estos tópicos es muy escasa. Consultando fuentes diferentes a las encuestas se intentó averiguar el gasto por beneficiario por año, para distintos rubros, como atención médica ambulatoria, hospitalaria, medicamentos, odontológica, aparatos prostésicos, administración y otros. Únicamente se consiguieron datos sobre costos unitarios



CUADRO No. 6 - CONSULTAS Y EGRESOS POR MIL BENEFICIARIOS  
AÑOS 1965 - 1970 - 1975

| PAIS                       | 1965            |                |                 | 1970            |                |                 | 1975                |                |                 |
|----------------------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------|----------------|-----------------|
|                            | Consul/<br>1000 | Egres/<br>1000 | Cons/<br>Egres. | Consul/<br>1000 | Egres/<br>1000 | Cons/<br>Egres. | Consul/<br>1000     | Egres/<br>1000 | Cons/<br>Egres. |
| Bolivia                    | n/d             | n/d            | -               | n/d             | n/d            | n/d             | 2713                | 52.0           | 52.1            |
| Brasil INPS <sup>(1)</sup> | n/d             | n/d            | -               | 1361            | 91.1           | 14.9            | 1756                | 105.3          | 16.7            |
| FUNFURAL                   | n/d             | n/d            | -               | n/d             | n/d            | -               | 405                 | 28.1           | 14.4            |
| Colombia                   | 5035            | 202.7          | 24.8            | 4315.9          | 154.4          | 28.0            | 4456                | 145.4          | 30.6            |
| Costa Rica                 | 2675            | 92.6           | 28.4            | 2817            | 88.4           | 31.8            | 3381                | 95.9           | 35.2            |
| Chile SERMENA              | n/d             | n/d            | n/d             | 1101            | 36.7           | 29.9            | 1147                | 37.1           | 30.9            |
| Ecuador                    | -               | 41.3           | -               | 3442            | 55.1           | 62.4            | 3833                | 82.1           | 46.7            |
| El Salvador                | n/d             | n/d            | -               | n/d             | n/d            | -               | 5580                | 190.2          | 29.3            |
| Guatemala                  | 145             | 89.3           | 1.6             | 971             | 97.3           | 9.9             | 1825                | 87.5           | 20.9            |
| Honduras                   | 3827            | 13.4           | 28.5            | 3213            | 76.3           | 42.1            | 3961                | 79.5           | 49.8            |
| México IMSS                | 3968            | 75.0           | 52.9            | 3830            | 86.3           | 44.4            | 3763 <sup>(2)</sup> | 90.3           | 41.7            |
| Nicaragua                  | n/d             | n/d            | -               | n/d             | n/d            | -               | n/d                 | 109.5          | -               |
| Panamá                     | 5011            | 55.6           | 90.0            | 4281            | 31.4           | 136.3           | 3753                | 36.9           | 101.5           |
| Perú                       | 3363            | 71.0           | 47.4            | 3424            | 74.1           | 46.2            | 2900                | 52.9           | 54.8            |
| Rep. Dominicana            | 5494            | 211.9          | 25.9            | 5215            | 192.8          | 27.0            | 6019                | 174.1          | 34.5            |
| Venezuela                  | 3988            | 53.4           | 76.6            | 5290            | 56.2           | 94.1            | 3996                | 51.9           | 77.0            |

Fuentes: Encuesta sobre instituciones de Seguridad Social OPS/OMS 1977

- (1) Egresos para 1970 fueron corregidos en un 5% y las consultas en un 10% de acuerdo a estimaciones proporcionadas por las autoridades del INPS.
- (2) Datos para 1972. Información sobre el IMSS fue obtenida de "Seguro de Enfermedad y Maternidad en el Instituto Mexicano de la Seguridad Social, Volumen y Costo de las Prestaciones Médicas". Seguridad Social 85 y 86, pag. 90 y siguientes.

n/d No disponible

de la atención ambulatoria y hospitalaria. La fuente utilizada, sin embargo, desconoce la exactitud de estos datos, señalándolo específicamente (\*).

El Cuadro No. 7 presenta alguna información de este tipo en las instituciones de doce países para el año 1975. En ella se destaca el alto gasto relativo en atención médica ambulatoria principalmente por el costo unitario de la consulta y secundariamente por la elevada utilización. En la mitad de los países el gasto en consultas médicas por beneficiario por año supera al gasto en hospitalizaciones por beneficiario-año. En sólo cuatro países esta relación se invierte, fundamentalmente por el valor bajo para dichos países del costo por consulta en relación al costo día-cama.

En vista de que la utilización de servicios de salud por parte de los beneficiarios no guarda relación con el desarrollo económico, interesa saber si el gasto total por beneficiario-año también es una variable independiente. Recuérdese que la correlación entre niveles de utilización y el PBI arrojó coeficientes muy bajos no significativamente distintos de cero. El gasto total es una variable que representa los efectos combinados de tres factores: utilización, costo de los factores de producción y nivel tecnológico.

La correlación entre el gasto total por beneficiario y el PBI per cápita fue positiva con un coeficiente de correlación ( $r^2$ ) de .7371.

---

(\*) Estos costos reflejan la acción combinada de los dos elementos a estudiar.

Por ejemplo: el costo por consulta depende del nivel de remuneración a los profesionales de salud y de los servicios de apoyo envueltos en la prestación del servicio.

CUADRO No7 COSTOS UNITARIOS Y GASTOS POR BENEFICIARIO AÑO PARA ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALARIA

| PAIS          | Consultas  | Costo por | Gasto     | Días-cama | Costo por | Gasto    | Gasto en propor. |         |
|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------------|---------|
|               | benef.-año | consulta  | consul.   | benefic.  | día-cama  | hospit.  | al PBI por hab.  |         |
|               | 1          | (U.S.\$)  | benef.año | año       | US\$      | año US\$ | Consult.         | Egresos |
|               |            | 2         | (U.S.\$)  | 4         | 5         | 6 = 4x5  | 7=3÷PBI          | 8=6÷PBI |
|               |            |           | 3 = 1x2   |           |           |          |                  |         |
| Bolivia       | 2.713      | 3.60      | 9.77      | .1390     | 19.44     | 2.70     | 3.48             | 0.96    |
| Costa Rica    | 3.381      | 6.97      | 23.57     | .6152     | 37.29     | 22.94    | 3.00             | 2.92    |
| Ecuador       | 3.833      | 4.00      | 15.33     | .8524     | 18.00     | 15.34    | 3.56             | 3.56    |
| El Salvador   | 5.580      | 3.39      | 18.92     | 1.0600    | 27.29     | 28.93    | 4.37             | 6.68    |
| Guatemala     | 1.825      | 9.16      | 16.72     | .7099     | 34.10     | 24.21    | 2.69             | 3.90    |
| Honduras      | 3.961      | 2.85      | 11.29     | .4270     | 32.49     | 13.87    | 3.06             | 3.76    |
| México        | 3.763      | 11.00     | 41.39     | .4882     | 42.61     | 20.80    | 5.33             | 2.68    |
| Nicaragua     | -          | 6.20      | -         | 1.0100    | 24.09     | 24.33    | -                | 3.78    |
| Panamá        | 3.753      | 6.62      | 24.84     | .3152     | 58.04     | 18.29    | 2.41             | 1.78    |
| Perú          | 3.363      | 8.21      | 23.81     | .7429     | 12.80     | 9.51     | 4.01             | 2.15    |
| R. Dominicana | 6.019      | 2.50      | 16.85     | 2.3224    | 13.41     | 31.14    | 2.73             | 2.17    |
| Venezuela     | 3.996      | 9.25      | 36.96     | .6760     | 75.49     | 51.03    | 2.49             | 3.43    |

Fuente: - Consultas y días-cama por beneficiario de Encuesta OPS/OMS sobre instituciones de Seguridad Social - 1977, excepto para El Salvador, México y Nicaragua para los que fueron obtenidos de los respectivos anuarios.

- Costos por consulta y por día-cama de la ponencia de la OIT ante el V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social - "La participación de las instituciones ...." obra citada, Tabla No. 24.

- PBI por habitante véase Tabla I.

Este resultado podría ser indicativo de que se fijan niveles de utilización de servicios por beneficiario (stándares óptimos) y, a medida que la economía se desarrolla, se incrementan el pago y la complejidad de los factores de producción. Es de interés recordar que el efecto del desarrollo sobre la extensión de la cobertura de los regímenes de salud de la seguridad social si bien existe no es tan fuerte como el que se acaba de comentar ( $r^2 = 0.59$ )

4.3 Finalmente se considera de interés introducir aquí un cuadro que muestra en forma comparativa los servicios a que tienen derecho al beneficiario afiliado y el beneficiario dependiente en los regímenes de salud de las instituciones de seguridad social que dieron información al respecto. Al examinar este cuadro, recuérdese nuevamente la clasificación tentativa de países, realizada previamente en relación a la factibilidad económica de extender sus servicios a nuevos grupos de la población. Se habían catalogado como improbables de extenderse a toda la población los regímenes de Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú y República Dominicana. Como puede apreciarse en el Cuadro No.8 ninguna de estas instituciones protege con beneficios similares a los beneficiarios afiliados y dependientes, acercándose a esa posibilidad Colombia aunque con prestaciones parciales únicamente. La proporción de la población cubierta y la extensión de la misma (antepenúltima y penúltima columnas de la tabla) son bajos en comparación al resto de las instituciones presentadas. Comparando estos indicadores con los gastos combinados de atención médica hospitalaria por beneficiario (última columna) se evidencia que estas instituciones, enfrentadas a la disyuntiva entre incrementar su cobertura o aumentar el costo o la complejidad de los servicios, parecerían haber optado, al menos parcialmente, por esta última alternativa.

| País                      |   | Cons. médica | cons. médica | consulta     | Medicamentos | Hospitalización | Maternidad | Accidentes | Atención     | Anteojos | Ortoped. | Servic.   | Rehabilit. | Prótesis | Serv. Soc. | % Poblac/75  | Aumento % | Costos atenc.            |
|---------------------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|------------|------------|--------------|----------|----------|-----------|------------|----------|------------|--------------|-----------|--------------------------|
|                           |   | general      | especializ.  | odontológica |              |                 |            | de Trabajo | Psiquiátrica |          |          | Ambulanc. |            |          |            | Poblac 70-75 |           | médico-hosp<br>US\$ 1975 |
| Argentina                 | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | o          | o            | *        | *        | *         | o          | o        | o          | 57.5         | n/a       | n/a                      |
|                           | B | *            | *            | *            | *            | *               | x          | n/a        | o            | *        | *        | *         | o          | o        | o          |              |           |                          |
| Bolivia <sup>1/</sup>     | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          | 18.5         | 7.3       | 12.5                     |
|                           | B | x            | x            | x            | x            | x               | x          | n/a        | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
| Brasil<br>INPS            | A | x            | x            | *            | *            | x               | x          | x          | x            | o        | *        | o         | *          | o        | o          |              |           |                          |
|                           | B | x            | x            | *            | *            | x               | x          | n/a        | x            | o        | *        | o         | *          | o        | o          |              |           |                          |
| Brasil<br>FUNRURAL        | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | *          | 77.6         | 8.9       | n/a                      |
|                           | B | x            | x            | x            | x            | x               | x          | n/a        | x            | o        | o        | o         | o          | o        | *          |              |           |                          |
| Colombia                  | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          | 7.3          | 1.5       | n/a                      |
|                           | B | *            | *            | *            | *            | *               | *          | n/a        | o            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
| Costa Rica                | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | o          | x            | *        | *        | x         | o          | o        | o          | 65.6         | 19.0      | 46.5                     |
|                           | B | x            | x            | *            | x            | x               | x          | n/a        | o            | *        | *        | x         | o          | o        | o          |              |           |                          |
| Chile<br>(SEKEMENA)       | A | *            | *            | *            | ?            | *               | *          | *          | *            | o        | *        | o         | o          | *        | o          | 27.1         | 7.1       | n/a                      |
|                           | B | *            | *            | *            | ?            | *               | *          | n/a        | o            | o        | *        | o         | o          | *        | o          |              |           |                          |
| Ecuador                   | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | x        | x        | o         | o          | o        | o          | 6.2          | 1.1       | 30.7                     |
|                           | B | x            | x            | o            | o            | o               | o          | n/a        | o            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
|                           |   |              |              | 1 año        | 1 año        |                 |            |            |              |          |          |           |            |          |            |              |           |                          |
| El Salvador <sup>2/</sup> | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | x        | o         | o          | x        | o          | 4.0          | 1.8       | 47.8                     |
|                           | B | o            | o            | o            | o            | o               | x          | n/a        | o            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
| Guatemala                 | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          | 12.0         | 2.6       | 40.9                     |
|                           | B | x            | x            | o            | x            | x               | x          | n/a        | o            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
|                           |   |              |              | 2 añ.        | 2 añ.        |                 |            |            |              |          |          |           |            |          |            |              |           |                          |
| Honduras                  | A | x            | x            | o            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          | 7.5          | 3.4       | 25.2                     |
|                           | B | x            | x            | o            | o            | o               | x          | n/a        | o            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
|                           |   |              |              | 5 añ.        | 5 añ.        |                 |            |            |              |          |          |           |            |          |            |              |           |                          |
| Panamá                    | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          | 36.9         | 14.3      | 43.1                     |
|                           | B | x            | x            | x            | x            | x               | x          | n/a        | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
| Perú                      | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          | 10.8         | 3.1       | 33.3                     |
|                           | B | o            | o            | o            | o            | o               | x          | n/a        | o            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
| Rep. Dom.                 | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          | 3.6          | -.30      | 48.0                     |
|                           | B | x            | x            | o            | x            | x               | x          | n/a        | o            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |
|                           |   |              |              | 8mes.        | 8mes.        |                 |            |            |              |          |          |           |            |          |            |              |           |                          |
| Venezuela                 | A | x            | x            | x            | x            | x               | x          | x          | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          | 24.0         | 5.0       | 87.7                     |
|                           | B | x            | x            | x            | x            | x               | x          | n/a        | x            | o        | o        | o         | o          | o        | o          |              |           |                          |

A - Afiliado  
 B - Dependiente  
 x - Completo  
 \* - Parcial  
 o - no informa

Fuentes: Encuesta sobre Instituciones de Seguridad Social OPS/OMS, 1977

1/ Para fines de análisis los diferentes seguros sociales han sido agrupados porque ofrecen los mismos servicios; excepto para prótesis dentales en casos de accidentes de trabajo, beneficio brindado únicamente por dos de las ocho cajas.

2/ Información tomada de "Esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural" documento preparado por el CPISS-CRAMS para el IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, México, D. F., Sept- Oct. 1974.

Este cuadro muestra también otro fenómeno interesante que corrobora, indirectamente, la aseveración recién formulada. La diversidad de los beneficios médico-sociales en cada programa cubriendo áreas inalcanzables para el resto de la población en general, debido a sus elevados costos - atención odontológica, medicamentos, atención psiquiátrica y en algunos prótesis y elementos ortopédicos. La misma disyuntiva entre profundidad del beneficio y extensión de la cobertura parece haberse resuelto en favor de la primera.

#### 5. Disponibilidad y rendimiento de los servicios médico-hospitalarios

En las secciones anteriores se ha explorado la posibilidad que tendrían los regímenes de salud de las instituciones de seguridad social de extender sus servicios de salud a la totalidad de la población, e investigado, en forma primaria por lo limitado de los datos, las opciones que estas instituciones han enfrentado en relación con costos, utilización, complejidad y cobertura.

En el análisis de factores inherentes a la seguridad social que inciden en la coordinación entre éstas y los Ministerios de Salud resulta oportuno examinar la disponibilidad comparativa de recursos humanos y físicos para los beneficiarios y el resto de la población. En este sentido se intenta presentar indicadores globales pues existe limitación en la información obtenible con respecto a los Ministerios de Salud y otros sistemas de prestación de servicios existentes en los países.

Es de conocimiento general que los recursos disponibles para el resto de la población (no beneficiaria de la seguridad social) no son distribuidos de manera uniforme.

5.1 El Cuadro No.9 muestra en forma comparativa la disponibilidad de algunos recursos humanos. Varias aclaraciones deben ser hechas sobre los datos aquí presentados:

i) La columna 1 muestra horas médicas contratadas mensualmente por la seguridad social por 1000 beneficiarios. Las respuestas obtenidas por la encuesta en este rubro evidencian la dificultad de interpretación del concepto de horas-mes contratadas. Por lo tanto, se convirtieron todos los datos a horas calendario contratadas por las instituciones por mes. Nótese que para Brasil (INPS), Costa Rica y Panamá el dato obtenido es una subestimación de las horas médicas disponibles por 1000 beneficiarios; en el primero por razón del método de contratación (pago por acto médico) y en los dos últimos porque se contabilizaron únicamente las horas médicas contratadas para consulta externa.

ii) La columna 2 también presentó dificultades de computación. Para varios países fue necesario estimar el número total de médicos en 1975. Si bien no todos los profesionales están en un momento dado en el ejercicio activo de la profesión (retiros, becas de estudio, dedicación a ramas no clínicas de la medicina como Salud Pública, Administración, etc) fue imposible calcular un coeficiente apropiado de reducción. A continuación se estimó el número de horas médicas disponibles en el país asumiendo que en promedio los médicos trabajan 50 horas semanales, durante 45 semanas en el año, teniendo en cuenta vacaciones, enfermedad, feriados y otros períodos de inactividad. Al total de horas disponibles se le sustrajo el número de horas contratadas por la seguridad social, lo cual dividido por la población no cubierta por ésta, arroja el índice de horas médicas disponibles por 1000 habitantes. En los casos de Brasil, Costa Rica y Panamá, por las razones anotadas, este indicador es una sobreestimación del tiempo médico disponible para la población no cubierta por la seguridad social, especialmente.

iii) La columna 3 presenta el número de enfermeras graduadas contratadas por la seguridad social.

iv) La columna 4, a diferencia de la 2, muestra el recurso de enfermería disponible para toda la población, incluido el grupo beneficiario de la seguridad social. Nuevamente aquí fue necesario estimar el número total de enfermeras en 1975.

Las columnas 3 y 4 presentan dificultades de interpretación, pues una enfermera puede tener más de un empleo, generalmente en instituciones diferentes. Fue imposible estimar este factor de multiempleo para cada país así como determinar la proporción en que ambos empleos se cumplen dentro o fuera de las instituciones de seguridad social. Tampoco fue posible determinar el porcentaje de enfermería que en un momento dado esta fuera del ejercicio profesional. Ambos factores - multiempleo e inactividad - tienen efectos contrarios sobre la disponibilidad del recurso para el país en general por lo que, teniendo en cuenta estas salvedades, las cifras aquí presentadas podrían tomarse como representativas. Las mismas consideraciones se aplican para las auxiliares de enfermería, cuyos datos se presentan en las columnas 5 y 6.

La información presentada muestra dos tendencias distintas: en seis de los diez países estudiados (Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras y República Dominicana) el nivel de recursos disponible para los beneficiarios es mayor que para el resto de la población (tiempo médico) o que para la población en general (enfermeras y auxiliares). Es interesante destacar la consistencia de los datos pues hay concordancia entre los niveles para los tres tipos de recursos, salvo el tiempo médico para Honduras. En tres países (Costa Rica, Panamá y Venezuela) la disponibilidad de recursos humanos



CUADRO No.9 - DISPONIBILIDAD COMPARATIVA DE RECURSOS HUMANOS PARA LAS INSTITUCIONES DEL SEGURO SOCIAL Y EL PAIS EN GENERAL 1975

|                              | Horas<br>medic.<br>1000<br>benef.<br>(1) | Horas<br>medic.<br>1000<br>habit.<br>(2) | Tasa<br>(1)÷(2) | Enferm.<br>grad.<br>1000<br>benef.<br>(3) | Enferm.<br>grad.<br>1000<br>habit.<br>(4) | Tasa<br>(3)÷(4) | Aux.<br>Enferm.<br>1000<br>benef.<br>(5) | Aux.<br>Enferm.<br>1000<br>habit.<br>(6) | Tasa<br>(5)÷(6) |
|------------------------------|--|--|-----------------|---|---|-----------------|--|--|-----------------|
| Bolivia                      | 119                                      | 77                                       | 1.55            | 0.81                                      | 0.19                                      | 4.26            | 0.64                                     | 0.17                                     | 3.76            |
| Brasil - INPS <sup>(a)</sup> | 45                                       | 181                                      | 0.25            | 0.06                                      | 0.08                                      | 0.75            | 0.20                                     | 1.30                                     | 0.15            |
| Colombia                     | 237                                      | 79                                       | 3.0             | 0.26                                      | 0.11                                      | 2.36            | 1.77                                     | 1.00                                     | 1.77            |
| Costa Rica <sup>(b)</sup>    | 49                                       | 137                                      | 0.35            | 0.30                                      | 0.45                                      | 0.66            | 1.13                                     | 1.79                                     | 0.63            |
| Ecuador                      | 120                                      | 67                                       | 1.79            | 0.72                                      | 0.13                                      | 5.54            | 1.97                                     | 0.98                                     | 2.01            |
| Guatemala                    | 74                                       | 37                                       | 2.0             | 0.42                                      | 0.15                                      | 2.8             | 1.39                                     | 0.86                                     | 1.6             |
| Honduras                     | 60                                       | 64                                       | 0.94            | 0.19                                      | 0.12                                      | 1.58            | 1.73                                     | 0.67                                     | 2.58            |
| Panamá <sup>(b)</sup>        | 88                                       | 173                                      | 0.51            | 0.55                                      | 0.71                                      | 0.77            | 1.23                                     | 1.66                                     | 0.74            |
| Rep. Dominicana              | 226                                      | 83                                       | 2.72            | 0.26                                      | 0.08                                      | 3.25            | 0.98                                     | 0.70                                     | 1.40            |
| Venezuela                    | 175                                      | 226                                      | 0.77            | 0.36                                      | 0.74                                      | 0.49            | 1.38                                     | 1.60                                     | 0.86            |

Fuentes: - Encuesta OPS/OMS sobre instituciones de seguridad social, 1977

- Condiciones de Salud en las Américas 1973-75 (próximo a aparecer) OPS/OMS

- Población: BID: "Progreso económico y social ..." obra citada.

Notas: (a) Horas médicas contratadas solamente. El pago por acto médico imposibilita contabilizar las horas disponibles para los beneficiarios.

(b) Horas médicas contratadas por la seguridad social para la atención ambulatoria únicamente.

- En las columnas 1 y 2 el número de horas corresponden al periodo de un mes.

- En la columna 2, se hace referencia a la población no cubierta por la seguridad social, mientras en las columnas 4 y 6 se refiere a toda la población del país, incluido los beneficiarios de la seguridad social.

es algo menor para las instituciones de la seguridad social que para el resto del país, aún teniendo en cuenta que el tiempo médico para Costa Rica y Panamá es un dato distorsionado por razones que ya se señalaron. Para Brasil es imposible sacar conclusiones debido a la forma que el INPS utiliza para contratar servicios. Nótese por último que todos los países catalogados como improbables de extender los servicios de los regímenes de salud de la seguridad social a toda la población presentan desniveles en la disponibilidad de recursos humanos favorables a la seguridad social. Panamá y Venezuela que habían sido calificados como dudoso y factible respectivamente, presentan desniveles favorables (aunque de poca magnitud) a la población en general.

5.2 El Cuadro No.10 presenta comparaciones similares para el recurso hospitalario de corta estancia. La columna 2, camas por 1000 habitantes, muestra la disponibilidad de ~~camas~~ hospitalarias (no pertenecientes ni contratadas por la seguridad social) para la población no protegida por ésta. Es necesario señalar que las camas propias y las contratadas por las instituciones de seguridad social pueden resultar en una subestimación del recurso hospitalario disponible para los beneficiarios en aquellos casos en que dichas instituciones pagan por las hospitalizaciones sin contratar el servicio en forma permanente.

La información presentada corrobora lo que ya se había establecido para el recurso humano. Los niveles de provisión para los beneficiarios de la seguridad social son superiores (a excepción de Costa Rica y Panamá) a los del resto de la población.

CUADRO No.10 - DISPONIBILIDAD COMPARATIVA DE RECURSOS HOSPITALES<sup>(1)</sup>  
PARA INSTITUCIONES DE SEGURO SOCIAL Y RESTO DEL PAIS

| País            | Camas/1000 benef.<br>(1) | Camas/1000 habit.<br>(2) | Tasa Seg. Social/país<br>(3) |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Bolivia         | 4.09                     | 1.01                     | 4.0                          |
| Brasil-INPS     | 2.66                     | 1.38                     | 1.93                         |
| Colombia        | 3.13                     | 1.66                     | 1.88                         |
| Costa Rica      | 1.94                     | 4.37                     | 0.44                         |
| Ecuador         | 2.96                     | 1.46                     | 2.02                         |
| El Salvador     | 3.94                     | 1.23                     | 3.20                         |
| Guatemala       | 3.30                     | 1.19                     | 2.77                         |
| Honduras        | 2.29                     | 1.36                     | 1.68                         |
| México          | 1.34                     | 0.72                     | 1.86                         |
| Nicaragua       | 2.78                     | 1.64                     | 1.69                         |
| Panamá          | 1.36                     | 3.83                     | 0.35                         |
| Perú            | 2.29                     | 1.64                     | 1.39                         |
| Rep. Dominicana | 7.74                     | 2.23                     | 3.47                         |
| Venezuela       | 2.65                     | 1.96                     | 1.35                         |

Fuentes: - Camas hospitalarios y población beneficiaria de la "Encuesta OPS/OMS sobre instituciones...." ob. cit.

- Camas hospitalarias del país de "Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1975 (a aparecer) OPS/OMS

- Población: BID "Progreso económico ..." obr. cit.

Notas (1) Camas de corta estancia únicamente. Las camas de larga estancia pertenecen en general a los Ministerios de Salud y sirven a todo el país independientemente del método de financiación.

- Para calcular la tasa en la columna 2, se ha restado del total de camas hospitalarias del país el número de camas pertenecientes a la seguridad social o contratadas por ésta. Del total de habitantes del país se ha restado la población "protegida", considerando como ésta los beneficiarios afiliados al régimen de seguridad social y aquellos dependientes cuyos derechos no son limitados únicamente a maternidad.

5.3 En los Cuadros Nos. 11 y 12 se presentan varios indicadores de rendimiento o utilización de servicios. En cuanto al rendimiento del recurso médico (Cuadro No. 11) llama la atención la variación de un país a otro en el cociente entre consultas especializadas y consultas médicas. Es probable que parte de esta variación sea reflejo de diferencias de definición más que de modelos realmente distintos de práctica médica. Por esta misma razón no parece prudente formular conclusiones sobre el nivel de especialización de los servicios médicos de los regímenes de salud de la seguridad social, aunque llama la atención el alto nivel de consultas especializadas.

Por último en el Cuadro No.12 se presentan algunos indicadores de rendimiento del recurso hospitalario. Los altos promedios de egresos por cama-año pueden reflejar no sólo un rendimiento elevado, sino también una alta proporción de egresos por maternidad. Estos por su propia naturaleza, son de estadía promedio menor que las hospitalizaciones en general. La correlación positiva y significativa ( $r^2 = 0.50$ ) entre egresos por cama y porcentaje de egresos por maternidad, tiende a confirmar esta impresión. El alto porcentaje, en la mayoría de los países, de hospitalizaciones por maternidad evidencia un área de ahorro potencial si se cuestionara en forma eficaz y racional la institucionalización del parto.

Sorprende en los días de estancia de las hospitalizaciones en general, el rango de variación, desde 5.3 para México, hasta 18.66 para Venezuela.

CUADRO No.11 - UTILIZACION DEL RECURSO MEDICO INSTITUCIONES  
DE SEGURIDAD SOCIAL. - 1975

|                           | Consulta médica<br>especial/consulta<br>médica general | Horas médicas/<br>mes/1000 bene-<br>ficiarios |
|---------------------------|--|---|
| Bolivia                   | 0.45   | 119   |
| Brasil INPS               | 1.03   | 45.2  |
| Colombia                  | 0.49   | 236.9   |
| Costa Rica <sup>(1)</sup> | 0.45   | 48.5  |
| Ecuador                   | 0.71   | 120.4   |
| El Salvador               | 1.22   | n/d   |
| Guatemala                 | 1.49   | 74.7  |
| Honduras                  | 1.06   | 59.6  |
| Panamá <sup>(1)</sup>     | 0.80   | 88.3  |
| Perú                      | 0.57   | n/d   |
| República Dominicana      | 0.12   | 226   |
| Venezuela                 | 0.92   | 174.5   |

Fuente: "Encuesta sobre Instituciones de Seguridad Social  
OPS/OMS 1977".

(1) Horas médicas contratadas para consulta externa  
solamente.

CUADRO No. 12 - UTILIZACION DEL RECURSO HOSPITALARIO  
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL 1975

|                             | <u>Promedio días<br/>Estancia para<br/>maternidad</u> | <u>Promedio días<br/>Estancia otras<br/>Hospitalizac.</u> | <u>Egresos por<br/>cama-año</u> | <u>% egresos por<br/>maternidad</u> |
|-----------------------------|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| Bolivia                     | 3.94  | 11.27   | 19.2                            | 14.7                                |
| Brasil <sup>2)</sup> INPS   | 3.27  | 10.37   | 39.5                            | 26.1                                |
| FUNRURAL                    | n/d   | n/d   | n/d                             | 26.5                                |
| Colombia                    | 2.78  | 8.03  | 46.3                            | 41.1                                |
| Costa Rica                  | 3.30  | 8.08  | 49.4                            | 35.0                                |
| Chile - SERMENA             | 2.68  | 5.81  | n/a                             | 41.8                                |
| Ecuador                     | 4.25  | 12.29   | 27.7                            | 23.7                                |
| El Salvador <sup>1)</sup>   | 3.24  | 7.89  | 48.3                            | 46.8                                |
| Guatemala                   | 3.54  | 10.32   | 26.5                            | 32.7                                |
| Honduras                    | 2.95  | 7.44  | 34.6                            | 46.2                                |
| México - IMSS <sup>2)</sup> | 2.6   | 5.3   | 56.3                            | 44.4                                |
| Nicaragua <sup>2)</sup>     | 3.2   | 7.8   | 39.4                            | 38.1                                |
| Panamá                      | 3.19  | 10.90   | 27.0                            | 30.7                                |
| Perú                        | 4.12  | 12.92   | 23.1                            | 27.2                                |
| Rep. Dominicana             | 3.57  | 12.23   | 22.5                            | 30.8                                |
| Venezuela                   | 3.18  | 18.66   | 19.5                            | 36.3                                |

Fuentes: Encuesta sobre Instituciones de Seguridad Social OPS/OMS, 1977

- 1) Datos tomados de "Memoria 1975-1976". Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- 2) Datos tomados de "La Participación de las Instituciones de Seguridad Social en los Programas de Planificación Familiar". Ponencia de la OIT ante el V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social", Caracas, julio, 1976.

6. Coordinación entre instituciones de seguridad social y Ministerios de Salud

Esta sección estudia, de acuerdo a la información recopilada por la encuesta los procesos de coordinación existentes en los países. Debe señalarse la dificultad que representa el intentar resumir, para su presentación esquemática, la variada realidad existente y por tanto el riesgo de que situaciones específicas pudieran no estar totalmente incluidas. La única manera de minimizar esta limitación consistiría en el tratamiento casuístico, país por país, de las actividades y circunstancias de la coordinación. Ello no sólo hubiera alargado indebidamente este documento sino que, más importante aún, lo hubiera transformado de un análisis de orden regional en un documento preocupado con las peculiaridades de cada país.

Esta sección contiene además información derivada de un segundo cuestionario, dirigido a las autoridades de los Ministerios de Salud, destinado a recoger datos sobre la coordinación vista desde su propio ángulo. Como se verá, la apreciación de este proceso por autoridades de ambas instituciones pone de manifiesto áreas significativas de discrepancia, que deben ser abordadas y solucionadas.

Los cuadros 13 a 17 presentan información sobre el estado actual de los procesos de coordinación de acuerdo a las respuestas de las autoridades de la seguridad social. Los cinco aspectos considerados fueron: legislación, coordinación existente en programas de atención médica, de apoyo institucional, de inversiones de capital y de desarrollo de recursos humanos. Desde un punto de vista general, puede apreciarse un grado importante de coincidencia para los diversos aspectos de la coordinación en cada país, por lo que, en general, un país con programas coordinados en un área es muy probable que también coordine en las áreas restantes. De acuerdo a esta información,

Venezuela y Panamá parecen haber cubierto todas las áreas de coordinación, seguidos por Costa Rica, Chile y Brazil.

De diez países para los que se recibió información de los Ministerios de Salud, en cinco existen o han existido Comisiones de Coordinación entre éstos y las instituciones de seguridad social (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Venezuela). Sin embargo, de acuerdo a las autoridades de la seguridad social, a los efectos de las inversiones de capital - construcciones y equipamiento, sólo en dos de estos cinco países, dichas comisiones tendrían autoridad efectiva (Venezuela y Costa Rica). A los efectos de las inversiones de capital, de trece instituciones de seguridad social que suministraron información sólo cuatro coordinan con el Ministerio de Salud (Costa Rica, Perú, Chile y Colombia), mientras que ocho lo hacen con otro Ministerio (Finanzas) o con la oficina de planificación nacional. Según tres instituciones de seguridad social no hay ninguna coordinación en esta área (Ecuador, El Salvador y Rep. Dominicana). aunque dicha afirmación en los últimos dos países no concuerda con la de las autoridades ministeriales.

En mayor especificidad; la información recibida estaría señalando: en el área de legislación el Cuadro No.13 muestra déficits importantes en varios países. Esta falta de legislación adecuada puede estar limitando en esos países una acción más efectiva, sobre todo en actividades de extensión de cobertura e inversiones de capital.

El Cuadro No.14 se refiere al área de programas de servicios mostrando dos modalidades: hay países como Brasil, Costa Rica, Chile, Panamá y Venezuela en los que la mayoría de los servicios aparecen como objeto de coordinación. En los países restantes hay programas que son más frecuentemente coordinados que otros como son Tuberculosis y otras Enfermedades Transmisibles.



Debe recordarse que en esta área se ubica el cuidado del paciente crónico, usualmente no cubierto por los regímenes de salud de la Seguridad Social.

El Cuadro No.15 evidencia la dificultad para coordinar programas de apoyo institucional. Con excepción de Panamá y Venezuela en donde parece haber una coordinación total, las experiencias en esta área son escasas y limitadas a muy pocos países.

El área de inversiones de capital, Cuadro No.16, hace referencia a la coordinación en inversiones. Esta es un área clave de la coordinación. Las inversiones comprometen recursos a largo plazo ya sea en forma directa por la inversión en sí como en forma indirecta por los gastos operativos que engendra. El cuadro muestra que hay aún un largo camino por recorrer si se intenta planificar y ejecutar las inversiones de capital de acuerdo a un plan único para todo el país.

El Cuadro No.17 muestra cinco países en los cuales el desarrollo de recursos humanos se hace en forma coordinada en todas las categorías de personal, realizándose esfuerzos en varios aspectos en otros tres.

Finalmente debe destacarse que la imposibilidad de cuantificar los esfuerzos sobre los cuales se informa, y particularmente sus resultados, unida a la falta de acuerdo en la descripción del proceso arroja ciertas dudas sobre el significado real de la información que se acaba de comentar. La evidencia directa recogida en las entrevistas realizadas en algunos países, cuyo comentario se realiza en la segunda parte de este anexo, tiende a confirmar dichas dudas.

CUADRO No.13 - LEGISLACION DE COORDINACION DE LOS SERVICIOS  
CON EL MINISTERIO DE SALUD Y OTRAS INSTITUCIONES

|                 | Extensión de Cobertura | Atención Preventiva | Atención Hospitalaria | Servicio de Apoyo Institucional | Inversiones de capital | Desarrollo Recursos Humanos | Estudios e Investigaciones | Sistemas de Información |
|-----------------|------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Argentina       | o                      | o                   | o                     | o                               | o                      | x                           | o                          | x                       |
| Brasil - INPS   | -                      | x                   | x                     | x                               | x                      | x                           | -                          | -                       |
| " FUNRURAL      | -                      | x                   | -                     | -                               | -                      | -                           | -                          | -                       |
| Bolivia - CNSS  | x                      | -                   | -                     | -                               | -                      | x                           | -                          | -                       |
| Colombia        | -                      | x                   | -                     | x                               | -                      | -                           | -                          | -                       |
| Costa Rica      | x                      | x                   | x                     | -                               | x                      | -                           | -                          | x                       |
| Chile - SERMENA | x                      | x                   | x                     | -                               | -                      | -                           | -                          | -                       |
| " - SNS         | x                      | x                   | x                     | -                               | -                      | -                           | x                          | o                       |
| Ecuador         | -                      | -                   | x                     | -                               | -                      | -                           | x                          | -                       |
| El Salvador     | o                      | o                   | o                     | o                               | o                      | o                           | o                          | o                       |
| Guatemala       | -                      | -                   | -                     | -                               | -                      | -                           | -                          | -                       |
| Honduras        | -                      | -                   | -                     | -                               | -                      | -                           | -                          | -                       |
| Panamá          | x                      | x                   | x                     | x                               | x                      | x                           | x                          | x                       |
| Perú            | o                      | o                   | o                     | o                               | o                      | o                           | o                          | o                       |
| Rep. Dominicana | -                      | -                   | -                     | -                               | -                      | -                           | -                          | -                       |
| Venezuela       | x                      | x                   | x                     | x                               | x                      | x                           | x                          | x                       |

Fuente: Encuesta OPS/OMS sobre instituciones de seguridad social, 1977

x : tiene  
- : no tiene  
o : no informa

CUADRO No.14 - COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA  
CON MINSAP Y OTRAS INSTITUCIONES

|   | Tubercu-<br>losis | Enfermed.<br>Transmis.<br>Enfermed.<br>Entéricas | Nutri-<br>ción | Salud mat.<br>infantil | Salud<br>dental | Salud<br>mental | Enfermed.<br>crónicas | Accident.<br>de Trabajo | Asilo de<br>ancianos | Programa de<br>alimentación |
|---|-------------------|--|----------------|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Argentina   | o                 | o  | o              | o                      | o               | o               | o                     | o                       | o                    | o                           |
| Brasil - INPS   | x                 | x  | x              | -                      | x               | x               | x                     | -                       | o                    | o                           |
| " - FUNFURAL  | -                 | x  | -              | -                      | -               | -               | -                     | -                       | o                    | o                           |
| Bolivia - CNSS  | -                 | -  | -              | -                      | -               | -               | -                     | -                       | o                    | o                           |
| Colombia  | x                 | x  | -              | -                      | -               | -               | -                     | -                       | o                    | o                           |
| Costa Rica  | x                 | x  | -              | x                      | x               | -               | x                     | x                       | o                    | o                           |
| Chile (Servicio Mé-<br>dico Nacional de<br>Empleados) | x                 | x  | x              | x                      | x               | -               | x                     | -                       | o                    | x                           |
| Chile (Servicio<br>Nacional de Salud)                 | x                 | x  | x              | x                      | x               | x               | x                     | x                       | o                    | o                           |
| Ecuador   | x                 | x  | -              | -                      | -               | x               | -                     | -                       | x                    | o                           |
| El Salvador   | x                 | o  | o              | o                      | o               | x               | o                     | o                       | o                    | o                           |
| Guatemala   | x                 | -  | -              | -                      | -               | x               | -                     | -                       | o                    | o                           |
| Honduras  | x                 | -  | -              | -                      | -               | x               | -                     | -                       | o                    | o                           |
| Panamá  | x                 | x  | x              | x                      | x               | x               | x                     | x                       | o                    | o                           |
| Perú  | x                 | x  | -              | -                      | x               | -               | -                     | -                       | o                    | o                           |
| Rep. Dominicana                                       | -                 | x  | -              | -                      | -               | -               | -                     | -                       | o                    | o                           |
| Venezuela   | x                 | x  | x              | x                      | x               | x               | x                     | x                       | o                    | o                           |

Fuente: "Encuesta OPS/OMS...." ob. cit.

x : tiene  
- : no tiene  
o : no informa

CUADRO No.15 - COORDINACION DE APOYO  
INSTITUCIONAL CON MINSAP Y OTROS

|  | Central de<br>Suministros | Manten-<br>miento | Lavande-<br>ría | Esteriliz.<br>y mater. | Servicio de<br>ambulanc. | Laborato-<br>rios | Rayos X | Cuidado in-<br>tensivo | Bomba<br>Cobalto | Medicina<br>Nuclear |
|--|---------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|--------------------------|-------------------|---------|------------------------|------------------|---------------------|
| Argentina  | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | -                      | o                | o                   |
| Brasil - INPS                                    | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | o                      | o                | o                   |
| " - FUNFURAL                                     | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | o                      | o                | o                   |
| Bolivia - CNSS                                   | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | o                      | o                | o                   |
| Colombia   | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | -                      | o                | o                   |
| Costa Rica                                       | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | x                 | x       | x                      | o                | o                   |
| Chile (Servicio Médico<br>Nacional de Empleados) | x                         | -                 | -               | -                      | x                        | x                 | x       | -                      | o                | o                   |
| Chile (Servicio Nacional<br>de Salud)            | x                         | -                 | -               | -                      | -                        | x                 | -       | -                      | o                | o                   |
| Ecuador  | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | -                      | o                | o                   |
| El Salvador                                      | o                         | o                 | o               | o                      | x                        | x                 | x       | o                      | o                | o                   |
| Guatemala  | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | -                      | o                | o                   |
| Honduras   | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | -                      | o                | o                   |
| Panamá   | x                         | x                 | x               | x                      | x                        | x                 | x       | x                      | x                | x                   |
| Perú   | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | -                      | o                | o                   |
| Rep. Dominicana                                  | -                         | -                 | -               | -                      | -                        | -                 | -       | -                      | o                | o                   |
| Venezuela  | x                         | x                 | x               | x                      | x                        | x                 | x       | x                      | o                | o                   |

Fuente: "Encuesta OPS/OMS....." ob. cit.

x: tiene

-: no tiene

o: no informa

CUADRO No.16 - COORDINACION DE LAS INVERSIONES DE CAPITAL

|                 | <u>Ministerio de Salud</u> |                | <u>Comisión de Coordinación</u> |                | <u>Otro. Mrio. Finanzas u Of. Plan. Nacional</u> |                     |
|-----------------|----------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|--|---------------------|
|                 | <u>Constr.</u>             | <u>Equipm.</u> | <u>Constr.</u>                  | <u>Equipm.</u> | <u>Constr.</u>                                   | <u>Equipamiento</u> |
| Argentina       | o                          | o              | o                               | o              | o  | o                   |
| Bolivia - CNSS  | o                          | o              | o                               | o              | x  | x                   |
| Brasil - INPS   | -                          | -              | -                               | -              | x  | -                   |
| " . - FUNFURAL  | o                          | o              | o                               | o              | x  | x                   |
| Colombia        | x                          | x              | -                               | -              | -  | -                   |
| Costa Rica      | x                          | x              | x                               | x              | x  | x                   |
| Chile - SERMENA | x                          | x              | o                               | o              | o  | o                   |
| Chile - SNS     | x                          | x              | -                               | -              | x  | x                   |
| Ecuador         | -                          | -              | -                               | -              | o  | o                   |
| El Salvador     | -                          | -              | -                               | -              | -  | -                   |
| Guatemala       | -                          | -              | -                               | -              | x  | -                   |
| Honduras        | o                          | o              | o                               | o              | x  | x                   |
| Panamá          | -                          | -              | -                               | -              | x  | x                   |
| Perú            | x                          | o              | o                               | o              | o  | o                   |
| Rep. Dominicana | -                          | -              | -                               | -              | o  | o                   |
| Venezuela       | o                          | o              | x                               | o              | x  | x                   |

Fuente: "Encuesta OPS/OMS...." ob. cit.

x : tiene  
 - : no tiene  
 o : no informa

CUADRO No.17 - COORDINACION EN EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

|   | Personal Directivo Ejecutivo | Médicos | Odontólogos | Enfermeras Graduadas | Parteras | Farmacéuticos | Dietistas | Tecnólogos | Trabajadores Sociales | Otro personal Profesional | Auxiliares de Enfermería | Personal Administrativo |
|---|------------------------------|---------|-------------|----------------------|----------|---------------|-----------|------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Argentina                                     | -                            | x       | -           | x                    | -        | -             | -         | x          | -                     | -                         | x                        | x                       |
| Brasil - INPS                                 | -                            | -       | -           | -                    | -        | -             | -         | -          | -                     | -                         | -                        | -                       |
| " - FUNFURAL                                  | -                            | -       | -           | -                    | -        | -             | -         | -          | -                     | -                         | -                        | -                       |
| Bolivia - CNSS                                | o                            | o       | o           | o                    | o        | o             | o         | o          | o                     | o                         | o                        | o                       |
| Colombia                                      | -                            | x       | x           | x                    | o        | x             | -         | -          | -                     | -                         | -                        | -                       |
| Costa Rica                                    | -                            | -       | -           | -                    | -        | -             | -         | -          | -                     | -                         | -                        | -                       |
| Chile (Servicio Médico Nacional de Empleados) | x                            | x       | x           | x                    | x        | x             | -         | -          | x                     | -                         | -                        | x                       |
| Chile (Servicio Nacional de Salud)            | x                            | x       | x           | x                    | x        | x             | x         | x          | x                     | x                         | x                        | x                       |
| Ecuador                                       | -                            | -       | -           | -                    | -        | -             | -         | -          | -                     | -                         | -                        | -                       |
| El Salvador                                   | x                            | x       | x           | x                    | x        | x             | x         | x          | x                     | x                         | x                        | x                       |
| Guatemala                                     | -                            | -       | -           | -                    | -        | -             | -         | -          | -                     | -                         | -                        | -                       |
| Honduras                                      | -                            | -       | -           | -                    | -        | -             | -         | -          | -                     | -                         | -                        | -                       |
| Panamá  | x                            | x       | x           | x                    | x        | x             | x         | x          | x                     | x                         | x                        | x                       |
| Perú  | x                            | x       | x           | x                    | x        | x             | x         | x          | x                     | x                         | x                        | x                       |
| Rep. Dominicana                               | x                            | x       | -           | -                    | -        | -             | -         | x          | -                     | -                         | x                        | -                       |
| Venezuela                                     | x                            | x       | x           | x                    | o        | x             | x         | x          | x                     | x                         | x                        | x                       |

Fuente: "Encuesta OPS/OMS ..." ob. cit.

x: tiene  
-: no tiene  
o: no informa

SECCION B - INFORMACION PROPORCIONADA POR LAS VISITAS A LOS PAISES

Durante las visitas a los países se llevaron a cabo una serie de entrevistas a autoridades de los Ministerios de Salud, de las instituciones de seguridad social, de las asociaciones médicas, funcionarios de la prensa escrita y representantes de los empleadores y de los beneficiarios.

Las entrevistas se desarrollaron de acuerdo a una guía previamente acordada, común a todos los países y con respuestas de tipo abierto para la mayoría de los temas analizados. Los principales aspectos considerados en la guía de entrevista se refieren a:

- Coordinación existente
- Grado de coordinación que se considera existe
- Coordinación que debería existir (ideal);
- Que se esperaría que ocurra en los próximos tres años, favorable o no a la coordinación;
- Ubicación a nivel político-administrativo de las decisiones a tomar;
- Delimitación del concepto de coordinación.

Se alentó a los entrevistados, además, a manifestar cualquier otra opinión que completara los temas abordados.

Igualmente se intentó obtener del entrevistado una apreciación sobre los regímenes de salud de la seguridad social tal como existen en el país. En las páginas restantes de este anexo se presentan los aspectos más relevantes de la información recogida.

A los efectos de mantener la confidencialidad de los entrevistados se omitirán en esta sección las referencias correspondientes a las transcripciones.

## 6. SITUACION POR PAISES

### 6.1 JAMAICA

De los seis países visitados, Jamaica debe ser considerado en forma separada pues la seguridad social en este país no presta directamente servicios médico-hospitalarios, ni tiene planes para establecerlos. La seguridad social administra un programa de compensaciones para daños sufridos en accidentes de trabajo y para ciertas enfermedades ocupacionales protegiendo, en este campo, a trabajadores de varios ramos. Existe una ley que dispone la creación de un Seguro de Salud Universal en Jamaica pero la misma no ha sido implementada. Esta ley concuerda con el enunciado político de "prestar a toda la población aquellos servicios que los recursos del país permitan y luego planificar para el mejoramiento de los mismos".

No hay acuerdo aparente en los instrumentos concretos que deben ser creados para llevar adelante estos enunciados. Algunos de los entrevistados cuestionaron el Estado como administrador de un seguro financiero y mas aún como propietario y administrador de servicios directos. Otros pusieron énfasis en la duplicación y desperdicio causados por los servicios privados que absorben una proporción muy importante de recursos para la atención de una pequeña élite. El Estado presenta una actitud ambivalente al financiar el 50% de la prima de seguro (privado) de salud de sus empleados al tiempo que está empeñado en una política de acceso igualitario.

En suma, de acuerdo con las opiniones de los entrevistados, el Gobierno de Jamaica no estaría interesado en añadir al programa gubernamental de salud y bienestar un complemento de asistencia médica-hospitalaria para beneficio específico de los trabajadores. En cambio está considerando el hacer



disponibles servicios de algún tipo a todos los residentes del país. Con esa finalidad, está realizando tareas de investigación diagnóstica y planificación de cambios necesarios. Parece no existir acuerdo, sin embargo, sobre la función específica del Estado en el sistema de servicios a desarrollar.

## 6.2 BRASIL

En este país la seguridad social tiene la responsabilidad de financiar los servicios médico-hospitalarios para la gran mayoría de la población. Para ello se ha alterado su forma tradicional de financiación creando nuevas fuentes de ingresos y se ha adoptado una política bien definida de contratar servicios con proveedores públicos y privados limitando, en la medida de lo posible, la prestación directa de los mismos. Estas decisiones políticas sumadas a la ley de creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) han cambiado las circunstancias de la coordinación en este país en relación a quince años atrás cuando existían una serie de Cajas de Seguro Social, independientes entre sí, con servicios propios, no relacionadas en su mayor parte a los servicios del Ministerio de Salud (federal) ni a los de las Secretarías estatales o municipales. La ley del SNS (No. 6229 de 1975), establece las áreas de responsabilidad institucional en relación con la cobertura de servicios, asignando obligaciones funcionales a varios ministerios. Así, el de Salud (MS) debe desarrollar la política nacional de salud ampliando su función normativa sobre la Salud Pública y la Asistencia Médica, y supervisar o ejecutar programas colectivos de carácter fundamentalmente preventivos. Al Ministerio de Previdencia y Asistencia Social (MPAS) le compete la atención médico-asistencial a las personas ya sea en forma directa o contratada. Al de Educación le corresponde

la formación de los recursos humanos de nivel intermedio o superior así como el mantenimiento de los hospitales universitarios. El Ministerio del Interior debe actuar entre otras, en las áreas de saneamiento ambiental e higiene de la vivienda. Al de Trabajo compete la prevención de accidentes y enfermedades profesionales. La coordinación política de alto nivel para salud y otras áreas del sector social se realiza a través del Consejo de Desarrollo Social (CDS) comandado por el Sr. Presidente, integrado por los Ministerios mencionados y cuyo órgano ejecutivo es la Secretaría de Planeación de la Presidencia. La ley pone énfasis además en la coordinación interministerial de programas de actividades así como en la pre-certificación de algunas inversiones de capital como construcciones hospitalarias y otras. Un estudio, preparado en uno de los Ministerios como antecedente de esta ley (Enero 1975), citado en una de las entrevistas, establece textualmente: "En todos los estudios publicados en los últimos veinte años sobre la organización médico-sanitaria y asistencial brasilera se ha resaltado la ausencia completa de coordinación entre las entidades que actúan en el sector. ...Tal situación puede ser explicada, por lo menos en parte, por la inexistencia de un dispositivo legal que defina las áreas de competencia y responsabilidades de los tres niveles de gobierno...".

Las entrevistas, efectuadas dos años más tarde, de la época en la cual fueron formuladas las observaciones anteriores, mostraron cambios importantes en la percepción del problema. Aunque las opiniones no fueron unánimes, la mayoría de los entrevistados estuvieron de acuerdo en que hay un proceso de coordinación (para algunos muy incipiente) y en que la ley ha ayudado a delimitar responsabilidades y campos de acción así como ha favorecido la coordinación de programas entre el MS y el MPAS mediante la integración de una Comisión

Permanente de Consulta. Como aspectos negativos se señalaron la falta de reglamentación de la ley, el fraccionamiento de funciones preventiva y asistencial en dos instituciones diferentes y la falta de coordinación entre programas asistenciales y de formación de recursos humanos. La mayoría de los entrevistados consideraron preferible el desarrollo de un sistema coordinado a la coordinación de sistemas autónomos o a la creación de un Servicio Nacional de Salud, entendiendo que las condiciones en los próximos tres años son favorables a la continuación del proceso. En relación a la justificación de servicios por parte de la seguridad social las respuestas pueden clasificarse en: bien tal como existe, justificada si se coordina; si cambia para no ser discriminatoria; y si cubre al 100% de la población. Las opiniones de los entrevistados se dividieron entre estas dos últimas respuestas.

En cuanto a los niveles de decisiones políticas que deberían producirse para reforzar este proceso en orden de frecuencia se citaron: la Presidencia, el CDS, y finalmente el Congreso. Sin embargo, no se aprecia un consenso claro en este tema. En cambio hubo mayor nivel de acuerdo en que la coordinación supone "comprometerse a realizar tareas conjuntamente de acuerdo con normas conjuntamente acordadas para beneficiarios de ambos".

Estas respuestas pueden reflejar parcialmente una realidad mucho más compleja como lo muestra la opinión que se transcribe a continuación: "En Brasil se ha logrado un avance notable en los últimos 10 o 15 años, pero como se ha mencionado, existen aún grandes vacíos. La tendencia a desacreditar y desmoralizar los hospitales públicos, a hacerlos aparecer como ineficientes y la comercialización de los servicios, por exagerada participación del sector privado en los mismos, el cual tiene otros intereses, y otros objetivos, son causas fundamentales de esos vacíos y limitaciones".

### 6.3 COSTA RICA

Este país ha presentado también una evolución muy particular. De una organización tripartita de servicios, Ministerio de Salud (M de S), Junta de Protección Social y Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), se ha pasado a una división por funciones como paso previo a la creación de un Servicio Integrado Nacional de Salud (SNS). En la actualidad los niveles I y II de atención (no profesional y ambulatoria general) son responsabilidad del M. de S. a través de sus programas de Salud Rural y Salud Comunitaria. Los niveles III y IV de especialidades básicas y de elevada especialización respectivamente es función de la CCSS. Eventualmente los cuatro niveles funcionarán en una institución única, probablemente autónoma, controlada en su política por el M. de S. y financiada parcialmente, al menos, por la CCSS. El objetivo común de las autoridades de ambas instituciones es poner los servicios de salud al alcance de toda la población.

Existió acuerdo entre los entrevistados en catalogar el proceso existente como de integración aunque hubo discrepancias menores en cuanto a la suficiencia y a la conveniencia del mismo. Se manifestaron algunas dudas sobre la vigencia de la decisión política de integrar servicios en vista de que puede haber un cambio de administración (elecciones a principios de 1978). A pesar de ello la mayoría de los entrevistados manifestó que la integración es probable que se concrete en los próximos tres años. Al igual que en el caso de Brasil se entendió justificada la existencia de programas de salud en la seguridad social siempre y cuando sean no discriminatorios y cubran al 100% de la población.

No hubo acuerdo claro en cambio, sobre quien debería tomar las próximas decisiones políticas siendo, sin embargo, el Congreso y la Presidencia respectivamente, las instituciones más frecuentemente mencionadas. Asimismo, al igual que en Brasil, los entrevistados entendieron (por unanimidad) que el concepto de coordinación involucra un compromiso para realizar tareas conjuntas, planificadas en común para beneficiarios de ambas instituciones.

Por supuesto que se recogieron también opiniones discordantes como la que se transcribe a continuación: "(El ideal es) que haya varias entidades que presten servicios de salud para que haya varios patronos para el personal de salud resultando en incentivos que mejoren los servicios. (piensa además que)...en la actualidad la CCSS está prestando servicios masificados, sin tener en cuenta las personas en sus contextos individuales".

#### 6.4 MEXICO

Las opiniones recogidas en este país interesan en forma muy especial por el poder y prestigio de que gozan en él las instituciones de Seguridad Social.

Conviene recordar brevemente que los servicios médico-hospitalarios del sector público en el país son organizados por tres instituciones independientes entre sí: la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto del Seguro Social para los Servidores y Trabajadores del Estado (ISSSTE), aparte de otros organismos financiados también con fondos públicos pero de menos volumen.

Debe recordarse además, que las entrevistas en este país se produjeron en forma inmediata al cambio de administración, hecho importante pues, si bien muchas opiniones forzosamente reflejarían intenciones más que realizaciones, indica sin embargo, la línea que pueden presentar los acontecimientos por un

largo período de tiempo.

En general, hubo acuerdo en catalogar la coordinación entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE como un proceso con altibajos casi enteramente dependiente de la voluntad política del Presidente de la República. Todas las opiniones sobre la coordinación existente hacen referencia directa o indirecta al peso del mandato político del más alto nivel para desarrollar la coordinación. Indirectamente esto apunta hacia una resistencia o, por lo menos, indiferencia institucional a vencer, hecho que sin embargo fue señalado únicamente por uno de los entrevistados en este contexto. "(La coordinación) ha sido poco efectiva por celos institucionales. Debido a las características tan diferentes de las instituciones del sector salud es muy difícil que la coordinación pueda dar buenos resultados".

En el sentido del ideal de coordinación, de ocho entrevistados, seis expresaron su identificación con el proceso actual, expresándose sólo dos en favor de un sistema único prestador de servicios, desapareciendo las actuales instituciones autónomas. Se toman dos opiniones representativas para evidenciar la importancia de la autonomía institucional en el ideal de coordinación: "La atención de servicios personales de salud debería prestarse a través de un solo organismo de salud, pero sin que desaparezcan las entidades que existen actualmente"; "debe haber un organismo único nacional para funciones de planificación, normas, investigación y evaluación pero permitiendo que cada entidad se siga desarrollando autónomamente". Una gran mayoría de los entrevistados piensa que los acontecimientos en los próximos tres años serán favorables a su ideal de coordinación. Sólo uno de los entrevistados piensa que el desarrollo en los próximos tres años no será favorable no porque falle la coordinación, sino porque no se llegará al servicio único de salud.

Todos los informantes entendieron que la seguridad social está justificada pues "garantiza un adecuado servicio a una población (trabajadores) importante para el desarrollo del país". No hubo acuerdo en cambio, en justificar los esquemas existentes de los Seguros Sociales. De ocho opiniones recogidas, dos indicaron que los seguros necesitaban reformas institucionales para proteger a los no beneficiarios, otros tres justificaron los esquemas actuales siempre que se coordinen entre sí y con otras instituciones de salud mientras que los tres restantes manifestaron su apoyo incondicional.

Las decisiones políticas que se entiende favorecerían la coordinación de los servicios son de resorte de la Presidencia de la República (8/8), de las autoridades de Salubridad y de los Seguros Sociales (5/8) y en tercer término del Congreso (4/8). Es llamativo que en muy pocas entrevistas se mencionó a los líderes sindicales como centros de decisión y en ninguna se indicó al Ministerio de Trabajo como un elemento en juego.

En términos de las actividades concretas en que debe traducirse la coordinación tres fueron las más frecuentemente señaladas:

- la planificación y ejecución conjunta de servicios para beneficiarios de las dos instituciones;
- el mantenerse informado;
- el mantener buenas relaciones institucionales.

Finalmente, es interesante señalar la importancia que las autoridades entrevistadas le otorgan al trasfondo socio-cultural del problema: "Considera (el entrevistado) que una de las restricciones para la coordinación y que piensa van a superar adecuadamente es el individualismo que por razones culturales caracteriza al hombre mexicano".

Otro de los informantes "considera que el Servicio Unico de Salud es muy bonito en la teoría y que puede funcionar en otros países pero no en México dada su realidad cultural".

#### 6.5 PANAMA

La situación en este país también presenta características muy peculiares. Tradicionalmente existían dos instituciones: la Caja Panameña del Seguro Social (CPSS) y el Ministerio de Salud, brindando la mayoría de los servicios personales de salud, aunque en forma independiente una de la otra. A partir de 1972 esa situación se modificó notoriamente al iniciarse un movimiento de integración paulatina de los servicios de las dos instituciones en 8 de las 9 provincias del país. Estos servicios provinciales integrados están dirigidos por un jefe regional con autoridad delegada por ambas instituciones. En la ciudad de Panamá, única provincia todavía por integrar, las instituciones siguen actuando separadamente con prestación directa de servicios aunque la CPSS contrata algunos de estos con el Ministerio de Salud. El objetivo de este proceso de integración es la creación a corto plazo (1980) de un servicio único de salud que cubra en forma indiscriminada al 100% de la población.

La apreciación de las características de este proceso fue unánime en los entrevistados reflejando en forma más o menos específica lo que se acaba de describir. Se presentó sin embargo, una opinión fuertemente disidente en la evaluación del mismo: "Donde se ha integrado se han creado problemas y se ha perdido la autonomía de la Caja con lo que estoy en desacuerdo". La mayoría sin embargo, cataloga el proceso como alternante positivo y beneficioso,



concordante con su ideal de organización de Servicios de Salud. Hay una aceptación generalizada de que el proceso de integración será completado aunque varían las estimaciones del tiempo que esto consumirá. Acorde con lo anterior la mayoría piensa que la seguridad social se justifica únicamente cuando asegura la cobertura de toda la población. Es interesante destacar aquí la única opinión contraria pues relaciona, por vez primera la coordinación e integración con el financiamiento y sus implicaciones: "La seguridad social (está justificada) para los asegurados. La colaboración (con el Ministerio de Salud) también. La integración no, porque el Estado sería irresponsable al tomar fondos de la caja para atender a otros sectores de la población que debería atender con otros fondos".

Finalmente es de señalar que todos los entrevistados identificaron al jefe de Gobierno como la fuente de las decisiones necesarias en el sector para finalizar el proceso de integración ya comentado.

#### 6.6 VENEZUELA

Todas las personas entrevistadas consideran que el grado de coordinación existente es totalmente inadecuado, señalando que hay muchas instituciones en el sector público (alrededor de 100) que prestan directamente servicios de salud. Hay sin embargo, seis grandes instituciones siendo éstas en orden de importancia: el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (SAS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), las direcciones de Asistencia Social de los Ejecutivos Estatales, la Junta de Beneficencia del Distrito Federal, los servicios médicos de las Fuerzas Armadas Nacionales y el Instituto de Previsión y Asistencia Social de los Empleados del Ministerio de Educación (IPAS-ME).

La situación de coordinación podría resumirse en los conceptos expresados en 1974 por una Comisión Especial encargada de estudiar el sector salud: "(Hay) variabilidad en la prestación de servicios de salud y segmentación de la población beneficiada con trato diferencial en cuanto a las atenciones recibidas. (Concretamente) hay falta de coordinación efectiva entre las diversas instituciones". A pesar de ello, ha habido y hay ejemplos de actividades conjuntas entre las instituciones nombradas que apuntan hacia la realización de esfuerzos coordinados:

- Creación de Regiones Sanitarias mediante convenios celebrados entre el SAS y los Gobiernos Estatales.
- Creación del Comité Coordinador Nacional de la Salud que formuló un Plan Nacional de Hospitales para todo el país.
- Establecimiento de numerosos comités encargados de estudiar la coordinación y/o la integración de los servicios institucionales de salud.

Estos esfuerzos desembocaron en la creación del Sistema Nacional Coordinado de Salud, entidad que permite combinar recursos de diversas instituciones sin que éstas pierdan su autonomía mientras se prepara el camino para el Servicio Unico Nacional de Salud. Es de destacar que en el área del Distrito Federal, las autoridades del Distrito Federal y las autoridades del Sistema Coordinado, están estableciendo programas integrados de prestación de servicios por especialización y por área geográfica a los efectos de ir concretando el proceso.

La amplia mayoría de los entrevistados considera al Servicio Nacional de Salud como el ideal de organización de servicios que el país debería alcanzar.

La casi unanimidad de los entrevistados entendi6 que, en los pr6ximos 3 a6os, hay muy pocas probabilidades de crear el Servicio Unico de Salud. La mayoria de los entrevistados son pesimistas con relaci6n al presente intento de integraci6n en el Sistema Nacional Coordinado de Salud: la siguiente pareceria resumir el pensamiento a este respecto: "la creaci6n del SNS, que entiendo necesaria para eliminar discriminaciones en contra de los venezolanos no protegidos, quienes, adem6s subsidian al IVSS, haria caer al Gobierno en 48 horas por oposici6n de los funcionarios y dirigentes del Seguro que gozan de privilegios (los primeros) y de poder econ6mico y poltico (los 6ltimos) que perderian al integrar el SNS, as6 como por oposici6n de la Central de Trabajadores que mira a la instituci6n como una conquista de clase que no debe perderse".

A estas razones se sumaron, la inestabilidad politico-administrativa causada por el pr6ximo proceso electoral, la necesidad de f6rmulas y una ley que respalde al proceso coordinador/integrador pues los decretos presidenciales existentes pueden ser objetados. Como ejemplo se cit6 un proyecto de legislaci6n que se encuentra bloqueado por los numerosos intereses (profesionales, burocr6ticos y sindicales) en juego. Parece haber una aceptaci6n formal de la coordinaci6n/integraci6n de los servicios en estos grupos de inter6s, al tiempo que presentan lo que uno de los entrevistados catalog6 como de "resistencia de algod6n".

Hubo quienes, sin embargo, fueron m6s optimistas en relaci6n a los esfuerzos actuales, pensando que la estrategia coordinadora adoptada se puede y va a cumplir dentro de las circunstancias actuales.

La mayoría de los entrevistados consideró los servicios de salud de la seguridad social justificada siempre y cuando no sea discriminatoria y ayude a prestar servicios al 100% de la población. Se considera que la seguridad social tiene una función y responsabilidad universales, no debiendo ser por tanto para proteger en forma especial a un grupo.

En cuanto al concepto prevalente de la coordinación, los entrevistados fueron unánimes en señalar que esta significa "la realización de tareas comunes, conjuntamente acordadas para beneficiarios de todas las instituciones (que viven en un área geográfica determinada)" así como "la planificación conjunta para prestar servicios en forma indiscriminada a los residentes de regiones específicas".

Parece haber una seria contradicción entre las opiniones manifestadas y las realidades alcanzadas. Notoriamente en Venezuela, como en los demás países visitados, hay fuerzas importantes, de variado origen, que tienden a frenar la integración y aún la coordinación de los servicios.

#### 6.7 CONCEPTOS GENERALES

Se presentan a continuación algunos conceptos vertidos por las personas entrevistadas, referidos a objetivos, mecanismos, obstáculos y factores que juegan un papel preponderante en la coordinación o integración de servicios médico-hospitalarios.

Resulta difícil clasificar éstos en forma ordenada pues todos ellos están relacionados entre sí. Para efectos de análisis pueden sin embargo ser agrupados, en factores de naturaleza institucional, económicos, burocráticos y políticos.

a) Factores Institucionales

Estos están ligados fundamentalmente a las diferencias de objetivos institucionales. Los objetivos de ambos grupos de instituciones han sido diferentes. Los regimenes de salud de la seguridad social son responsables básicamente de la administración de un plan de seguros con prestaciones directas para personas de ingresos médicos, los empleados a sueldo. Los Ministerios de Salud en cambio, han sido responsables tradicionalmente de la prestación de servicios a las personas médicamente necesitadas que no cuentan con recursos para procurarse su atención ni cotizan en los regimenes de seguridad social.

Las diferencias que históricamente han existido entre ambas instituciones en objetivos, en poder económico y político y en la complejidad de los servicios prestados ha creado un desnivel de prestigio que dificulta la coordinación. Este desnivel es responsable en parte de lo que las autoridades entrevistadas calificaron como celos institucionales identificándolas como una de las barreras más firmes a una coordinación efectiva.

b) Factores Económicos

Desde el punto de vista económico, las dificultades de la coordinación han surgido de la disparidad en recursos per-cápita financieros, humanos y físicos - a disposición de ambas instituciones. Esto ha resultado en programas que difieren en el grado de complejidad, en los niveles y métodos de remuneración del personal y en la percepción del derecho a acceder a los servicios que tienen beneficiarios y no beneficiarios. Estos tres factores son de gran importancia.

Las diferencias en complejidad de servicios emanan de la aceptación explícita o tácita por parte de las autoridades de la seguridad social de que su poder económico les permite establecer normas y procedimientos avanzados,

frecuentemente importados de países más desarrollados, lo cual contrasta con las posibilidades económicas del país en general y de los servicios de salud pública en particular.

El nuevo concepto de justicia social y la coordinación necesaria para establecerlo requieren en cambio el establecimiento de normas y procedimientos adecuados a los recursos disponibles para toda la sociedad, que posibiliten una atención mínima adecuada a cada uno de sus miembros independientemente de la capacidad económica, el nivel social o la ubicación geográfica del individuo.

La disparidad económica ha creado niveles de remuneración (y otras condiciones de empleo) del personal, especialmente profesional, totalmente inalcanzables para los servicios de los Ministerios. Esta competencia por un recurso sumamente escaso en la mayoría de los países crea disponibilidades muy superiores para los beneficiarios de la seguridad social en comparación con la población en general. A pesar de existir recomendaciones específicas para lograr la equiparación del personal en ambas instituciones, las autoridades entrevistadas consideran este punto como uno de los grandes obstáculos que frenan la coordinación.

Las diferencias en niveles de recursos, en el método como éstos se colectan y en la disponibilidad de servicios crea una actitud diferente por parte del beneficiario. Este siente que ha adquirido un derecho en forma individual al pagar su cotización y exige la satisfacción de ese derecho. El paciente de salud pública, en cambio, raramente racionaliza su pago de impuestos (que financian entre otras actividades del estado los servicios de salud y también la seguridad social) como una fuente de derecho a acceder a los mismos. Todavía prevalece una mentalidad de caridad y no la de un

derecho exigible en la mayoría de la población no beneficiaria.

c) Factores burocráticos

Existe un convencimiento general de que las estructuras administrativas del Ministerio de Salud y de las entidades del Seguro Social son fuente de resistencia.

A nivel superior es aparente, frecuentemente, una competencia entre los ejecutivos de ambas instituciones por el prestigio y el poder asociados a la prestación de servicios de salud y sobre todo al volumen de recursos manejados. Esto dificulta el desarrollo necesario del espíritu de colaboración y entendimiento, bases indispensables para la coordinación exitosa. Estas rivalidades en los niveles superiores se infiltran además dentro de la estructura intermedia de las burocracias, al competir éstas por mejores niveles de remuneración y condiciones de trabajo.

Finalmente existe una resistencia más o menos abierta de sectores limitados aunque poderosos de la profesión médica que se benefician de la posibilidad del multi-empleo derivado de la separación de los dos sistemas y de su falta de coordinación. Algunos dirigentes de la profesión médica expresaron su preocupación por la repercusión que estas duplicaciones (o triplicaciones) de empleos tienen sobre el tiempo de los médicos, la calidad de su trabajo y la moral y la ética de la profesión en general. En su opinión, debido al nivel más elevado de las remuneraciones de la seguridad social, el personal frecuentemente no cumple en forma cabal con sus responsabilidades en los servicios de los Ministerios.

En esta área se señalaron además, las dificultades planteadas por la prevalencia de una ideología médica que destaca valores profesionales no

siempre congruentes con los objetivos de la coordinación o integración de servicios; la importancia asignada a la libre elección por el paciente, y a métodos de pago y niveles de remuneración que facilitan la autonomía profesional; y el desarrollo por iniciativa profesional de niveles elevados de complejidad y calidad de los servicios independientes de la capacidad económica de la sociedad para sufragarlos.

d) Factores Políticos

Desde el punto de vista político, constituye un factor primordial la existencia de varios grupos de presión cuyos intereses no coinciden con los propósitos de una mayor coordinación o integración de los sistemas de servicios de salud. A los ya mencionados -administradores, personal de salud y ejecutivos de los servicios de salud - deben agregarse algunos dirigentes sindicales y de partidos políticos.

Los dirigentes sindicales en posiciones ejecutivas de entidades del seguro social parecen reacios a la idea de compartir con todos los habitantes lo que ellos consideran "sus recursos". Legítimamente, les preocupa en mayor grado la eficacia y la eficiencia de los programas del seguro social en sí y la estructuración de sistemas de supervisión para asegurarse que reciben el valor de lo que han pagado.

Los empleadores, hasta donde se pudo detectar, no parecen estar preocupados por la coordinación entre las entidades del seguro social y los Ministerios de Salud.

En cuanto al público en general, según lo reflejado en la opinión periodística recogida, está interesado en el acceso a los servicios de salud y en la eficiencia del sistema. Los países visitados fueron seleccionados por presentar cambios importantes en el área de la coordinación. No fué, pues,



una sorpresa encontrar que el público estaba informado y que la política en favor de una mayor integración contaba con apoyo general. Esto se vió reflejado en las opiniones de los dirigentes políticos, quienes manifestaron su comprensión y su deseo de adoptar políticas de coordinación.

Es probable que esta actitud del público se deba a un cambio fundamental en las aspiraciones y expectativas de la población al irse extendiendo el concepto de que el acceso a los servicios de salud es un derecho individual que debe ser garantizado por la acción estatal. Este fenómeno no es de ninguna manera universal y quedarían todavía sectores (especialmente entre los trabajadores rurales menos privilegiados) con una percepción de derecho no muy distinta a la que prevalece entre quienes son objeto de caridad.